

ISSN: 2616-5252

АВЧИ ЗУҲАЛ

№ 2 - 2022



МАҶАЛЛАИ ИЛМӢ-АМАЛӢ



САРДАБИР
 д.и.т.
Муҳаббатов Циёнхон Курбонович

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

ҲАЙАТИ ТАҲРИРИЯ

Ибодов С.Т. - д.и.т., профессор
 Ҳақназарова М.А. - д.и.т., профессор
 Исмоилов К.И. - д.и.т., 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

ШҶҶҶҶҶ ТАҲРИРИЯ

Гадоев Б.Ш., Курбонов Ҷ.М.,
 Курбонбекова П.Қ., Раззоқов А.А.,
 Носирӣ Қ.Н., Раҷабов У.Р.,
 Қаландаров Ё.Қ., Хокироев Т.З.,
 Ишонкулова Б.А., Шерматов Д.С.,
 Курбонов С.С., Юлдошев У.Р.

АВҶИ ЗУҲАЛ

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

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

Нашри ҷорӣ:
№ 2 (47) 2022

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

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

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

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



ГЛАВНЫЙ РЕДАКТОР
д.м.н.
Мухаббатов Джиёнхон Курбанович

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

РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ

Ибодов С.Т. - д.м.н., профессор
Хакназарова М.А. - д.м.н., профессор
Исмоилов К.И. - д.м.н., профессор
Раҳмонов 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
Бабаева 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., Курбонов Дж.М.,
Курбонбекова П.К., Раззоков А.А.,
Носири К.Н., Раджабов У.Р.,
Каландаров Ё.К., Хокироев Т.З.,
Ишонкулова Б.А., Шерматов Д.С.,
Курбонов С.С., Юлдошев У.Р.

AVÇI ZUHAL

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

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

Текущее издание:
№ 2 (47) 2022

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

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

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

АКУШЕРИ ВА
ГИНЕКОЛОГИЯ

Давлатова М.Ф., Каримова
Д.Г. Фавтияти модарон
ҳангоми шаклҳои вазнини
Sars-Cov-2: баҳодихии
омилҳои хатар

9

Раҷабова Г.Қ. Беҳтар
намудани табобати
ҷарроҳии бемориҳои
якҷояи узвҳои ковокии
батн ва генитали

14

Саидзода Б.И.,
Ҳақназарова М.А.,
Қадамалиева М.Д. Пайдо
намудани сироятҳои
урогенитали дар занҳои
синну соли репродуктивӣ
бо усулҳои муосири
тадқиқотӣ

20

БЕМОРИҲОИ ГЎШУ
ГУЛУ ВА БИНИ

Муродов Ш.Д. Парастории
баъдиҷарроҳии беморон
бо қачшавии миёндевори
бинӣ, дар ҳамҷоягӣ
бо ринити музмини
аллергӣ

25

Шоев М.Д.,
Махмудназаров М.И.,
Махамадиев А.А., Муродов
Ш.Д., Юсупов А.Ш.
Дурнамои
муолиҷаи комплекси
фарингити музмин

29

АКУШЕРСТВО И
ГИНЕКОЛОГИЯ

Давлатова М.Ф.,
Каримова Д.Г. Материн-
ская смертность при тяжё-
лых формах течения Sars-
Cov-2: оценка факторов
риска

9

Раҷабова Г.Қ. Улучшение
результатов хирургичес-
кого лечения неотложных
сочетанных патологий
органов брюшной полости
и генитали

14

Саидзода Б.И.,
Ҳақназарова М.А.,
Қадамалиева М.Д.
Выявление урогенитальных
инфекций у женщин репро-
дуктивного возраста со-
временными методами ис-
следованиями

20

БОЛЕЗНИ УХА, ГОРЛА,
НОСА

Муродов Ш.Д. Тактика по-
слеоперационного ведения
больных с деформацией
носовой перегородки, со-
четанной с аллергическим
ринитом

25

Шоев М.Д.,
Махмудназаров М.И.,
Махамадиев А.А., Муродов
Ш.Д., А.Ш. Юсупов
Перспективы
комплексного лечения
хронических фарингитов

29

OBSTETRICS AND
GYNECOLOGY

Davlatova M.F., Karimova
D.G. Maternal mortality in
severe forms of sars-cov-2:
assessment of risk factors

9

Rajabova G.K. Improvement
of the results of surgical
treatment of urgent
combined abdominal and
genital diseases

14

Saidzoda B.I.,
Khaknazarova M.A.,
Kadamaliev M. D.
Detection of urogenital
infections in women of
reproductive age by modern
research methods

20

EAR, THROAT, NOSE
DISEASES

Murodov Sh.D. Tactics of
postoperative management
of patients with deformation
of the nasal septum,
combined
with allergic rhinitis

25

Shoiev M.D.,
Makhmudnazarov M.I.,
Makhamadiev A.A.,
Murodov Sh.D.,
Yusupov A.Sh.
Perspectives for complex
treatment of chronic phar-
yngitis

29

БЕМОРИҲОИ ДАРУНӢ

Косимова Д.У.
Вайроншавии шадидаи
гардиши хун дар заминаи
фишорбалиандии шараёнии
резистентӣ дар шахсони
ҷавон ва синни миёнаи
рифтори бемории
ишемикии дил
36

БЕМОРИҲОИ КӮДАКОНА

**Давлатова С.Н.,
Исмоилов К.И., Расулова
Н.А.** Дараҷаи тағйироти
нишондодҳои гемодина-
микаи марказӣ дар кӯда-
кони гирифтори камху-
ниҳои гемолитикии ирсӣ
41

**Хочаева Н.Н., Исмоилов
К.И., Мухаммаднабиева
Ф.А., Хусенова М.С.**
Таъсири муолиҷаи
тасҳеҳкунандаи масуният
ба ҳолати солимии
кӯдакони гирифтори
камхунии норасоии оҳан
45

**Шарипова М.М.,
Исмоилов К.И.** Хусусият-
ҳои функционалии вентиля-
сионӣ ва додугирифтӣ газ-
ҳо дар шуши кӯдакони
мубталои астмаи бронхиа-
лӣ
48

БЕМОРИҲОИ СИРОЯӢ

**Саидмуродова Г.М.,
Мамадҷонова Г.С.,
Комилов И.А., Бураков
К.И.** Клиникаи шоки
токсикӣ-сироятӣ дар
кӯдакони гирифтори
сирояти менингококкӣ
54

ВНУТРЕННИЕ БОЛЕЗНИ

Косимова Д.У. Острые на-
рушения мозгового крово-
обращения на фоне рези-
стентной артериальной
гипертонии у лиц молодого
и среднего возрастов с
ишемической болезнью
сердца
36

ДЕТСКИЕ БОЛЕЗНИ

**Давлатова С.Н., Исмоилов
К.И., Расулова Н.А.** Сте-
пень изменений показате-
лей центральной гемоди-
намики у детей с наследст-
венными гемолитическими
анемиями
41

**Ходжаева Н.Н., Исмоилов
К.И., Мухаммаднабиева
Ф.А., Хусенова М.С.**
Влияние имму-
нокорректирующей терапии
на состояние здоровья
детей с железодефицитной
анемией
45

**Шарипова М.М., Исмоилов
К.И.** Функциональные
характеристики вентиля-
ции и газообмена в легких у
детей с бронхиальной
астмой
48

ИНФЕКЦИОННЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ

**Саидмуродова Г.М.,
Мамаджанова Г.С.,
Комилов И.А., Бураков
К.И.** Клиника инфекцион-
но-токсического шока у
детей при менингококковой
инфекции
54

INTERNAL ILLNESSES

Kosimova D.U. Acute disor-
ders of cerebral circulation
on the background of re-
sistant arterial hypertension
in young and middle aged
persons with ischemic heart
disease
36

CHILDHOOD DISEASES

**Davlatova S.N., Ismailov
K.I., Rasulova N.A.**
Extent of changes in central
hemodynamic parameters in
children with hereditary
hemolytic anemia
41

**Khodjaeva N.N., Ismailov
K.I., Mukhammadnabieva
F.A., Khusenova M.S.** The
effect of immunocorrective
therapy on the health status
of children with iron
deficiency anemia
45

Sharipova M., Ismoilov K.
Features of the function of
external gas respiration ho-
meostasis and acid-base
composition of blood in
children with bronchial
asthma
48

INFECTIOUS DISEASES

**Saidmuradova G.M.,
Mamadzhanova G.S.,
Komilov I.A., Burakov K.I.**
Clinic of infectious-toxic
shock in children with
meningococcal infection
54

ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИЯ ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИЯ DERMATOVENEROLOGY

Абдулғаффор Ҳамдард, Абдулматин Идрок, Идрис Анварӣ. Дарёфти шиюъ ва воқеоти acne vulgaris назди маризони байни синни 11 то 20-солагӣ тайи давраи рабъи (чоряки) охири соли 1397 х.ш. (2019 м.) дар кафедраи чилдии шифохонаи тадрисии «Майванд»

59

Абдулғаффор Ҳамдард, Абдулматин Идрок, Идрис Анварӣ. Определение распространенности случаев acne vulgaris за последние два квартала 2018 г. в отделении дерматологии клинической больницы «Майванд»

59

Abdul Ghafar Hamdard, Abdul Matin Edrak, Idris Anwar. Finding the Prevalence of Acne Vulgaris cases within the last Two Quarters of 2018, Dermatology Department of Maiwand Teaching Hospital

59

Курбанов Н.Т. Чанбаҳои асосии пешгирии бемориҳои тавассути алоқаи ҷинсӣ гузаранда дар миёни наврасон ва ҷавонони вилояти Хатлони Ҷумҳурии Тоҷикистон

64

Курбанов Н.Т. Основные аспекты профилактики заболеваний, передающихся половым путем, среди подростков и молодежи Хатлонской области Республики Таджикистан

64

Qurbanov N.T. Main aspects of prevention of sexually transmitted diseases among adolescents and youth in Khatlon region of the Republic of Tajikistan.

64

ОНКОЛОГИЯ

ОНКОЛОГИЯ

ONCOLOGY

Сангинов Ҷ.Р., Юлдошев Р.З., Назаров Ш.О., Махмудова Л.Ш. Хусусиятҳои эпидемиологӣ, клиникӣ, таъхис ва муолиҷаи саратони пӯсти пилқҳо дар Ҷумҳурии Тоҷикистон

70

Сангинов Дж.Р., Юлдошев Р.З., Назаров Ш.О., Махмудова Л.Ш. Особенности эпидемиологии, клиники, диагностики и лечения рака кожи век в Республике Таджикистан

70

Sanginov J.R., Yuldoshev R.Z., Nazarov SH.O., Makhmudova L.SH. Features of epidemiology, clinics, diagnostics and treatment of eyelid skin cancer in the Republic of Tajikistan

70

СТОМАТОЛОГИЯ

СТОМАТОЛОГИЯ

STOMATOLOGY

Раҷабов Б.Б., Тоиров У.Т., Тошев А.Ф. Нишондиҳандаҳои манбаҳои оби ошомиданӣ дар сарчашмаҳои гуногуни табиӣи деҳоти наздишаҳрии ш. Турсунзода ва эҳтимолияти таъсири онҳо ба инкишофи бемориҳои стоматологӣ дар кӯдакон ва наврасон

76

Раджабов Б.Б., Тоиров У.Т., Тошев А.Ф. Показатели источников питьевой воды в различных водоисточниках пригородных поселков г. Турсунзаде и их вероятное влияние на развитие стоматологических заболеваний у детей и подростков

**ков
76**

Rajabov B.B., Toirov U.T., Toshev A.F. Indicators of drinking water sources in various water sources of suburban settlements of the city of Tursunsade and their probable influence on the development of dental diseases in children and adolescents

76

ТИББИ ОИЛАВӢ

Қодирова Д.А., Шарифзода Х.С., Ҳафиззода Ф.А., Аслизод Д. Раҳимова Д.С.
Усулҳои самарабахши пешгирии бемориҳои дилу рағҳо дар шароити амбулаторӣ дар таҷрибаи табиби оилавӣ

81

СЕМЕЙНАЯ МЕДИЦИНА

Қадырова Д.А., Шарифзода Х.С., Ҳафиззода Ф.А., Аслизод Д., Раҳимова Д.С.
Эффективные способы профилактики сосудистых заболеваний в амбулаторных условиях в практике семейного врача

81

FAMILY MEDICINE

Kadyrova D.A., Sharifzoda Kh.S., Khafizzoda F.A., Aslizod D., Rakhimova D.S.
Effective ways to prevent vascular diseases in outpatient conditions in the practice of a family physician

81

ТИББИ СУДӢ

Оев Д. Аҳамияти экспертизаи тибби-судӣ дар таҳқиқи садамаҳои нақлиётӣ

85

СУДЕБНАЯ МЕДИЦИНА

Оев Д. Роль судебно-медицинской экспертизы в исследовании транспортных происшествий

85

FORENSIC MEDICINE

Oev D. A role of forensic medical examination in the study of vehicle accidents

85

Акрамов. С.М.
Оптимизация кунонии ташҳиси бармаҳали некрози асептикии сараки рон

88

Акрамов С.М.
Оптимизация ранней диагностики асептического некроза головки бедренной кости

88

Akramov S.M. Optimization of early diagnostics of aseptic necrosis of the femoral head

88

ФАРМАКОЛОГИЯ

Ғаниев Н.Х. Таъсири маводи «гепатрил» ба тағйиротҳои морфологӣ чигар ҳағоми захролуд шави бо чор хлориди карбон (CCL4)

95

ФАРМАКОЛОГИЯ

Ғаниев Н.Х. Влияние гепатрила на морфологические изменения при заболевании четыреххлористый углерода (CCl4)

95

PHARMACOLOGY

Ganiev N.Kh. Effect of heparil on morphological changes of liver carbon corcology (CCl4)

95

Гулмаҳмадзода З.Г.
Омузиши ҳосияти зидди-микробии баъзе ҳосилаҳои 1,3,4-тиадиазол [3,2-а] пиримидин

99

Гулмаҳмадзода З.Г.
Антимикробные свойства некоторых производных 1,3,4-тиадиазол[3,2-а] пиримидинов

99

Gulmakhmadzoda Z.G. Antimicrobial properties of some 1,3,4-thiadiazol[3,2-a] pyrimidine derivatives

99

ҶАРРОҲӢ

Абдуллозода Д.А., Ғадов И., Набиев М.Х. Аҳамияти оксидантии эндотоксикоз ва гипоксия дар патогенези норасоии тестикулярӣ дар беморони дорои чурраи қадақшак

101

ХИРУРГИЯ

Абдуллозода Д.А., Ғадов И., Набиев М.Х. Значение оксидантного эндотоксикоза и гипоксии в патогенезе тестикулярной недостаточности у больных паховыми грыжами

101

SURGERY

Abdullozoda D.A., Gadoev I., Nabiev M.Kh. The significance of oxidant endotoxiosis and hypoxia in the pathogenesis of testicular insufficiency in patients with inguinal hernias

101

Зиёев Ш.Х. Нақши табобати комплекси беморони пиронсоли гирифтори холетсистити шадид бо бемориҳои ҳамроҳшудаи дилу рағҳо

108

Зиёев Ш.Х. Роль комплексного консервативного лечения пациентов пожилого и старческого возраста с острым холециститом с сопутствующей сердечно-сосудистой патологией

108

Ziyoev SH.Kh. The role of complex conservative treatment of elderly and senile patients with acute cholecystitis with concomitant cardiovascular pathology

108

Расулов Н.И., Нуров З. М., Бахромов М.В. Дастраскунии ягонаи лапароскопӣ - равиши нав дар табобати ҷарроҳии камосеб

113

Расулов Н.И., Нуров З. М., Бахромов М.В. . Единый лапароскопический доступ - новое направление миниинвазивной хирургии

113

Rasulov N.I., Nurov Z.M., Bakhromov M.V. Single laparoscopic access - a new direction of mini-invasive surgery

113

ШАРҲИ АДАБИЁТ

Ниязова Н.Ф. Гиперпаратиреозии аввалия – роҳҳои ҳалли

121

Ниязова Н.Ф. Первичный гиперпаратиреоз – пути их решения

121

Niyazova N.F. Primary hyperparathyroidism - ways of solution

121

Сараев А.Р. Патогенези перитонити паҳнғашта ва сепсиси абдоминалӣ

131

Сараев А.Р. Патогенез распространенного перитонита и абдоминального сепсиса

131

Saraev A.R. Pathogenesis of generalized peritonitis and abdominal sepsis

131

ҒАЙРИТИББӢ

Комилӣ А. Осори тиббии Муҳаммад Закариёи Розӣ ба забонҳои арабӣ, тоҷикӣ, русӣ, англисӣ ва тавзеҳи бархе аз онҳо

138

Назарзода П.С. Режими сиёсӣ ва нақши он дар инкишофи системаи сиёсии ҷомеа

144

Обидов Ч.М. Реаксияи пайвастишавии 1,3-ди-(алкокси)-2-оксиатсетоксипропан бо фуллерен C₆₀

152

НЕМЕДИЦИНСКАЯ ТЕМА

Комили А. Медицинские сочинения Мухаммада Закарийя ар-Рази на арабском, таджикском, русском, английском языках и комментарии к некоторым из них.

138

Назарзода П.С. Политический режим и его роль в развитии политической системы общества

144

Обидов Дж.М. Реакции присоединения 1,3-ди-(алкокси)-2-оксиатсетоксипропан с фуллерен C₆₀

152

NON-MEDICAL

Komili A. Medical works of muhammad Zakariya ar-razi in arabic, tajik, russian, english and comments to some of them

138

Nazarzoda P.S. Political regime: concept, scientific and theoretical analysis and its role in the development of the political system of society

144

Obidov J.M. Study of 1,3-di-(alcohy)-2-oxatsetoxypropane fullerene C₆₀ reaction

152

Разиков Ш.Ш., Холбеков М.Ё., Парвинаи З, Пирова Ш. Омӯзиши биология ва экологияи лейшманиоз 156	Разиков Ш.Ш., Холбеков М.Ё., Парвинаи З., Пирова Ш. Изучение биологии и экологии лейшманиоза 156	Razikov Sh.Sh., Kholbegov M.Yo., Parvinai Z., Pirova Sh. Studying the biology and ecology of leishmaniasis 156
Сайдалиев Ш.Ш., Назаров Ш.Қ., Назаров Х.Ш., Ҳалимов Ҷ.С., Аюбов Ҷ.Қ. Системаи такмилдиҳии омӯзиши бифосилавии донишҷӯён дар кафедраҳои ҷарроҳӣ 162	Сайдалиев Ш.Ш., Назаров Ш.Қ., Назаров Х.Ш., Ҳалимов Дж.С., Аюбов Дж.К. Система совершенствования не дистанционного обучения студентов на кафедре хирургии 162	Saydaliev Sh.Sh., Nazarov Sh.Q., Nazarov H.Sh., Halimov J.S., Ayubov J.Q. The system of improving non-distance learning of students at the Department of Surgery 162
Салимов А., Шарипов А. Ҳимояи фарҳанги миллӣ дар раванди ҷаҳонишавӣ 165	Салимов А., Шарипов А. Защита национальной культуры в процессе глобализации 165	Salimov A, Sharipov A. Protection of the national culture in the process of globalization 165
Саломзода Н. Р., Зокиров Р.Х., Азизова Ш.К. Сабабҳои пайдоиши энцефалопатияи бунёдаш сӯхтагӣ дар кӯдакон 172	Саломзода Н. Р., Зокиров Р.Х., Азизова Ш.К. Причины возникновения ожоговой энцефалопатии у детей 172	Salomzoda N.R., Zokirov R.H., Azizova Sh.K. Causes of burn encephalopathy in children 172
Самандаров Н.Ю. Ҳосил кардани пропан-1, 2-эфирҳои диоловии кислотаи линолевӣ ва урсодезоксихолеви ва омӯзиши хосиятҳои литоликии онҳо 175	Самандаров Н.Ю. Получение пропан – 1, 2 – диоловых эфиров линолевой и урсодезоксихолеви кислот и изучение их литолических свойств 175	Samandarov N.Y. Obtaining propane - 1, 2 - diol ethers of linolic and ursodeoxycholic acids and studying their litholic properties 175
Шахсуфбекова О.М. Паҳншавии бемории Алсгеймер 182	Шахсуфбекова О.М. Распространение болезни Альцгеймера 182	Shakhsufbekova O.M. Distribution of Alzheimer's disease 182



АКУШЕРӢ ВА ГИНЕКОЛОГИЯ

ФАВТИЯТИ МОДАРОН ҲАНГОМИ ШАКЛҶОИ ВАЗНИНИ SARS-COV-2: БАӢОДИИИ ОМИЛӢОИ ХАТАР

Давлатова М.Ф., Каримова Д.Г.

Кафедраи акушерӢ ва гинекологияи №1 МДТ “ДДТТ ба номи АбӢали ибни Сино”

Муҳиммият. Бемориҳои сироятии шадиди нафаскашӣ ҳангоми ҳомилагӣ хеле хатарноканд, зеро дар онҳо эҳтимолияти номаъияни пайдошавии шаклҳои вазнин, якбора пайдо шудани ҳолатҳои ниҳоят хатарнок ва фавтовар дида мешавад [1-3]. Чунин хусусияти ҷараёни сироятҳои респираторӣ ҳангоми гестатсия аз тағйироти физиологӣ дар организми занони ҳомила вобаста аст: якҷоя шудани иммунодепрессия бо тағйироти физиологӣ дар фаъолияти системаҳои дилу шушҳо [4-7].

Дар ҳомилаҳои дорой SARS-CoV мумкин аст, ки як қатор бемориҳо, сар карда аз шаклҳои сабуки сироятҳои шадиди респираторӣ то пневмонияи вазнин ва синдроми шаклҳои вазнини сироятҳои шадиди респираторӣ ба мушоҳида расад, ҳамчунин мумкин аст, ки ба норасоии гурдаҳо ва марг оварда расонад [5]. Ҷараёни сабук дар ҳомилаҳо дар 91%, муътадил ва вазнин дар 8%, ниҳой дар 1% [5] ба назар мерасад. Маълумот дар бораи сабабҳо ва миқдори фавти модар тибқи маълумоти таҳқиқотҳои охирина бахшида ба сирояти навъи короновирус дар давраи гестатсионӣ муҳолиф ҳастанд. Дар баъзе нашрияҳо миқдори афзояндаи фавти модар қайд карда мешавад. Чунончи, дар Эрон аз 9 зани ҳомилаи дорой шакли вазнини SARS-CoV-2 дар триместри дуюм ва сеюми ҳомилагӣ 7 зан фавтидааст [8-10]. Ҷоизи фавт аз сирояти SARS-CoV-2 дар байни ҳомилаҳо метавонад то 25% бирасад [10].

Мақсади таҳқиқот: омпзиши омилҳои хатари марги модарон дар шаклҳои вазнини SARS-CoV-2 дар занони ҷомила ва таваллудкунандагон.

Мавод ва усулҳои тадқиқот. Дар давраи пандемияи солҳои 2020-2021 дар статсионари таваллудхонаи Маркази шаҳрии саломатӣ 7 ҳолати фавти модар аз сирояти короновирусӣ ба қайд гирифта шуд, ки бо пневмонияи вирусӣ сироятнок шуда буданд.

Миқдори фавти модар аз ҷумлаи миқдори умумии ҳомилаҳои бо аломатҳои пневмонияи дараҷаи вазнини миёна, вазнин ва ниҳойи ҷараёни беморӣ, ки вируси SARS-CoV-2 ба вуҷуд овардааст (70 зани ҳомила), 7 (1%) воқеаро ташкил дод.

Ҳамин тавр, ҳангоми муқоиса намудани фавтият аснои пандемияи зуком А(Н1Н1) дар соли 2009 дар маълумотҳои адабиётҳои илмӣ фавти модар ҳангоми шаклҳои оризаноки он (пневмонияи вирусӣ-бактериалӣ) 1,1%-ро ташкил дод [1]. 70 зани ҳомилаи дорой ҷараёни вазниниаш миёна, вазнин ва ниҳойи SARS-CoV-2 таҳлил карда шуд. Дар ҳама занҳои ҳомила усулҳои таҳқиқоти умумиклиникӣ, акушерӣ ва клиникӣ-лабораторӣ (таҳлили умумии хун, пешоб, таҳқиқоти биохимиявии хун, коагулограмма) иҷро карда шуд. Барои тасдиқ кардани ташҳиси “пневмонияи хориҷибеморхонагӣ” рентгенографияи обзори узвҳои қафаси сина дар ду проексия, ё томографияи компютерӣ гузаронида шуд.

Дар ҳамаи беморон-занҳои фавтида дар вақти зинда буданашон ташҳиси «пневмонияи этиологияаш короновирусӣ» бо усули ПСР тасдиқ карда шуда, ҳамчунин иловатан ИФА истифода шуд, ки дар протсессии он дар хун иммуноглобулинҳои махсуси М ва G муайян карда шуд. Картаҳои амбулатории занҳои ҳомила, ки дар МШС-и маҳалли зист пур карда мешуданд, картаҳои мубодилаи ҳомилаҳо, таърихи ҳомилагӣ, ки дар ҷараёни бистарикунани дар статсионари ковидӣ то лаҳзаи фарорасии фавт мавриди таҳлил қарор гирифтанд.

Қоркарди омории мавод бо истифода аз фунсияҳои марбути Microsoft Excel 2016 ва таъмин бо барномаи Statistica 10.0 барои Windows (StatSoft Inc., USA) сурат гирифт. Маълумотҳо дар шакли ифодаҳои мутлақ ва ҷоизҳо барои маълумотҳои категориалӣ пешниҳод карда шуданд. Маълумотҳои ка-

тегориалӣ ва таносубҳо бо истифодаи меъёри хи-квадрат, аз ҷумла ислоҳи Йетс ва меъёри дақиқи дутарафаи Фишер ҳисоб карда шуданд. Ифодаи $p < 0,05$ аз ҷиҳати омори муҳим ҳисобида шуд.

Синну соли миёнаи ҳомилаҳои фавтидагон 31,9 солро ташкил дод, калавиши вариатсионӣ аз 25 то 37 сол буд. Гурӯҳбандӣ кардани ҳомилаҳои фавтида аз рӯи категорияи синнусолӣ дар ҷадвали 1 оварда мешавад.

Ҷадвали 1.- Гурӯҳбандӣ кардани ҳомилаҳои фавтидаи дорои SARS-CoV-2 якҷоя бо пневмония аз рӯи синну сол.

Синну сол	SARS-CoV-2-якҷоя бо пневмония		Гурӯҳи муқоисавӣ		p
	abc	%	abc	%	
17-19	0	0	1	2,9	>0,05
20-29	2	28,6	18	51,4	>0,05
30-39	5	71,4	13	37,1	<0,05
40-45	0	0	3	8,6	>0,05
Ҳамагӣ	7	100	35	100,0	

Эзоҳ: p – аҳамияти омории фарқияти нишондиҳандаҳои байни гурӯҳҳо (тибқи меъёри χ^2 барои ҷадвалҳои озод).

Омӯзиши басомади фавти занҳои ҳомилаи дорои аломатҳои пневмонияи короновирусӣ вобаста аз синну сол нишон дод, ки 2/3 ҳиссаи онҳоро занҳои ҳомилаи аз 30 то 39 - сола ташкил доданд, танҳо 1/3 дар синну соли аз 20-29 – сола фавтид. Гурӯҳбандӣ кардани паритет дар гурӯҳи омӯхташаванда чунин буд: нахустзояндаҳо 57,1%, тақрорзояндаҳо 42,9% буданд.

Омӯзиши макони зисти фавти занҳои ҳомилаи фавтида нишон дод, ки 42,9 %-и онҳо дар деҳот ва 57,1% -и онҳо дар шаҳри Душанбе мезистанд. Омӯзиши статуси иҷтимоии онҳо нишон дод, ки асосан занҳои фавтида дар қайди ҳаёт буданашон соҳибхоназан буданд ва фақат 14,3%-и ҳомилаҳо ба категорияи занҳои коргар дохил буданд.

Вариатсияи муҳлати гестатсия, ки дар он фавти модар рух додаст, аз 21 то 36 ҳафта, ба ҳисоби миёна 27,8 ҳафта будааст. Ҳамин тавр, дар триместри дуюми ҳомилагӣ 4 (57,1%) зани ҳомила, дар триместри сеюм 3

(42,9%). Фавтидааст.

Махсусияти анамнези гинекологӣ аз он иборат буд, ки 5 (71,4%) –и ҳомилаҳо пеш аз сар шудани ин ҳомилагӣ ба шаклҳои аввалия ва ё дувуми бенасли мубтало буданд. Ар ин маврид, бенаслии аввалия дар 2 (28,6%) ҳолат дида шуд, ки бо ёрии технологияҳои ёрирасони репродуктивӣ (ЭКО) – 2 ҳолат (28,6%) дар давраи пандемия ислоҳ карда шуданд. Дар 3 (42,9%) ҳолат пеш аз сар шудани ҳамин ҳомилагӣ пеш бенаслии дувумӣ ба мушоҳида расид. Патологияе, ки дар ин категорияи ҳомилаҳо зиёд дучор мешавад, ин кистаҳои функционалӣ ва омози тухмдонҳо буданд. Функсия репродуктивӣ бо вучуд доштани қатъшавии ҳомилагӣ дар 3 (42,9%) ҳомила оризанок шуда буд. Анамнези сироятӣ бо вучуд доштани сироятҳои зуд-зуд дучоршавандаи респираторӣ, ба монанди сироятҳои шадиди вирусии респираторӣ ва зуком вазнин мешуданд (ҷадвали 2).

Ҷадвали 2.- Хусусиятҳои анамнези сироятҳои ҳомилаҳои фавтидаи дорои SARS-CoV-2-якҷоя бо пневмонияҳо

Анамнези сироятӣ	SARS-CoV-2-якҷоя бо пневмония (n=7)		Гурӯҳи муқоисавӣ (n=35)		p
	мутлақ	%	мутлақ	%	
А – бе ориза	0	0,0	30	85,7	<0,001
Б – бо ориза, аз ҷумла	7	100	5	14,3	<0,001
1.СШВР	6	85,7	3	8,6	<0,001
2. Зуком	2	28,6	2	5,7	<0,05

Эзоҳ: p – аҳамияти омории фарқияти нишондиҳандаҳои байни гурӯҳҳо (тибқи меъёри χ^2 барои ҷадвалҳои озод).



Дар анамнези категорияи ҳомилаҳои фавтида дар дар 100% ҳолат лаҳзаҳои зуд-зуд такроршавандаи СШР ба мушоҳида расид. Дар байни онҳо СШВР - 6 (85,7%), зуком – 2 (28,6%), ё якҷояшавии онҳо 2 (28,6%) бар-

тарӣ дошанд.

Бемориҳои ҳамроҳшудаи экстрагениталӣ дар ҳомилаҳои фавтида 85,7% ҳолат муайян карда шуд. Таҳлили басомад ва сохтори он дар чадвали 3 оварда мешавад.

Чадвали 3.- Басомад ва сохтори бемориҳои экстрагениталӣ дар категорияи ҳомилаҳои фавтидаи дорои SARS-CoV-2-якҷоя бо пневмонияҳо.

Патологияи соматикӣ	SARS-CoV-2-якҷоя бо пневмония (n=7)		Гурҳи мукоисавӣ (n=35)		p
	мутл	%	мутл	%	
А – бе бемории соматикӣ	1	14,3	24	68,6	<0,05
Б – бо бемории соматикӣ аз ҷумла	6	85,7	11	31,4	<0,05
1. Бемориҳои сист. пешобу таносулӣ, ҳамагӣ	6	85,7	0	0,0	<0,001
А. Пиелонефрити музмин.	6	85,7	5	14,3	<0,001
Б. Нуқсонҳои инкишофи сист. пешрбхориҷқунӣ.	1	14,3	0	0,0	>0,05
В. НМГ	1	14,3	0	0,0	>0,05
2. Бемориҳои эндокринӣ, ҳамагӣ.	3	42,9	0	0,0	<0,01
А. Синдроми метаболикӣ	3	42,9	0	0,0	<0,01
3. Бемориҳои СДР, ҳамагӣ	3	42,9	0	0,0	<0,01
А. –гипертензияи музмин	1	14,3	0	0,0	>0,05
Б. Бемории варикозӣ	2	28,6	0	0,0	<0,05
4. Бемориҳои хун, ҳамагӣ	5	71,4	6	17,1	<0,01
А. Ж. анемия	5	71,4	6	17,1	<0,01
Дараҷаи 1	5	71,4	6	17,1	<0,01
Дараҷаи 2	0	0	0	0,0	0
Дараҷаи 3.	0	0	0	0,0	0
5. Аллергозҳо	2	28,6	0	0,0	<0,05
6. DMT	1	14,3	0	0,0	>0,05

Эзоҳ: p – аҳамияти омории фарқияти нишондиҳандаҳои байни гурӯҳҳо (тибқи меъёри χ^2 барои чадвалҳои озод).

Дар ҳомилаҳои фавтида бемории системаи пешобу таносулӣ дар 6 (85,7%) ҳолат, нуқсонҳои инкишофи системаи пешобу таносулӣ дар (14,3%) ва норасоии музмини гурдаҳо дар (14,3%) муайян карда шуд. Ихтилолҳои эндокринӣ дар шакли синдроми метаболикӣ дар 3 (42,9%) зани ҳомила ба қайд гирифта шуд. Патологияи системаи дилу рағҳо (СДР) дар ҳар фавтидаи сеюм (42,9%) ба мушоҳида расид. Бемории хун дар шакли камхунии аз норасоии оҳан пайдошуда дар 2/3 зани ҳомила (71,4%) дида шуд. Аллергозҳо дар ин категорияи беморон дар ҳар як ҳомилаи панҷум (28,6%) ба назар расид. Дар аксари бештари ҳолатҳои омӯхташавандаи фавт 6 (85,7%) ҳамзамон якҷоя шудани якчанд воҳиди нозологӣ (патологияҳои системаи пешобу таносулӣ, синдроми метаболикӣ, камхунии аз норасоии оҳан пайдошуда) ба назар расид. Миқдори зиёди синдроми метаболикӣ дар континген-

ти омӯхташаванда ба ҳисоб гирифта, мо ИМБ (индекси массаи бадан) -ро дар ҳар як ҳомилаи фавтида таҳлил намудем. Танҳо дар як ҳомилаи фавтида индекси муътадили массаи бадан -23,2 мушоҳида карда шуд (чадвали 4). Дар 3 зани ҳомила массаи барзиёди бадан (42,9%), дар боқимондаҳо (42,9%) фарбеҳии дараҷаҳои гуногун ба қайд гирифта шуд.

Ҳангоми таҳлил кардани оризаҳои ҳомилагӣ дар ҳолатҳои, ки бо фавт анҷом ёфтаанд, оризаҳои ҷараёни гестатсия дар ҳар як ҳомилаи дуҷум муайян карда шуд (57,1%). Патологияи асосии ҳомилагӣ ихтилолҳои гипертензивӣ ҳангоми ҳомилагӣ будааст 2 (28,9%). Онҳо бо презклампсияи муътадил 2 (28,9%) зоҳир гаштаанд. Дар ҳар як ҳомилаи сеюм ҳомилагӣ бисёрҷанина буд 2 (28,9%). Ҳамчунин дар ҳар як ҳомилаи сеюм (28,9%), ҳомилагӣ бо истифода аз технологияҳои репродуктивии ёрирасон (ЭКО) су-

Ҷадвали 4.- Гурӯҳбандии занҳои ҳомилаи ғавтидаи дорои SARS-CoV-2 якҷоя бо пневмонияҳо вобаста аз индекси массаи бадан.

ИМБ	ИМБ < 18,5		ИМБ ≥ 18,5 И < 25		ИМБ ≥ 25 И < 30		ИМБ ≥ 30 И < 35		ИМД ≥ 35 И < 40		ИМБ ≥ 40	
	Қамтар аз муътадил		Муътадил		Барзиёд		Фарбеҳии дараҷаи 1		Фарбеҳии дараҷаи 2		Фарбеҳии дараҷаи 3	
	Мутл.	%	Мутл.	%	Мутл.	%	Мутл.	%	Мутл.	%	Мутл.	%
Ҳомилаҳои дорои пневмонияҳои коронановирусӣ	0	0,0	1	14,3	3	42,8	2	28,6	1	14,3	0	0,0

рат гирифтааст, ки онҳо дар давраи пандемия анҷом ёфтаанд. Дар ҳар як ҳомилаи панҷум (14,3%) ҷараёни протесси гестатсионӣ бо ғавти антенаталии ҷанин, валодати қабл аз муҳлат, серобӣ, порашавии товалодатии пардаи ҷанин ва вайроншавии маҷрои хун дар рағҳои норасоии фетоплансенгарӣ сурат гирифтааст.

Омӯзиши гурӯҳбандии оризаҳои ҳомилагӣ вобаста аз триместр ягон фарқияти назаррасро ошкор накард, ва тақрибан якхела буд. Аммо бояд зикр намуд, ки ангезандаи асосии эҳтимолии ҷунин оризаҳо ба монанди таваллудкунии қабл аз муҳлат (25%), ғавти антенаталии ҷанин (25%), порашавии то валодати пардаи ҷанин (25%) вайрон шудани маҷрои хун дар системаи модар -плацента-ҷанин (25%) пайдошавии шаклҳои вазнини SARS-CoV-2 ба ҳисоб мерафтанд.

Ҳамин тавр, таҳлили ҳолатҳои ғавти модар ҳангоми шаклҳои вазнини SARS-CoV-2 нишон дод, ки патогенияти баланди ин вирус дар шароити ҳомилагӣ сабаби оғози шадид, хеле босуръат инкишоф ёфтани шаклҳои вазнини сирояти мазкур, ори-

занок бо дистресс-синдроми шадиди респираторӣ гардид, ки дар категорияи беморони мавриди омӯзиш қарордошта ҳолатҳои ғавтро ба вучуд овард. Баҳогузорӣ ба омилҳои хатари ҳолатҳои ғавти модар вобастагии синнусолиро муайян намуд: ҳолатҳои ғавт дар категорияи занҳои синну соли 30 то 39-сола муайян карда шуд. Ғавти модар бо муҳлати гестатсия ҳамбастагӣ дошт. Ғавти ҳомилаҳо танҳо дар қисми дуҷуми ҳомилагӣ рух дод. Ҳамчунин омилҳои потенциалии хатар заминаи вазнинкунандаи преморбидӣ ба ҳисоб рафт: дар категорияи занҳои ғавтида шохиси вазнинкунандаи сирояти аз беморҳои шадиди респираторӣ муайян карда шуд, заминаи вазнинкунандаи гинекологӣ бо бенасли зоҳир мегардид. Заминаи морбидии оризаҳо бо 2-3 воҳиди нозологияи экстрагениталӣ дар якҷоягӣ бо массаи барзиёди бадан ва фарбеҳӣ оризанок шуда буд. Оризаҳои сершумори ҳомилагӣ, ба монанди ихтилолҳои гипертензивӣ, ҳомилагии индуксионӣ (илқоӣ), ҳомилагии серҷанин ҷараёни шаклҳои вазнинро амиқтар намуда, борои ҳолатҳои ғавтовар мусоидат намуданд.

Адабиёт

1. Белокриницкая, Т.Е., Тарбаева Д.А., Трубицына А.Ю. Тяжелые формы гриппа у беременных: факторы риска, особенности клинического течения, профилактика / Т.Е. Белокриницкая, Д.А. Тарбаева, А.Ю. Трубицына // Врач. – 2013. № 2. – С. 32-36.
2. Жаркин, Н.А., Подобед Н.Д. Грипп и вызванная им пневмония у беременных: уроки пандемии / Н.А. Жаркин, Н.Д. Подобед // Журнал практического врача акушера-гинеколога. - 2010. - Т. 1, № 18. С. 11–15.
3. Сандакова Е.А., Садовниченко Е.А., Фельдблюм И.В. Клинические особенности течения вирусных инфекций дыхательных путей у женщин во время беременности / Е.А. Сандакова, Е.А. Садовниченко, И.В. Фельдблюм // Пермский медицинский журнал. — 2012. — Т. 29, № 6. С. 30-37.



4. Синчихин С.П., Степанян Л.В., Мамиев О.Б. Новая коронавирусная инфекция и другие респираторные вирусные заболевания у беременных: клиническая лекция. /С.П. Синчихин, Л.В. Степанян, О.Б. Мамиев// ГИНЕКОЛОГИЯ. - 2020.Т. 22 | №2.С. 6-16
5. Chen N, Zhou M, Dong Xl. Epidemiological and clinical characteristics Of 99 cases of 2019 novel coronavirus pneumonia in Wuhan, China: a descriptive study. Lancet, 2020, No. 395, p. 507
6. Dede FS, Celen S, Bilgin S. Maternal deaths associated with H1N1 influenza virus infection in Turkey. A whole-of-population report BJOG, 2011, No. 118 Vol. 10, pp. 1216-1222.
7. Kash J C, Taubenberger JK. The Role of Viral, Host, and Secondary Bacterial Factors in Influenza Pathogenesis. Am. J. Pathol, 2015, No. 185, Vol. 6, pp. 1528-1536.
8. Swartz D, Graham A. Potential Maternal and Infant Outcomes from Coronavirus 2019-nCoV (SARSCoV-2) Infecting Pregnant Women: Lessons From SARS, MERS, and Other Human Coronavirus Infections. Viruses 2020, pp. 1–16.
9. Zhou F, Yu T, Du R. Clinical course and risk factors for mortality of Adult inpatients with COVID-19 in Wuhan, China: a retrospective cohort Study. Lancet, 2020, DOI, 10.1016/S0140-6736(20)30566-3
10. Hantoushzade S, Aagaard K. Maternal death due to COVID -19. American Journal of Obstetrics and Gynecology, 2020.

МАТЕРИНСКАЯ СМЕРТНОСТЬ ПРИ ТЯЖЁЛЫХ ФОРМАХ ТЕЧЕНИЯ SARS-CoV-2: ОЦЕНКА ФАКТОРОВ РИСКА

М.Ф. Давлятова, Д.Г. Каримова

Кафедра акушерства и гинекологии №1, ГОУ “ТГМУ им. Абули ибни Сино”

Цель: изучить факторы риска материнской смертности при тяжелых формах SARS-CoV-2 у беременных и родильниц.

Материал и методы исследования. Было обследовано 70 беременных женщин с среднетяжелым, тяжелым и критическим течением SARS-CoV-2. Объем исследования соответствовал стандарту обследования беременных при коронавирусной инфекции SARS-CoV-2. От общего числа обследованных 7 случаев (1%) закончились летально.

Результаты. Летальному исходу были подвержены беременные в возрасте от 30 до 39 лет и составили 2/3 от общего числа. Во втором триместре беременности погибло 4 (57,1%) беременных женщин, а в третьем 3 (42,9%). У 5 (71,4%) беременных перед возникновением данной беременности отмечалось первичное, либо вторичное бесплодие. Сопутствующая экстрагенитальная патология у погибших беременных определялась

в 85,7% случаях. Гипертензивные нарушения во время беременности диагностированы в 2 (28,9%) случаях. У каждой третьей беременности была многоплодной 2 (28,9%). Также у каждой третьей (28,9%), беременность возникла при использовании вспомогательных репродуктивных технологий (ЭКО), которые проводились в период пандемии.

Вывод. Оценка факторов риска материнской смертности выявило возрастную зависимость: случаи летального исхода определялись в категории женщин от 30 до 39 лет. Материнская смертность была тесно сопряжена со сроком гестации. Также потенциальными факторами риска явились отягощенный преморбидный и морбидный фон.

Ключевые слова: вирусные пневмонии и беременность, коронавирусные инфекции, SARS-CoV-2, респираторные вирусные инфекции, материнская смертность



MATERNAL MORTALITY IN SEVERE FORMS OF SARS-COV-2: ASSESSMENT OF RISK FACTORS

Davlyatova M.F., Karimova D. G.

Department of Obstetrics and Gynecology №1, SEI “ATSMU”

Purpose: to study the risk factors of maternal mortality in severe forms of SARS-CoV-2 in pregnant and postpartum women.

Material and research methods. 70 pregnant women with moderate, severe and critical course of SARS-CoV-2 were examined. The extent of examinations corresponded with the standard of examination of pregnant women in coronavirus infection. SARS-CoV-2.

Results. Pregnant women aged 30 to 39 years were fatal and accounted for 2/3 of the total number. Pregnant women aged 30 to 39 years old were subjected to death and composed 2/3 of the total number. 4 (57.1%) pregnant women died in the second trimester and 3 (42.9%) in the third. 5 (71.4%) pregnant women had either primary or secondary infertility prior to the occurrence of this pregnancy. Concomitant extragenital

pathology was identified in 85.7% cases of the dead pregnant women. Hypertensive disorders during pregnancy were diagnosed in 2 (28.9%) cases. Every third pregnancy was multiple birth in 2 (28.9%). Also, in every third (28.9%), pregnancy occurred by using assisted reproductive technologies (IVF), which were performed during the pandemic.

Conclusion. The assessment of risk factors for maternal mortality revealed an age dependency, cases of death were determined in the category of women from 30 to 39 years old. Maternal mortality was closely associated with gestation period. The burdened pre-morbid and morbid backgrounds were also potential risk factors.

Keywords: viral pneumonias and pregnancy, coronavirus infections, SARS-CoV-2, respiratory viral infections, maternal mortality.

Давлятова Маина Фарруховна – номзоди илмиюи тиб, дотсенти кафедраи акушерг ва гинекологии №1 МДТ «ДДТТ ба номи Абуалг ибни Сино»; ID ORCID: 0000-0003-0414-0249; тел: 91 905 34 68, Почтаи электронг: malika051098@mail.ru

Каримова Давлатби Гулбидиновна – унвонҷӯи кафедраи акушерг ва гинекологии №1 МДТ «ДДТТ ба номи Абуалг ибни Сино»

Давлятова Махина Фарруховна- кандидат медицинских наук, доцент кафедры акушерства и гинекологии №1 ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино»; ORCID ID: 0000-0003-0414-0249; тел: 91 905 34 68, E-mail: malika051098@mail.ru

Каримова Давлатби Гульбидиновна – соискатель кафедры акушерства и гинекологии №1 ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино»;

Davlyatova Mahina Farrukhovna-candidate of medical sciences, associate professor of the department of obstetrics and gynecology №1 of SEI “ATSMU”; ORCID ID: 0000-0003-0414-0249; tel: 91 905 34 68, E-mail: malika051098@mail.ru

Karimova DavlatbeGulbidinovna – degree seeker Department of Obstetrics and Gynecology №1, SEI “ATSMU”.

БЕХТАР НАМУДАНИ ТАБОБАТИ ЧАРРОҶИИ БЕМОРИҶОИ ЯҚҶОИ УЗВҶОИ КОВОКИИ БАТН ВА ГЕНИТАЛӢ

Рачабова Г.К.

Кафедраи акушерӣ ва гинекологии №2-и Донишқадаи таҳсилоти баъдидипломӣ дар соҳаи тандурустии Ҷумҳурии Тоҷикистон

Муҳиммият. Бемориҳои яқҷояи чарроҳии узвҳои ковокии батн ва гинекологӣ, тибқи маълумоти Созмони Умумиҷаҳонии Тандурустӣ 20-30%-ро ташкил медиҳад, ки бево-



сита табобати яквақта ва якҷояи ҷарроҳон ва гинекологонро талаб менамояд [1,3,4]. Истифодабарии дастраскунии омехта дар амалиётҳои табобатии чунин занон, имконият медиҳад, ки дар ҷорҷӯбаи як беҳисгардонӣ, якҷанд бемориҳои якҷояи ҷарроҳии узвҳои ковокии батн ва гинекологӣ бартар карда шаванд. Вобаста ба ин, имрӯз бо назардошти истифодабарии васеъ видеолапароскопия дар ҷарроҳия, имкониятҳои муосири гузаронидани амалиётҳои симултантӣ ба амал омаданд.

Хусусиятҳои каминвазивӣ, тез барқароршавии баъди амалиётӣ, буриши хурди косметикӣ, новобаста ба ҷарроҳии мушкилу васеъ, бевосита усулҳои лапароскопиро мавриди амалиётҳои симултантӣ дар бемориҳои ҷарроҳии қисми болоии ковокии батн ва коси хурд, бартарӣ медиҳанд [2,3]. Дар мавридҳои, ки амалиёти симултантӣ омехтаи душвориҳои техникӣ ва васеъ мекӯшанд, ё ин ки яке аз амалиётҳо дар мавзеи душвори анатомикӣ, ки имконияти биниш ниҳоят паст гузаронида мешавад, ба мақсад мувофиқ аст, ки нуқтаҳои муайяни буриш дар ҳар як амалиёт гузаронида шаванд [1,5]. Истифодабарии принсипи «бандари муҳочир» мавриди амалиётҳои симултантӣ стандарти, имконият медиҳад, ки аз ҳисоби миқдори троакарҳои истифодашаванда, осебпазирии дастраскунии лапароскопӣ коҳиш дода шавад [3,6,7].

Новобаста ба он, агар масъалаҳои амалиётҳои нақшавии симултантӣ дар занони бо патологияи якҷояи ҷарроҳии узвҳои ковокии батн ва коси хурд, ҳалли худро ёфта бошад, масъалаи амалиётҳои фаврӣ ва мавҷуфгузошта - кушода ҳастанд. Аз ин лиҳоз,

коркарди масъалаи мазкур имконият медиҳад, ки нишондодҳои барои гузаронидани амалиётҳои симултантӣ дар занони мубталои бемориҳои якҷояи ҷарроҳии узвҳои ковокии батн ва коси хурд васеъ, натиҷаҳои табобат беҳтар шаванд.

Мақсади тадқиқот. Беҳтаркунии табобати ҷарроҳии бемориҳои фаврии якҷояи узвҳои ковокии батн ва коси хурд бо истифодаи технологияи муосири каминвазивӣ.

Мавод ва усулҳои тадқиқот. Дар тадқиқот натиҷаи табобати 92 зан бо бемории якҷояи ҷарроҳии узвҳои ковокии батн ва гинекологӣ дароварда шудаанд, ки дар шӯъбаи ҷарроҳии батн ва технологияи муосири МД «Маҷмааи тандурустии Истиқлол» ва базаҳои клиникӣ кафедраи бемориҳои ҷарроҳии №1-и ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино, солҳои 2012-2020 ҷарроҳӣ шудаанд. Ҷамаи занҳо бо таври мавҷуфгузошта амалиёт гузаронида шудаанд. Мавриди бистарӣ ба ҳама занҳо таҳлилҳои пурраи клиникӣ-лабораторӣ ва асбобӣ гузаронида шудааст.

Мавриди видеолапароскопия даровардани 3-4 троакар ва фишори дохилибатнӣ дар ҳудуди 9-12 мм сут.сим. истифода шудааст. Усули амалиёт бо тафтиши ковокии батн ва хулосабарорӣ оиди навбати муайяни амалиёти симултантӣ дарбар мегирад.

Таҳлили омори ҳисобкунии таносубҳои (%) барои нишондодҳои сифатӣ дар бар мегирад.

Натиҷаи тадқиқот ва баррасии онҳо. Мавриди таҳлили пеш аз ҷарроҳӣ дар ултрасадо бемориҳои якҷояи ҷарроҳии узвҳои ковокии батн ва гинекологӣ муайян карда шуданд (ҷадвали 1).

Ҷадвали 1.- Хусусиятҳои бемориҳои якҷояи ҷарроҳии узвҳои ковокии батн ва гинекологӣ (n=92)

Бемориҳо	Миёмаи бачадон	Номиҳои тубоовариалӣ	Салпинго оофарит	Лиҳомҳои коси хурд	Ҷамагӣ
БСС, ХШК	3	12	-	-	15
Аппендитити шадид	-	36	8	22	66
НШЛР	-	4	2	-	6
Сили шикам		2	3	-	5
Умумӣ	3	54	13	22	92

Эзоҳ: БСС, ХШК – бемории санги сафро. Холетситити шадиди калкулёзӣ, НШЛР – ногузароғии шадиди лиҳомии рӯдаҳо

Тахлил муайян намуд, ки яке аз бемориҳои ҳамроҳшудаи бештар дучоршвандаи ҷарроҳии узвҳои ковокии батн ва гинекологӣ, аппендитситаи шадид мебошад, ки 91,7%-ро ташкил медиҳад. Яқҷоягии холесистити шадиди калкулёзӣ бо бемориҳои гинекологӣ, дар 16,3% ҳолат вомерӯрад.

Бо назардошти хусусиятҳои хос, тайёрии занони мубталои бемориҳои яқҷояи ҷарроҳии узвҳои ковокии батн ва гинекологӣ-васеъкуниестандартҳои ташхиси то ҷаррохиро талаб менамояд. Вобаста ба ин интихоби дурусти инфиродии беморони патоло-

гияи омехта, омодагии кофии пеш аз ҷарроҳии занон, интихоби инфиродии усул ва ҳаҷми ҷарроҳӣ, ғайр аз ин, бо зиёд шудани ҳаҷми ҷарроҳӣ, ки ба пайдоиши мушкилиҳои пас аз ҷарроҳӣ таъсир намерасонад, боиси сарфаи назарраси захираҳои молиявӣ ҳам дар марҳилаи беморхонаваӣ ҳам дар давраи амбулаторӣ мегардад.

Нишондод барои амалиёти симултантӣ лапароскопӣ дар асоси дараҷаи хавфи ҷарроҳию беҳисгардонӣ дар асоси таснифи ASA гузошта шуд (ҷадвали 2).

Ҷадвали 2.-Тақсимои занон бо дараҷаи хавфи ҷарроҳию беҳисгардонӣ дар асоси таснифи ASA

Дараҷаи хавфи ҷарроҳию беҳисгардонӣ дар асоси таснифи ASA	Миқдори занон	
	Мутлақ	%
I	68	73,9
II	15	16,3
III	9	9,8
Ҳамагӣ	92	100

Занҳо асосан дар дараҷаи I ва II-и хавфи ҷарроҳию беҳисгардонӣ қарор доштанд. Аз миқдори умумии занон дар 54 (58,7%) ҳолат бемориҳои ҳамрадиҳои соматикӣ муайян карда шуд.

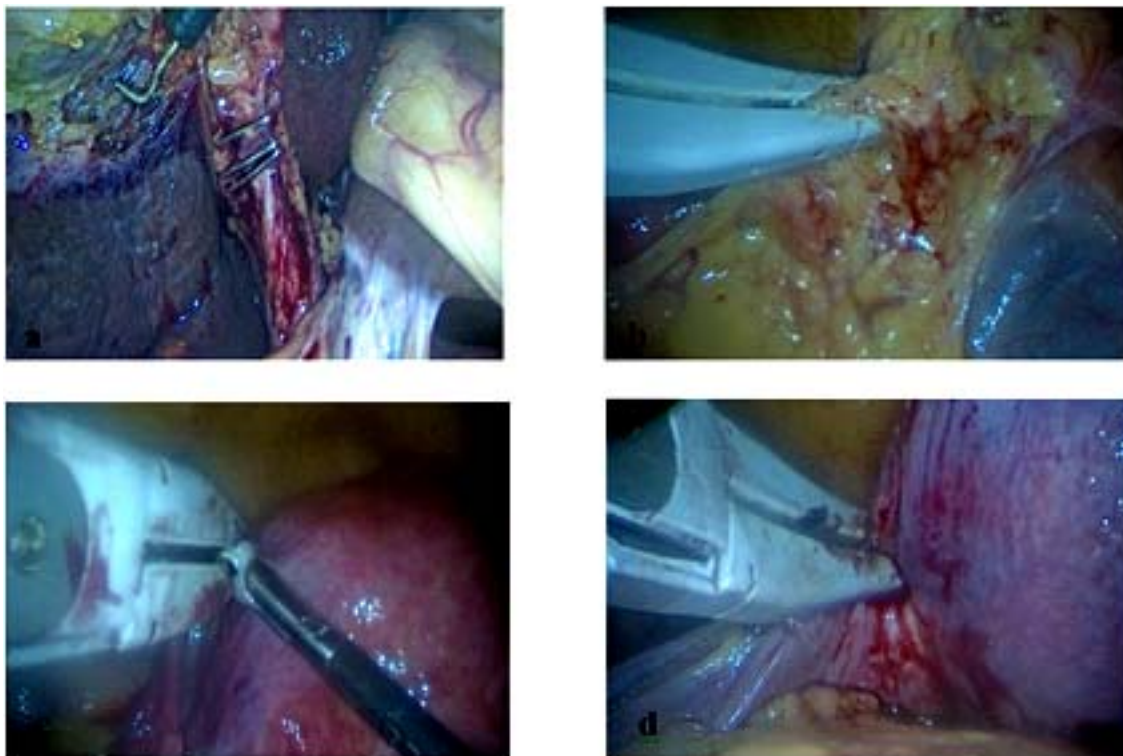
Як гурӯҳ олимон [1,3] тасдиқ менамоянд, ки карбоксиперитонеуми дуру дароз мавриди амалиёти симултантӣ лапароскопии узвҳои ковокии батн ва гинекологӣ, ба нишондодҳои гемодинамикӣ баъд аз амалиёт таъсири назаррас намерасонанд, ки ин омил бевосита имконияти гузаронидани ҷарроҳҳои симултантӣро васеъ менамояд.

Дар 3 (3,3%) ҳолати холесистити шадиди калкулёзӣ, дар занон ҳамравии миомаи бачадон муайян карда шуд, ки аз таърихи беморӣ ҳолатҳои бисёрқаратаи хунравии бачадон ё ин ки намуди оризакноки бемориро доштанд. Баъд аз гузаронидани ташхиси мушаххас ва тайёрии пеш аз ҷарроҳӣ, нишондод барои гузаронидани амалиёти симултантӣ лапароскопии холесистэктомия ва ампутатсияи бачадон гузошта шуд. Амалиёт бо истифодаи 4 троакар гузаронида шуд (расми 1).



Расми. 1. Мавзӯҳои лапаропортҳо ҳангоми амалиёти симултантӣ лапароскопии холесистэктомия ва ампутатсияи бачадон

Дар 1 зан ҳангоми амалиёти лапароскопия дар коси хурд просесси азиями лиҳомӣ муайян карда шуд (аз таърихи беморӣ- зан пеш аз ин амалиёти тубэктомияро аз сар гузаронидааст). Бо назардошти ҳолати ҷойдошта амалиёти симултантӣ холесистэктомияи лапароскопӣ + адгезиолизис + ампутатсияи бачадон гузаронида шуд.



Расми 2. Марҳилаҳои амалиёти симултантӣ ҳолесистэктомияи лапароскопӣ (а), адгезиолизиси коси хурд (b) ва ампутатсияи лапароскопии бачадон бо истифодаи технологияи «LigaSure» (c,d)

Диссексияи гемостаз мавриди амалиётҳои симултантӣ бо истифодаи технологияи муосири «LigaSure» гузаронида шуд, ки бо тағйиротҳои ҳадди ақал дар бофтаҳои наздик фарқ намуда, ҳамзамон дар ковокии батн ба вучуд намеорад, ки аз ин рӯ, вақти амалиётро коҳиш медиҳад. Афзалиятҳои иловагии технология дар он аст, ки ҳолатҳои оғир дар бар мегиранд, ки раванди ҷудошавӣ ё гемостаз дар наздикии камера бо сабаби ташаккули суспензияи ҷарима, бо электрокоагулятсияи биполярӣ шароит барои дидани минтақаи таъсир, давра ба дав-

ра бад мешавад. Онҳо ҳангоми истифодаи технологияи “LigaSure” амалан руҳ намедиҳад.

Тавре ки дар боло зикр гардид, қисми асосии занон (71,8%) маҷмӯи аппендиситҳои шадид ва адгезияҳои коси хурд буданд, яъне мавҷудияти адгезияҳои аднексалӣ, ки махсусан сабабҳои безурётии дуҷумдараҷа дар занони синни репродуктивӣ буданд.

Барои баҳодиҳии дараҷаи лиҳомҳои аднексалӣ дар занон, ки мавриди амалиёти видеолапароскопия муайян гардиданд, таснифи AFS (1985) истифода бурда шуд (ҷадвали 3).

Ҷадвали 3. – Дараҷаи лиҳомҳои аднексалӣ, ки бо аппендитсита шадид ҳамрав буданд (n=66)

Узвҳои гениталӣ		Намуди лиҳом	< 1/3 пӯшида	1/3 - 2/3 пӯшида	> 2/3 пӯшида
Найчаҳои бачадон	рост	мембранадор	1	2	4
		зич	4	8	16
	чап	мембранадор	1	2	4
		зич	4	8	16
Тухмдонҳо	рост	мембранадор	1	2	4
		зич	4	8	16
	чап	мембранадор	1	2	4
		зич	4	8	16

Эзоҳ: бо таври пурра пӯшидани лиҳомҳо охири фимбриалии найчаи бачадон ба 16 ҳол рост меояд.

Тибқи дараҷаи просесси лиҳомҳо дар коси хурд, дар 29 (43,9%) зан просесси лиҳомии дараҷаи I-ум, дар 30 (45,4%) зан- II-юм, дар 5 (7,6%) зан - III-юм ва дар 2 (3,1%) зан - дараҷаи IV-уми просесси лиҳомӣ муайян карда шуд.

Дар ҳама ҳолатҳо амалиёти адгезиолизиси лапароскопӣ бо барқарокунии анатомияи узвҳои гениталӣ гузаронида шуд.

Дар 38 (57,6%) ҳолат аз 66 бемор, мувофиқи нишондод гистероскопия ва хромоскопия гузаронида шуд. Дар ин ҳол тасвири маъмулии эндоскопии эндометрити музмин дар 16 (42,1%) занҳои гурӯҳи дар боло зикргардида муқаррар карда шуд. Аксар вақт, гулобии саманд, ғафсии нобаробар ва ранги луобпарда муайян карда шуда, минтақаҳои тунуқшавии эндометрия бо шакли намоёни рағҳо муайян карда шуданд. Ҳолатҳои харошидан муътадил ё кам буд. Дар 31 (81,6%) ҳолат синехия, бо намуди нахҳои нозуки сафедтоб, ки аз як девораи бачадон ба девораи дигар мерафтанд, муайян карда шуданд. Қойгиршавии бартаридоштаи синехия (n=29) майдони даҳони найчаҳои фаллопӣ буд.

Мавриде, ки патологияҳои дар боло зикршуда муайян карда шуданд, синехияҳо бо қайчӣ ва пичкаҳои гистероскопӣ бо муқоисаи найчаҳои бачадон ба таври механикӣ нест карда шуданд. Дар ҳолати қушода будани найчаи фаллопӣ, контраст ба даҳонаи он комилан ворид шуда, эффекти ба истилоҳ “фунел”-ро ба вучуд оварда, ин минтақаи бачадонро камее доғдор мекард.

Эндометрит дар ҳама ҳолатҳо танҳо ҳангоми ошкор шудани олудагии микробиологӣ маводи аз холигоҳи бачадон гирифташуда ташхис карда мешавад. Ҳангоми гузаронидани ташхиси бактериологӣ таркиби холигии бачадон дар 94,7% (n=36) натиҷаҳои мусбат ба даст оварда шуданд. Саҳхи ифлосшавии мавод, умуман 103-104 буд. Дар ин маъмулан, колонизатсияи эндометрия бо микрофлораи аэробӣ, занбӯруғҳои насли Candida, сироятихламидиалӣ, уреоплазма ва сирояти омехта бо иштироки 2 ё зиёда микроорганизмҳо вучуд дошт.

Дар 8 зан (8,7%) мушкilot пас аз амалиёти фаврии ҳамзамони лапароскопӣ мушоҳида шудааст. Дар 4 (4,3%) зане, ки бо адгезиолизҳои лапароскопӣ бо дараҷаҳои III ва IV раванди илтиёмии коси хурд гузаштанд, ихроҷи кӯтоҳи (дар рӯзи аввал) ихроҷи хун аз рӯи дренажи назоратӣ мушоҳида шуд, ки бо чораҳои консервативӣ қатъ карда шуданд, даҳолати такрориро талаб намекунад. Дар 3 (3,4%) ҳолат фасодгирии чароҳатҳои троакар ва дар 1 (1,1%) ҳолат, аз реше троакар серома чудо карда шудааст. Ҳодисаҳои табдилдиҳӣ ба назар намерасид. Рӯзи бистарӣ пас аз чарроҳӣ $4,8 \pm 1,2$ буд.

Хулоса. Истифодаи видеолапароскопия дар занони гирифтори патологияҳои якҷояи чарроҳӣ ва гинекологӣ, бо интиҳоби дурусти инфиродӣ метавонад осеби амалиёти чарроҳиро ба таври назаррас коҳиш диҳад, ки имкон медиҳад ҳаҷми чарроҳӣ то 2-3 амалиёти ҳамзамон бидуни таъсир ба чарроҳӣ васеъ карда шуда, басомади мушкilotи пас аз чарроҳӣ коҳиш дода шавад.

Адабиёт

1. Байгазаков А.Т. Перспективы применения эндохирургических технологий в лечении сочетанных хирургический гинекологических заболеваний // Вестник КРСУ.2015. Т.15, №7.С.21-23.
2. Брехов Е.И., Савинова Е.Б., Лебедева Е.А. Опыт проведения симультанных лапароскопической холецистэктомии и гинекологических операций // Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова. 2010. №12. С. 23-26.
3. Галимов О.В., Зиганшин Д.М., Туйсин С.Р. Лечение больных с сочетанной патологией органов малого таза с применением лапароскопических технологий // Эндоскопическая хирургия. 2012. №3. С.25-28.
4. Q.H. Yietall. Evaluation of the clinical value of simultaneous hys terectomy and bilateral salpingectomy in perimenopausal women // Zhonghua Fu Chan Ke Za Zhi. 2012. Vol. 47, №2. P.110-114.



5. Hart S., Ross S., Rosemurgy A. Laparoendoscopic single-site combined cholecystectomy and hysterectomy // J. Minim. Invasive Gynecol. 2010. Vol. 17, №6. P.798-801.
6. Jocko J.A., Shenassa H., Singh S.S. The role of appendectomy in gynaecologic surgery: a canadian retrospective case series // J. Obstet. Gynecol. Can. 2013. Vol. 35, №1. P.44-48.
7. Uwaezuoke S., Udoye E., Etebu E. Endometriosis of the appendix presenting as acute appendicitis: a case report and literature review // Ethiop. J. Health Sci. 2013. Vol. 23, №1. P.69-72.

УЛУЧШЕНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ НЕОТЛОЖНЫХ СОЧЕТАННЫХ ПАТОЛОГИЙ ОРГАНОВ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ И ГЕНИТАЛИЙ

Раджабова Г.К.

Кафедра акушерства и гинекологии №2 ГОУ «ИПО в СЗ РТ»

Цель исследования. Оптимизация хирургического лечения неотложных сочетанных патологий органов брюшной полости и гениталий, с применением современных малоинвазивных технологий.

Материал и методы исследования. В основу работы положен анализ результатов неотложных симультанных лапароскопических вмешательств, проведенных в отношении 92 женщин с сочетанными хирургическими и гинекологическими заболеваниями. Для оценки степени аднексальных спаек у данного контингента женщин, выявленных в ходе выполнения видеолапароскопии, применялась классификация r-AFS. При этом согласно степени спаечного процесса малого таза, у 29 (43,9%) женщин установлено спаечный процесс I степени, у 30 (45,4%) - II, у 5 (7,6%) - III степени, и у 2 (3,1%) - IV степени спаечного процесса.

Результаты исследования. Наиболее часто встречаемым сочетанием хирургических и гинекологических патологий явилось ос-

трый аппендицит, что составило 91,7%. Сочетание острого калькулезного холецистита с заболеваниями органов гениталия отмечено у 16,3% женщин, где в 3 (3,3%) случаях произведено ЛХЭ и ампутация матки. В 71,8% наблюдениях произведено лапароскопическая аппендэктомия и адгезиолизис малого таза, с дополнительным проведением гистероскопии. Послеоперационные осложнения отмечены у 8 (8,7%) женщин, а послеоперационный койко-день составило $4,8 \pm 1,2$.

Выводы. Применение видеолапароскопии у женщин с сочетанными хирургическими и гинекологическими патологиями, при правильном индивидуальном подборе, позволяет значительно снизить травматичность хирургического вмешательства.

Ключевые слова: сочетанные хирургические и гинекологические патологии, видеолапароскопия, симультанные лапароскопические операции, спаечный процесс малого таза.

IMPROVEMENT OF THE RESULTS OF SURGICAL TREATMENT OF URGENT COMBINED ABDOMINAL AND GENITAL DISEASES

Radjabova G.K.

Purpose of the study. Optimization of surgical treatment of urgent combined pathologies of the abdominal cavity and genital organs, using modern minimally invasive technology.

Material and methods. The work is based on the analysis of the results of urgent simultaneous laparoscopic interventions in 92 women with combined surgical and gynecological diseases. To assess the degree of adnexal adhesions in this contingent of women

identified during videolaparoscopy, the r-AFS classification was used. At the same time, according to the degree of adhesive process of the small pelvis, 29 (43.9%) women had an adhesive process of I degree, in 30 (45.4%) - II, in 5 (7.6%) - III degree, and in 2 (3.1%) - IV degree of adhesive process.

Results. The most common combination of surgical and gynecological pathologies was acute appendicitis, which amounted to 91.7%. The



combination of acute calculous cholecystitis with diseases of the genital organs was noted in 16.3% of women, where in 3 (3.3%) cases LCE and amputation of the uterus were performed. In 71.8% of cases, laparoscopic appendectomy and adhesiolysis of the small pelvis were performed, with additional hysteroscopy. Postoperative complications were noted in 8 (8.7%) women, and the postoperative bed-day was 4.8 ± 1.2 .

Conclusions. The use of videolaparoscopy in women with combined surgical and gynecological pathologies, with the right individual selection, can significantly reduce the trauma of surgical intervention.

Key words: combined surgical and gynecological pathologies, videolaparoscopy, simultaneous laparoscopic operations, pelvic adhesions.

Раҷабова Г. Қ. - н.и.т., мудири кафедраи акушерӣ ва гинекологии №2-и Донишқадаи таҳсилоти баъдидипломӣ дар соҳаи тандурустии Ҷумҳурии Тоҷикистон; E-mail: rajabova_g_k@mail.ru; тел: +992 900 76 44 90.

Раджабова Г.К.- к.м.н., зав. кфедрой акушерства и гинекологии №2 ГОУ «ИПО в СЗ РТ», E-mail: rajabova_g_k@mail.ru; тел: +992 900 76 44 90.

Radjabova G.K. - Candidate of Medical Sciences, Head of the Department of Obstetrics and Gynecology No. 2 of the State Educational Institution "Institute of Postgraduate Education in Healthcare of the Republic of Tajikistan" E-mail: rajabova_g_k@mail.ru; тел: +992 900 76 44 90.

ПАЙДО НАМУДАНИ СИРОЯТҲОИ УРОГЕНИТАЛӢ ДАР ЗАНҲОИ СИННУ СОЛИ РЕПРОДУКТИВӢ БО УСУЛҲОИ МУОСИРИ ТАДҚИҚОТӢ

Саидзода Б.И., Ҳакназарова М.А., Қадамалиева М.Д.

Муҳимияти мавзӯ: Муайян кардани патоген дар бисёр бемориҳои сироятӣ муҳим ва аксар вақт барои тасдиқи таъхир аз зарур аст. Дар нигоҳ доштани раванди илтиҳобӣ дар системаи репродуктивӣ падидаи сироятҳо нақши муҳим дорад, ки онро таҳқиқотҳо тасдиқ мекунад [1,5,7]. Пайвандҳои зиёде дар патогенези сироятҳо муайян карда шудаанд, ки ба вайроншавии системаи иммунитети ҳуҷайравӣ оварда мерасонад [4,6].

Омӯзиши омилҳои иммунитети гуморалӣ ва ҳуҷайравӣ дар сирояти уреоплазма аҳамияти назариявӣ дорад, мавҷудияти антитело дар зардоби хуни занони синни репродуктивӣ дар сурати мавҷуд набудани зухуроти клиникаи беморӣ аз иммунитети табиӣ шахсони серонегатив шаҳодат медиҳад [2,3,4]. Далелҳои нав, ки нақши Т-лимфоситҳои аутореактивӣ бо вирус ба вучуд омадари нишон медиҳанд, ба мо имкон медиҳанд, ки онҳоро ҳамчун воситаи умедбахши имунотерапия барои бемориҳои аутоиммунӣ баррасӣ кунем [1,3,5,7]. Омӯзиши муфассали таъсири иммунокорректорҳо ба истифодаи бомуваффақияти доруҳои зидди

вирусӣ, антихламидиалӣ дар якҷоягӣ бо вакцинаҳо ва иммунокорректорҳо мусоидат мекунад.

Аммо, муваффақияти ошкор кардани патоген, ба андешаи мо, метавонад на танҳо ба сифати тадқиқоти лабораторӣ, балки аз хусусиятҳои раванди сироятӣ ва мавҷудияти патоген ҳангоми гирифтани мавод барои тадқиқот вобаста бошад.

Мақсади тадқиқот муайян кардани самаранокии санҷишҳои гуногуни лабораторӣ оид ба хламидиоз ва микоуреаплазмоз дар занон ва мардон вобаста ба вазнинии раванди сироятӣ буд.

Мавод ва усулҳои тадқиқот. Ба гуруҳи якум 24 нафар занони гирифтори равандҳои илтиҳобии шадиди узвҳои системаи таносули пешоб буданд. Гуруҳи дуюм (70 ҳолат) аз занони гирифтори эндоцервицити музмин, сеюм (55 ҳолат) - бо сальпингоофорити музмин, чорум (48 ҳолат) - бо вагинити музмини этиологияҳои гуногун иборат буд. Бояд гуфт, ки дар асоси маълумоти анамнезӣ дар $97,7 \pm 5,6\%$ занони гирифтори патологияи шадид тахмин кардан мумкин аст, ки сироят бо ангезандаҳои сироятҳои



бо роҳи чинсӣ гузаранда то семоҳа, дар $96,0 \pm 1,0\%$ занони гирифтори равандҳои музмин аст. - зиёда аз шаш моҳ. Ба гурӯҳи назоратӣ 112 нафар беморони бе равандҳои патологӣ дар узвҳои системаи таносуӣ дохил карда шуданд.

Натиҷаҳои тадқиқот. Маҷмӯи ду нишондиҳандаи серологии хламидиоз (IgG ва IgA) бештар дар беморони гирифтори салпингоофорити музмин (дар $40,0 \pm 4,4\%$) ва дар дигар гурӯҳҳои патологияи музмин, инчунин дар гурӯҳи назоратӣ 1,7 маротиба камтар мушоҳида шудааст, $P < 0,01$). Танҳо дар ду ҳолат ($8,3 \pm 1,6\%$) ин комбинатсия дар занони гирифтори сирояти шадид муайян карда шуд. Хламидиоз танҳо тавассути ПТР бештар дар беморони гирифтори раванди шадиди сироятӣ ($45,8 \pm 10,2\%$) ва танҳо дар ҳолатҳои алоҳида (аз 0,5 то $1,8\%$) дар занони гурӯҳҳои дигар ($P < 0,001$) муайян карда мешавад. Басомади *Chlamydia trachomatis* дар миқдори ташхисӣ дар беморони гирифтори равандҳои шадиди илтиҳобӣ ($33,3 \pm 9,6\%$), дар занони гирифтори равандҳои сирояти музмин тақрибан ду маротиба камтар ва дар занони гурӯҳи назорат 2,5 маротиба ($P > 0,05$) буд. Уреаплазма ба миқдори ташхис бештар дар беморони гирифтори патологияи узвҳои шадид ва вагинити музмин мушоҳида мешуд (мутаносибан $62,5 \pm 9,9\%$ ва $45,9 \pm 3,7\%$ ҳолатҳо). Дар муқоиса бо равандҳои шадид, арзиши нишондиҳанда дар гурӯҳҳои дуюм ва сеюм каме камтар буд ($P < 0,05$). Басомади пасттарини ошкор намудани микроорганизмҳои патогенӣ дар миқдори ташхис дар гурӯҳи назоратӣ ($23,2 \pm 3,9\%$) буд.

Умуман, намунаҳои шабеҳ ҳангоми муоинаи мардон, шарикони чинсии занон омӯхта шуданд. Ҳамзамон, ду нишондиҳандаи мусбати санчишҳои серологии хоси хламидиоз (IgG ва IgA) дар беморони ҳар се гурӯҳи бо патологияи музмини узвҳо баробар маъмул буданд, дар гурӯҳи мардони гирифтори уретрити шадид мутаносибан се ва ду маротиба камтар. ва дар гурӯҳи назоратӣ ($P < 0,05-0,01$). Муайян кардани хламидиоз ҳангоми ПЗР нисбат ба дигар гурӯҳҳо дар мардони гирифтори уретрити шадид 13 мароти-

ба бештар ба мушоҳида мерасад ($P < 0,001$). Муайян кардани микоплазма дар миқдори ташхисӣ аз рӯи басомад дар ҳамаи гурӯҳҳои баррасишавандаи беморон фарқ надошт ва дар сатҳи паст буд. Уреаплазма ба миқдори ташхисӣ нисбат ба дигар беморон бештар дар ҳолати уретрити шадид (дар $50,0 \pm 8,8\%$), тақрибан ду маротиба камтар дар беморони гирифтори уретрити музмин ва дар якҷоягӣ бо простатити музмин ($24,1 \pm 7,9\%$ ва мутаносибан $20,9\%$), $\pm 4,9\%$ дар $P < 0,05$ ва $P < 0,01$. Аломати лаборатории нишондодашуда дар мардони простатити музмин ва дар назорат хеле кам ба назар мерасид.

Ҳамин тариқ, нишондиҳандаҳои IgG ва IgA барои хламидиоз нисбат ба патологияи шадид дар беморони гирифтори равандҳои илтиҳобии музмин дар узвҳои системаи таносуӣ хеле бештар ошкор карда шуданд, ки ба баъзе маълумотҳои адабиёт мувофиқат мекунад. Аз тарафи дигар, ПЗР-и мусбӣ нисбат ба сирояти музмин дар патологияи шадиди узвҳои таносул бештар муайян карда шуд. Ин метавонад нишон диҳад, ки дар чараёни сирояти музмини хламидиоз, пешоб ва канали гарданаки бачадон суст ё ҳамчун обанбори сироят нақши худро гум мекунад. Бемории патоген узвҳои коси колонияро чойгир мекунад, ки барои гирифтани намуна дастрас нестанд (найҳои фаллопӣ, бачадон, гадуди простата, тестикулҳо). Вақте ки ин раванд музмин буда, бо фиброз дар нуқтаҳои илтиҳоб ҳамроҳӣ мекунад, ҳангоми гирифтани мавод аз эндоцервикс, аксар вақт натиҷаҳои манфии ҳам санчишҳои фарҳанг ва ҳам ПЗР имконпазиранд.

Дар марҳилаи навбатӣ, мо кӯшиш кардем, ки алгоритми ташхиси шарикони чинсӣ бо мақсади ташхиси хламидиҳои урогениталӣ, микоплазмоз ва уреоплазмоз бо шартӣ кам кардани хароҷоти ташхис ва баланд бардоштани эътимоднокии он асоснок карда шавад. Дар баробари ин, мо чуфти чинсиро ҳамчун як системаи ягона баррасӣ кардем, ки дар асоси намунаҳои дар боло зикршуда, эътимоднокии гуногуни санчишҳои лабораториро ҳангоми муоинаи мардон ва занон ва инчунин эътимолияти хеле баланди сирояти ҳамдигарро тавсиф мекунад.

Алгоритмҳои ташхиси сироятҳои хламидиалӣ ва микоплазмалӣ дар чуфтҳои чинсӣ ба идеяи имкони ташхиси танҳо як шарикӣ чинсӣ аз чуфти устувори чинсӣ, ки бидуни усулҳои бимануалии муҳофизати чинсӣ фаъланд, асос ёфтааст. Дар баробари ин, афзалият бояд ба зан дода шавад, бо назардошти эҳтимолияти баланди гирифтани санҷишҳои мусбӣ аз ӯ. Муоинаи шарикӣ чинсӣ дуҷум танҳо дар сурати натиҷаи манфӣи ташхиси якум гузаронида мешавад. Қарор дар бораи таболати мувозӣ барои мардон ва занон пас аз ошкор кардани маълумот дар бораи мавҷудияти раванди сироятӣ дар ҳадди аққал як нафари онҳо қабул карда мешавад.

Барои ташхиси хламидиоз, ба андешаи мо, ПТР дар марҳилаи аввал бояд истифода шавад. Бо вучуди ин, вақте ки натиҷаи манфӣ ба даст меояд, намунаи хун барои серодиагноз нишон дода мешавад: чувтҷӯи IgA ва IgG дар зардоби хун бо истифода аз ELISA. Дар сурати натиҷаи манфӣ, дар марҳилаи баъдӣ метавон кӯшиш кард, ки мавҷудияти IgA дар луобҳои эндосервикалӣ ё эякулят муайян карда шавад.

Мо инчунин тавсия медиҳем, ки ташхиси микоплазмоз ва уреоплазмозро бо PCR оғоз кунем, зеро ин усул ба шумо имкон медиҳад, ки гирифтани маводро бо он барои ташхиси хламидиоз якҷоя кунед. Бо вучуди ин, бар хилофи сирояти хламидиалӣ, ошкор кардани ДНК-и патоген то ҳол наметавонад ба таври қатъӣ зарурати таболатро нишон диҳад. Дар ин ҳолат, барои муайян кардани сатҳи олудашавии узвҳои таносул бо микоплазма ё уреоплазма омӯзиши фарҳангӣ гузаронидан лозим аст. Бо вучуди ин, масъалаи оғози таболат дар чуфти чинсӣ, ба назари мо, бояд на танҳо сатҳи олудашавӣ, балки мавҷудияти раванди сироятӣ дар узвҳои системаи таносул, ҳатто дар яке аз онҳо, ҳал карда шавад. Шарикони чинсӣ ва дар ҳолати банақшагирии ҳомиладорӣ.

Меъёрҳои таболати чуфтҳои чинсӣ аз хламидиозҳои музмини урогениталӣ то имрӯз қомилан таҳия нашудаанд. Ба таври умум эътироф шудааст, ки он бемороне, ки

дар онҳо барқароршавии клиникӣ бо барқароршавии этиологӣ якҷоя карда мешавад, шифоёфта ҳисобида мешавад. Хулоса дар бораи нест кардани патоген ба маълумоти назорати лабораторӣ дар давоми се-чор моҳи пас аз таболат асос ёфтааст: назорати аввал - пас аз ду ҳафта ва баъд аз он - як маротиба дар як моҳ. Камбудии ин равиш дар он аст, ки онро барои арзёбии рафъи патоген бо эътимоднокии зарурӣ истифода бурдан мумкин нест, зеро охири, дар давраи музмин ва дар натиҷаи таболат метавонад танҳо дар ҷойҳое, ки дастрасии онҳо душвор аст, муддати тӯлонӣ бимонад. барои гирифтани материал.

Мо як усули навро барои таъсиси таболати чуфти чинсӣ аз сирояти хламидиалӣ пешниҳод кардем. Дар ин қор, мо аз ҳамон шартҳое, ки дар таҳияи алгоритми ташхис будем, баромадем. Мо чувтро дар маҷмӯъ баррасӣ кардем ва аз он баромадем, ки пас аз фарорасии фаъолияти чинсӣ бидуни БМЗ, дар сурати набудани рафъи патоген, аломатҳои клиникӣ ва лаборатории беморӣ танҳо дар як шарикӣ чинсӣ пайдо мешаванд, ки бештар ҳассос аст. Бинобар ин мо, пас аз ба охир расидани муолиҷа ва сар шудани фаъолияти чинсӣ бе БМЗ гузарондани комплекси тақрири тадқиқотро ба мақсад мувофиқ мешуморем.

Ҳангоми муқаррар кардани таболати як чуфт аз хламидиози музмини урогениталӣ, бояд он санҷишҳоеро истифода бурд, ки ҳангоми ташхис мусбат буданд. Агар ташхис дар асоси санҷишҳои серологӣ тасдиқ карда шуда бошад, пас аз се моҳи анҷоми терапияи антибиотик санҷиши хунобаи назоратӣ гузаронида мешавад. Бо назардошти маълумоти мо, ки динамикаи IgG барои муайян кардани таболати сирояти хламидиалӣ иттилоотӣ нест, тавсия дода мешавад, ки танҳо IgA муайян карда шавад. Агар титрҳои ташхисии IgA нигоҳ дошта шаванд, пас аз се моҳи дигар ташхиси дубораи намояндаи чуфт нишон дода мешавад. Бо аз байн бурдани IgA, кас метавонад таболати хламидиозро тахмин кунад ва ҳаёти чинсӣ бидуни BMZ тавсия дода шавад. Агар титрҳои ташхисии IgA нигоҳ дошта шаванд,



табобати такрорӣ узви чуфт бо натиҷаҳои санҷиши лабораторӣ нишон дода мешавад.

Хулоса. Алгоритмҳои ташҳиси хламидиозҳои urogenital ва уреамикоплазмоз дар

занон ва шарикони чинсии онҳо таҳия карда шудаанд, ки ба он асос ёфтаанд, ки пеш аз ҳама зан бояд муоина карда шавад, инчунин алгоритмҳои муолиҷаи онҳо.

Адабиёт

1. Саидзода, Б.И. Хусусиятҳои ҷараёни клиникӣ уретрит дар мардон бо ихтилоли репродуктивг / Б.И. Саидзода, М.А. Гадоев, Ш.А. Соҳибназаров, М.Д. Нуралиев // Маҷаллаи илмӣ «Илм ва инноватсия» Донишгоҳи миллии Тоҷикистон. – Душанбе. – 2020. №4. – С. 274-278.
2. Козлов В.И., Пухнер А.Ф. Вирусные, хламидийные и микоплазменные заболевания гениталий. Руководство для врачей. С.-Петербург. 2015. С. 98-117.
3. Симбирцев А.С. «Специфические рецепторы неспецифического иммунитета». //Иммунология -2015 г.- № 6. -С. 368-376.
4. Мейл Д., Брострофф Дж., Рот Д.Б. «Иммунология» - М.2017 г.
5. Саидов Б.И. Ҷанбаҳои муосири табобати бемориҳои илтиобии роҳҳои urogenital дар мардон / Б.И. Саидов // Ж. Тандурустии Тоҷикистон. – Душанбе. – 2018. №1. – С. 58-63.
6. Давлатова М.Ф. Ҳолати акушерӣ-соматикӣ занони ҳомилаи дорои ҳадшаи бачадон хангоми ҳомилагӣ ва бади амалиёти қайсарии такрорӣ / М.Ф. Давлятова // Авчи Зухал. – 2021. - № 3. – С. 9-16.
7. Саидзода Б.И. Такмили ташҳис ва табобати уретрити ғайригонококкӣ / Х.С. Саторов, Б.И. Саидзода // Ж. Вестник «Биомедицина и социология». – Москва. – 2019. - №4. Т. 4. – С. 71-74.

ВЫЯВЛЕНИЕ УРОГЕНИТАЛЬНЫХ ИНФЕКЦИЙ У ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА СОВРЕМЕННЫМИ МЕТОДАМИ ИССЛЕДОВАНИЯМИ

Саидов Б.И., Хакназарова М.А., Қадамалиева М.Д.

Кафедра акушерства и гинекологии №1 ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино»

Изучена частота выявляемость IgG и IgA к хламидиям, которая соответственно в 2.2 и 2.6 раза выше при хроническом сальпингоофарите, уретрите и простатите по сравнению с пациентами, не имеющими данной патологии. Определялась частота обнаружения хламидий в половых путях с помощью полимеразной цепной реакции (ПЦР) при бактериальном вагинозе, как моноорганный

патологии, и при сочетании хронического уретрита и простатита. Составлены алгоритмы постановки диагноза хронического урогенитального хламидиоза и уреамикоплазмоза у половых пар, а также разработаны алгоритмы установления их излеченности.

Ключевые слова: хламидии, уромикоплазмы, сальпингоофарит, уретрит.

DETECTION OF UROGENITAL INFECTIONS IN WOMEN OF REPRODUCTIVE AGE BY MODERN RESEARCH METHODS

Saidov B.I., Khaknazarova M.A. Kadamaliev M. D.

Department of Obstetrics and Gynecologists №1 Avicenna Tajik State Medical University

To learning Immunoglobulin's G and A is equal 2.2 and 2.6 in Chlamydia infection during salpingoovfarits uretritis prostatitis in patients who have that disease we diagnostics Chlamydia infection with Polymerase Chain Reaction in bacterial vaginosis such

nonorganic pathology and uretrit prostatit. Algorithm for diagnostics of uregenital chlamydeous and ureomicoplasmoz in pare of sex.

Key words: Chlamydia, ureomicoplasmoz, salpingoovfarits, uretritis.



Саидзода Б.И. – н.и.т., дотсенти кафедраи дерматовенерологияи МДТ «ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино», Тел. +992 985154545; e-mail: saidov_bahromuddin@mail.ru.

Саидзода Б.И. – к.м.н., доцент кафедри дерматовенерологии ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино». Тел. +992 985154545; e-mail: saidov_bahromuddin@mail.ru.

Saidzoda B.I., assistant professor, Department of Dermatovenerology of SEI “Avicenna Tajik State Medical University”. Tel. +992 985154545; e-mail: saidov_bahromuddin@mail.ru.

Ҳақназарова М. А.- д.и.т., профессори кафедраи акушерӣ ва гинекологияи №1-и МДТ «ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино». Тел. 987881876

Хакназарова М.А.- д.м.н., профессор кафедри акушерства и гинекологии №2, ГОУ «ТГМУ имени Абуали ибни Сино», Тел. 987881876

Khaknazarova M.A. Department of Obstetrics and Gynecologists №1 Avicenna Tajik State Medical University tel. 987881876

Қадамалиева М. Д., н.и.т., дотсенти кафедраи акушерӣ ва гинекологии №2-и МДТ «ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино», телефон 918.67.01.44.

Қадамалиева М. Д., к.м.н., доцент кафедри акушерства и гинекологии №2, ГОУ «ТГМУ имени Абуали ибни Сино», тел. 918.67.01.44.

Kadamaliev M. D., Candidate of Medical Sciences, Associate Professor of the Department of Obstetrics and Gynecology № 2, State Educational Institution “TSMU named after Abuali ibn Sino”, tel. 918.67.01.44.



БЕМОРИҲОИ ГЌШУ ГУЛЌ ВА БИНЌ

ПАРАСТОРИИ БАЃДИЧАРРОҲИИ БЕМОРОН БО КАЧШАВИИ МИЁНДЕВОРИ БИНЌ, ДАР ҲАМЧОЯГЌ БО РИНИТИ МУЗМИНИ АЛЛЕРГЌ

Муродов Ш.Д.

Кафедраи оториноларингологияи (мудири кафедра н.и.т., дотсент Аҳророва З.А.)
МДТ «ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино».

Муҳиммият. Бемориҳои аллергиявии ковокии бинӣ ва чавфҳои наздибинигӣ яке аз масъалаҳои мубрами замони муосир ба шуморафта, аз паҳншавии мунтазами раванди аллергия ба роҳҳои болоии нафас, вазнинии раванди клиникӣ, мураккабии таъбабат ва оқибатҳои нохуши иқтисодию иҷтимоӣ вобаста аст. Беморӣ аз маҷмӯи аломатҳои клиникӣ иборат буда, дар байни онҳо мавқеи хосро маҳкамшавии бинӣ, обиятравии зиёд аз бинӣ (ринорея), атсазанӣ ва хориши бинӣ, чоришавии ихроҷоти эътилолии ковокии бинӣ ба самти бинибалғум ва муддати зиёд истифодабарии маводҳои рагтангкунанда ба бинӣ ишғол менамояд. Ғайр аз он, беморон ба дарди сар, беҳолию бемадорӣ, вайроншавии хоб, нестшавии шомма, инчунин вайроншавии ақлию зехнӣ (пастшавии хотира, вайроншавии қобилияти фикронӣ), ки ба маҳдудгардии чабҳаҳои рӯхӣ, ҷисмонӣ ва иҷтимоии ҳаёти бемор оварда мерасонад, шикоят мекунад.

Таҷрибаҳои клиникӣ нишон медиҳад, ки солаҳои охир беморон бо ринити аллергия, ки дар якҷоягӣ бо қачшавии миёндевори бинӣ во мейӯрад, бештар ба назар мерасад. Дар айни замон, зудии ринити музмини аллергия дар байни аҳолии кӯраи замин 18-27%-ро ташкил медиҳад. Ринити аллергия яке аз масъалаи ақтуалии соҳаи тандурустӣ ба ҳисоб рафта, аз ҳисоби маҷмӯи аломатҳои клиникаш ба пастшавии қобилияти кори мариш оварда расонида, сифати зиндагии беморро паст мегардонад.

Аз рӯи маълумотҳои Маҳмудназаров М.И. (2014) миёни тамоми бемороне, ки бо эътилолияти ринологӣ (2004-2014с.) дар шуъбаҳои бемориҳои гӯшу гулӯ ва бинии Муассисаи давлатии Маркази миллии тибби ҚТ «Шифобахш» бистарӣ шудаанд, 68%-и онро беморони гирифтори қачшавии миёндевори бинӣ бо риносинуситҳои музмин ташкил мекунад ва ин аз паҳншавии ин беморӣ дар Тоҷикистон шаҳодат медиҳад.

Ҳамчоя будани ринити аллергия бо дигар бемориҳои системаи роҳҳои болоии нафас, ба хусус деформатсияи миёндевори бинӣ аҳамияти зиёди клиникӣ дорад. Нисбати дуруст гузоштани ташхис ва интиҳоб кардани таъбабати комплекси ин шакли беморӣ аз табиб маҳорату малакаи касбии кофиро талаб мекунад. Дар баробари ин, гузаронидани ҷароҳҳои камосеби узвниғодоранда ва парасториву ниғоҳубини давраи баъдиҷароҳии бемороне, ки гирифтори қачшавии миёндевори бинӣ, дар якҷоягӣ бо ринити музмини аллергия ҳастанд, тарзу усулҳои самаранок ва маҳсули касбиро тақозо менамояд.

Мақсади тадқиқот. Беҳтарсозии тарзи парасториву баъдиҷароҳии беморони бо қачшавии миёндевори бинӣ, дар ҳамчоягӣ бо ринити музмини аллергия.

Мавод ва усулҳои тадқиқот. Барои гузаронидани тадқиқот 86 бемор бо ташхиси қачшавии миёндевори бинӣ, дар якҷоягӣ бо ринити аллергия бистарӣ карда шуд. Синни беморон аз 15 то 55 соларо ташкил намуда, аз онҳо 52 бемор мард ва 34 нафараш зан буд. Ташхиси клиникӣ дар асоси риноскопия ва эндоскопияи ковокии бинӣ, инчунин ТК-и бинӣ ва ҚНБ гузошта шуд. Барои баҳодихии ҳолати функсионалӣ ва дараҷаи аллергиятсияи бинӣ риноманометрия, озмоиши сахаринӣ, олфактометрия, рН-метрияи бинӣ, тадқиқи иммуноглобулини умумии Е (IgE) ва шумораи эозинофилҳо дар хуни канорӣ гузаронида шуд.

Барои ба мақсад ноил гардидан ва муқоиса кардани натиҷаҳои баъдиҷароҳӣ, беморони тадқиқатгардида ба ду гурӯҳ – 43 беморӣ бо усули ҷудокунии тасодуфӣ (рандомизатсия) тақсим карда шуд.

Натиҷаҳои тадқиқот ва муҳокимаи он. Шикоятҳои беморон ба душвории нафас таваассути бинӣ, ихроҷоти зиёди луобию серозӣ аз бинӣ, вайроншавии шомма (бӯйҳискунӣ), атсазанӣ бардавом, хориши бинӣ, дарди сар ва

вайроншавии хоб буд. Ҳангоми тадқиқи эндоскопии ковокии бинӣ шаклҳои гуногуни қачшавии миёндевори бинӣ, варамкунии (кам ва ё бараъло) луобпардаи ковокии бинӣ, гипертрофияи суфраҳои поёнии бинӣ ва мавҷудияти тарашшӯхоти луобию серозӣ ва ё обияти зиёд дар роҳҳои бинӣ муайян карда шуд. Ранги пардаҳои луобии ковокии бинӣ ҳислати гуногун дошта, аз сафедчатобу гулобиранг то кабудчатоб, сафеду кабудчатоб ва мармарин ба назар мерасид. Аз ҳисоби варамӣ ва калоншавии ҳаҷми садафаҳои бинӣ ва қачшавии миёндевори бинӣ роҳи умумии бинӣ танг буд.

Қачшавӣ дар қисмати тағоякии миёндевори бинӣ дар 43 (50%) бемор, дар қисми устухонӣ – 21 (24,4%) бемор ва дар қисмати тағоякию устухонӣ бошад, дар 22 (25,6%) мариз мушоҳида карда шуд. Аз рӯи ҳислати деформатсия, қачшавии миёндевори бинӣ ба намуди теға бартарӣ дошт – 49 (57%), қира – 12 (13,9%), қачшавии С-шакл бошад 14 (16,3%) бемор ва ба намуди S-шакл 11 (12,8%) нафарро ташкил кард.

Аз рӯи натиҷаҳои ТК чавфҳои наздибинигии (ЧНБ) беморони тадқиқшуда, дар манзари алоими бодигармии (аллергӣ) луобпардаи ковокии бинӣ варамкунии назидевории пардаҳои луобӣ ва пастшавии ҳавонокии (вентилятсия) чавфи чоғи боло (Ҳаймор) мушоҳида гардид.

Натиҷаҳои тадқиқоти ҳолати функционалии бинӣ вайроншавии назарраси вазоифи нафаскашӣ, муҳофизатӣ ва шоммавии биниро нишон дод. Клиренси мукосилиарӣ дар 39 (45,4%) бемор 1с. 25дақ., дар 23 (26,7%) - 1с. 15дақ. ва дар 24 (27,9%) бемор 50-55 дақ. дар мавриди при 15-25дақ. меъёр будан тадқиқ

карда шуд. Ҳангоми тадқиқи вазифаи бӯйҳискунӣ, вайроншавии шомма ба намуди гипосмия дар 76 (88,4%) бемор тадқиқ гардид.

Нишондиҳандаҳои IgE ва эозинofilҳо дар хун дар 27 (31,4%) бемор дар ҳудуди аз $299,4 \pm 44,4$ то $349,0 \pm 47,9$ ва аз $4,3 \pm 0,3$ то $5,3 \pm 0,3$; ва дар 44 (51,2%) бемор аз $677,9 \pm 5,2$ то $756,6 \pm 4,9$ ва $7,5 \pm 0,2$ - $8,2 \pm 0,2$ қарор дошт. Дар 15 (20,3%) бемор тағйирёбии нишондиҳандаи иммуноглобулини E (IgE) аз $887,9 \pm 4,6$ то $951,7 \pm 10,1$ ва миқдори эозинofilҳо аз $10,5 \pm 0,3$ то $11,3 \pm 0,6$ ташкил намуд.

Нисбати беморони ҳарду гурӯҳ вобаста ба намуди қачшавӣ ва гипертрофияи дюминдараҷаи садафаҳои поёнии бинӣ вариантҳои гуногуни камосеби септопластика ва дезинтегратсияи ултрасадоии суфраҳои бинӣ бо гузаронидани усулҳои гуногуни парастории баъдичарроҳӣ иҷро карда шуд.

Дармарҳилаи баъдичарроҳӣ ба беморони ҳарду гурӯҳ тозакунии бодикқати ковокии бинӣ бо баркашидани ихрочоти ковокии бинӣ бо ёрии электроотсос ва мунтазам шустани луобпардаи ковокии бинӣ бо маҳлули физиологӣ гузаронида шуд.

Оид ба беҳтарсозии тарзи парастории баъдичарроҳӣ, ба беморони гурӯҳи асосӣ усули тазриқи чузъии зерилуобии маводи кортикостероиди дексаметазон дар садафаҳо ва миёндевори бинӣ гузаронида шуд.

Усули тазриқкунӣ ворид сохтани маводи дексаметазонро дар ҳаҷми 0,5мл дар зерилуобпардаи қисматҳои пеши садафаҳои поёӣ ва миёндевори бинӣ аз ҳарду тараф бо ёрии сӯзандоруи инсулинии сӯзани борикдошта дарозиаш 8см баъди бедардкунии чузъӣ бо маҳлули аэрозоли 10%-и лидокаин дар бар мегирад (расми 1).



Расми 1. Сӯзандору бо маводи тазриқшаванда (б), акси эндоскопии тазриқи зерилуобии дексаметазон ба садафаи поёнии бинӣ (а) ва тазриқи зерилуобии дексаметазон ба миёндевори бинӣ (в)

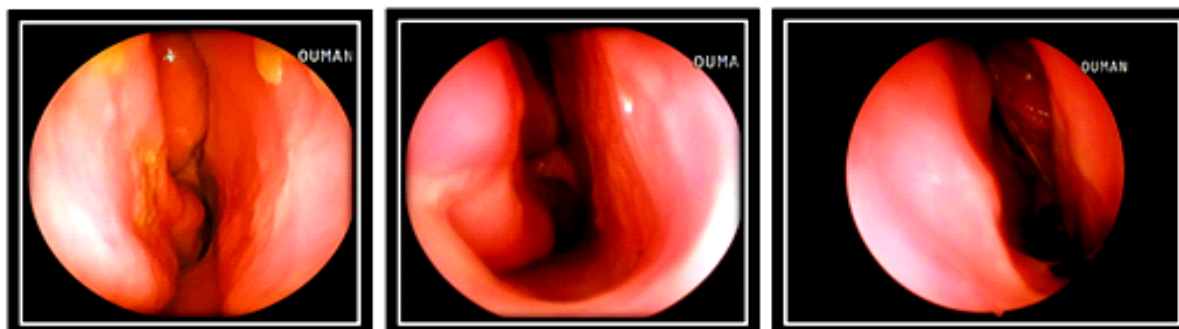
Баҳо додан чиҳати дуруст гузаронидани дастамал сафедшавии луобпарда дар мавзеи тазриқ ва набудани хунравӣ шаҳодат медиҳад. Тазриқ ҳамарӯза давоми 5-6 рӯз ҳангоми мариз дар беморхона қарор доштан гузаронида шуд.

Зикр намудан ба маврид аст, нисбати бемороне, ки табобати кортикостероидии чузъиро тавассути тазриқ ба дохили луобпардаи садафаҳо ва миёндевори бинӣ қабул намуданд, дар муқоиса ба гурӯҳи бемороне, ки табобати анъанавиро дар марҳилаи баъ-

дичарроҳӣ гирифтанд, алоими реактивии аллергикии луобпардаи ковокии бинӣ зудтар ва ба таври назаррас бартараф гардид.

Афзалият ва бартарияти усули табобати чузъии кортикостероидии мазкур дар бехтаршавии ҳолати риноскопӣ ва вазъи функционалии бинӣ ифода ёфт.

Самаранокии табобати пешниҳодгардида аз рӯи динамикаи ҳиссиёти субъективи бемор ва акси объективи ковокии бинӣ дар марҳилаи баъдичарроҳӣ бо ёрии дастгоҳи эндоскоп баҳо дода шуд. (рас.2).



Расми 2. Акси эндоскопии миёндевор ва садафаҳои бинӣ дар беморони тадқиқшаванда баъди гузаронидани чарроҳӣ ва маводи тазриқӣ

Тадқиқи ҳолати вазоифии бинӣ баъд аз як моҳи амалиёти чарроҳӣ ва тазриқи гузаронидашуда муайян карда шуд. Дар ин сурат, дар 67 (77,9%) бемор натиҷаи хуб ва дар 19 (22,1%) мариз натиҷаи қаноатбахш ба даст оварда шуд. Вобаста ба нишондиҳандаҳои функционалии бинӣ байни гурӯҳҳо якҷанд тафовут мушоҳида гардид. Масалан, дар гурӯҳи асосӣ барқароршавии нафаскашӣ бо бинӣ дар 91,7% ва дар гурӯҳи муқоисавӣ барқароршавии нафас тавассути бинӣ 76,3%-ро ташкил кард. Дар 69 (80,2%) бемори гурӯҳи асосӣ вазифаи ҳаракати мерсателии эпителияи мичғонакдор аз 22 то 26 дақиқаро ташкил намуд, ки амалан дар доираи меъёр қарор дошт, дар гурӯҳи муқоисавӣ бошад, танҳо дар 33 бемор, ки 38,4%-ро дар бар

мегирифт, ин вазифа дар ҳудуди меъёр ба чашм расид. Пастшавии шомма ба намуди гипосмия танҳо дар 4 бемори гурӯҳи асосӣ тадқиқ карда шуд, дар сурате ки гипосмия дар 12 бемори гурӯҳи назоратӣ боқӣ монда буд.

Хулоса. Гузаронидани табобати эндонозалии кортикостероидии дохилилуобпардавӣ дар марҳилаи баъдичарроҳӣ дар беморони гирифтори қачшавии миёндевори бинӣ, дар ҳамчоягии ринити музмини алергӣ, барои камшавии аломатҳои чузъии алергӣ, ҳарчи зудтар бехтаршавии нафаскашӣ тавассути бинӣ, барқароршавии ҳаракатнокии эпителияи мичғонакдор, вусъатёбии равандҳои ситхатшавӣ ва дар умум ба баландшавии сифати ҳаёти мариз нақши муассир мебозад.

Адабиёт

1. Махмудназаров М.И., Туйдиев Ш.Ш. Современные методы хирургического лечения деформаций носовой перегородки // Журнал «Вестник Авиценны». 2012. №4. С. 56-61.
2. Комплексное лечение больных с деформацией носовой перегородки, сочетанной с аллергическим ринитом / Муродов Ш.Д. [и др.] // Мат. 66-ой научно-прак. конф. ТГМУ с международ. участием. Душанбе.- 2018.стр.162-163.
3. Современное состояние диагностики и комплексного лечения деформаций носовой перегородки, сочетанных с аллергическим ринитом / Ш.Д. Муродов [и др.] // Научно – практический журнал «Здравоохранение Таджикистана» 2019 №1, Стр.74-83



4. Муродов Ш.Д. Эндоскопическая картина полости носа у больных с деформацией носовой перегородки, сочетанной с аллергическим ринитом / Муродов Ш.Д., Махмудназаров М.И., Саидов Д.Х. // Материалы международной научно-практической конференции ТГМУ им. Абуали ибни Сино (68-ая годовщина) «Достижения и проблемы фундаментальной науки и клинической медицины», посвященной «Годам развития села, туризма и народных ремёсел (2019-2021)» 2020гг. Стр. 195-197.

ТАКТИКА ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО ВЕДЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ДЕФОРМАЦИЕЙ НОСОВОЙ ПЕРЕГОРОДКИ, СОЧЕТАННОЙ С АЛЛЕРГИЧЕСКИМ РИНИТОМ

Муродов Ш.Д.

Кафедра оториноларингологии (заведующая кафедры - к.м.н., доцент Ахророва З.А.)
ГОУ «ТГМУ имени Абуали ибни Сино».

Данная статья посвящена вопросам тактики послеоперационного ведения больных с деформацией носовой перегородки, сочетанной с аллергическим ринитом. Авторами проведено обследование 86 больных с деформацией носовой перегородки, сочетанной с аллергическим ринитом и выявлено значительные нарушения функционального состояния носа, повышение концентрации IgE и эозинофилов в крови, а также эозинофилия в назальном секрете. Авторами успешно применен метод внутрислизистой инъекции дексаметазона в передний отдел носовой перегородки и нижних носовых раковин с каждой стороны одновремен-

но по 0,2 мл с помощью инсулинового шприца в течении 5-6 дней, в период нахождения больного в стационаре. Эффективность данного способа местной кортикостероидной терапии проявилась в более ускоренном восстановлении риноскопической картины и в улучшении функционального состояния носа по сравнению с контрольной группой пациентов, которым проведена традиционная послеоперационная терапия.

Ключевые слова: искривление носовой перегородки, аллергический ринит, септум-операция, послеоперационное ведение, дексаметазон.

TACTICS OF POSTOPERATIVE MANAGEMENT OF PATIENTS WITH DEFORMATION OF THE NASAL SEPTUM, COMBINED WITH ALLERGIC RHINITIS

Murodov Sh.D.

Chair of Otorhinolaryngology (Head of chair of Otorhinolaryngology c.m.s., associate professor Z.A. Ahrova) «TSMU named after Abuali ibni Sino»

This article is devoted to the tactics of postoperative management of patients with deformity of the nasal septum, combined with allergic rhinitis. The authors examined 86 patients with deformity of the nasal septum, combined with allergic rhinitis, and revealed significant violations of the functional state of the nose, an increase in the concentration of IgE and eosinophils in the blood, as well as eosinophilia in the nasal secretion. The authors successfully applied the method of intramucosal injection of dexamethasone into the anterior nasal septum and

inferior turbinates on each side simultaneously, 0.2 ml using an insulin syringe for 5-6 days, while the patient was in the hospital. The effectiveness of this method of local corticosteroid therapy was manifested in a more accelerated recovery of the rhinoscopic picture and in an improvement in the functional state of the nose compared with the control group of patients who underwent traditional postoperative therapy.

Key words: deformation of nasal septum, allergic rhinitis, septum surgery, postoperative management, dexamethasone.



Муродов Шамсиддин Донабоевич, ассистенти кафедраи оториноларингологияи МДТ “Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абӯалӣ ибни Сино”, **E.mail:** murodovsh@inbox.ru, тел.: 900-93-90-05. ORCID – 0000-0002-8535-5761

Муродов Шамсиддин Донабоевич, ассистент кафедраи оториноларингологияи ГОУ “Таджикиский государственный медицинский университет имени Абуали ибни Сино”, **E.mail:** murodovsh@inbox.ru, тел.: 900-93-90-05. ORCID – 0000-0002-8535-5761

Murodov Shamsiddin Donaboevich – assistant of the Department of Otorhinolaryngology of Tajik State Medical University by the name of Abuali Ibni Sino, **E.mail:** murodovsh@inbox.ru, ph.: 900-93-90-05; ORCID – 0000-0002-8535-5761

ДУРНАМОИ МУОЛИЧАИ КОМПЛЕКСИИ ФАРИНГИТИ МУЗМИН

Шоев М.Д., Махмудназаров М.И., Махаммадиев А.А., Муродов Ш.Д., Юсупов А.Ш.

Кафедраи оториноларингология ба номи Ю.Б. Исҳоқӣ (мудири кафедра н.и.т., дотсент Аҳророва З.А.)-и МДТ “ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино”, ш. Душанбе, Ҷумҳурии Тоҷикистон

Муҳимият. Фарингит яке аз бемориҳои маъмул дар байни аҳоли мебошад. Дар бисёр ҳолатҳо, инбеморӣ сабаби ташаккули оризаҳои системавӣ мебошад. Барои пешгирии рушди ин мушкилот, ба беморони гирифтори патологияи музмини балъум дар як сол ду маротиба курси табобати профилактикӣ гузаронида мешавад. Дар ҳолати этиологияи вирусӣ ва бактериалии фарингит, ба табобати маҷмӯӣ дохил кардани доруҳои зиддимикробии ҷузъӣ тавсия дода мешавад, ки таъсири васеи зиддибактериявӣ дошта бошад.

Тавре ки сарчашмаҳои адабиёти илмӣ шаҳодатмедиҳанд, дар баробари муваффақиятҳо ҷанбаҳои манфии табобати системавии антибиотикҳо низ мавҷуданд. Аз инҳо ақсуламалҳои аллергӣ, афзоиши шумораи бемориҳои занбӯруғӣ, таъсири захроқи антибиотикҳо ба организм, маҳв кардани микрофлораи сапрофитӣ ва гарон будани арзиши табобат маъмуланд [6,10]. Мумкин аст, ки дисбактериоз, колонизатсияи луобпарда ва пӯст бо штаммҳои сироятҳои беморхонавӣ, инкишофи муқовимати микробҳои патогенӣ ба антибиотикҳо, ташаккули сенсibiliзатсия пайдо гардад [7,8]. Ба ин то андоза истифодаи оммавии антибиотикҳо дар нимаи дуюми асри 20, аксар вақт бидуни нишондодҳои кофӣҳам аз ҷониби табибон ва ҳам беморон ҳамчун худтабобаткунӣ мусоидат кард. Илова бар ин, таъсири аксари антибиотикҳо ба системаи имунӣ метавонад боиси паст шудани шидда-

ти ақсуламали имунии мушаххас ва фаготситоз гардад [9,10].

Барои таъсири ҷузъӣба микрофлораи патогенӣ доруҳои гуногун истифода мешаванд. Маводҳои доруворӣ маъмулан истифодашаванда маҳлули фурацилин - доруи силсилаи нитрофуран мебошад. Дар зери таъсири нитрофуранҳо занҷири нафаскашӣ ва гардиши кислотаи трикарбонӣ (сикли Кребс), инчунин дигар равандҳои биохимиявии микроорганизмҳо қатъ карда мешаванд, ки дар натиҷа пӯст ё мембранаи ситоплазми онҳо вайрон мешавад. Вобаста аз миқдори (концентратсия) ҳосилаҳои нитрофуран таъсири бактритсидӣ ё бактериостатикӣдоранд [1,2].

Омӯзиши ҳосилаҳои нитрофуран дар ибтидои солҳои 1940 оғоз ёфт. Соли 1948 С. Гиллер ва Е.Ю. Гудринице аввалин доруи тиббии силсилаи нитрофуран - фурацилинро синтез карданд [3]. Компоненти асосии фаъоли фурацилин-нитрофуран мебошад. Маводи доруворӣ бар зидди бактерҳои граммусбӣ: *Streptococcus* spp., *Staphylococcus* spp.; ва чубчамикробҳои грамманфӣ: *Escherichia coli*, *Shigella* spp, *Escherichia coli*, *Salmonella* spp., *Clostridium perfringens*. фаъол мебошад.

Фурагини ҳалшаванда-доруи аслиест, ки соли 1953 дар Латвия синтез шудааст (С.А. Гиллер, Р.Ю. Канберг, К.К. Венгер). Фурасол (моддаи фаъол - фурагини ҳалшаванда) якагентизиддимикробӣ буда, доираи васеи таъсирдоранд. Дору бар зидди чубчамикро-



бҳои (коккҳои)граммусбат: *Streptococcus* spp., *Staphylococcus* spp.; чубчамикробҳоиграмманфӣ: *Escherichia coli*, *Salmonella* spp., *Shigella* spp., *Proteus* spp., *Klebsiella* spp., *Enterobacter* spp.; protozoa: *Lambliа intestinalis* вадигармикроорганизмҳоибаантибиотикҳои тобовар фаъоласт. Ба муқобили *Staphylococcus* spp., *Escherichia coli*, *Aerobacter aerogenes*, *Bacterium Citrovorum*, *Proteus mirabilis*, *Proteus morgani*, Фурасол нисбат ба дигар гуруҳи нитрофуранҳои фаъолтар аст [3]. Яке аз хосиятҳои муҳими фурагини ҳалшаванда таъсири он ба штамҳои тобовари микроорганизмҳои мебошад, дар ҳоле ки муқовимат ба ҳуди дору суст инкишоф меёбад. Хусусияти дигари ин дору мавҷудияти таъсири намоёни антибактериалӣ дар якҷоягӣ бо захролудшавии паст мебошад, ки истифодаи васеи ҷузъии онро муайян мекунад. Истифодаи доруҳои насли қаблӣ (аз ҷумла фурацилин) як таъсири манфиро ошкор кард - фотосенсибилизатсияи баланд бо хориши пӯст ва доғҳои дар пӯст [4, 5]. Маводҳои дорувории силсилаи нитрофуран дар ҳолати ҳассосияти баланд ба онҳо, кӯдакони то 4 сола ва занони ҳомиладор манъ карда мешаванд, ки яке аз норасогиҳои дигари он мебошад [6-8].

Дар натиҷаи таъсири Фурасол, микроорганизмҳои токсинҳоро камтар ҷудо мекунад, бинобар ин, беҳтар шудани ҳолати умумии бемор ҳатто пеш аз рафъи равшани афзоиши микрофлора имконпазир аст. Доруҳои гуруҳи нитрофуранҳои системаи иммунии баданро фаъол мекунад: онҳо титри комплекмент ва қобилияти лейкоцитҳоро барои фагоситизатсияи микроорганизмҳои зиёд мекунад. Фурагин, ки дар вояи табобатӣ ҳал мешавад, лейкопозро зиёд мекунад [6-8].

Истифодаи антибиотикҳои дар бемориҳои балъум, махсусан дар марҳилаи назлабӣ, аз нуқтаи назари эҳтимолияти пайдоиши штамҳои бактерияҳои бисёр тобовар ғайримантиқӣ мебошад. Аз ин рӯ, табобати ҷузъӣ бо антисептикҳои алтернатива ба муолиҷаи системавии антибиотикӣ барои бемориҳои даҳон-балъум ва бинӣ-балъум гардид. Чунин муолиҷаи антисептикӣ ба истифодаи доруҳои дорои спектри

васеи антибактериалӣ дар шакли маҳлул барои ғар-ғара ё спрейҳои асос ёфтааст. Спрейҳои дар амалияи клиникӣ аҳамияти хоса доранд, зеро таркиби онҳо метавонад бисёркомпонента бошад ва ҳам антисептикҳои, ҳам репаративҳои, иммуномодуляторҳои ва цитопротекторҳоро дар бар гирад. Илова бар ин, бастабандии аэрозолӣ имкон медеҳад, ки миқдори доруҳои дақиқ муайян карда шавад ва инчунин барои истифода дар шароити амбулаторӣ қулай аст.

Ба чунин талаботҳои маводи дорувории муосир Фарингостоп ҷавобгӯ мебошад. Фарингостоп аз равғани бергамот, экстракти равғани гули календула, равғани ангат истеҳсол шудааст. Фаъолияти фармакологии доруҳои аз таъсири ҷузъҳои онҳо вобаста аст.

Ҷамешабаҳор. (Calendula) Гули ҷамешабаҳор дорои равғанҳои эфирӣ, кислотаҳои органикӣ (салтсиль, пентадесил), албумин, фитонсидҳои, баъзе алкалоидҳои ва кислотаи аскорбин мебошанд. Чунин таркиб қобилияти доруҳои календуларо барои рафъи илтиҳоб, мусоидат ба равандҳои табобат ва нишон додани таъсири антисептикӣ, махсусан бар зидди стрепто- ва стафилококҳои муайян мекунад. Дар тиб календула дар шакли ҷӯшоба аз қадим барои тонзиллит, фарингит, сироятҳои системаи узвҳои болоии нафаскашӣ ва ковокии даҳон истифода шудааст. Таъсири диуретикӣ ва диафоретикӣ календула ба хориҷ шудани токсинҳои мусоидат мекунад ва ҷараёни шамолкаширо сабук мекунад [4].

Равғани ангат (*Oleum Hippophaes*). Омехтаи каротин ва каротиноидҳои дар ҳаҷми на камтар аз 180 мг%, токоферолҳои, стеролҳои, фосфолипидҳои, инчунин глицеридҳои кислотаҳои равғани сернашуда мебошад. Аз гуруҳи флаваноидҳои бошад рутин, изорамнетин, кверсетин, кемпферол ва ғайрадохил мешаванд. Вобаста аз таркиби биохимиявӣ равғани ангат таъсири фармакологии зидди илтиҳобӣ ва зидди бактериявӣ, зиёд намудани ҷараёнҳои барқароршавӣ ва бедардкунандародоро мебошад. Ин аст, ки равғани ангат, одатан, дар табобати сӯхтагиҳо, яраҳо, тонзиллит, синусит, гингивит истифода мешавад. Илова бар ин, каротиноидҳои равғани ангат тақрибан таъминкунандагони асосии витамини А мебошанд ва аз



чихати миқдори витамини С ангат пас аз гули садбарг дар ҷои дуном меистад [3].

Равғани бергамот (*Oleum Bergamii*) аз пӯсти меваю гулу барги ин гиёҳ бо пресскунии хунук ба даст меояд. Ҳосили ин маҳсулот чандон зиёд нест, бинобар ин равғани бергамот маҳсулоти хеле пурқимат мебошад. Равғани эфирии растанӣ тақрибан 300 ҷузъро дар бар мегирад, ки асосии онҳо эфирҳо ва спиртҳои монотерпенҳо (линалилатсетат - 35-40%, лимонен - 25-30% валиналол) мебошанд, ки таъсири антиоксидантӣ, зидди-илтиҳобӣ, зиддибактериявӣ ва табшикан дошта, лейкопозро зиёд ва деворҳои рағҳоро мустаҳкам мекунад. Ин хосиятҳо имкон медиҳанд, ки равғани бергамот дар тибби халқӣ ҳамчун доруи зиддиилтиҳобӣ ва ҳароратшикан барои бемориҳои роҳҳои болоии нафаскашӣ ва гулӯ истифода бурда мешавад [6]. Моддаҳои дорувории фарингостоп хосиятҳои зиддиилтиҳобӣ вазиддимикробии байни ҳамдигарро баланд мебардоранд, ки ин ба фуру нишондани илтиҳоб ва рағъи дард оварда мерасонад ва шакли равғани дору таъсири дарозмуддати моддаҳои фаъолро дар луобпардаи балъум таъмин мекунад.

Дар солҳои охир, истифодаи беназорати антибиотикҳо боиси пайдо шудани штамҳои сершумори ба антибиотикҳо тобовар гардид, аз ин рӯ, дар амалияи клиникӣ истифодаи доруҳои органикӣ ва растанигӣ ҳамчун агентҳои бактериосидӣ дурнамои назаррас дорад.

Тибқи маълуми сарчашмаҳои бонуфузи илмӣ маҳлули фурасол ҳангоми истифодаи якҷоя бо антибиотик синергизмо ба вучуд оварда самаранокии муолиҷавияш ба маротиб зиёд мегардад. Аз ин рӯ исти-

фодаи якҷояи маҳлули фурасол ва фарингостоп, ки таъсири зиддибактериявӣ дорад, мавриди омӯзиши мо қарор гирифт.

Мақсади тадқиқот: баҳодихии самаранокии истифодаи якҷояи маводҳои дорувории маҳлули Фурасол ва аэрозоли Фарингостоп дар беморони гирифтори фарингити музмин.

Мавод ва усулҳои тадқиқот. Дар маркази миллии тиббии Ҷумҳурии Тоҷикистон «Шифобахш» ки пойгоҳи клиникӣ кафедраи оториноларингологияи МДТ «Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абӯалӣ ибни Сино» мебошад, аз соли 2021 то 2022 таҳти назорат ва муолиҷаи мо ба таври амбулаторӣ 400 бемор бо таҳхиси фарингити музмин қарор дошт. Синну соли беморон аз 16 то 60-сола буда, аз ин шумора 273 нафар мардон ва 127 нафарашон занон мебошанд. Таҳхиси клиникӣ дарасоси шикоятҳои бемор, маълумоти фарингоскопия, фиброскопия, ва эндоскопияи балъум муқаррар кардашуд. Ба ғайр аз муоинаҳои стандартӣ клиникӣ ва лабораторӣ, дар беморон пурсишнома оид ба ҳолати беморӣ дар давраи пеш аз табобат ва баъди курси пурраи муолиҷа гузаронида шуд.

Пурсишнома аз 23 савол иборат мебошад, ки дар ҳолати умумии бемор, шикоятҳо, аломатҳои клиникӣ беморӣ, ҳолати кунунии балъум ҳангоми фарингоскопия ва фикру ақидаи мутахассис доир ба ин бемор ва маводҳои дорувории истифодашаванда дарҷ гардида, матраҳ мешавад.

Инчунин, бо мақсади муайян намудани микрофлораи балъум ва миқдори микроорганизмҳои мавҷуда ва баҳо додани самарани зиддибактериавии маводҳои дорувории номбурда тадқиқи бактериологӣ пеш ва баъд аз муолиҷа гузаронида шуд (Расми 2).



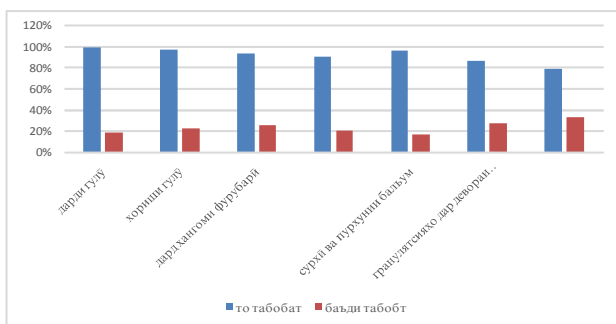
Расми 2. Тарзи гирифтани мавод аз балъум барои тадқиқи бактериологӣ

Натиҷаҳои таҳқиқот ва муҳокимаи онҳо.

Ҳангоми мурочиат намудан ҳамаи беморон аз дарди гулӯ (100%), хориши гулӯ (98, 5%), душворӣ ва дард ҳангоми фурубарӣ (94, 2%), ҳиссиёти хушкӣ ва ҷисми бегона дар гулу (91, 1%) шикоят карданд. Дар вақти муоина сурхӣ ва пурхунии луобпардаи девораҳои балъум (97,6%), ҷавонаҳо (гранулятсияҳо) дар сатҳи девораи қафои балъум (86,5%), ва хушкии пардаи луобии балъум (79, 8%) ошкор гардид.

Дар ҳамаи беморон ғар-ғараи гулӯ бо маҳлули фурасол 4 маротиба дар як рӯз ва фарингостоп спрей 4 воя (доза) 3 маротиба дар як рӯз бо риояи фосила байни маводҳои доруворӣ то 20 дақиқа муддати 7 рӯз таъин карда шуд. Маҳлули фурасол тибқи дастурамали истифодабарии маводи доруворӣ омода ва истифода карда шуд.

Таҳқиқоти такрории беморон баъди як ҳафтаи муолиҷа бо фарингостоп ва фурасол гузаронида шуд. Дар вақти муоина ва пур кардани пурсишнома маълум гардид, ки аломатҳои беморӣ дар ҳамаи беморон ба таври назаррас кам шуда, ҳолат ва қобилияти коршоямии онҳо барқарор гардидааст (диagramмаи 1).



Диagramмаи 1. Аломатҳои беморӣ ва шикояти беморон то ва баъди табобат аз рӯи маълумоти пурсишнома.

Ҷадвали 1. - Номгӯи микроорганизмҳои ковокии балъум то ва баъди табобат

Микрофлора	то табобат	баъди табобат
<i>S. epiderm.</i>	21,3±0,4	17,2±0,9
<i>Str. viridans</i>	52,1±1,1	29,1±0,7*
<i>Str. agalact.</i>	7,3±1,5	1,0±0,2*
<i>K. pneum.</i>	10,2±1,4	6,4±2,2
<i>S. aureus</i>	44,7±1,4	10,2±3,6*
<i>Str. faecium</i>	8,6±0,9	7,7±0,9
<i>Str. pyogenes</i>	10,6±1,0	5,7±1,1*
<i>Moraxella catarhalis</i>	29,0±2,9	5,0±0,2*
<i>Candida</i>	33,4±1,8	18,2±1,3*

Эзоҳ: * - фарқи байни нишондодҳои пешва баъд назаррас аст (p<0,05).



Чуноне ки аз чадваали 1 дида мешавад, дар беморони тадқиқшуда аз ҳама бештар *Str. Viridans* муайян карда шуд, ки 52,1%-ро ташкил намуд. Дар ҷои дуюм *S. Aureus* (44,7%), дар ҷои сеюм бошад *Candida* (33,4%) ва *Moraxellacatarhalis* (29,0%) меистад. Дар шумораи зиёди беморон (48,5%) омезиши микроорганизмҳо мушоҳида карда шуд.

Пас аз истифодаи маҳлули фурасол ва аэрозоли фарингостоп ҳамчун маводи табобатӣ, на танҳо беҳтаршавии босуръати ҳолати клиникӣ, балки ба эътидол омадани спектри микрофлора, мушоҳида карда шуд. Ғайр аз ин, ҳам дар таркиби сифатии микробҳо ва ҳам дар миқдори онҳо тағйирот ба амал омад. Дар зери таъсири маводҳои дорувории номбаршуда басомади ошкор кардани ассотсиатсияҳои бактерияҳои шартӣ-патогенӣ аз 48,5% то 14,2% кам шуд. Шумораи бемороне, ки дар бальум *S. Aureus* (аз 44,7% то 10,2%) доштанд, занбурӯғҳои оилаи Кандида (аз 33,4% то

18,2%) ва *Str. Viridans* (аз 52,1% то 29,1%) кам гардид.

Ҳангоми баҳодиҳии самаранокии ҳар як маводи доруворӣ, ба механизмҳои амали онҳо, ҳам мустақим ва ҳам ғайримустақим, ҳамеша тавачҷҳ карда мешавад. Дар ин ҳолат, истифодаи якҷояи фурагини ҳалшаванда ва спрейҳои рав“анӣ воқеъӣ аст, вақте ки хосиятҳои бактерисидии яқум бо хосиятҳои муҳофизатӣ ва барқароркунандаи чузъҳои дуюм, якдигарро пурра намуда, пардаи луобии илтиҳобгирифтаи бальумро солим мегардонанд.

Хулоса. Аз рӯи натиҷаҳои бадастомада ба хулосае омадан мумкин аст, ки истифодаи якҷояи маводҳои дорувории тадқиқшуда маҳлули Фурасол ва Фарингостоп аломатҳои илтиҳоб ва шикоятҳои бемориро кам карда, барои коҳиши микрофлораи патогенӣ ва барқароршавии луобпардаи бальум мусоидат менамояд ва ҷиҳати муолиҷаи беморони гирифтори фарингити музмин мақсаднок ва самарабахш мебошад.

Адабиёт

1. Войткевич С.А. Целебные растения эфирные масла. – М.: Пищевая промышленность, 2002. – 172 с.
2. Гуломов З. С. Анализ оториноларингологической заболеваемости населения Республики Таджикистан за период 2012–2016 гг / З. С. Гуломов, З. Д. Курбанова, Ф. Х. Адылова / Российская оториноларингология -2018 -№ 3 (94) –С.18-22.
3. Зубарев Ю.Л. Облепиха история и перспективы международного научного сотрудничества / Достижения науки и техники АПК. – 2009. – Выпуск № 7. –С. 22–34.
4. Микробиологические и морфологические аспекты хронического тонзиллита / В.М. Цыркунов, Н.А. Рыбак, А.В. Васильев, Р.Ф. Рыбак // Инфекционные болезни. – 2016. – Т.14, № 1. – С. 42–47.
5. Павлова, Г.В. Вторичная профилактика обострений хронического тонзиллита бактериофагальными средствами / Г.В. Павлова, В.И. Мартюшева // Вестник оториноларингологии. – 2019. - № 2. – С. 46-49.
6. Солдатченко С.С. Профилактика и лечение заболеваний эфирными маслами– Симферополь: Таврида, 2008. –204 с.
7. Юлиш Е.И. Хронический тонзиллит у детей //Здоровье ребенка. – 2009. –№ 6. – С. 26–28.
8. Лайко А.А. Дитяча оториноларингологія. – К.: Логос, 2004. – 899 с.
9. Мельников О., Заболотная Д. Современные подходы к консервативной терапии хронического тонзиллита. – К.:ООО «Вістка», 2012. – 36 с.
10. Of the doorstep of the season of acute respiratory viral infection / Kaspars Peksis et al. // Latvijas arsts. – 2015, october. – P. 21–24.

**ПЕРСПЕКТИВЫ КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКИХ ФАРИНГИТОВ****М.Д. Шоев, М.И. Махмудназаров, А.А. Махамадиев, Ш.Д. Муродов, А.Ш. Юсупов**Кафедра оториноларингологии имени Ю.Б. Исхаки (заведующая кафедрой -к.м.н.,
доцент Ахророва З.А.) ГОУ “ТГМУ имени Абуали ибни Сино”, г. Душанбе

В данной статье приводятся результаты лечения раствором фурасола и спреем фарингостопа 400 больных с хроническими фарингитами в возрасте от 18 до 60 лет, получившие амбулаторное лечение в НМЦ “Шифобахш”

В процессе лечения проведено динамическое наблюдение за картиной глотки, бактериологическое исследование микрофлоры глотки и изучение ответов анкетирования. Показано, что на фоне применения Фурасола и Фарингостопа у абсолютного боль-

шинства пациентов, страдающих хроническим фарингитом улучшается фарингоскопическая картина, прекращаются боли в горле и значительно уменьшается концентрация патогенной, условно патогенной и смешанной микрофлоры глотки, что свидетельствует о бактерицидных, противовоспалительных и антиоксидантных свойствах вышеуказанных лекарств растительного происхождения.

Ключевые слова: Фурасол, фарингостоп, хронический фарингит, комплексное лечение.

PERSPECTIVES FOR COMPLEX TREATMENT OF CHRONIC PHARYNGITIS**M.D. Shoev, M.I. Makhmudnazarov, A.A. Makhmadiyev, Sh.D. Murodov, A.Sh. Yusupov**

Department of Otorhinolaryngology named after Yu.B. Iskhaki

(Head of the Department - Candidate of Medical Sciences, Associate Professor Ahrorova Z.A.)
SEI “Avicenna TSMU” Dushanbe

This article presents the results of treatment with furasol solution and pharyngostop spray in 400 patients with chronic pharyngitis aged 18 to 60 years who received outpatient treatment at the “Shifobakhsh” NMC.

In the course of treatment, a dynamic observation of the picture of the pharynx, a bacteriological study of the microflora of the pharynx and a study of the answers to the questionnaire were carried out. It has been shown that against the background of the use

of Furasol and Faringostop in the vast majority of patients suffering from chronic pharyngitis, the pharyngoscope picture improves, sore throat stops and the concentration of pathogenic, conditionally pathogenic and mixed microflora of the pharynx decreases significantly, which indicates the bactericidal, anti-inflammatory and antioxidant properties of the above herbal medicines.

Key words: Furasol, Pharyngostop, chronic pharyngitis, complex treatment.



Шоев Манучехр Давроншоевич – н.и.т., ассистенти кафедраи оториноларингологияи Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абӯалӣ ибни Сино, **e-mail:** shoeymd@mail.ru, тел.: 93-400-47-57.

Маҳмудназаров Маҳмадамин Имомович - н.и.т., дотсенти кафедраи оториноларингологияи Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абӯалӣ ибни Сино, **e-mail:** mahmadamin@inbox.ru, тел.:

93-506-75-43.

Маҳмадиев Абдухолик Абдумажитович – н.и.т., ассистенти кафедраи оториноларингологияи Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абӯалӣ ибни Сино, **e-mail:** abduholik.mahamadiev@mail.ru, тел.:

93-855-65-45.

Муродов Шамсиддин Донабоевич – ассистенти кафедраи оториноларингологияи Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абӯалӣ ибни Сино, **e-mail:** murodovsh@inbox.ru, тел.: 900-93-90-05.

Юсупов Асадулло Шомуродович – ассистенти кафедраи оториноларингологияи Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абӯалӣ ибни Сино, **e-mail:** asadullo@inbox.ru, тел.: 988-21-10-43.

Шоев Манучехр Давроншоевич –к.м.н., ассистент кафедры оториноларингологии ГОУ “ТГМУ имени Абуали ибни Сино”, **e-mail:** shoeymd@mail.ru, тел.: 93-400-47-57.

Маҳмудназаров Маҳмадамин Имомович - к.м.н. доцент кафедры оториноларингологии ГОУ “ТГМУ имени Абуали ибни Сино”, **e-mail:** mahmadamin@inbox.ru, тел.: 93-506-75-43.

Маҳмадиев Абдухолик Абдумажитович – к.м.н. ассистент кафедры оториноларингологии ГОУ “ТГМУ имени Абуали ибни Сино”, **e-mail:** abduholik.mahamadiev@mail.ru, тел.: 93-855-65-45.

Муродов Шамсиддин Донабоевич – ассистент кафедры оториноларингологии ГОУ “ТГМУ имени Абуали ибни Сино”, **e-mail:** murodovsh@inbox.ru, тел.: 900-93-90-05.

Юсупов Асадулло Шомуродович – к.м.н. ассистент кафедры оториноларингологии ГОУ “ТГМУ имени Абуали ибни Сино”, **e-mail:** asadullo@inbox.ru, тел.: 988-21-10-43.

Shoeyv Manuchehr Davronshoevich – Candidate of Medical Sciences, Assistant of of Otorhinolaryngology Department SEI “Avicenna TSMU”, **e-mail:** shoeymd@mail.ru, tel.: 93-400-47-57.

Makhmudnazarov Mahmadaamin Imomovich – Candidate of Medical Sciences, Associate Professor of the Otorhinolaryngology Department SEI “Avicenna TSMU”, **e-mail:** mahmadamin@inbox.ru, tel.: 93-506-75-43.

Makhmadiev Abduholik Adbumazhitovich – Candidate of Medical Sciences, Assistant of Otorhinolaryngology Department SEI “Avicenna TSMU”, **e-mail:** abduholik.mahamadiev@mail.ru, tel.: 93-855-65-45.

Murodov Shamsiddin Donaboevich – Assistant of the Otorhinolaryngology Department SEI “Avicenna TSMU”, **e-mail:** murodovsh@inbox.ru, tel.: 900-93-90-05.

Yusupov Asadullo Shomurodovich – Assistant of the Otorhinolaryngology Department SEI “Avicenna TSMU”, **e-mail:** asadullo@inbox.ru, tel.: 988-21-10-43.

БЕМОРИҲОИ ДАРУНӢ

ВАЙРОНШАВИИ ШАДИДИ ГАРДИШИ ХУН ДАР ЗАМИНАИ ФИШОРБАЛАНДИИ ШАРАӢНИИ РЕЗИСТЕНТЪ ДАР ШАХСОНИ ЧАВОН ВА СИННИ МИӢНАИГИ РИФТОРИ БЕМОРИИ ИШЕМИКИИ ДИЛ

Қосимова Д.У.

Кафедраи пропедевтикаи бемориҳои дарунии ДДТТ ба номи Абуали ибни Сино ва Муассисаи давлатии Маркази миллии тиббии «Шифобахш» (Ҷумҳурии Тоҷикистон, ш. Душанбе)

Муҳимият. Проблемаи фишорбаландии шараӢнг (ФС) ва оризаҳои бинобар он ба вучудояндаи дилу рағҳо, аз он ҷумла вайроншавии шадиди гардиши хун дар мағзи сар (ВШГХ), муҳимияти хос дорад. Мавҷудияти ФС хавфи сактаи мағзи сарро 3-4 маротиба зиёд мекунад ва сатҳи баланди фавт дар ин ҳолат ё оқибатҳои вазнин барои беморони наҷотёфта проблемаи сактаи мағзиро яке аз проблемаҳои актуалг дар замони ҳозира мегардонанд.

Мувофиқи маълумотҳои Ташкилоти Умумиҷаҳонии Тандурустг сакта дар оморӣ умумӣ фавт ҷойи дуюмро ишғол менамояд, бинобар ин масъалаҳои ташхиси саривактӣ он, таъобат ва профилактикаи он муҳимияти худро нигоҳ медоранд [2].

Маблағи хароҷоти мизочоне, ки сактаро аз саргузаронидаанд, на танҳо дар ШМА ва дар Иттиҳоди Европа, балки дар кишварҳои рушдбанда низ ҳадди аксар зиёд аст [6].

Як қатор далелҳои таҷрибавӣ он вучуддоранд, ки эстрогенҳо омили ҳифзкунанда аз иллатнокшавии рағҳо (атеросклероз) ва дил (бемории ишемикии дил – (БИД) дар занҳои гирифтори сакта ҳангоми пре-менопауза (климакс) мебошад [5].

Вале натиҷаҳои таҳқиқот оид ба истифодаи эстрогенҳо бо мақсади таъобати атеросклероз дар занҳо натиҷаҳои манфӣ нишон доданд, яъне гафсии интима/медияи рағҳои хоб бетағйир боқ монданд [1].

Дар маҷмӯъ, мушоҳида мешавад, ки ҳангоми пре-менопауза (климакс) занҳо, нисбат ба мардҳои ҳамин синну сол, аз сакта камтар азият мекашанд, дар ҳоле ки ҳангоми постменопауза ҳолатҳои сакта дар занон зиёд мешавад, ки дар афзудани ҳодисаҳои фавти мизочони солхӯрда ифода меёбад.

Дар айни ҳол, нақши ФС ва БИД камомӯхташуда боқ мемонад [4].

Ошкорсозии тақрорёбии гендерии сакта дар беморони синну соли ҷавон ва миёнаи гирифтори БИД, ки дар заминаи ФС ба вучуд омадааст, ҳангоми паст кардани сатҳи хавфи бавучудоии он ва сатҳи фавт аҳамияти муҳими илмг ва амалг дорад.

Мақсади таҳқиқот – омӯхтани тақрорёбии ВШГХ вобаста ба ҷинс дар беморони синни ҷавон ва синни миёнаи гирифтори БИД, ки дар заминаи ФС ба миён омадааст.

Мавод ва усулҳо. Таҳқиқот дар шӯъбаи неврологияи Маркази миллии тиббии «Шифобахш»-и Ҷумҳурии Тоҷикистон ва заминаи клиникаи кафедраи пропедевтикаи бемориҳои дарунии Донишгоҳи давлатии тиббии ба номи Абуалг ибни Сино (дар шӯъбаҳои неврология, кардиоревматология ва таъобат)-и Муассисаи давлатии Маркази шахрии саломатии №2 ба номи академик К.Т. Тоҷиев (ш. Душанбе) гузаронида шуд.

Дар 370 бемори синну соли ҷавон ва синни миёнаи (аз 29 то 60-сола) гирифтори БИД, ки дар заминаи фишорбаландии шараӢнг ба вучуд омадааст, тақроршавии ВШГХ омӯхта шуд. Мизочони доройи фишорбаландии назоратшаванда (ФН) 84 нафар беморон буданд, доройи фишорбаландии резистентг (ФР) – 286 нафар. Синни миёнаи беморони дар таҳқиқот дохилкардашуда дар гурӯҳҳои доройи ФН ($55,8 \pm 3,5$ сол) ва доройи ФР ($53,6 \pm 4,7$ сол), қиёсшаванда. Гурӯҳҳои муқоисашаванда аз рӯи ҷинсият низ қиёспазиранд: мардҳо – 39,3% ва 36,4% мутаносибан ҳангоми ФН ва ФР; занон – 60,7% ва 63,6%.

Беморон мутобиқи протоколи ташхис ва таъобати бемориҳои системаи асаб дар ҚТ муоина шуданд. Дар мавриди тақроршавии



ВШГХ аз сар гузаронида (сактаҳои ишемикг ва геморрагг, ҳамлаи ишемикии транзиторг – ХИТ) аз рӯи маълумотҳои анамнез ва ҳуҷҷатҳои тиббг баҳо дода шуд.

Таҳлили оморг бо ёрии пакети «Statistica 10,0» гузаронида шуд. Бузургҳои мутлақ дар шакли $M \pm SD$ пешниҳод карда шудаанд; муқоисаи бузургҳои нисбг аз рӯи критерияи χ^2 , мутлақ – аз рӯи U-критерияи Манн

Уитни. Арзёбии (баҳодиҳии) алоқамандии коррелятсионг байни чуфтҳои нишонаҳои микдорг бо дарназардошти ҳислати тақсимот – аз рӯи Pearsonё коррелятсияи Spearman гузаронида шуд.

Натиҷаҳои таҳқиқот. Фарқияти такроршавии ВШГХ дар беморони БИД дар заминаи фишорбаландии назоратшаванда (ФН), дар чадвали 1 пешниҳод карда шудааст.

Чадвали 1. Фарқияти такроршавии вайроншавии шадиди гардиши хун дар мағзи сар (ВШГХ) дар беморони БИД дар заминаи фишорбаландии назоратшаванда (ФН), n/%

Нишондиҳандаҳо	занон (n=51)	мардон (n=33)	P
Вучуд надоштани ВШГХ	32/62,7	12/36,3	=0,0181
Сактаи ишемикиитранзиторг	9 /17,6	6/18,2	=0,9502
Сактаҳо (ҳамагӣ)	10/19,6	15/45,5	=0,0114
Сактаи ишемикӣ	9/17,6	11/33,3	=0,0993
Сактаи геморрагӣ	1/2,0	4/12,1	=0,0546

Эзоҳ: p –эътимоднокии нишондиҳандаҳои ҷинсӣ (аз рӯикритерияи χ^2).

Муқаррар карда шуд, ки дар занон вучуд надоштани ВШГХ, нисбат ба мардон (36,3%; p=0,0181), бештар ба мушоҳида мерасад (62,7%). Такроршавии ҳамлаи ишемикии транзиторг (ХИТ) дар занҳо ва мардҳо қиёспазир аст (мутобиқан 17,6% ва 18,2%), сактаҳо бошанд, дар маҷмӯъ, дар байни мардҳо бештар ба мушоҳида мерасанд (45,5%; p=0,0114). Ҳамчунин тамоюл ба зиёдшавии сактаҳои геморрагӣ (12,1%;

p=0,0546) дар байни мардҳо ба мушоҳида мерасад.

Дар Чадвали 2 такроршавии ВШГХ дар байни беморони гирифтори БИД дар заминаи фишорбаландии шараёнии резистентӣ пешниҳод гардидааст. Муқаррар карда шуд, ки дар 45,6% занон маълумотҳо оид ба ВШГХ аз сар гузаронида вучуд надоштаанд, ки 2 маротиба камтар аз мардон (22,1%; p=0,0001) мебошад.

Чадвали 2. Фарқияти ҷинсии такроршавии вайроншавии шадиди гардиши хун дар мағзи сар (ВШГХ) дар байни беморони гирифтори БИД дар заминаи фишорбаландии шараёнии резистентӣ (ФР) n/%.

Нишондиҳандаҳо	занон (n=182)	мардон (n=104)	P
Вучуд надоштани ВШГХ	83/45,6	23/ 22,1	=0,0001
Сактаи ишемикиитранзиторг	15/8,2	6/5,8	=0,4406
Сактаҳо (ҳамагӣ)	84/46,2	75/72,1	=0,0001
Сактаи ишемикӣ	70/38,5	57/54,8	=0,0074
Сактаи геморрагӣ	14/ 7,7	18/17,3	=0,0131

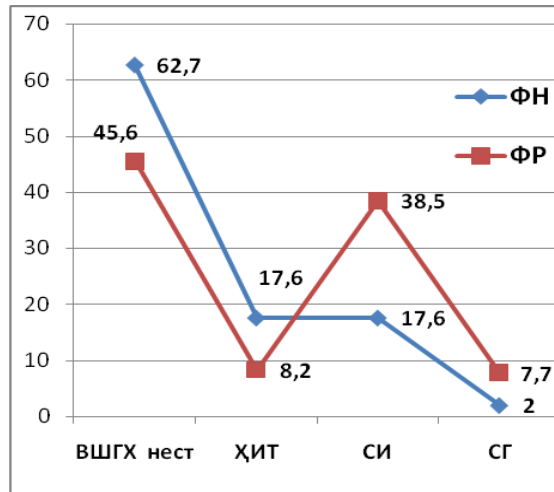
Эзоҳ: p –эътимоднокии нишондиҳандаҳои ҷинсӣ (аз рӯикритерияи χ^2).

Баъзе ҳолатҳои зиёдшавии ҳамлаи ишемикии транзиторг (ХИТ) дар байни занон он қадар зиёд набуданд (p=0,4406). Дар маҷмӯъ, шумораи умумии сактаҳои аз сар гузаронида (72,1%; p=0,0001), ҳам сактаҳои ишемикӣ (54,8%; p=0,0074) ва ҳам геморрагӣ (17,3%; p=0,0131) дар байни мардҳо, нисбат ба занон, бештар ба мушоҳида расиданд.

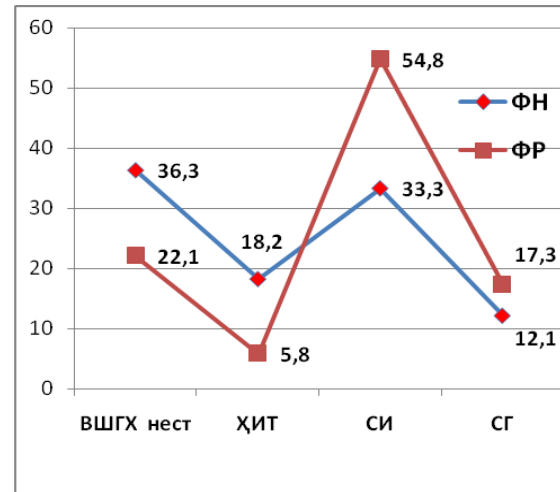
Таҳлили муқоисавии такроршавии шаклҳои вайроншавии шадиди гардиши хун дар

мағзи сар (ВШГХ) дар заминаи ФН ва ФР вобаста ба ҷинсият, дар расми 1 пешниҳод шудааст ва аз он шаҳодат медиҳад, ки дар занон дар заминаи ФН такроршавии ҳамлаи ишемикии транзиторг ва сактаи ишемикӣ – қиёспазиранд ва сактаи геморрагӣ нисбатан камтар ба мушоҳида мерасад.

Вале дар заминаи ФР занҳои сактаи ишемикиро аз сар газаронида, нисбат ба ҳангоми ФН хеле зиёдтар буданд (38,5%),



А. Занон



Б. Мардҳо

Расми 1. Такроршавии вайроншавии шадиди гардиши хун дар мағзи сар (ВШГХ) дар байни занон (А) ва мардҳои (Б) гирифтори БИД дар заминаи фишорбандии назоратшаванда (ФН) ва резистентӣ (ФР). ВШГХ, ҶИТ

Дар байни мардҳо, нисбат ба занон, сактаи ишемикӣ дар заминаи ФН, 1,9 маротиба бештар ба мушоҳида мерасад, вале ҳангоми ФР – танҳо 1,4 маротиба. Ин ба он вобаста аст, ки сактаи ишемикӣ дар байни занон дар заминаи ФР, нисбат ҳангоми ФН, 2,2 маротиба зиёд мешавад, дар байни марҳо бошад – 1,7 маротиба. Ҳамин тариқ, дараҷаи афзоиши такроршавии сактаи ишемикии аз сар гузаронида дар байни занон дар заминаи ФР, нисбат ба дар байни мардон бештар аст.

Хулосаҳо

1. ВШГХ аз сар гузаронида, дар муқоиса бо занон, дар байни марҳо бештар ба мушоҳида мерасад, ҳам дар заминаи ФН ва ҳам ФР. Такроршавии зиёди ВШГХ дар за-

минаи ФР дар байни мардҳо, асосан, бо зиёдшавии сактаи ишемикӣ ($p=0,0074$) алоқамандӣ дорад.

2. Дар заминаи ФР заноне, ки сактаи ишемикиро аз сар гузаронидаанд, нисбат ба ҳангоми ФН хеле зиёд буданд (2,2 маротиба; $p=0,0055$). Дар байни мардҳо дар заминаи ФР сактаи ишемикӣ, нисбат ба ҳангоми ФН $p=0,0316$) 1,7 маротиба бештар ба мушоҳида расид.

3. Дараҷаи баланди афзоиши такрорёбии сактаи ишемикии аз сар гузаронида дар байни занон дар заминаи ФР, аз таъсири манфии нисбатан зиёдтари резистентнокӣ ба таъбобати зиддигипертензивӣ ба ҳолати гардиши хуни мағзи сар дар занон ва мардҳо шаходат медиҳад.

Адабиёт

1. Балан В. Е., Юренева С. В., Сметник В. П., Ильина Л. М. Кардиометаболические расстройства у женщин в постменопаузе: негативная роль андрогенов с позиций доказательной медицины // Проблемы репродукции. 2013. № 3. С. 73–81.
2. Маньшева К.Б. Гендерные особенности острых нарушений мозгового кровообращения. Медицинский алфавит № 1 / 2018, том № 1 Неврология и психиатрия. – с. 45-49.
3. Парфенов, В. А. Ишемический инсульт [Текст] / В. А. Парфенов. - М. : ООО «Издательство», 2012.-288 с.
4. Gall S. L., Donnan G., Dewey H. M., Macdonell R., Sturm J., Gilligan A., Srikanth V., Thrift A. G. Sex differences in presentation, severity, and management of stroke in a population-based study // Neurology. 2010. Vol. 74 (12). P. 975–981.
5. Liu M., Kelley M.H., Herson P.S., Hurn P.D. Neuroprotection of sex steroids // Minerva Endocrinologica. 2010. Vol. 35 (2). P. 127–143.



6. Zhang Y., Chapman A.-M., Plested M., Jackson D., Purroy F. The incidence, prevalence, and mortality of stroke in France, Germany, Italy, Spain, the UK, and the US: a literature review // Stroke research and treatment. Vol. 2012. [режимдоступа: <https://www.hindawi.com/journals/srt/2012/436125/abs/>]. Датаобращения 10.03.1

ОСТРЫЕ НАРУШЕНИЯ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ НА ФОНЕ РЕЗИСТЕНТНОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ У ЛИЦ МОЛОДОГО И СРЕДНЕГО ВОЗРАСТОВ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

Косимова Д.У.

Кафедра пропедевтики внутренних болезней ТГМУ им. Абуали ибни Синои Национальный медицинский центр «Шифобахш» (Республика Таджикистан, г. Душанбе)

Цель исследования – изучение частоты ОНМК в зависимости от пола у больных молодого и средних возрастов с ИБС, возникшей на фоне АГ.

Материал и методы. У 370 больных молодого и среднего возраста (с 29 до 60 лет) с установленной ИБС, возникшей на фоне первичной артериальной гипертонии, изучена частота ОНМК. Пациентов с контролируемой (КАГ) артериальной гипертонией было 84 больных, резистентной (РАГ) – 286. Средний возраст, включённых в исследование больных в группах с КАГ ($55,8 \pm 3,5$ лет) и с РАГ ($53,6 \pm 4,7$ лет), сопоставим. Сравнимые группы сопоставимы и по полу: мужчин - 39,3% и 36,4% при КАГ и РАГ соответственно; женщин - 60,7% и 63,6%.

Результаты исследования. Установлено, что у женщин отсутствие перенесённых ОНМК отмечалось чаще (62,7%), чем у муж-

чин (36,3%; $p=0,0181$). Частота ТИА у женщин и мужчин сопоставима (17,6% и 18,2% соответственно), а инсульты, в целом, чаще наблюдаются у мужчин (45,5%; $p=0,0114$). Отмечается также тенденция к учащению ишемического (33,3%; $p=0,0993$) и геморрагического (12,1%; $p=0,0546$) инсультов у мужчин.

Выводы. Перенесённые ОНМК значительно чаще наблюдаются у мужчин, чем у женщин, как на фоне КАГ, так и РАГ. Большая частота ОНМК на фоне РАГ у мужчин обусловлена, главным образом, учащением ИИ ($p=0,0074$). На фоне РАГ женщин перенесших ИИ было значительно больше, чем при КАГ (2,2 раза; $p=0,0055$). У мужчин на фоне РАГ ИИ отмечался на 1,7 раз чаще, чем при КАГ ($p=0,0316$).

Ключевые слова: ОНМК, ишемическая болезнь сердца, артериальная гипертензия.

ACUTE DISORDERS OF CEREBRAL CIRCULATION ON THE BACKGROUND OF RESISTANT ARTERIAL HYPERTENSION IN YOUNG AND MIDDLE AGED PERSONS WITH ISCHEMIC HEART DISEASE

D.U. Kosimova

Department of Propedeutics of Internal Diseases, TSMU Abualiibni Sino and the National Medical Center “Shifobakhsh” 2 (Republic of Tajikistan, Dushanbe)

The aim of the study was to study the frequency of stroke, depending on gender, in young and middle-aged patients with coronary artery disease that arose on the background of hypertension.

Material and methods. In 370 young and middle-aged patients (from 29 to 60 years) with established coronary artery disease, which arose against the background of primary arterial

hypertension, the frequency of stroke was studied. There were 84 patients with controlled (CAG) arterial hypertension, and 286 resistant (RH) patients. 7 years), comparable. The compared groups are also comparable by sex: men - 39.3% and 36.4% with CAG and RH, respectively; women - 60.7% and 63.6%.

Research results. It was found that in women, the absence of previous stroke was noted more



often (62.7%) than in men (36.3%; $p = 0.0181$). The frequency of TIA in women and men is comparable (17.6% and 18.2%, respectively), and strokes, in general, are more often observed in men (45.5%; $p = 0.0114$). There is also a tendency towards an increase in ischemic (33.3%; $p = 0.0993$) and hemorrhagic (12.1%; $p = 0.0546$) strokes in men.

Conclusions Postponed stroke are much more often observed in men than in women, both against the background of CAG and

RH. The high frequency of stroke against the background of RH in men is mainly due to the increased frequency of IS ($p = 0.0074$). Against the background of RH, there were significantly more women who underwent IS than with CAG (2.2 times; $p = 0.0055$). In men, against the background of RH, IS was noted 1.7 times more often than with CAG ($p = 0.0316$).

Key words: stroke, coronary heart disease, arterial hypertension.

Косимова Дилафруз Умаровна-врач невролог взрослого неврологического отделения №1 Национального медицинского центра Республики Таджикистан «Шифобахш», тел: 989.11.92.76

Dilafruz Umarovna Kosimova - neurologist of the adult neurological department No. 1 of the National Medical Center of the Republic of Tajikistan "Shifobakhsh", tel: 989.11.92.76



БЕМОРИҲОИ КЎДАКОН

ДАРАҶАИ ТАҒЙИРОТИ НИШОНДОДҲОИ ГЕМОДИНАМИКАИ МАРКАЗӢ ДАР КЎДАКОНИ ГИРИФТОРИ КАМХУНИҲОИ ГЕМОЛИТИКИИ ИРСӢ

Давлатова С.Н.¹, Исмоилов К.И.¹, Расулова Н.А.².

1. Кафедраи бемориҳои кӯдакони №2 МДТ «ДДТТ ба номи Абуалӣ ибни Сино», 2. Кафедраи педиатрия ва амалияи умумии факултети таълими баъдидипломии Донишқадаи давлатии тиббии Самарқанд.

Муҳимият. Камхуниҳои гемолитикӣ (КГ) як гурӯҳи калони бемориҳои мебошанд, ки аз рӯи этиология, патогенез, зухуроти клиникӣ ва усулҳои табобат фарқ мекунанд. Дар сохтори бемориҳои хун дар кӯдакон КГ тақрибан 5,5% ва дар байни ҳама камхуниҳо 15%-ро ташкил медиҳанд [4].

Камхуниҳои гемолитикии ирсӣ (КГИ) зиёда аз 80%-и камхуниҳои гемолитикиро дар синни кӯдакӣ ташкил медиҳанд [2].

Аломати асосии КГИ коҳиши давомнокии умри эритроцитҳо мебошад. Нобудшавии эритроцитҳо метавонад аз сабаби нуқсони мембранаи эритроцитҳо (мембранопатия), нуқсони ферментҳои эритроцитҳо (ферментопатия), инчунин вайрон шудани синтези гемоглобин (гемоглобинопатия) ба амал ояд [10, 11].

Ба беморони гирифтори камхунии чуқур ва гипоксияи музмини гемикӣ, махсусан гирифтори талассемия, зуд-зуд интиқол додани хун ногузир боиси инкишофи гемосидерози узвҳои дарунӣ мегардад [1, 5, 6]. Аз ин рӯ, мувофиқи консепсияи муосир, ҳама бемороне, ки табобати мунтазами ивазкунандаи ҳаҷми эритроцитарӣ мегиранд, ба табобати мувофиқи хелатсионӣ ниёз доранд. Мақсади асосии табобат нигоҳ доштани сатҳи бехатари оҳан дар бадан мебошад. Барои хориҷ кардани оҳани зиёдати хелаторҳо истифода мешаванд, доруҳое, ки метавонанд оҳани изофаро аз бадан пайваст ва хориҷ намоянд. Пеш аз пайдоиши хелаторҳо, сабаби асосии марги бемороне, ки трансфузияҳои зиёд гирифтанд, вайроншавии кори дил ва чигар буд [3].

Зиёдшавии оҳан дар дил - чамъшавии аз ҳад зиёд дар миокард бо осеби минбаъдаи кардиомиоситҳо боиси норасоии функсионалии ҳамин узв мегардад [7, 8, 9].

Мақсади таҳқиқот: омӯзиши параметрҳои гемодинамикаи марказӣ дар кӯдакони гирифтори КГИ дар шароити оромии мушакҳо ва ҳангоми фаъолияти мӯътадили ҷисмонӣ барои арзёбии қобилияти ҷуброни системаи дилу рағҳо.

Мавод ва усули таҳқиқот. Мо 36 нафар кӯдаки аз 6 то 15-солаи беморро муоина намудем, аз он ҷумла, 20 нафар - духтарон, 16 нафар писарон буданд. 12 кӯдакони гирифтори ферментопатия (норасоии глюкоза-6-фосфатдегидрогеназа) (33,3%) ва 7 нафар гирифтори талассемияи калон (19,4%) муоина карда шуданд. Талассемияи хурд дар 6 нафар (16,7%), микросферотситози ирсӣ дар 4 нафар (11,1%) ошкор гардид. Ҳамравии талассемияи калон бо ферментопатия дар 3 (8,3%), талассемияи хурд бо ферментопатия - дар 4 (11,1%) кӯдаки бемор қайд карда шуд. Беморон вобаста ба вазнинии раванди патологӣ шартан ба 3 гурӯҳ тақсим карда шуданд. Таҳқиқоти гемодинамикаи марказӣ бо усули эхокардиография дар аппарати ултрасадои японии фирмаи «Toshiba» гузаронида шуд.

Натиҷаҳои таҳқиқот ва муҳокимаи онҳо. Таҳлили маълумотҳои эхокардиографӣ нишон дод, ки дар шароити оромии мушакҳо дар беморони гирифтори КГИ -и ҳар се гурӯҳи беморон арзиши миёнаи ҳаҷми дақиқави хунгардиш (ХДХ) ва арзиши нисбии он -индекси дил (ИД) нисбат ба кӯдакони солим хеле баланд буд.

Афзоиши ИД-и беморон дар муқоиса бо гурӯҳи назоратӣ низ пайдо шуд, ки ин бо коҳиши назарраси индекси сатҳи бадан дар кӯдакони гирифтори КГИ шарҳ дода мешавад. Дар баробари ин, арзиши миёнаи ҳаҷми систоликии хунгардиши (ХСХ) дар беморон аз ҳамон нишондиҳандаи кӯдакони солим чандон фарқ надошт (ҷадвали 1).

Чадвали 1.- Гемодинамикаи марказӣ дар кӯдакони гирифтори КГИ дар оромӣ

Нишондодҳо	ХСХ мл	ИЗ мл/м ²	ХДХ л/дак	ИД л/дак/ м ²	МТД зрб/дак
Гурӯҳҳо					
I гур. дараҷаи сабук n=9 P ₁	49.78 ± 3.78 >0.05	45.52± 2.3 <0.01	5.09± 0.32 <0.001	4.71± .31 <0.001	103.11±2.9 <0.001
II гур. дараҷаи миёнавазнин n=8 P ₁ P ₂	48.13 ± 4.45 >0.05 >0.05	46.22± 4.3 <0.05 >0.05	5.21 ±0.49 <0.01 >0.05	4.99±0.46 <0.001 >0.05	108.25±2.4 <0.001 >0.05
III гур. дараҷаи вазнин n=13 P ₁ P ₃ P ₄	48.75 ± 2.63 >0.05 >0.05 >0.05	47.92±2.8 <0.001 >0.05 >0.05	5.46±0.36 <0.001 >0.05 >0.05	5.36±0.32 <0.001 >0.05 >0.05	111.69±2.1 <0.001 <0.05 >0.05
Гурӯҳи назоратӣ n=30	43.97 ± 2.61	36.48±1.7	3.72 ±0.19	3.11±0.12	86.1±1.2

Шарҳ. Дар ин ҷо ва дар чадвали 2:

P₁ - эътимоднокии фарқият дар муқоиса бо меъёр;

P₂ - эътимоднокии фарқияти байни гурӯҳҳои I ва II беморон;

P₃ - эътимоднокии фарқияти гурӯҳҳои I ва III беморон;

P₄ - эътимоднокии фарқияти байни гурӯҳҳои II ва III беморон

Афзоиши арзиши ХДХ дар кӯдакони гирифтори КГИ ба зиёд шудани миқдори тапиши дил (МТД) нисбат ба кӯдакони гурӯҳи назоратӣ вобаста буд.

Ҳангоми муқоисаи нишондодҳои гемодинамикаи марказӣ байни гурӯҳҳои I ва II, I ва III, инчунин гурӯҳҳои II ва III, мо дар нишондодҳои ХДХ ва ИД фарқияти назаррасро наёфтем. Индекси дил дар беморони гурӯҳи сеюм нис-

бат ба гурӯҳҳои якум ва дуюм каме баландтар буд, вале ин тафовут аз ҷиҳати омӯри ночиз буд.

Таҳқиқот нишон дод, ки дар беморони гирифтори КГИ, афзоиши ХДХ ва ИД аз ҳисоби МТД ба мушоҳида мерасад.

Гемодинамикаи марказӣ дар кӯдакони гирифтори КГИ инчунин ҳангоми фаъолияти мӯътадили ҷисмонӣ таҳқиқ карда шуд (чадвали 2).

Чадвали 2.- Гемодинамикаи марказӣ ҳангоми сарбории 1 Вт / кг

Нишондодҳо	ХСХ мл	ИЗ мл/м ²	ХДХ л/дак	ИД л/дак/ м ²	МТД зрб/дак
Гурӯҳҳо					
I гур. дараҷаи сабук n=9 P ₁	54.56 ± 4.1 >0.05	49.69 ± 1.8 >0.05	9.37± 0.57 <0.01	8.63± 0.45 <0.001	170.22±3.71 <0.001
II гур. дараҷаи миёнавазнин n=8 P ₁ P ₂	53.0 ± 3.73 >0.05 >0.05	50.93±3,57 >0.05 >0.05	9.42 ±0.69 <0.05 >0.05	9.04 ±0.64 <0.001 >0.05	177.75±3.16 <0.001 >0.05
III гур. дараҷаи вазнин n=13 P ₁ P ₃ P ₄	51.38 ± 3.38 >0.05 >0.05 >0.05	50.5 ± 3.19 >0.05 >0.05 >0.05	9.92±0.61 <0.001 >0.05 >0.05	9.76±0.58 <0.001 >0.05 >0.05	193.54±1.67 <0.001 <0.001 <0.001
Гурӯҳи назоратӣ n=30	58.83 ± 3.64	48.58± 2.3	7.44 ±0.45	6.15±0.28	126.87±0.65

Аз 36 нафар кӯдакон 30 нафарашон дар велоэргометр (1 Вт/кг вазни бадан) сарбории миёнаро анҷом доданд. 6 нафар беморон аз сабаби нафастангӣ, тахикардия ва зуд хасташавӣ ин сарбориро иҷро карда натавонистанд.

Таҳқиқот дар ин сарборӣ афзоиши назарраси нишондиҳандаҳои гемодинамикаи марказӣ (хусусан ХДХ ва ИД)-ро дар беморон дар муқоиса бо маълумот дар ҳолати оромӣ нишон дод. Ҳамин тариқ, дар кӯдакони ги-



рифтори КГИ -и дараҷааш сабук ХДХ 84,1%, ИД - 83,2%, ХСХ - 9,6%, ИЗ-9,2% афзуд.

Дар кӯдакони гирифтори КГИ-и дараҷааш миёна ва вазнин низ нишондодҳои дар боло зикршуда нисбат ба маълумоти аввала мутаносибан 80,8, 81,2, 10,1 ва 10,2 % ва 81,7, 82,1, 5,4, 5,1% зиёд шуданд.

Тадқиқот дар ҳар се гурӯҳи беморон дар муқоиса бо ҳамсолони солими худ афзоиши назарраси ХДХ ва ИД-ро нишон дод. Ин фарқият аз сабаби баланд шудани МТД буд. Дар баробари ин, ХСХ ва ИЗ амалан аз гурӯҳи назоратӣ фарқ нашофт.

Таҳлили инфиродӣ афзоиши назарраси ХДХ ва ИД-ро дар ҳамаи беморони муоинашуда дар муқоиса бо арзишҳои муқаррарӣ аз сабаби зиёдшавии МТД нишон дод.

Ҳангоми муқоисаи параметрҳои гемодинамикии гурӯҳҳои якум ва сеюм каме баланд шудани ИД дар охири муайян гардид.

Муқоисаи арзишҳои гемодинамикаи марказии гурӯҳҳои якум ва дуум, инчунин гурӯҳҳои дуум ва сеюми беморон фарқияти назаррасро дар байни онҳо нишон надовд.

Хулоса. Натиҷаҳои омӯзиши гемодинамикаи марказӣ нишон доданд, ки дар кӯдакони гирифтори КГИ афзоиши назарраси ХДХ ва ИД ҳам дар шароити оромии мушакҳо, ва ҳам ҳангоми фаъолияти мӯътадили ҷисмонӣ аз ҳисоби МТД мушоҳида мешавад.

Тағйиротҳои ЭхоКГ-е, ки аз ҷониби мо ошкор карда шуданд, аз инкишофи дистрофияи миокард ва бавосита гемосидероз, ки дар натиҷаи интиқоли сершумори хун ва ихтилоли гомеостази оҳан ба вучуд меоянд, шаҳодат медиҳанд. Тағйиротҳои дар зикргардида инъикоси паст шудани қобилияти мутобиқшавии системаи дилу рағҳо дар кӯдакони гирифтори КГИ мебошанд.

Адабиёт

1. Гаджиев Г.Б. Факторы риска плазмафереза у больных большой формой бета-талассемии /Г.Б. Гаджиев, И.Э. Байрамалибеги, А.А. Рагимов //Вестник РУДН, серия Медицина, 2004.-№3 (27).- С.80-84.
2. Демидова А.В. Анемии /А.В. Демидова.- МЕДпресс-информ.- 2006. - 64с.
3. Красильникова М.В. Хелаторная терапия у детей /М.В. Красильникова //Медицинский совет.- 2016. - №1.- С.123-127.
4. Мицура Е.Ф. Гемолитические анемии у детей: вопросы дифференциальной диагностики /Е.Ф. Мицура, И.П. Ромашевская, Д.К. Новик //Практическое пособие для врачей. Гомель, ГУ «РНПЦ РМ и ЭЧ», 2017.- 23 с.
5. Сметанина Н.С. Оценка степени накопления железа у детей с трансфузионнозависимой бета-талассемией /Н.С. Сметанина, Г.В.Терещенко, М.В. Красильникова, А.А. Гвоздев, Д.И. Ибрагимова //Гематология и трансфузиология.- 2016. - №1 (61).- С.42-48.
6. Akbarova G. History of the study and solution to the problem of beta-Thalassemia in Azerbaijan /G Akbarova //Jornal of clinical medicine of Kazakhstan. - 2013. - V.4.- №30. - P. 21-28.
7. Aydinok Y. Effects of deferasirox-deferoxamine on myocardial and liver iron in patients with severe transfusional iron overload /Y. Aydinok, A. Kattamis, MD Cappellini, E-Beshlawy, R. Origa, M. Elalfy //Blood.- 2015.- 125 (25). - P. 3868–3877.
8. Bazi1 A. Cardiac Hemosiderosis in Transfusion Dependent Thalassemia: A Mini-Review. /A. Bazi1, M.R. Keramati, I. Shahramian //Int. J Basic Sci. Med. 2017. - 2(1). - P.5-10.
9. Elalfy MS. Efficacy and safety of a novel combination of two oral chelators deferasirox/deferiprone over deferoxamine/deferiprone in severely iron overloaded young beta thalassemia major patients /M.S. Elalfy, A.M. Adly, Y. Wali, S. Tony, A. Samir, Y.I. Elhenawy //Eur. J Haematol. 2015. - 95(5). - P. 411-420.
10. Koralkova P. Rare hereditary red blood cell enzymopathies associated with hemolytic anemia - pathophysiology, clinical aspects, and laboratory diagnosis /P. Koralkova, W.W. van Solinge, R. van Wijk //Int. J Lab Hematol. - 2014. - 36(3). - P.388-97.
11. Patrick G. Abnormalities of the Erythrocyte Membrane /G. Patrick, P.G. Gallagher //Pediatr. Clin. North Am. 2013.- 60(6).- P.1349–1362.



СТЕПЕНЬ ИЗМЕНЕНИЙ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ЦЕНТРАЛЬНОЙ ГЕМОДИНАМИКИ У ДЕТЕЙ С НАСЛЕДСТВЕННЫМИ ГЕМОЛИТИЧЕСКИМИ АНЕМИЯМИ

Давлатова С.Н., Исмаилов К.И., Расулова Н.А.

Авторами проведено изучение показателей центральной гемодинамики у 36 пациентов детского возраста (6-15 лет), страдающих наследственными гемолитическими анемиями (НГА) (ферментопатия, наследственный микросфероцитоз и талассемия). Исследование проведено в условиях мышечного покоя и при умеренной дозированной физической нагрузке.

Результаты исследования центральной гемодинамики показали, что у детей, больных НГА отмечается существенное увеличение минутного объема кровотока и сердечного

индекса как в условиях мышечного покоя, так и при умеренной физической нагрузке за счет ЧСС.

Выявленные ЭхоКГ - изменения свидетельствуют о развитии дистрофии миокарда, и косвенно, гемосидероза, развивающегося в результате хронической гемической гипоксии и многочисленных гемотрансфузий. Вышеперечисленные изменения являются отражением снижения адаптационно – приспособительных возможностей кардио – сосудистой системы у детей с НГА.

EXTENT OF CHANGES IN CENTRAL HEMODYNAMIC PARAMETERS IN CHILDREN WITH HEREDITARY HEMOLYTIC ANEMIA

Davlatova S.N., Ismailov K.I., Rasulova N.A.

The authors studied the indicators of central hemodynamics in 36 pediatric patients (6-15 years old) suffering from hereditary hemolytic anemias (HNA) (enzymopathy, hereditary microspherocytosis and thalassemia). The study was conducted under conditions of muscular rest and with moderate dosed physical activity.

The results of a study of central hemodynamics showed that children with HNA showed a significant increase in minute blood flow and

cardiac index both under conditions of muscular rest and under moderate physical activity due to heart rate.

Identified EchoCG-changes indicate the development of myocardial dystrophy, and indirectly, hemosiderosis, which develops as a result of chronic hemic hypoxia and numerous blood transfusions. These changes reflect a decrease in the adaptive capacity of the cardiovascular system in children with HNA.

1. **Давлатова Сохира Нозировна** – мудири кафедраи Бемориҳои кӯдакони №2 МДТ ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино, н.и.т., дотсент. E-mail: sokhira@mail.ru. Телефони мобилӣ: +99293-527-75-39

2. **Исмоилов Комилҷон Исроилович** - профессори кафедраи Бемориҳои кӯдакони №2 МДТ ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино, д.и.т. Телефони мобилӣ: +99298-512-78- 45.

3. **Расулова Надира Алишеровна** – ассистенти кафедраи Педиатрия ва амалияи умумии факултети таълими баъдидипломии Донишкадаи Давлатии Тиббии Самарқанд, н.и.т. E-mail: nodik78@mail.ru. Телефони мобилӣ: +99891-547-65-69.

1. **Давлатова Сохира Нозировна** – заведующая кафедрой Детских болезней №2 ГОУ ДДТТ им. Абуали ибни Сино, к.м.н., доцент. E-mail: sokhira@mail.ru. Мобильный телефон: +99293-527-75-39.

2. **Исмаилов Комилҷон Исроилович** – профессор кафедры Детских болезней №2 ГОУ ДДТТ им. Абуали ибни Сино, д.м.н. Мобильный телефон: +99298-512-78- 45.

3. **Расулова Надира Алишеровна** – ассистент кафедры Педиатрии и общей практики факультета последипломного образования СамМИ, к.м.н. E-mail: nodik78@mail.ru. Мобильный телефон: +99891-547-65-69.

1. **Davlatova Sohira Nozirovna** - Head of the Department of Children's Diseases №2, SEI Avicenna TSMU, candidate of medical sciences, associate professor. E-mail: sokhira@mail.ru. Mobile phone: + 99293-527-75-39.

2. **Ismailov Komiljon Isroilovich** - Professor of the Department of Children's Diseases №2, SEI Avicenna TSMU, doctor of medical sciences. Mobile phone: + 99298-512-78-45.

3. **Rasulova Nadira Alisherovna** - Assistant of the Department of Pediatrics and General Practice of the Faculty of Postgraduate Education of SamMI, candidate of medical sciences. E-mail: nodik78@mail.ru. Mobile phone: + 99891-547-65-69.



ТАЪСИРИ МУОЛИЧАИ ТАСҲЕҲКУНАНДАИ МАСУНИЯТ БА ҲОЛАТИ СОЛИМИИ КЎДАКОНИ ГИРИФТОРИ КАМХУНИИ НОРАСОИИ ОҲАН

Хочаева Н.Н., Исмоилов К.И., Мухаммаднабиева Ф.А., М.С Хусенова.

Кафедраибемориҳои кӯдакони №2 ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино

Муҳимияти таҳқиқот. Камхунӣ яке аз бемориҳои аст, ки дар баробари сироятҳои респиратории вирусӣ дар мавриди кӯдакон, хусусан дар соли аввали умр ва наврасӣ зуд-зуд мушоҳида мешавад [1,2,4]. Имрӯзҳо маъмул аст, ки камхунӣ нодираи универсалии «байнифани»-и клиникӣ-лабораторие ба шумор меравад, ки табии бони тамоми соҳа ба он рӯбарӯ. Беморӣ дар навбати аввал бо коҳиш ёфтани миқдори гемоглабин ё эритроцит дар воҳиди ҳаҷми хун тавсиф меёбад, ки кам шудани таъмини оксигенро ба бофтаҳо асоснок менамояд. Дар миёни камхуниҳои норасоии оҳан (КНО) нисбатан интишорёфта буда, то 80%-и тамоми камхуниҳоро ташкил менамояд. КНО ҳамчун маҷмӯи симптомҳои клиникӣ-гематологияе баррасӣ мешавад, ки ихтилолоти ҳосилшавии гемоглабинро дар натиҷаи норасоии оҳан дар зардоби хун ва мағзи устухон бо инкишоф ёфтани ихтилолоти трофикии узву бофтаҳо тавсиф менамояд. Паҳншавии КНО, ба пиндори мутахассисони ТУТ, метавонад то 40% популятсияи одам ва ҳатто ба зиёда аз он бирасад. Зиёда аз он, дар қатори КНО-и аслии норасоии ниҳонии оҳан мавҷуд аст, ки он дар мамолики Аврупо 30-40% ва дар баъзе манотиқи он ба 50-60% ҳам расидааст. Бар пояи маълумотҳои ТУТ, тақрибан 2 млрд одам мубтало ба КНО мебошанд ва норасоии оҳан бошад, тақрибан дар 60-80% аҳолии қурраи замин ба назар мерасад. Имрӯзҳо паҳншавии КНО дар миёни кӯдакони хурдсол, ҳатто дар мамолики мутараққии аврупо, то 50% ва зиёда аз он, зимни наврасон бошад, аз 30 то 40% мерасад [4,5].

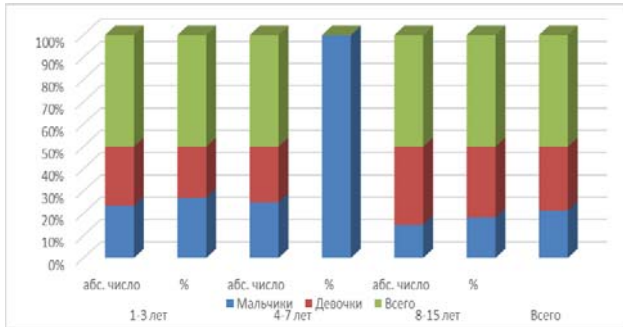
Мақсад. Арзёбии таъсири муолиҷаи илоҳқунандаи масуният ба ҳолати солимии кӯдакони бемори мубтало ба КНО.

Мавод ва усулҳои таҳқиқот. Барои ҳал кардани вазифаҳои таҳқиқоти мазкур

дар мавриди 35 кӯдаки гирифтормубтало ба КНО, дар синни аз 1 то 15 сола, ки барои муолиҷаи статсионарӣ дар шуъбаи гематологияи кӯдакони ММТ ҚТ қарор доштанд, муоинаи маҷмӯӣ ба амал оварда шуд. Гурӯҳи санҷишӣ аз 30 кӯдаки солим иборат буд, ки ба гурӯҳҳои мавриди таҳқиқ қарордошта аз рӯи сину чинс наздикӣ дошт. Гурӯҳи беморони мубтало ба КНО-ро 15 (42,8%) писар ва 20 (47,2%) духтар ташкил менамуд. Беморон мувофиқи динамикаи ҳангоми воридшавӣ ба статсионар ва ҳангоми хориҷ шудан ва пас аз моҳ пас аз анҷоми муолиҷа муоина карда шуданд. Дар шароити шуъбаи гематологияи кӯдакони ММТ таҳти назорати мо 35 бемори гирифтормубтало ба КНО қарор дошт. Аз ҷумла 20 духтар - 47,2% ва 15 писар буданд, ки мувофиқан 47,2%-ро ташкил медихад. Тамоми беморон аз усулҳои клиникӣ муоина, гемограмма, таҳлили биохимиявии хун бо муайян кардани чузъи билирубин, ғадуди зардоб гузаштанд. Мувофиқи нишондод пунксияи мағзи устухон, таҳқиқи морфологияи эритроцитҳо низ ба амал оварда шуд. Бемороне, ки мувофиқи чинс ва синҷудо карда шуданд, ҳулосаи он дар ҷадвали 1 оварда шудааст.



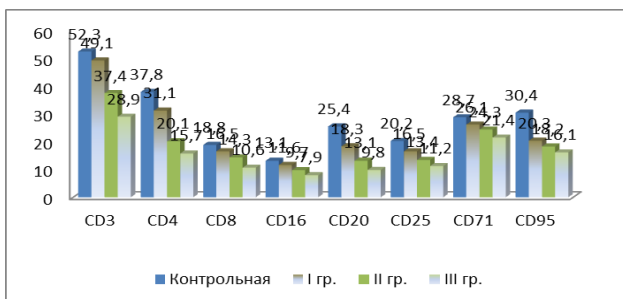
Расми 1. Духтари 13- сола, ки гирифтормубтало ба камхуниҳои дарачаи вазнин аст. **Расми 2.** Писари 3- солаи мубтало ба камхуниҳои дарачаи вазнинии миёна.



Чадвали 1. Таксим шудани беморони КНО мувофиқи син ва чинс

Симптомҳои камхунӣ бо нокифоягии таъмин шудани бофтаҳо бо оксиген алоқамандӣ дорад: сустӣ, чарх задани сар, нафас тангӣ, берангии пӯсту луобпардаҳо, тахикардия, шавшувии функционалии систолий.

Натиҷаҳои таҳқиқот. Тибқи маълумотҳои пешниҳодгардида дар мавриди беморони мубтало ба КНО, зимни гурӯҳи аввал нишондиҳандаҳои Т-хучайраҳо ва зерпопулятсияи онҳо аз ҳамтои худ дар гурӯҳи санҷишӣ, ба таври назаррас фарқ намекард, аммо хусусан бо иммунофенотипҳои CD4 тамоюл ба коҳишёбиро доштанд.



Расми 3. Микдори Т-лимфотсит ва зерпопулятсияи онҳо дар кӯдакони мубтало ба КНО

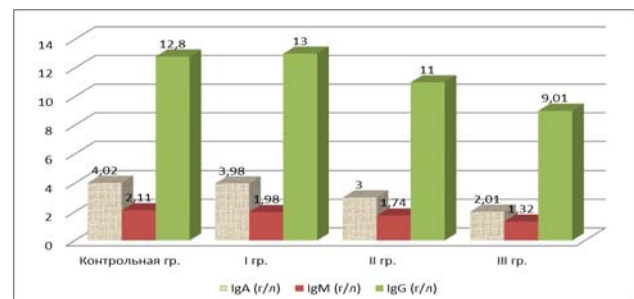
Зимни беморони гирифтдор ба камхунии дараҷаи вазниниашон миёна, дар қиёс ба гурӯҳи солим, ба таври назаррас коҳиш ёфтани нишондиҳандаҳои Т-лимфотсит бо маркерҳои гуногуни иммунологӣ (CD4, CD8, CD16) ($p < 0,001$) мушоҳида мегардид.

Ҳангоми муқоиса кардани нишондиҳандаҳои миёнаи зерпопулятсияи Т-лимфотсит бо маркерҳои CD4, CD8 ва CD16 дар гурӯҳи мазкури беморон бо нишондиҳандаҳои монанд дар беморони гирифтдор ба камхунии дараҷаи сабук, инчунин фарқияти саҳеҳ низ зоҳир карда шуд ($p < 0,001$).

Дар мавриди беморони мубтало ба камхунии дараҷаи вазнин, қиёсан ба гурӯҳи кӯдакони солим, ба таври назаррас коҳиш ёфтани нишондиҳандаҳои Т-хучайраҳо ва зерпопулятсияи онҳо мушоҳида гардид ($p < 0,001$). Ҳангоми муқоиса кардани нишондиҳандаҳои миёнаи Т-лимфотсит бо ретсепторҳои CD4, CD8 ва CD16 дар беморони гурӯҳи III бо дар кӯдакони дараҷаи сабук ва миёнаи камхунӣ, ки чунин нишондиҳанда доштанд, фарқияти саҳеҳ дар мавриди гурӯҳи дуум ошкор карда шуд.

Ҳамин тавр, зимни беморони гирифтдор ба КНО-и дараҷаи сабук нишондиҳандаҳои Т-лимфотсит ва зерпопулятсияи онҳо (CD4, CD8, CD16) дар ҳудуди қиматҳои муътадил қарор дошт, дар ҳоле ки нишондиҳандаҳои мазкур дар мавриди кӯдакони камхунии дараҷаи миёна ва вазнин қиёсан бо нишондиҳандаҳои кӯдакони солим хеле камтар мебошад.

Дараҷаи коҳишёбии адади Т-лимфотсит ва зерпопулятсияи онҳо аз вазнинии синдроми камхунӣ ва аз микдори гемоглабин дар хуни канорӣ вобастагӣ дошт.



Расми 4. Масунияти гуморалӣ ҳангоми КНО

Ҳангоми муқоиса кардани қимати миёнаи Ig A, M, G дар хуни беморони мубтало ба дараҷаи вазнинии КНО бо нишондиҳандаҳои мувофиқ зимни кӯдакони мубтало ба дараҷаи сабук ва миёнаи КНО ниҳоят кам шудани консентратсияи онҳо зоҳир гардид ($p < 0,001$).

Ҳамин тавр, нишондиҳандаи миёнаи иммуноглобулинҳо (A, M, G) дар мавриди кӯдакони мубтало ба дараҷаи сабуки КНО аз чунинҳо зимни беморони гурӯҳи санҷишӣ фарқ намекард. Ҳамзамон, қимати фраксияи иммуноглобулинҳо, ҳангоми беморони мубтало ба дараҷаи миёна ва вазнини камхунӣ, дар



муқоиса ба нишондиҳандаҳои мувофиқ дар кӯдакони солим хеле кам буд ($p < 0,001$).

Ҳамин тавр, натиҷаҳои ҳосилшуда аз он дарак медиҳанд, ки дар кӯдакони мубтало ба дараҷаи миёна ва вазнини камхунӣ кам шудани миқдори В-ҳуҷайраҳои лимфотситарӣ (мувофиқан $CD20 - 13,1 \pm 0,71; 9,8 \pm 1,33$) мушоҳида мегардад, ки бешак сабаби нокифоягии ҷавоби гуморалӣ ба шумор меравад. Бешубҳа

ин нукта ҷараёни КНО-ро вазнин мегардонад ва тамоюли чунин беморонро ба сироят ва хронизатсияи онҳо маълум менамояд.

Хулоса. Ҳамин тавр, муолиҷаи комплексии кӯдакони мубтало ба КНО, ба шумули иммуномодуляторҳо, боиси хеле коҳиш ёфтани бемориҳои интеркуррентӣ, пас сабаби беҳтар шудани ҳолати саломатии ин гурӯҳи беморон гардид.

Адабиёт:

- 1.Борисова Е.В. Железодефицитная анемия у детей (обзор литературы). Вестник КазНМУ №1. 2013, стр 22-23
- 2.Демихов В. Г и соавт. Ранняя анемия недоношенных: оптимизация стратегии терапии. РМЖ детской гематологии и онкологии. 2015 №1 стр 81-87
- 3.Иванова И.Е и соавт. Частота и факторы риска развития железодефицитных анемий у детей раннего возраста в городе Чебоксары. 2015.стр 96-99
- 4.Критская О.А., Елыкомов Е.А Эффективность применения карантинизированных размороженных отмытых эритроцитов для коррекции анемического синдрома у недоношенных детей. Сибирский медицинский журнал 2012, том 24, №4.стр 51-54
- 5.Юлиш Е.И. Оптимизация подхода к терапии железодефицитной анемии у детей. ToHelpthePediatrician. 2015 стр 58-62

ВЛИЯНИЕ ИММУНОКОРРИГИРУЮЩЕЙ ТЕРАПИИ НА СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ С ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИЕЙ

Н.Н. Ходжаева, К.И. Исмаилов, Ф.А. Мухаммаднабиева, М.С. Хусенова
Кафедра детских болезней №2, ТГМУ им. Абуали ибни Сино.

Для оценки влияния иммунокорригирующей терапии на состояние здоровья детей с железодефицитной анемией (ЖДА), нами было обследовано 35 пациентов с анемией средней и тяжелой степени тяжести, из них 15 мальчиков и 20 девочек. Контрольную группу составили 30 здоровых детей. Была проведена комплексная терапия, которая привела к улучшению клеточного и гумо-

рального звеньев иммунитета. Результатом этого явилось заметное уменьшение (в 2 раза) интеркуррентных заболеваний у пациентов с данной патологией, что, в свою очередь привело к улучшению качества жизни у больных с ЖДА.

Ключевые слова: железодифицитная анемия, клеточный и гуморальный иммунитет, иммунокорригирующая терапия.

THE EFFECT OF IMMUNOCORRECTIVE THERAPY ON THE HEALTH STATUS OF CHILDREN WITH IRON DEFICIENCY ANEMIA

N.N. Khodjaeva., K. I. Ismailov, F.A. Mukhammadnabieva, M.S. Khusenova

Department of Children Diseases №2, Tajik State Medical University named after Abuali ibni Sino.

To assess the effect of immunocorrective therapy on the health of children with iron deficiency anemia, with moderate and severe anemia, 15 of them were boys and 20 were girls. The control group consisted of 30 healthy children. Complex therapy was carried out, which led to an improvement in cellular and

humoral immunity. This resulted in a noticeable decrease (by 2 times) in patients with this pathology, which in turn led to an improvement in the quality of life in patients with iron deficiency anemia.

Key words: iron deficiency anemia, cellular and humoral immunity, immunocorrective therapy.



Хочаева Никзан Назарбековна – н.и.т. асс. кафедраи беморихои кудакона №2 ДДТТ ба номи Абуали ибни Сино. E-mail: khodjaevanikzan@mail.com, 935002090

Исмоилов Комилчон Исроилович – д. и. т. профессори кафедраи беморихои кудакона №2 ДДТТ ба номи Абуали ибни Сино. E-mail: IsmailovK@mail.ru, 985127845

Мухаммаднабиева Фариштамох Абдулрахимовна – н.и.т. асс. кафедраи беморихои кудакона №2 ДДТТ ба номи Абуали ибни Сино. E-mail: farishta.am.86@mail.ru, 987755588 и к

Хусенова Манижа Сироджиддиновна – ординатори клиникии кафедраи беморихои кудакона №2 ДДТТ ба номи Абуали ибни Сино. E-mail: m.kh909518@mail.com, 918836969

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

Исмаилов Комилчон Исроилович – д.м.н. профессор кафедры детских болезней №2 ТГМУ им. Абуали ибни Сино. E-mail: IsmailovK@mail.ru, 985127845

Мухаммаднабиева Фариштамох Абдулрахимовна – к.м.н. асс. кафедры детских болезней №2 ТГМУ им. Абуали ибни Сино. E-mail: farishta.am.86@mail.ru, 987755588

Хусенова Манижа Сироджиддиновна – клинический ординатор 2-го года, кафедры детских болезней №2 ТГМУ им. Абуали ибни Сино. E-mail: m.kh909518@mail.com, 918836969

Khodjaeva Nikzan Nazarbekovna – c.m.s. assistant. Department of Children Diseases №2, Tajik State Medical University named after Abuali ibni Sino. E-mail: khodjaevanikzan@mail.com, 935002090

Ismoilov Komiljon Isroilovich – d.m.s., associate professor of department of Children Diseases №2, Tajik State Medical University named after Abuali ibni Sino. E-mail: IsmailovK@mail.ru, 985127845

Mukhammadnabieva Farishtamokh Abdulrahimovna – c.m.s. assistant. Department of Children Diseases №2, Tajik State Medical University named after Abuali ibni Sino. E-mail: farishta.am.86@mail.ru, 987755588

Khusenova Manija Sirodjiddinovna – resident of the 2nd year of the of department of Children Diseases №2, Tajik State Medical University named after Abuali ibni Sino. E-mail: m.kh909518@mail.com, 918836969

ХУСУСИЯТҲОИ ФУНКЦИОНАЛИИ ВЕНТИЛЯТСИОНӢ ВА ДОДУГИРИФТИ ГАЗҲО ДАР ШУШИ КӢДАКОНИ МУБТАЛОИ АСТМАИ БРОНХИАЛӢ

Шарипова М.М., Исмоилов К.И.

Кафедраи беморихои кӯдакона №2, МДТ “ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино”

Муҳимият. Астмаи бронхиалӣ (АБ) яке аз шадидтарин беморихои музмини системаи нафаскашӣ мебошад. Дар солҳои охир он тез-тез вавазнинтар мешавад. Дар 40% калонсолон астмаи бронхиалӣ, дар миёнсолон дар айёми кӯдакӣ оғоз меёбад. Таносуби беморӣ вобаста ба ҷинс ва синну сол ҷунин аст: 2:1 ба фоидаи писарони то 10-сола ва пас аз 10-солагӣ ин таносуб барои кӯдакони ҳарду ҷинс баробар карда мешавад. [5]. Тибқи маълумоти ҳозира, бемории музмини илтиҳобии роҳҳои нафас бо иштироки хучайраҳо (хучайраҳои фарбех, эозинофилоҳ, Т-лимфоситҳо), миёнаравҳои аллергия ва илтиҳоб мебошад, ки дар одамони ги-

рифтори ҳассосияти шадиди бронҳо зохир мешавад, ки он мувофиқат мекунад ба таърифи ТУТ ва Институти миллии дил, шуш ва хун (ИМА) [1,6].

Омузиши функцияи нафаскашии беруна (ФНБ) вазифаи табибонро оид ба гузоштани ташхиси дуруст ва саривақтӣ хеле осон мекунад [5, 7, 8].

Органҳои системаи нафаскашӣ бо фаъолияти системаи дилу рағҳо иҷроаҷаманданд. Таъмини организм бо оксиген раванди мураккабест, ки дар режими муайяни кори системаи дилу нафас сурат мегирад. Бронхоспазм боиси ихтилоли вазомотории рағҳо, варами девори бронҳо ва аз ҳад зиёд сек-



рецияи дастгоҳи ғадудҳои бронхҳо ба тағирёбии обструктивии бронхҳо ва бронхиолҳо оварда мерасонад. Баландшавии муқовимати аэродинамикӣ ҳангоми нафаскашӣ, эмфиземаи шуш, баланд шудани фишор дар капиллярҳои шуш, прекапиллярҳо, артериолаҳо, артерияҳо боиси зиёд шудани муқовимат ва душвор шудани чараёни хун тавасути артерияи шуш, мутаносибан миокарди тарафи рости меъдача саҳттар кашиш хӯрда, фишоримеъдачаи рост баланд мешавад. Бо зиёд шудани басомади пайдоиши ҳамлаҳо вазиидшуданидавомнокии онҳо(давомнокӣ) тағйирот дар миокард ба амалмеояд [5.6.].

Ба андозаи зиёд, вазинии чараён ва пешгӯии астмаи бронхиалӣ аз он вобаста аст, ки то чӣ андоза системаи дилу рағҳо дар раванди патологӣ иштирок мекунанд, зеро ҳама чиз бо механизми инкишофи беморӣ бо ҳам алоқаманд аст [4, 6]. Дар баробари ин, сарфи назар аз аҳамияти ошкоро ин ҷиҳати масъала мавриди таҳқиқи махсуси ҷиддӣ қарор нагирифтааст.

Натиҷаҳо бо истифода аз омори Statistica 6.0 (StatSoftInc., ИМА) коркард карда шуданд. Барои муқоисаи ду гурӯҳи мустақили тадқиқотӣ бо ҳамдигар, санчиши ғайрипараметрии Ман-Уитни, барои вобастагӣ санчиши Вилсоксон истифода шудааст. Муқоисаи чандқаратаи намунаҳои вобаста аз рӯи ANOVA Фридман, муқоисаҳои мустақил аз рӯи санчиши Крускола Уолиса Н-гузаронида шуданд. Тафовутҳо дар саҳ <0.05 аз ҷиҳати омор муҳим ҳисобида шуданд.

Натиҷаҳои тадқиқот ва муҳокима. Вазъияти функсияи нафаскашии беруна дар асоси маълумоти манзараи клиникӣ, хусусияти мушкilot, вазинии беморӣ ва норасоии нафас омӯхта шуд. Омухтани вазифаи нафаскашии берунӣ тағйироти доимии параметрҳои суръатбахшии суръатро ошкор намуд, ки гуногунранг ва вазинии онҳо аз руи давра, шиддат ва давомнокии бемори муайян карда мешуд. Дар давраи ибтидоӣ, паҳншавии ноқомии вентилятсияи обструктивӣ дар беморони гирифтори АБ атопикӣ қайд карда шуд. Шиддати баста шудани люмени бронхҳо аз вазинии чараёни бе-

морӣ ва давомнокии он вобаста буд. Монандагии бронхҳо бештар дар кӯдакон мушоҳида мешуд, ки давомнокии беморӣ ба зиёда аз 6 сол мерасад. Дараҷаи монетаи доимӣ ҳангоми ремиссия бевосита аз давомнокӣ ва шакли беморӣ вобаста аст. Дар беморони гурӯҳи 2-юми ХҒШ (VC) (I), лимити ва ХРН (ҳаҷми резервии нафасбарорӣ) дар натиҷаи музмини раванди патологӣ, мавҷудияти тағироти органикӣ дар бронхҳо ва паренхимаи шуш, эмфиземаи шуш, чойгиршавии баланди диафрагмаи ҳамаи параметрҳои нафаскашии берунӣ нисбат ба беморони гуруҳи 1 хеле кам шуд.

Тавре ки таҳқиқоти мо дар ҳеҷ яке аз гурӯҳҳо нишон наодоанд, арзишҳои иқтидори воқеии ҳаётии шуш ва ҳаҷми нафаскашии маҷбурӣ дар 1 сония ба арзишҳои муқаррарӣ нарасидааст, ки ин бебозгашти тағирёбии девори бронхҳо ва бофтаҳои шушро дар нафастангии зиёда аз 6 сола тасдиқ мекунанд.

Ихтилоли ФНБ пайваста дар ҳамаи беморони омӯхташуда мушоҳида мешуд. Муоинаи спирографии ҳамаи беморони таҳқиқшуда, вобаста ба давраи беморӣ (ҳамла, давраи пас аз ва интeрикталӣ) коҳиши ХН1 (ОФВ1) ба ҳисоби миёна аз $61,5 \pm 3,70\%$ то $84,3 \pm 5,33\%$ ва ВМШ - ба ҳисоби миёна аз $59,1 \pm 4,21\%$ -ро муайян кард. ба $81,7 \pm 6,31\%$, ки дар якҷоягӣ бо афзоиши ХБШ аз $117,4 \pm 6,01\%$ то $93,1 \pm 5,25\%$ буд. Дар давраи авҷгирии беморӣ дар ҳарду гурӯҳи беморон ноқомии вентилятсияи обструктивӣ, ки бо тағирёбии доимии параметрҳои ҳаҷмӣ-суръат, ҳамроҳӣ мекард, ки гуногунӣ ва вазинии онҳо вобаста ба давра, вазинӣ, вазнинӣ, шиддат ва давомнокии. Дар 24 кӯдаки ҳарду гурӯҳи беморон, монетаи бронхҳо ҳатто берун аз ҳамлаҳои нафаскашӣ боқӣ мондааст. Дараҷаи обструксияи доимии бронхҳо дар давраи байниҳамлаӣ бевосита аз сабаб ва давомнокии беморӣ вобаста буд.

Ҳаҷми шушҳои статикӣ дар ҳарду гурӯҳи кӯдакони гирифтори АБ дар муқоиса бо нишондиҳандаҳои шабеҳи кӯдакони гурӯҳи назорат каме баландтар буд. Дар баробари ин, нишондиҳандаҳои ҳаҷми динамикии

шуш нисбат ба нишондихандаҳои мувофиқи гурӯҳи назоратӣ хеле паст буданд ($p < 0,05$).

Ин маълумотҳо нишон медиҳанд, ки дар кӯдакони гирифтори астмаи бронхиалӣ, бронхоспазми ниҳонӣ дар давраи интерикталии беморӣ ба амал меояд.

Ҳангоми муқоисаи параметрҳои омӯхташуда байни ду гурӯҳ фарқияти назаррас низ ошкор карда шуд ($p < 0,05$).

Таҳлили инфиродӣ инчунин тағироти назаррасро дар ҳама кӯдакони гирифтори АБ аз меъёр муайян кард.

Ин маълумотҳо аз мавҷудияти бронхос-

пазми ниҳонӣ ҳатто дар давраи байниҳамлави беморӣ шаҳодат медиҳанд, ки аз норасоии обструктивии вентилятсияи беморони муоинашуда шаҳодат медиҳанд.

Ҳамин тариқ, натиҷаҳои тадқиқоти мо шаҳодат медиҳанд, ки дар кӯдакони гирифтори нафастангӣ, дар давраи байниҳамлави, новобаста аз давомнокии он, ҳаҷми шуш ба арзишҳои ҳамсолони солим намерасад. Маълумотҳои бадастомада далели бронхоспазми ниҳонӣ дар кӯдакони гирифтори астмаи бронхиалӣ мебошанд, ҳатто дар давраи байниҳамлави беморӣ.

Ҷунҷоиши оксиген ва гази карбон дар хуни беморони АБ

Гурӯҳ	pO_2 (мм сут.сим.)	pCO_2 (мм сут.сим.)
Гурӯҳи назорати (n=20)	94,2±0,41	35,2±0,48
Гурӯҳи 1(n=22)	75,5±0,11	44,22±0,03
p_1	<0,001	<0,001
Гурӯҳи 2(n=24)	68,44±0,05	50,3±0,02
p_1	<0,001	<0,001
p_2	<0,001	<0,001
P	<0,001	<0,001

Эзоҳ: p - аҳамияти омории фарқияти нишондодҳо байни гурӯҳҳо (аз рӯи санҷиши Н критерияи Крускала-Уоллиса); p_1 - аҳамияти омории фарқияти нишондихандаҳо дар муқоиса бо гурӯҳи назоратӣ; p_2 - аҳамияти омории фарқияти нишондодҳо байни гурӯҳҳои 1 ва 2 (p_1-p_2 - мувофиқи санҷиши U критерияи Манна Уитни)

Тавре ки дар чадвали 1 нишон дода шудааст, арзишҳои миёнаи фишори парсиалии оксиген (pO_2) дар беморони ҳарду гурӯҳ дар хунобаи хун нисбат ба гурӯҳи назоратӣ хеле паст буданд. Дар кӯдакони гурӯҳи якум МН аз 36-38 ва дар гурӯҳи дуюм аз 28 то 32 дар як дақиқа буд.

Омӯзиши фишори парсиалии гази карбон (pCO_2) дар беморони ҳарду гурӯҳ афзоиши назаррасро дар муқоиса бо нишондихандаи шабеҳи кӯдакони гурӯҳи назоратӣ ($p < 0,001$) нишон дод.

Фарқияти ин нишондиханда дар беморони аз ҷониби мо муоинашуда низ назаррас буд ($p < 0,001$). Дар кӯдакони гурӯҳи 2-юми ДН 2-3 дараҷа сианози пӯст бо ранги хокӣ, арақи часпак ва ҳолати маҷбурӣ мушоҳида мешавад. Миқдори миёнаи pCO_2 дар беморони АБ дар давраи пас аз ҳамла ва байниҳамлаи беморӣ дар ҳудуди 42-55 мм ст. симоб буд ва дар давраи ҳамла он ба таври назаррас фарқ мекард - 59-70 мм.

Ҳамин тавр, паст шудани шиддати оксиген дар ҳавои алвеолярӣ ва мутаносибан дар хун бо кам шудани сершавии гемоглобин бо оксиген шарҳ дода шуд, ки ба пайдоиши гипоксемия мусоидат мекунад. Вайрон кардани функсияи вентилятсионӣ-перфузии шушҳо дар кӯдакони ҳарду гурӯҳ ба гипоксемияи шадид ва ацидозии омехта оварда расонд. Дар ҳама беморон дар давраи фарорасии нафастангӣ, ин тағиротҳо хусусияти асосӣ доштанд, ацидозии метабolikӣ ба вучуд омад, зеро норасоии оксиген зиёд шуда, индекси оксиген бадтар шуд. Ташаккули ДН дараҷаи II-III, ки боиси мушкилот мегардад ва бо рушди ҳолати астматикӣ то кома ва норасоии шадиди гурда.

Тағйирёбии мувозинат дар таркиби кислотаҳо ва аз сабаби ташаккули ацидозии ҷобачошуда, ки аз ҷиҳати клиникӣ бо мавқеи маҷбурии “ортопнае”, кабудии луобпардаҳо ва пӯст зоҳир мешавад.



Чадвали 2.- Ғунҷоиши кислотаҳо ва ишқор дар хуни кӯдакони мубталои АБ

Гурӯҳ	pH	BE
гурӯҳи назоратӣ (n=20)	7,37±0,01	-2,29±0,06
Гурӯҳи 1 (n=22)	7,21±0,08	-3,79±0,04
p1	<0,001	<0,001
Гурӯҳи 2 (n=24)	7,25±0,01	-6,13±0,04
p1	<0,001	<0,001
p2	<0,01	<0,001
P	<0,001	<0,001

Эзоҳ: p - аҳамияти омории фарқияти нишондодҳо байни гурӯҳҳо (аз рӯи санҷиши Н- критерияи Крускола-Уоллиса); p1 - аҳамияти омории фарқияти нишондиҳандаҳо дар муқоиса бо гурӯҳи назоратӣ; p2 - аҳамияти омории фарқияти нишондиҳандаҳо байни гурӯҳҳои 1 ва 2 (p1-p2 - мувофиқи санҷиши U-критерияи Манн-Уитни)

Тавре ки дар чадвали 2 нишон дода шудааст, кӯдакони ҳарду гурӯҳ дар муқоиса бо нишондиҳандаҳои шабеҳи кӯдакони солим норасоии назарраси асосӣ (p <0,001) ва паст шудани арзиши миёнаи pH дошанд.

Дар байни ҳарду гурӯҳи беморон фарқияти назаррас дар арзишҳои BE ва pH пайдо шуд (p <0,01).

Тадқиқот нишон дод, ки кӯдакони гурӯҳи 2-юми дараҷаи НН 2-3 (давраи ибтидоӣ) синдроми вайрон кардани мувозинати кислотаҳо ва асосҳо, ташаккули ацидозии ошқор ва кам шудани захираи буферии хун доранд.

Ҳамин тариқ, дар кӯдакони гирифтори нафастангӣ, тағироти шадид дар қобилияти вентилатсияи шуш, дар шакли ҳалалдор шудани перфузия ва диффузия ба амал омад, ки бешубҳа, ба вазнинии ҳолати кӯдакони бемор таъсир расонд. Дараҷаи ин дигаргунӣҳои гомеостатикӣ аз сатҳи НН ва гипоксия дар кӯдакони гирифтори АБ вобаста буд. Инро натиҷаҳои таҳлили коррелятсияи нишон медиҳанд, ки муносибати на-

зарраси байни RR ва арзишҳои BE ва pH хун (r = 0,67 ва 0,74) дар кӯдакони омӯхташуда бо АБ нишон медиҳанд.

Хулоса. Қиматҳои миёнаи ҳаҷми ҳам статикӣ ва ҳам динамикии шуш, новобаста аз давраи беморӣ, дар кӯдакони гирифтори астмаи бронхиалӣ аз арзишҳои мувофиқ дур буданд. Дар байни нишондиҳандаҳои ду гуруҳ низ тафовути калон мавҷуд буд. Ин маълумотҳо мавҷудияти бронхоспазми ниҳонӣ, дар шакли норасоии обструктивӣ дар беморони муоинакардаи мо ва мавҷудияти бронхоспазми ниҳонӣ ҳатто дар давраи байниҳамлави бемориро нишон медиҳанд.

Параметрҳои миёнаи шиддати қисман оксиген (pO2) ва гази оксиди карбон (pCO2) дар хуни капиллярии артериалӣ дар ҳарду гурӯҳи беморони АБ коҳиш ёфтанд. Таҳлили инфиродии газҳои хун дар беморони АБ низ инҳирофро аз арзишҳои муқаррарӣ ошқор кард. Дар сеяки беморони АБ (34 кӯдак), ҳатто дар давраи байнииталӣ, гипоксемияи ночиз (pO2 аз 67 то 80 ммс.с.м.) ошқор карда шуд.

Адабиёт

1. Озёрская И.В. Мукоцилиарная система респираторного тракта при бронхиальной астме и аллергическом рините/Озёрская И.В., Геппе Н.А., Малявина У.С.// Лечащий доктор.-2011.-№9.-С. 17-20.
2. Рубан А.П. Материалы IX Российского форума с международным участием «Здоровье детей: профилактика и терапия социально-значимых заболеваний»/Рубан А.П., Василевский И.В., Ростовцев В.Н.// – СПб.:2015. – С.144–145.
- 3.Соодаева С.К. Нарушения окислительного метаболизма при заболеваниях респираторного тракта и современные подходы к антиоксидантной терапии/С.К. Соодаева// Атмосфера. Пульмонология и аллергология.-2009.- №4. Хаитов Р.М. Иммунология: учебник/ Р.М. Хаитов//– 3-е изд., перераб. и доп.-М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016.-496с.1.-С. 34–38.
5. Ярцев С.С. Графический анализ информативности ОФВ при оценке бронходилатации-



онного ответа у больных бронхиальной астмой/ С.С. Ярцев //Журн. Пульмонология.-2015.- №86.-С. 353-360.

6.Fitzpatrick A.M. Severe Asthma in Childhood: Recent Advances in Phenotyping and Pathogenesis /A.M. Fitzpatrick, C.E. Baena-Cagnani, L.B. Bacharier // Curr. Opin. Allergy Clin. Immunol.-2012.-Vol. 12. №2. P. 193–201.

7.Larkin E.K. New risk factors for adult-onset incident asthma. A nested case-control study of host antioxidant defense/Larkin E.K. et al.// Am J Respir Crit Care med.-2015.-V.191.-№1.-P. 45-53.

8. www.km.ru.энциклопедияздоровья.

9. www.kelechek.ru/bronchialasthma.

ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ ВЕНТИЛЯЦИИ И ГАЗОБМЕНА В ЛЕГКИХ У ДЕТЕЙ С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ

Шарипова Мавлуда Мирзумуддиновна, Исмоилов Комилджон Исроилович.

Актуальность. БА по-прежнему остается одной из самых сложных проблем современной медицины в связи со значительным распространением и продолжающимся повсеместно ростом, при этом отмечается более ранний дебют с тенденцией к тяжелому течению и неблагоприятному прогнозу. [1. 2. 3. 4.]. Органы дыхательной системы тесно связаны с деятельностью сердечно-сосудистой системы. Обеспечение организма кислородом – сложный процесс, протекающий в определенном режиме работы кардиореспираторной системы. Изучение функции внешнего дыхания (ФВД) значительно облегчает задачу врачей по постановке правильного и своевременного диагноза [6.7.]. В то же время, несмотря на очевидную значимость, этот аспект проблемы не подвергался специальному скрупулезному изучению.

Цель исследования: изучить функцию внешнего дыхания, газовый гомеостаз и кислотно-щелочное состояние у детей с бронхиальной астмой.

Материалы и методы исследования: под нашим наблюдением находились 46 больных бронхиальной астмой в возрасте от 5 до 14 лет. В первую группу вошли 22 ребенка от 5 до 10 лет, во вторую группу вошли

24 ребенка от 11 до 14 лет. Критериями включения являются дети с астматическим статусом. Контрольную группу составили 20 детей соответствующего возраста.

Всем больным выполняли спирографию и парциальное давление газов и исследование кислотно-щелочного состояния (КОС) крови на приборе RADOMETERABL 800 Flex.

Выводы. В приступном периоде БА преобладала обструктивная вентиляционная недостаточность, что сопровождалось стойким изменением объемно-скоростных показателей, разнообразие и выраженность которых определялись периодом, тяжестью и длительностью заболевания. Снижение напряжения кислорода в альвеолярном воздухе и, соответственно, в крови объясняли снижением насыщения гемоглобина кислородом, что способствовало возникновению гипоксемии. Нарушения вентиляционно-перфузионной функции легких у детей обеих групп приводили к выраженной гипоксемии и смешанному ацидозу. У всех больных в приступном периоде БА эти трансформации носили мажорный характер, формировался метаболический ацидоз, так как нарастал недостаток кислорода и ухудшался кислородный индекс.



FEATURES OF THE FUNCTION OF EXTERNAL GAS RESPIRATION HOMEOSTASIS AND ACID-BASE COMPOSITION OF BLOOD IN CHILDREN WITH BRONCHIAL ASTHMA

Sharipova Mavluda Mirzomuddinovna, Ismoilov Komiljon Isroilovich.

Relevance. BA still remains one of the most difficult problems of modern medicine due to the significant spread and continued growth everywhere, while an earlier debut with a tendency to severe course and unfavorable prognosis is noted. [1. 2. 3. 4.]. The organs of the respiratory system are closely related to the activity of the cardiovascular system. Providing the body with oxygen is a complex process that takes place in a certain mode of operation of the cardiorespiratory system. The study of the function of external respiration (FVD) significantly facilitates the task of doctors to make a correct and timely diagnosis [6.7.]. At the same time, despite the obvious significance, this aspect of the problem has not been subjected to special scrupulous study.

The purpose of the study: to study the function of external respiration of gas homeostasis and acid-base state in children with bronchial asthma.

Materials and methods of study: 46 patients with bronchial asthma aged from 5 to 14 years were under our supervision. The first group included 22 children from 5 to 10 years old, the second group included 24 children from 11 to 14 years old. The exclusion criteria are children with asthmatic status. The control group consisted of 20 children of the appropriate age.

All patients underwent spirometry and partial pressure of gases and the study of the acid-base state (CBS) of blood was carried out on the RADOMETERABL 800 Flex device.

Conclusions: In the attack period of AD, there was a predominance of obstructive

ventilation insufficiency, which was accompanied by a persistent change in volume-velocity indicators, the variety and severity of which were determined by the period, severity and duration of the disease. The decrease in oxygen tension in the alveolar air and, accordingly, in the blood was explained by a decrease in hemoglobin oxygen saturation, which contributed to the occurrence of hypoxemia. Violations of ventilation and perfusion lung function in children of both groups led to severe hypoxemia and mixed acidosis. In all patients in the attack period of AD, these transformations were of a major nature, metabolic acidosis was formed, as the lack of oxygen increased and the oxygen index worsened.

Шарипова Мавлуда Мирзомудиновна - ассистенти кафедраи бемориҳои кӯдакона №2-и Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абӯалӣ ибни Сино, E.mail: mavluda.sharipova.1988@mail.ru, тел.: 881-88-08-09.

Шарипова Мавлуда Мирзомудиновна - ассистент кафедри детских болезней №2 Таджикского государственного медицинского университета имени Абу Али ибн Сино, E.mail: mavluda.sharipova.1988@mail.ru, тел.: 881-88-08-09.

Sharipova Mavluda Mirzomuddinovna - PhD, Assistant Professor of the Department of Children's Diseases No. 2, TSMU named after Abuali ibni Sino. E-mail: mavluda.sharipova.1988@mail.ru

Исмоилов Комилҷон Исроилович – профессори кафедраи бемориҳои кӯдакона №2-и ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино, E.mail: IsmoilovK@mail.ru, тел: 985-12-78-45.

Исмаилов Комилҷон Исроилович – д.м.н. профессор кафедри детских болезней №2 ТТМУ им. Абуали ибни Сино. E-mail: IsmailovK@mail.ru, 985127845

Ismoilov Komiljon Isroilovich - Professor, Head of the Department of Children's Diseases No. 2, TSMU named after Abuali ibni Sino. Tajikistan, Dushanbe, I. Somoni Ave., 59 E-mail: IsmoilovK@mail.ru

БЕМОРИҲОИ СИРОЯТӢ

КЛИНИКАИ ШОКИ ТОКСИКИҶ-СИРОЯТӢ ДАР КӢДАКОНИ ГИРИФТОРИ СИРОЯТИ МЕНИНГОКОККӢ

Саидмурадова Г.М.¹, Мамаджанова Г.С.², Комилов И.А.¹, Бураков К.И.¹

1. Кафедраи бемориҳои сироятии кӯдакони Муассисаи давлатии таълимии «Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абӯалӣ ибни Сино». 2. Кафедраи бемориҳои кӯдакони №1 Муассисаи давлатии таълимии «Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абӯалӣ ибни Сино»

Муҳимият. Сирояти менингококкӣ бемории шадиди сироятиест, ки соли 1887 ангезандаи он - А. Weichselbaum-ро муайян карданд ва он ба ҷинси Neisseria (Neisseria meningitidis) тааллуқ дорад ва бо зухуроти гуногуни клиникӣ дар шакли назофарингит, ҳомили солим ва шакли фарогири сарсоми фасоднок, менингоэнсефалит тавсиф ёфта, метавонад дар шакли сепсиси махсуси менингококкӣ (менингококкемия) ҷараён гирад [1—5].

Маълум аст, ки одамони синну соли гуногун ба сирояти менингококкӣ таъсирпазиранд, аммо то 70-80%-и беморӣ ба кӯдакони синни то 14-сола рост меояд, ки дар байни онҳо дар кӯдакони синни то 5-сола нисбатан бештар гирифтورشавӣ мушоҳида мешаванд. Кӯдакони то синни семоҳа бошанд, аҳёнан аз ин беморӣ ранҷ мебаранд. Ғайр аз ин, ба таъсирпазир набудан ба ин сироят нақши масунияти маишӣ зиёд аст, ки бо паҳншавии ҳомилони солими менингококкӣ дар байни аҳоли алоқамандӣ дорад [6—8].

Бештар хангоми шакли фарогири сирояти менингококкӣ шоки токсиксикӣ-сироятӣ (ШТС) инкишоф меёбад ва бо иллатнокшавии вазнини рағҳо, ихтилолоти якбора зоҳиршудаи микрогардиш, ҳалалёбии равандҳои барқароркунандагӣ ва басомади баланди иллатҳои узвҳои ҳаётан муҳим (шушҳо, дил, гурдаҳо, фавқулгурда, мағзи сар) тавсиф ва бо сабаби бактериемия ва токсинемияи зиёд дар заминаи реактивнокии тағйирёфтаи организм ташаккул меёбад [1—3].

Шоки токсиксикӣ-сироятӣ (ШТС) раванди мураккаби патологӣ буда, бо сабаби масмумияи бактериологӣ, хусусан менингокок

ба амал меояд ва асоси онро пастшавии шадиди фишори хун бо гипоперфузияи узвҳо (ҳаётан муҳим), тақсимои дубораи хун дар маҷрои рағӣ дар натиҷаи васеъ шудани рағҳои хурдташқил медиҳад. Дар натиҷа ҳаҷми хуни даврзананда кам ва ҳалалёбии микрогардиш ва гипоперфузия дар мағзи сар, дил, гурдаҳо, чигар ва шушҳо инкишоф меёбад [1—6].

Манзараи клиникӣ ШТС гуногун буда, аз марҳалаи садма, суръати инкишофёбӣ, синни соли кӯдак ва ҷараёни беморӣ вобастагӣ дорад.

Ҳадафи пажӯҳиш таҳқиқи ҳолати вазнини кӯдакони ба беморхона воридшавандаи гирифтронӣ, ки бо сирояти менингококкӣ бо иллатнокшавии узвҳои ҳаётан муҳим ва мавҷудияти ҳолати беҳушӣ мебошад, ки оризаҳои вазнин ва оқибатҳои номусоидроҳамроҳ дорад.

Мақсади таҳқиқ аз омӯзиши клиникаи шоки токсиксикӣ-сироятӣ дар кӯдаконе, ки гирифтори сирояти менингококкӣ мебошанд ба ҳисоб меравад.

Мавод ва усулҳои таҳқиқ. Аз шумори кӯдакони мубтало ба менингит, ки дар шӯъбаи эҳёгарии беморхонаи сироятии шаҳрии Душанбе бистарӣ (22) шудаанд, зимни онҳо 11 (50%) нафар менингити этиологияш менингококкӣ, дар мавриди 10 (45,5%) мариз этиологияи вирусӣ ва дар 1 ҳодиса бошад, этиологияи силӣ ташхис карда шуд. Ташхиси сирояти менингококкӣ (СМ) дар асоси клиника ва маълумоти кишти бактериологӣ аз биниву ҳалқ, хун ва моеи ҳароммағзӣ ба менингокок, инчунин маълумоти таҳлили умумии моеи ҳароммағзӣ ва хун, таркиби газ ва муҳтавои электролитҳо дар зардоби хун гузошта шуд.



Натичаҳои таҳқиқ. Муқаррар гардид, ки СМ дар кӯдакони аз синни 4 то 14-сола 9(88,8%), дар муқоиса ба синни хурдсол 2(18,2%), бештар ба мушоҳида мерасад. Аз собиқаи ҳаёти аксар 7(63,6%)-и кӯдакони мубталоба СМ олоиши кичча, аз ҷумла аскарида дар мавриди 3(42,9%) нафар, тасмакирми хурд дар 4 (57,1%) маризташхисшуд.

Дар тамоми кӯдаконе, ки гирифтӣ ба СМ беморӣ оғози шадид бо аломатҳои ошқорои масмумият, ҳарорати баланди то 39,5 - 40,0°C-ро дошт, ки дарди сари зуд шиддатгиранда ҳангоми як бора ҳаракат кардан ё равшании зиёдро ҳамроҳ дошт. Дар 7(63,3%) кӯдак мавриди қайқунии бисёрқаратаи, ки ба хӯрок хӯрдан вобаста набуда ва сабуки намеовардагӣ, зимни 6(54,5%) мариз кашиши ташаннуҷии мушакҳои андом ба қайд гирифта шуд.

Дар мавриди кӯдаконе, ки аз СМ ранҷ мебаранд, клиникаи навъи фарогир дар шакли менингит (100%) бо мавҷудияти нишонаҳои менингиалӣ дар шакли Брудзинскии болоӣ ва поёнӣ, тарангии мушакҳои мавзеи паси сар, дар 6 (75%) кӯдак симптоми Керниг ва зимни 5 (62,5%) ҳодиса дар шакли менигококсемия бо доначасорӣ геморагии дар дасту пой ва суриш бо унсурҳои некроз мушоҳида гардид.

Кӯдакони мубтало ба СМ нисбатан бештар 5(62,5%) дар марҳалаи таллоюфии ТШС бо изтиробӣ зухурёфта, нооромӣ, пӯсти нақши мармаришакл, дасту пойи сардшуда ва индекси садмавӣ (ИС)-и Алгорев дар ҳудуди 0,9- 1,2±0,5 ворид шуданд. Дар хуни беморони мазқури гирифтӣ ба СМ атидозӣ таллоюфии метаболӣ (сатҳи рН хун 7,34-7,25), зуд-зуд нафаскашӣ, тахикардия ва ФШ аз меъёр баланд, бо SaO₂ -95-90%, PaO₂ -80-60 мм сут. сим. ба назар мерасид.

Дар марҳалаи 2-юми зерталлоюфӣ 2 (25%) кӯдаки мубтало ба нафастангӣ, дарди сари зоҳиршуда, гарангии ба ошӯфтагӣ гузаранда, делирия, тонуси баланди мушакии андомҳо, инчунин акротсианоз, дасту пойи сард, алкалозӣ кӯтоҳмуддати нафас (сатҳи рН хун 7,25-7,5 ИС дар ҳудуди 1,5-2,0±0,5) ворид гардиданд.

Дар марҳалаи таллоюфнашавандаи 3-юм

1 (12,5%) кӯдак дар кома бо адинамия, тонуси коҳишёфтаи мушакҳо, қабудшавии паҳншудаи пӯсту луобпардаи даҳон, апноэ ва зухуроти таллоюфнашавандаи алкалози метаболӣ, гипоксемияи зухурёфта, SaO₂ камтар аз 90 %, PaO₂ камтар аз 60 мм сут. сим., ФШ систолии пастшуда камтар аз 60 мм сут. сим., ФШ диастолиито сифр, тахикардияи ба брахикардия гузаранда ва нишонихандаи ИС-и зиёдтар аз 2,5±0,5 ворид гардид.

Ҳангоми гирифтани моеи ҳароммагзӣ аз кӯдакони мубтало ба СМ, моеи мағзӣ бо катраҳои зуд-зуд чаканда ҷорӣ шуда, хусусияти тира дошт. Дар таҳлили умумии моеи мағзӣ зиёдшавии сафеда аз 0,33 - 0,99 ‰, теъдоди умумии ҳуҷайраҳо то 1123±1,5, дар ҳудуди 75%- 83,3%±1,5 аз ҳисоби нейтрофилҳо, мусбат то 4+ реаксия Панди ба назар мерасид. Ҳангоми таҳқиқоти бактериологӣ кӯдаконе, ки аз СМ ранҷ мебаранд, менингокок (Neisseria meningitidis) дар мавриди 3 (27,3%) нафар аз биниву халқум, дар 6(54,5%) мариз бошад, аз хун ва дар ҳама (100%) аз моеи мағзӣ пайдо карда шуд. Зимни таҳлили хуни кӯдакони гирифтӣ ба СМ лейкоцитозӣ зухурёфта то 10,8-12,8x10⁹л дар 4(36,6%) мариз, то 13,0-28,3x10⁹л дар 7(63,3%) ҳодиса, инчунин тағйирёбии нейтрофилӣ то 13 ‰, ҳатто дар миелотсит, эозинофилия, СТЭ-и баланд то 25 -35 мм.в.соат ошқор гардид.

Муолиҷаи кӯдаконе, ки гирифтӣ ба СМ буданд, тибқи протоколи тасдиқшудаи Вазорати тандурустӣ ва ҳифзи иҷтимоии аҳолии ҚТ (аз 22.01 с.2014, №24) гузаронида шуд. Ба мақсади муолиҷаи этиотропӣ дар ҳолати мавҷуд набудани садмаи захрии-сироятӣ дар 3(33,3%) кӯдак, ҳодисаи мубтало ба СМ маводи интиҳобӣ бензилпенитсиллин (300-500 ҳаз.ВОХ/кг вазни бадан дар шабонарӯз, 6 тазриқ) буд, ҳангоми шакли вазнин бошад, сефалоспоринҳои насли III (сефтриаксон 100 мг/кг/шабонарӯз ё сефотаксим 200 мг/кг/шабонарӯз) ба қор бурда шуд. Дар 5(62,5%) кӯдаке, ки аз шакли гипертоксикии СМ ранҷ мебаранд, левомитсетин суксинат (100 мг/кг вазни бадан, барои 4 тазриқ то берун кардани бе-



мор аз ШСМ бо баъдан ба пенитсиллиндармонӣ гузаштан) истифода карда шуд. Муолиҷаи инфузионӣ зимни СЗС-и дарачаи I, II, III бо таносуби кристаллоидҳо то 10 мл/кг (маҳлули Рингер-Лок, хлориди натрии 0,9%) ба коллоидҳо -1/3 (инфукол, реополиглюкин ва ғ.), кристаллоидҳото 10 мл/кг (маҳлули Рингер-Лок, хлориди натрии 0,9%), инчуниналбумини 5% ёто 10 мл/кг плазмаи батозагӣ яхқунонидашуда, гормонҳо (преднизолон, метипреда то 5-10 мг/кг) таъйин карда шуд.

Хулоса. Ҳамин тавр, СЗС ҳангоми СМ бештар дар кӯдакони аз чорсола боло (81,8%) бо заминаи вазниншуда қаблазбеморӣ дар шакли статуси аллергикӣ (88,8%) ба мушоҳида расид. Клиникаи СЗС, дар мавриди кӯдакони гирифтор ба СМ, мустақиман аз марҳалаи садма вобастагӣ дошт, зеро аксаран (62,5%) дар марҳалаи таллоюфӣ, 25% дар зерталлоюфӣ ва 12,5%-и кӯдакон дар таллоюфнопазирӣворид шуданд, ки натиҷаҳо ориза ва оқибатҳои имконпазири бемории мазкурро муайян мекунад.

Адабиёт

1. Кутищева И.А., Мартынова Г.П. Менингококковая инфекция в Красноярском крае // *Журнал инфектологии*. — 2020. — Т. 12. — № 1. — Прил. 1. — С. 19-20.
2. Скрипченко Н.В., Вильниц А.А. *Менингококковая инфекция у детей: руководство для врачей*. — СПб.: Тактик-Студио; 2015. — С. 840.
4. Скрипченко Н.В., Иванова М.В., Вильниц А.А., Скрипченко Е.Ю. Нейроинфекции у детей: тенденции и перспективы // *Российский вестник перинатологии и педиатрии*. — 2016. — Т. 61. — № 4. — С. 9-22.
4. Скрипченко Н.В., Карев Е.В., Маркова К.В. и др. Клинический случай менингококковой инфекции, вызванной Neisseriamen-ingitidisсерогруппыW // *Российский вестник перинатологии и педиатрии*. — 2019. — Т. 64. — № 5. — С. 114-122.
5. Королева И.С., Белошицкий Г.В., Закроева И.М., Королева М.А. Менингококковая инфекция в Российской Федерации // *Медицинский алфавит*. — 2015. — Т. 1. — № 6. — С. 27-28.
6. *Менингококковая инфекция у детей (эпидемиология, клиника, диагностика, терапия и профилактика): методические рекомендации / под ред. Ю.В. Лобзина*. — СПб.; 2009. — 60
1. Нагибина М.В., Венгеров Ю.Я., Матосова С.В. и др. Генерализованная форма менингококковой инфекции, вызванная *N. meningitidis*серогруппыW, на территории г. Москвы в 2011-2016 гг. // *Инфекционные болезни: новости, мнения, обучение*. — 2018. — Т. 1. — № 24. — С. 100-105.
8. Саидмуродова Г. М., Ходжаева Н.М., Мамадьярова М.Г. *Дифференциальная диагностика и лечение нейроинфекций у детей (гнойные и серозные менингиты)* // *Учебное пособие для студентов 6 курса медицинского и педиатрического факультетов, клинических ординаторов – детских инфекционистов, врачей педиатров, врачей детских инфекционистов, семейных врачей*. - 2019. - 82 стр.

КЛИНИКАИ ШОКИ ТОКСИКӢ –СИРОЯТӢ ДАР КӢДАКони ГИРИФТОРИ СИРОЯТИ МЕНИГОКОККӢМЕБОШАНД

Саидмуродова Г.М.¹, Мамаджанова Г.С.², Комилов И.А.¹, Бураков К.И.¹

1. Кафедраи бемориҳои сироятии кӯдакони Муассисаи давлатии таълимии Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абӯалӣ ибни Сино; 2. Кафедраи бемориҳои кӯдакони №1 Муассисаи давлатии таълимии Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абӯалӣ ибни Сино.

Муҳиммият. Манзараи клиникаи СЗС инкишофёбӣ, синни соли кӯдак ва чараёни гуногун буда, аз марҳалаи садма, суръати беморӣ вобастагӣ дорад.



Бештар хангоми шакли фарогири сирояти менигококкӣ садмаи захрӣ-сироятӣ (СЗС) инкишоф меёбад ва бо иллатнокшавии вазнини рағҳо, ихтилолотӣ якбора зохиршудаи микрогардиш, халалёбии равандҳои барқароркунандагӣ ва басомади ба-

ланди иллатҳои узвҳои ҳаётан муҳим (шӯшҳо, дил, гурдаҳо, фавкулгурда, мағзи сар) тавсиф ва бо сабаби бактериемия ва токсинемияи зиёд дар заминаи реактивнокӣ тағйирёфтаи организм ташаккул меёбад [1—3].

КЛИНИКА ИНФЕКЦИОННО-ТОКСИЧЕСКОГО ШОКА У ДЕТЕЙ ПРИ МЕНИГОКОККОВОЙ ИНФЕКЦИИ

Саидмурадова Г.М.¹, Мамаджанова Г.С.², Комилов И.А.¹, Бураков К.И.¹

1. Кафедра детских инфекционных болезней Государственного Образовательного Учреждения Таджикский государственный медицинский университет имени Абуалиибни Сино. 2. Кафедра детских болезней Государственного Образовательного Учреждения Таджикский государственный медицинский университет имени Абуалиибни Сино

Актуальность. Клиническая картина ИТШ многообразна и зависит от стадии шока, темпов его развития, возраста ребенка и его преморбидного фона.

Наиболее чаще при генерализованных формах менигококковой инфекции развивается инфекционно-токсический шок (ИТШ) и характеризуется тяжелыми повреждениями сосудов, резко выраженными

нарушениями микроциркуляции, токсикозом, нарушением окислительно-восстановительных процессов и высокой частотой поражения жизненно-важных органов (легких, сердца, почек, надпочечников, головного мозга), с формированием на фоне измененной реактивности организма в результате массивной бактериемии и токсинемии [1—3].

CLINIC OF INFECTIOUS-TOXIC SHOCK IN CHILDREN WITH MENINGOCOCCA INFECTION

Saidmuradova G.M.¹, Mamadzhanova G.S.², Komilov I.A.¹, Burakov K.I.¹

1. Department of Children's Infectious Diseases State Educational Institution Tajik State Medical University named after Abualiibni Sino.
2. Department of Children's Diseases No. 1 of the State Educational Institution Tajik State Medical University named after Abualiibni Sino.

Relevance. The clinical picture of TSS is diverse and depends on the stage of shock, the rate of its development, the age of the child and his premorbid background.

Most often, with generalized forms of meningococcal infection, infectious-toxic shock (ITS) develops and is characterized by severe

vascular damage, pronounced microcirculation disorders, toxicosis, impaired redox processes and a high incidence of damage to vital organs (lungs, heart, kidneys, adrenal glands, brain brain), with the formation against the background of altered reactivity of the body as a result of massive bacteremia and toxinemia [1-3].

Саидмурадова Г.М. - н.и.т., дотсенти кафедраи бемориҳои сироятӣ кӯдакони МДТ Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абӯалӣ ибни Сино;

Мамаджанова Г.С. – н.и.т., дотсенти кафедраи бемориҳои кӯдакони №1 МДТ Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абӯалӣ ибни Сино;

Комилов И.А. - кафедраи бемориҳои сироятӣ кӯдакони МДТ Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абӯалӣ ибни Сино;

Бураков К.И. - кафедраи бемориҳои сироятӣ кӯдакони МДТ Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абӯалӣ ибни Сино;



Саидмурадова Г.М.- к.м.н., доцент кафедры детских инфекционных болезней Государственного Образовательного Учреждения Таджикский государственный медицинский университет имени Абуали ибни Сино

Мамаджанова Г.С.- к.м.н., зав. кафедры детских болезней Государственного Образовательного Учреждения Таджикский государственный медицинский университет имени Абуали ибни Сино.

Комилов И.А.- ассистент кафедры детских инфекционных болезней Государственного Образовательного Учреждения Таджикский государственный медицинский университет имени Абуали ибни Сино

Бураков К.И.- ассистент кафедры детских инфекционных болезней Государственного Образовательного Учреждения Таджикский государственный медицинский университет имени Абуали ибни Сино.

Saidmuradova G.M.- Department of Children's Infectious Diseases State Educational Institution Tajik State Medical University named after Abualiibni Sino.

Mamadzhanova G.S.- Department of Children's Diseases No. 1 of the State Educational Institution Tajik State Medical University named after Abualiibni Sino.

Komilov I.A.- Department of Children's Infectious Diseases State Educational Institution Tajik State Medical University named after Abualiibni Sino.

Burakov K.I.- Department of Children's Infectious Diseases State Educational Institution Tajik State Medical University named after Abualiibni Sino.



ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИЯ

ДАРЁФТИ ШИЮЪ ВА ВОКЕОТИ ACNE VULGARIS НАЗДИ МАРИЗОНИ БАЙНИ СИННИ 11 ТО 20-СОЛАГӢ ТАӢИ ДАВРАИ РАБӢИ (ЧОРЯКИ) ОХИРИ СОЛИ 1397 Ӣ.Ш. (2019 М.) ДАР КАФЕДРАИ ӢИЛДИИ ШИФОХОНАИ ТАДРИСИИ «МАЙВАНД»

Абдулғаффор Ӣамдард, Абдулматин Идрок, Идрис АнварӢ.

Кафедраи дерматологияи шифохонаи тадриии «Майванд», ш. Кобул, Ӣумхурии Исломии Афғонистон.

Муҳиммият. Аспе як марази музмини илтиҳобии Pilosebaceous unit аст, бо Comedones ва Pustule дар вачх (рӯй), баъзан Nodule ва Cys мебошад, ки боиси Scar дар як теъдоди ҳолот мегардад. Шиюъи Аспе ба ҳадде зиёд аст, ки баъзан фикр мекунад як ҳолати физиюлужики бадан аст. Дар назди духтарҳо зудтар аз бачаҳо буруз мекунад ва мумкин аст дар синни 8 ило 9 –солагӢ endofo-оти ғайриилтиҳобӢи дида шавад. Ӣадди аксари шиюъи он дар Teenage Ӣ 13 ило 19-солагӢ аст. 40%-и духтарони 17-сола ва 25%-и бачаҳои 18-сола endofo-оти Аспе доранд. Баъд аз сини 18-солгӢ шиддати он коҳиш Ӣфта, endofo-от ба тарафи беҳбудӢи сайр мекунад. Аспе дар тамоми наждоҳо дида шуда, тазоҳуроти клиникии он дар endofo-от дар назди сафедпӯстони америкой шадидтар аз сиӢхпӯстони он кишвар аст. Endofo –оти ваҳим Nodular ва Cystic дар ҷавонони сафедпӯст бештар аз ҷавонони сиӢхпӯст ба назар мерасад, ки роли ирсии оилавӢ дар бурузи мараз аҳамият дорад ва 80%-и вокеот торихчаи оилавии мусбат назди маризони Acne Vulgaris ро пур (гузориш) дода шудааст. Ӣаҳор фактори муҳим дар патогенези мараз рол дорад, ки иборат аст аз баланд рафтани тавлиди сеюм, эҷоди илтиҳоб. Тақаруни қаноти Pilosebaceous endofo-оти аспе дар 99% дар вачх (рӯй), 60% дар халфи садр ва 15% дар қидоми садр мавқеъ дорад. Мараз дар ҳарду ҷинс тасодуф шуда, аммо дар назди бачаҳо шадидтар ва ваҳимтар сайр мекунад. Endofo-оти аспе дар назди ҷавонон аксаран ғайриилтиҳобӢи ва дар вачх (рӯй) тасодуф шуда, дар ҳоле ки дар назди мардони солманд аксаран дар халфи садр тасодуф мешавад. Эндеофои васфии акне comedon аст, ки бештар дар рухсор,

пешонӢ, болои бинӢи (анф), занах ва какмтар дар унқ (гардан) ва шонаҳо тасодуф мегардад. Аспе як марази қобили илоҷ аст, аммо ҷилавгирӢ аз авди (бозгашти) мараз имконпазир нест, гарчи Аспе як марази таҳдидкунандаи ҳаёт нест, аммо боиси эҳсоси нохушоюнд аз худ Ӣ Poor self-image, Social inhibition ва афсурдагӢи шуда, бинобар он ҳадафи тадовӢи, виқоя (пешгирии) аз scar ва таскини шикоӢти клиникии мариз мебошад.

Ӣадафи таҳқиқ. Дарёфти шиюъи Аспе Vulgaris назди маризон тайи ду рабӢи охири соли 1397 дар кафедраи амрози ҷилдии шифохонаи «Майванд».

Пешина Ӣ дараҷаи омӯзиши мавзӯ. Як таҳқиқе, ки дар шаҳри Sao Paulo Бразилия дар соли 2014 дар байни ҷавонони мактаб бо иштироки 452 нафар, ки 62,4%-и онҳо зан ва 85,8% -и он сафедпӯст, 6,4%-и онҳо 14 сол умр доштанд, дар байни синну соли 10 ило 17 –солагӢ, ки авсати умрашон 13,3% мебошад, сурат гирифта, нишон медиҳад, ки назди 434 нафар, 96% Аспе мавҷуд буда. Дар ин таҳқиқ назди табақаи мард (зукур) 95,9% ва назди табақаи занҳо (унос) 96,1% дарёфт гардидааст. Аз назари клиникӢи шоеътарин навӢи он Acnescomedonal, ки 61,1% гузориш дода шудааст ва дар 97,5% маворид рӯй, 2,3% вачх, садр, халфи сад рва дар 0,2: танҳо халфи садрро масоб намуда буд (9).

Таҳқиқе, ки дар донишгоҳи Малайзия Kebangsaan Malaysia дар кафедраи Public health соли 2009 бо иштироки 457 нафар сурат гирифта буд., 409 нафари онҳо то охир дар таҳқиқ иштирок намуданд. 56% 229 духтар ва 44 % 180 нафар писар буд. Синни иштироккунандагон дар байни 13 ило 18 сола бва, ки аксарият 58,9% малайзиӢи, 40,8% ҷиноӢи, 0,2% ҲиндӢи буданд. Дар ин таҳқиқ



133 тан (32,5%) масоби Аспе набуднд. Шиюъи Аспе дар маҷмӯъ 67,5 % гузориш шудааст.

Як таҳқиқ дар чануби Ҳиндустон кафедраи чилдии M. R. Medical College, Gulbarga, Karnataka дар солҳои 2010-2012 бо иштироки 120 ҷавон сурат гирифтааст, ки 51 нафар (42,5%)-и он табақаи зукур ва 69 нафар (57,5%)-и он табақаи унос буд. 61 нафар (51 %) дар байни синини 16 ило 20 солагӣ, 25 нафар (21%) дар байни синини 11 ило 15 – солагӣ буданд, дар 34 нафар (28,3%) муддати давоми Аспе камтар аз як сол буд ва дар 43 нафар (35,9%) муддати давоми Аспе як ё 2 сол буд, 54%-и афрод аз лавзими ороиш истифода намуда буднд. 50%-и афрод издиёди Аспе-ро дар рӯй, 18 нафар (15%) дар рӯй, сад рва халфи садр доштанд. 32 нафар (26,7%) Scar доштанд ва 12 нафар (10%) наздашон ice pick scar мавҷуд буд (10).

Як таҳқиқ, ки дар шаҳри Риёзи Арабистони Саъудӣ дар кафедраи Public health and community medicine пуҳантуни Northern Border University, KSA дар соли 2016 ба иштироки 403 мариз аз табақаи унос сурат гирифтааст. Назди 275 мариз 68,2% Аспе дарёфт гардидааст. 38%-и маризон дар байни синини 15 ило 20-солагӣ, 53,5% дар байни синини 21 ило 25-солагӣ умр доштанд. 96,8%-и маризон шаҳрвандони Саъудии Арабистон буданд, 42,5%-и маризон торихчаи мусбати фомилӣ (оилавӣ) доштанд, дар

46,2%-и маризон он дар рӯй 3,6%-и маризон халфи сад рва дар 50,2%-и воқеот дар навоҳии дигари бадан тавзеҳ ёфтааст, дар назди 57,5%-и маризон Аспе-и хафиф ё Аспе – и дараҷаи аввал дарёфт гардидааст (11).

Шеваи кор. Ин кори таҳқиқ дар шифохонаи тадрисии «Майванд» кафедраи чилдӣ ва зухравӣ тайи ду рабъи охири соли 1397-и ҳиҷрӣ-шамсӣ (аз таърихи 1 моҳи мизон ило 29-и ҳут) анёфтааст. Тамоми маризоне, ки 11 ило 20 сол умр доштанд ва дар тайи муддати мутазакира ба шуъбаи OPD муроҷиат намуда буданд, таҳти таҳқиқ қарор гирифтанд.

Шеваи намунагирӣ. Convenience sampling metho.

Мушахассоти дохилкунӣ. Тамоми маризоне, ки дар тайи ду рабъи охири соли 1397 ба шифохонаи тадрисии «Майванд», дар шуъбаи чилдӣ намудаанд. Таҳқиқе, ки дар шаҳри Sao Paulo Бразилия дар соли 2014 дар байни ҷавонони мактаб бо иштироки 452 нафар, ки 62,4%-и онҳо зан ва 85,8% -и он сафедпӯст, 6,4%-и онҳо 14 сол умр доштанд, дар байни синну соли 10 ило 17 –солагӣ, ки авсати умрашон 13,3% мебошад, сурат гирифта, нишон медиҳад, ки назди 434 нафар, 96% Аспе мавҷуд буда.

Мушахассоти хоричкунӣ. Маризоне, ки масоб ба Аспе rosacea, Infantile acne, Аспе inversa ва маризон, ки дусяҳояшон ноқис аст.

Натоиҷи таҳқиқ.

Ҷадвали 1. Теъдод ва фисадӣ ва воқеоти Аспе Vulgaris назар ба амрози чилдии мухталиф.

	Теъдод	Фисадӣ ва воқеотӣ
Амрози мухталиф	27979	92
Аспе Vulgaris	2433	8
Маҷмӯъ	30412	100

Дар ҷадвали фавқ дида мешавад, ки 8%-и воқеоти амрози чилдиро Аспе ташкил мекунад.

Ҷадвали 2.- Теъдод ва фисадӣ ва воқеоти Аспе Vulgaris назар ба синн.

Синн	Теъдод	Фисадӣ
11 ило 15- солагӣ	705	29
16 ило 20-солагӣ	1728	71
Маҷмӯъ	2433	100

Дар ҷадвали фавқ мушоҳида мегардад, ки бештарини воқеот байни синини 16 ило 20-солагӣ ба вуқӯ расидааст.



Чадвали 3.- Теъдод ва фисадӣ ва воқеоти Acne Vulgaris назар баашколи мухталифай клиникӣ.

Анвои клиникӣ	Теъдоди воқеъот	Фисадии воқеъот
Acnecomedona	1557	64
Inflammatory acne	876	36
Маҷмӯъ	2433	100

Дар чадвали фавқ мулоҳиза мегардад, ки маъмултарин шакли клиникии Acne дар ин чо Acne comedonal дарёфт гардидааст.

Муноқиша. Дар таҳқиқи мо, ки дар байни 2978 нафар сурат гирифт, н7азди 2433 нафар (81,7%) Acne дарёфт гардидааст, ки бо дарёфтҳои адабиёти илмӣ дар мутобикат қарор дорад. Таҳқиқе, ки дар шаҳри Sao Paulo Бразилия дар соли 2014 дар байни ҷавонони мактаб бо иштироки 452 нафар, ки 62,4%-и онҳо зан ва 85,8% -и он сафедпӯст, 6,4%-и онҳо 14 сол умр доштанд, дар байни синну соли 10 ило 17 –солагӣ, ки авсати умрашон 13,3% мебошад, сурат гирифта, нишон медиҳад, ки назди 434 нафар, 96% Acne мавҷуд буда. Таҳқиқе, ки дар Нигерия Department of medicine barauDikko specialist hospital бо иштироки 539 нафар, ки 50,8%-и онҳо мард 265 (49,2%) нафар зан буданд. 379 нафар (90,7%) наздашон Acne мавҷуд будааст. Таҳқиқе, ки дар шаҳри Риёзи Арабистони Саъудӣ дар кафедраи Public health and community medicine пуҳантуни Northern Border University, KSA дар соли 2016 ба иштироки 403 мариз аз табақаи унос сурат гирифтааст. Назди 275 мариз 68,2% Acne дарёфт гардидааст (11).

Дар таҳқиқи мо Acne аз назари синн 75 воқеъот (29%) байни синини 11 ило 15-солагӣ, 1728 воқеъот (71%) байни синини 16 ило 20-солагӣ дарёфт гардид. Аз назари синн бештарини воқеъот дар байни синини 16 ило 20-солагӣ тасбит гардидааст, ки дар адабиёт бештарини воқеъот дар байни синини 16 ило 20-солагӣ зикр гардидааст. Назар ба таҳқиқе, ки дар ҷануби Ҳиндустон кафедраи чилдии M. R. Medical College, Gulbarga, Karnataka дар солҳои 2010-2012 бо иштироки 120 ҷавон сурат гирифтааст, ки 51 нафар (42,5%)-и он табақаи зукур ва 69 нафар (57,5%)-и он табақаи унос буд. 61 нафар (51%) дар байни синини 16 ило 20 солагӣ, 25

нафар (21%) дар байни синини 11 ило 15 – солагӣ буданд (10). Илллати баланд будани арқом дар ин синин тавачҷуҳи бештар ба сихат ва ҳолати зоҳирӣ, хусусан аз назари ваҷоҳати чилдӣ мебошад, ки сабаби муроҷиаташон ба шифохона гардидааст. Таҳқиқе, ки дар Нигерия Department of medicine barau Dikko specialist hospital бо иштироки 539 нафар сурат гирифтааст, ки шиюъи Acne дар Adolescence бо зиёд шудани умр бештар мешавад. Дар байнини синини 17-19 сола 96,8% мебошад (10). Таҳқиқе, ки дар шаҳри Риёзи Арабистони Саъудӣ дар кафедраи Public health and community medicine пуҳантуни Northern Border University, KSA дар соли 2016 ба иштироки 403 мариз аз табақаи унос сурат гирифтааст, 38%-и маризон дар байни синини 21-25 солагӣ умр доштанд (11).

Назар ба ҷустуҷӯи Acne 930 воқеот (38,23%) марбут ба табақаи зукур ва 1503 воқеъот (61,77%) марбут ба табақаи унос дарёфт шудааст, дар таҳқиқи маризони Acne дар ҳарду табақа тақрибан ба шакли мутафовит дарёфт гардид. Дар таҳқиқе, ки дар шаҳри Sao Paulo Бразилия дар соли 2014 дар байни ҷавонони мактаб бо иштироки 452 нафар сурат гирифтааст, назди табақаи мард (зукур) 95,9% ва назди табақаи занҳо (унос) 96,1% дарёфт гардидааст.

Таҳқиқе, ки дар Эрон дар шаҳри Язд соли 2013 дар байни ҷавонони мактаб бо иштироки 419 нафар , ки 220 нафари онҳо духтар ва 199 нафар бача, ки дар байни синини 15-18 солагӣ сурат гирифтааст, 59 нафар (14,1%)-и он Acne надоштанд, ба сурати умум шиюъи Acne 85,9% буд, ки дар табақаи унос (занҳо) 90%) ва дар табақаи зукур (мардҳо) 81,4% дарёфт гардидааст (9).

Назар ба анвои клиникии аксарияти воқеъот ба дараҷаи аввал 1557 Acne comedonal воқеа, Inflammatory acne (64%) ба дараҷаи



дувум 876 вока (36%) дарёфт гардидааст. Ин дарёфти мо бо адабиёт дар мутобиқат қарор доштааст. Таҳқиқе, ки дар Бразилия дар шаҳри Sao Paulo дар соли 2014 дар байни ҷавонони мактаб бо иштироки 452 нафар сурат гирифтааст, аз назари клиникӣ шоеътарин навъи он Acne comedonal (non inflammatory acne) ки 61,1% гузориш шудааст (11).

Пешниҳодот:

1- Ба хотири ҷилавгирӣ аз ихтилолоти Acne marizon Харҷӣ зудтар бояд иқдом ба тадовӣ кунанд.

2- Хуб аст ба хотири ҷилавгирӣ аз эҷоди Scar ба масобони Acne тафҳим гардад, ки аз фишор додани он худдорӣ кунанд.

3- Аз тадовихоӣ худсари хонаводагӣ ва аҳзи даво худдорӣ карда шавад.

References -Адабиёт:

1. Klaus. W, Richard A. Johnson, Dick Suurmond. (2012) Acne Vulgaris and Acneiform Eruptions, Fitzpatrick's Dermatology in General Medicine. 8th Ed. New York: McGraw-Hill Medical Publishing Division. Chapter 80, Pages 897- 917
2. Champion. R. H, Burton. J. L, Ebling. F.J.G. (2016) Rook Textbook of Dermatology. 9th ed. Acne, Chapter 90, Pages 90.1 - 90.24
3. Dr. Devinder M. T, (2009) Profile of acne vulgaris. A hospital-based study from South India, Department of Dermatology and STD, Jawaharlal Institute of Postgraduate Medical Education and Research (JIPMER), Pondicherry, India
4. Dr. Pooja P. (2016) A cross-sectional study on quality of life among acne vulgaris patients, Department of Dermatology, Venereology & Leprosy, Department of Psychiatry, People's College of Medical Sciences & Research centre, Bhopal, Madhya Pradesh, India
5. HArshad H.M. Med (FamMed UKM); Khairani O. MMed (FamMed UKM); (2009) ShamsulAzhar Shah, Prevalence of acne and its impact on the quality of life in school-aged adolescents in Malaysia, Department of Family Medicine, Faculty of Medicine, Universiti Kebangsaan Malaysia .
6. Mohammad T.N, Bahareh M., Mohammad N, (2013) Prevalence of acne and its impact on the quality of life in high school-aged adolescents in Yazd, Iran, Department of Dermatology, Shahid Sadoughi University of Medical Sciences - Yazd, Iran
7. and Community Medicine, Faculty of Medicine, Northern Border University, KSA
8. Shazia M, Muhammad A, Mubashra A, Farwa R, Muhammad A Chaudry. 2007 Precipitating Factors of Acne Vulgaris in Females. Islamabad Medical and Dental College Barakao, Islamabad
9. Edilia B. D, Lourenzo T, Lilia R. Santos G, Vanessa M. Andraus N., Luiz R. Terzian, Denise S, Mercedes F. (2012) Acne vulgaris: prevalence and clinical forms in adolescents from São Paulo, Brazil
10. Husain Y. MSc, FMCP (2009) Acne Vulgaris in Nigerian adolescents- prevalence, severity, beliefs, perceptions and practices
11. Nagah M. A, Rawan S. A, Wijdan A. A, Safiah A, (2016) Epidemiology of Acne vulgaris in Adolescent and young female in Riyadh city of Saudi Arabia, Department of Public Health and Community Medicine, Faculty of Medicine, Northern Border University, KSA

ОПРЕДЕЛЕНИЕ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ СЛУЧАЕВ ACNE VULGARIS ЗА ПОСЛЕДНИЕ ДВА КВАРТАЛА 2018 Г.

Доцент д-р Абдул Гафар Хамдард, Доцент д-р Абдул Матин Эдрак, Доцент д-р Идрис Анвар
Отделение дерматологии клинической больницы Майванд

Актуальность: Акне представляет собой хроническое воспалительное заболевание сально-волосистой единицы, которое сопровождается такими поражениями, как комедоны, эритематозные папулы и пустулы на лице, туловище, а иногда и узелки и кисты,



которые могут вызывать рубцы.

Цель: Выявление распространенности Acne Vulgaris среди пациентов за последние два квартала 1397 года в дерматологическом отделении клинической больницы “Майванд”.

Метод: Данное исследование было проведено как описательное поперечное исследование.

Результат: Исследование было проведено на 30412 пациентах. У 2433 пациентов (8%) были вульгарные угри. В нашем исследовании акне было обнаружено в 705 случаях (29%) у пациентов в возрасте от 11 до 15 лет. Выявлено 1728 случаев (71%) в возрасте от 16 до 20 лет. 1503 случая (61,77%) наблюдались у пациентов женского пола и

930 случаев (38,23%) у пациентов мужского пола. Согласно клиническим формам, большинство случаев в первой категории были комедональными угрями -1557 случаев (64%), за которыми следовали воспалительные угри - 876 случаев (36%).

Вывод: В этом исследовании наиболее распространенной формой акне были вульгарные угри, большинство случаев наблюдалось у лиц в возрасте 16-20 лет, чаще у пациентов женского пола.

Рекомендация: Во избежание осложнений и образования рубцов пациент должен действовать быстро и сразу же начать лечение.

Ключевые слова: Acne Vulgaris, сально-волосяная единица, комедоны, кожное сало, рубцы.

FINDING THE PREVALENCE OF ACNE VULGARIS CASES WITHIN THE LAST TWO QUARTERS OF 2018,

By: Associate Professor Dr. Abdul Ghafar Hamdard, Associate Professor Dr. Abdul Matin Edrak, Associated Professor Dr. Idris Anwar

Dermatology Department of Maiwand Teaching Hospital

Background: Acne is a chronic inflammatory disease of the Pilosebaceous unit which is accompanied by lesions such as Comedones, erythematous papules and pustules on the face, trunk and sometimes nodules and cysts that can cause scars.

Goal: Finding prevalence of Acne Vulgaris in patients during the last two quarters of 1397 at dermatology department of Maiwand Teaching Hospital

Method: This research has been done as a Descriptive cross sectional study.

Result: This research was done on 30412 patients who appeared at OPD. 2433 patients (8%) had Acne Vulgaris. In our research Acne according to age was 705 cases (29%) in ages between 11 to 15 years.

1728 cases (71%) in ages between 16 to 20 years was found. 1503 cases (61.77%) were seen in female patients and 930 cases (38.23%) were found in male patients. According to clinical forms, most cases in first category were Acne Comedonal 1557 cases (64%) followed by Inflammatory Acne 876 cases (36%)

Conclusion: In this research the most common form of Acne was Acne vulgaris, most cases were seen in persons aged 16-20 and most cases were observed more

Recommendation: In order to avoid complications and scar formation the patient must act quickly and start treatment.

Key words: Acne Vulgaris, Pilosebaceous unit, Comedones, sebum, ice-pick scars

Абдулгaффор Ҳамдард, Абдулматин Идрок, Идрис Анварӣ. - Кафедраи дерматологияи шифохонаи тадрияи «Майванд», ш. Кобул, Ҷумҳурии Исломии Афғонистон.

Доцент д-р Абдул Гаффар Хамдард, Доцент д-р Абдул Матин Эдрак, Доцент д-р Идрис Анвар- Кафедраи дерматологияи клинической больницы Майванд Исламская республика Афганистан.

Associate Professor Dr. Abdul Ghafar Hamdard, Associate Professor Dr. Abdul Matin Edrak, Associated Professor Dr. Idris Anwar- Dermatology Department of Maiwand Teaching Hospital, IRA.



ЧАНБАҲОИ АСОСИИ ПЕШГИРИИ БЕМОРИҲОИ ТАВАССУТИ АЛОҚАИ ЧИНСӢ ГУЗАРАНДА ДАР МИЁНИ НАВРАСОН ВА ЧАВОНОНИ ВИЛОЯТИ ХАТЛОНИ ҶУМҲУРИИ ТОҶИКИСТОН

Қурбонов Н.Т.

МДТ «Коллеҷи тиббии ҷумҳуриявӣ»-и Вазорати тандурустӣ ва ҳифзи иҷтимоии аҳолии Ҷумҳурии Тоҷикистон

Мубрамияти таҳқиқот. Аз нимаи дуоми асри XX сар кардато ба имрӯз инсоният бо паҳншавии азими сироятҳое, ки асосан бо роҳи алоқаи чинсӣ гузашта, шумораи ҳарчи бештарро ба худ фаро мегирад, рӯбарӯгаштааст [1,3]. Ҳамин тавр, дар байни ҷавонони 25-сола, зиёда аз 100 млн. Сироятҳо ҳамасола рух медиҳанд, баистиснои ВНМО [4], ки хатари глобалӣ ба саломатии инсонро ба вучудмеоранд. Ҳамасола, дар дар ҷаҳонзиёда аз 376 миллион ҳолатинави БТАҶГ ба қайдгирифта мешавад [6, 10].

Мушкilotи солимии чинсӣ ва репродуктивии наврасон ва ҷавонро пеш аз ҳама сатҳи пасти маданияти санитарӣ, маърифати репродуктивӣ, оғози бармаҳалли ҳаёти чинсӣ, издивоҷи бармаҳал, афзоиши бемориҳои занона ва зухравӣ, ҳомилагӣ ва таваллуд дар синни ҷавонӣ, муноқишаҳо ва ҳолатҳои руҳию равонӣ дар оила ба вучуд меоранд [2,8].

Ғайр аз ин, моҳияти иҷтимоӣ бо коҳиш ёфтани фаъолияти меҳнатӣ, хиёнати зану шавҳар, безуретӣ, рушди низоъҳои равонӣ, хушунати хонаводагӣ ва вайроншавии оила муайян мегардад. Гузашта аз ин, дар чунин ҳолатҳо хатари пайдоиши нуқсонҳои модарзодӣ меафзояд [7]. Пӯшида нест, ки майл доштан ба рушди иҷтимоӣ, бунёди оила ва таваллуди кӯдакон ба сатҳи солимии ҷавонону наврасон вобастагӣ дорад, ки ҳамаи ин дар навбати худ вазъи ояндаи насли ҷавону тамоми кишварро пешакӣ муайян мекунад [8]. Аммо дар шароитҳои нави иҷтимоӣ иқтисодӣ ба таври васеъ паҳншавии БТАҶГ ба ҳама ҷавонон хос нест. Барои як қисми муайяни онҳо, шароити мушаххаси зиндагӣ, сатҳи маълумот, тарбияи оила аз характери омӯзиши меъёрҳои рафтор дар раванди камолёбӣ вобаста аст [5].

Вазъи мураккаби эпидемиологӣ, хусусан дар кишварҳои пас аз шӯравиро, ки дар на-

тича паҳншавии БТАҶГ ба вучуд омадааст, ба назар гирифта, ТУТ дар доираи стратегияи глобалии «Солими барои ҳама дар асри 21» ханӯз соли 1998 бо мақсади муттаҳид сохтани кӯшишҳо дар мубориза бо бемориҳои номбурда ба ҳукуматҳои кишварҳо, созмонҳои байналмилалӣ ва ғайриҳукуматӣ бо мурочиатнома баромад карда буд [4,9]. Ташаббуси номбурда аз ҷониби аксар кишварҳои аъзои СММ дастгирии ҳаматарафа пайдо кард. Аз ҷумла, дар ҷумҳурии мо, ки бо кӯмаки шарикони асосӣ барномаҳои миллии пешгирӣ ва мубориза бо бемориҳои дорой аҳамияти иҷтимоӣ дар давраи то 2030, инчунин ба хизматрасонии тиббӣ фарогирии аксари аҳоли таҳияшуда мавриди амал қарор доранд.

Дар шароити бӯҳрони ҷаҳонии молиявӣ, болоравии нархи молу озуқа, афзоиши камбизоатӣ, муҳочирати меҳнатӣ, «тарқиш»-и фаъолнокии чинсӣ ба мушоҳида мерасад, ки онро пеш аз ҳама омилҳои иҷтимоӣ-фарҳангӣ, сатҳи тарбия дар оила, мактаб ва истифодаи бемавқеи воситаҳои коммуникатсионӣ-иттилоотӣ ба вучуд овардаанд [1,9].

Дар ин ҳол, рафтору кирдори ғайрииҷтимоӣ, робитаҳои чинсии пеш аз издивоҷ, исқоти ҳамл, афзоиши ҳолатҳои модаршавии наврасону ҷавонон, бемориҳои бо роҳи алоқаи чинсӣ гузаранда ва касалиҳои узвҳои репродуктивӣ дар ҷомеа вазъи ташвишварро ба вучуд овардааст [2,5].

Дигаргуниҳои иҷтимоӣ иқтисодӣ дар Тоҷикистон раванди маъмулии зиндагӣ ва тарзи ҳаёти аҳолиро ба таври назаррас тағйирдода, ин тамоюл дар рафтори ҷавонон равшантар инъикос гардидааст, ки ҳадафи таҳқиқоти мазкурро муайян мекунад.

Мақсади омӯзиш. Таҳия ва татбиқи барномаҳои пешгирии БТАҶГ дар байни наврасон ва ҷавонони Тоҷикистон.

Мавод ва усулҳои таҳқиқот. Натиҷаи



бозпурсии 400 нафарчавонони ноҳияҳои минтақаҳои Кӯлоб ва Бохтари вилояти Хатлонро дар асоси саволномаи мутобиқнамуна дар соли 2020, ҳисоботҳои омории Вазорати тандурустӣ ва ҳифзи иҷтимоии аҳолии Ҷумҳурии Тоҷикистон №5/8-720/4, инчунин маълумотномаҳои ташкилотҳои ҷамъиятӣ. Дар ҷараёни таҳқиқ ва таҳлили натиҷаи саволномаҳои ҷамъшуда усулҳои муқаррарӣ, тиббию иҷтимоӣ, аз ҷумла таҳлилий ва баҳодихӣ истифода гардиданд. Намунаи маълумулии шахсон аз 18 то 35-сола таҳқиқ карда шуд. Таҳлили ҷавобҳои саволнома бо усули омӯрӣ бо истифода аз бастаҳои MS OFISE 2007 гузаронида шуд.

Натиҷаҳо ва муҳокимаи онҳо. Аз 400 нафар шахсон барои таҳқиқот ҷалбгардида: 240 (60,5%) нафар мард, 158 (39,5%) занону духтарон, 118 (29,5%) нафар донишҷӯёни муассисаҳои таълимии олии ва миёнаи касбӣ ҳастанд.

Муайян карда шуд, ки аз инҳо 65 (55%) нафар донишҷӯёни донишгоҳҳо, 53 (45%) нафар донишҷӯёни коллеҷу литсейҳо - 16 (14,8%) нафарро ташкил медиҳанд; 22 (9,0%) мардҳо донишҷӯёни мактабҳои олии ва 9 (5,7%) нафар занон оила барпо кардаанд; 26 (10,7%) нафар писарон шароб менӯшанд, 10 (6,3%) нафар духтарон машруботи спиртӣ истеъмол мекунанд. Инчунин 18 (11,3%) дар синни 18-солагӣ алоқаи ҷинсӣ карданд, 4 (2,5%) духтарон то синни 17-солагӣ алоқаи ҷинсӣ кардаанд, 15 (6,2%) писарҳо бошанд таҷрибаи ҳаёти ҷинсӣ доштанд.

Афзоиши бемориҳои умумӣ дар байни наврасон ва ҷавонон ба ҷунин омилҳои иҷтимоӣ вобаста аст: шуғли нокифоя, бекорӣ ва камбизоатӣ, набудани ашёи аввалия, дастнорас будани ҳадамоти тиббӣ; афзоиши ҷинояткорӣ ва хушунати хонаводагӣ; вобастагӣ аз кимор ва бозиҳои компютерӣ, маводи муҳаддир, малакаи пасти ҷавонони деҳот ба шароити зиндагии шаҳр, ки дар аксар вақт ба ҳомиладорӣ бармаҳал, талок, майзадагӣ, тамокукашӣ, танфурӯшӣ ба афзоиши сироятҳои ҷинсӣ ва ғайра оварда мерасонанд.

Омилҳои хавфи паҳншавии БТАҶГ дар байни ҷавонон алоқаи ҷинсии барвақтӣ,

фиску фучур ва истифодаи номукаммали контрацептивӣ мебошанд. Қариб ҳар як одам, новобаста аз ҷинс, синну сол ва вазъи иҷтимоӣ ба гурӯҳи хатар шомиланд. Хатари бисёре аз БТАҶГ дар ҷараёни ниҳонии онҳо, хусусан дар давраи инкубатсионӣ ва продромали ифода меёбад, ки дар натиҷа, он метавонад ба таври васеъ паҳн шавад.

Бояд хотиррасон кард, ки ба БТАҶГ инҳо дохил мешаванд: оташак, сӯзук, хламидияи урогениталӣ, шанкроид, грануломаирагӣ (донованоз), лимфогрануломаи хламидиалӣ, трихомониази урогениталӣ, сирояти вирусии герпетикӣ, варами узвҳои таносул. Инчунин, вирусии норасоии масунияти одам (ВНМО), вирусии герпеси оддӣ (ВГО), вирусии папилломаи инсон (ВПИ), вирусҳои гепатити В ва С, инчунин баъзе сироятҳои паразитӣ (фтири аз ва хоришак), моллюски контактиозӣ, амёбияз ва дигарон бо роҳи ҷинсӣ мегузаранд.

Ба тағйирёбии сохтор БТАҶГ-ҳои бештар маълум аз ҳисоби афзоиши ҳиссаи бемориҳои, ки нисбат ба гонококкҳо бештар аз хламидиоз ва микоплазма ба вучуд меоянд, тоб меоранд. БТАҶГ ба бучаи ҳам хонаводаҳо ва ҳам низомии тандурустии кишварҳои сатҳи даромаднокиашон миёна ва паст, аз ҷумла кишварҳои мо низ бори вазнин гузошта, ба некӯаҳволии умумӣ ва рушди одамон таъсири манфӣ мерасонанд.

Дар солҳои охир дар мамлакатҳои ИДМ, аз он ҷумла дар Ҷумҳурии Тоҷикистон тамоюли коҳишёбии суръати бемориҳои БТАҶГ ба назар мерасад, ки бо ҷидду ҷаҳди зиёди соҳаи тандурустӣ ва тамоми ҷомеа алоқаманд мебошад. Паҳнёбии васеи БТАҶГ дар солҳои 90-уми асри гузашта бо сабабҳои иҷтимоӣ-иқтисодӣ алоқаманд мебошад. Ин афзоишёбии нашъамандӣ, хизматрасониҳои шахвонӣ, коҳишёбии маънавиёт дар ҷомеа, тағйирёбии рафтори шахвонии ҷавонон ва паҳнёбии амалияи рафтори хавфноки ҷинсӣ, норасоии васоити профилактикии инфиродӣ (рифолаҳо, ҳаҳо) ва ғайра мебошанд.

Дар давоми даҳ соли охир бемории оташак ва сӯзук дар Тоҷикистон коҳиш ёфта, ба сатҳи 3,3 -3,5 ба 100 ҳазор аҳоли рост



меояд, аммо гирифтормашавӣ ба бемориҳои дигари БТАҶГ чӣ дар байни аҳолии калонсол ва чӣ дар байни ҷавонон баланд боқӣ мондааст[1, 2].

Натиҷаи таҳқиқоти сотсиологии соли 2019 дар ш. Душанбе ва ноҳияҳои тобеъи ҷумҳурӣ гузаронидашуда омилҳои асосӣро, ки бевосита ба дастрасӣ ва сифати расонидани кумаки тиббӣ-санитарӣ таъсир мерасонанд, ошкор сохт, интизориҳои тӯлонии қабули духтур ё мутахассиси «ихтисоси маҳдуд»- дар 40% ҳолат, дараҷаи пасти ихтисоси духтурон - дар 25% ҳолат, мучҷаҳазии сусти марказҳои саломатии деҳот бо таҷҳизоти муосири тиббӣ ва ташхисӣ, нархи баланди хизматрасонӣ - дар 50% ҳолат, инчунин набудани дорувориҳои босифат, бемасъулиятӣ ва хунукназарии кормандони тиб дар муносибат ба мизоҷон, паст будани назорати диспансерии онҳо.

Ҷорабинҳои пешгирикунанда, аз ҷумла тарғибу ташаккули тарзи ҳаёти солим дар сатҳи маҳаллаву ҷамоатҳо, хусусан дар байни наврасону ҷавонони аксари шаҳру ноҳияҳои минтақаҳои Кӯлобу Бохтари вилояти Хатлон доманадор ва назаррас нестанд, ҳамкорӣ бо ташкилотҳои ғайридавлатӣ дар сатҳи зарурӣ ба роҳ монда нашудааст.

Мувофиқи маълумоти дастрасшуда, дар ҳолати 1 январи соли 2021 дар МД «Маркази ҷумҳуриявии бемориҳои пуст ва узвҳои таносул»-и Вазорати тандурусти ва ҳифзи иҷтимоии аҳолии Ҷумҳурии Тоҷикистон ва муассисаҳои соҳавии митақаҳои Кӯлобу Бохтари вилояти Хатлон 3073 нафар шахсон ба табақаҳои табақаҳои гуногуни ҷомеаи шаҳрвандӣ, сатҳҳои гуногуни маълумот, шуғл ва вазъи оилавӣ доранд, дар назорати диспансерӣ қарор доштанд (ниг.-чадвал), нишон дода шудааст.

Нуфуси ашхоси гирифтормашавӣ аз шаҳру ноҳияҳои вилояти Хатлон, ки дар қайди диспансерӣ қарор доранд

№	Номгуӣи бемориҳо	2016	2017	2018	2019	2020	2021	Дар умум
1.	Оташак	91	76	80	68	37	23	375
2.	Сӯзок	100	88	53	62	32	15	350
3.	Хламидиоз	117	184	198	172	188	163	1022
4.	Трихомоноз	72	61	59	64	46	23	325
5.	Уреоплазмоз	121	167	133	107	98	104	730
6.	Герпеси гениталӣ	67	49	38	30	27	24	235
	Ҳамагӣ	568	625	501	503	428	352	3073

Шумораи аҳоли дар вилояти Хатлон 3048200 нафар, аз ҷумла 665485 (21,5%) нафар ҷавонони синни то 35-соларо ташкил медиҳанд. Дар давоми солҳои 2019 - 2020 аз вилояти Хатлон расман 131188 нафар шаҳрвандони синнусоли гуногун дар муҳоҷирати меҳнатӣ қарор доштанд, ки 19456 (14,8%) нафарашонро ҷавонони синни то 30 сола ташкил медиҳанд.

Дар байни хонандагони синфҳои болоии мактабҳои миёна, инчунин, донишҷӯёни донишгоҳҳо ва коллеҷҳо, оғози фаъолияти ҷинсӣ ба синни 18 сола 4,1%-и ҳолатҳоро меояд, ҳамчунин синни 19 сола - дар 5,0% ҳолатҳо, 20 сола - дар 6,1% ҳолатҳо, 21 сола - дар 10,6% ҳолатҳо, 22 сола - дар 15,5% ҳолатҳо ба назар мерасад.

Зимнан, 21,0% посухгӯяндагон шарикӣ

доимии ҷинсӣ доштанд (шавҳар, зан ва шахсон дар никоҳи шаҳрвандӣ қарордошта). Дар ин ҳол, 10,3% донишҷӯёни муассисаҳои таълимӣ аз БТАҶГ-ро аз сар гузаронидаанд, ки дар 35,0% ҳолатҳои гирифтормашавӣ ба худтабобаткунӣ машғул шуда, ба муассисаҳои тиббӣ-профилактикӣ муроҷиат накардаанд.

Муайян карда шуд, ки 16,8% пурсидашудагон дар сурати сироятёбии БТАҶГ ба муассисаҳои табобатӣ профилактикӣ муроҷиат накардаанд, эҳтимоли зиёд ҷой дорад, ки қисме аз онҳо дар назди табибон ё ҳамшираҳои тиббии дигар муассисаҳо ки таҳассуси соҳавӣ надоранд, табобат мегиранд.

Аз шумораи умумии мардон, аз ҷумла донишҷӯёни донишгоҳҳо дар давраи таътили тобистонаи солҳои 2018 ва 2019, 65 на-



фар (21,9%) дар муҳочирати меҳнатӣ буданд, 30 нафар (10,1%) аз онҳо алоқаи чинсии тасодуфӣ доштаанд. Ба ин фаъолияти чинсии ҷавононе, ки бо шарикон робитаҳои гуногунранги чинсӣ доранд, истифодаи нокифояи доруҳои пешгирии ҳомилагӣ мусоидат мекунад, ки ин аз паҳншавии назарраси сироятҳои бо роҳи алоқаи чинсӣ гузаранда дар байни онҳо гувоҳӣ медиҳад.

Маълум шуд, ки каме бештар аз 29,0% донишҷӯёни муассисаҳои таҳсилоти олии миёнаи махсус аз механизми гузариши сироятҳои тавассути алоқаи чинсӣ гузаранда огоҳ буданд. Дар 26,0% -и ҳолатҳо, посухдиҳандагони мард ва зан оид ба роҳҳои пешгирии инфиродии худ маълумот надоштаандро изҳор менамуданд. Дар ин ҳол, танҳо 33,8% пурсидашудагон аз воситаҳои пешгирии ҳомилагӣ истифода кардаанд.

Дар байни мушкилоти муҳимтарини солимии репродуктивӣ, ки дар боло зикр гардиданд, мавҷудияти ҷунин падидаҳо дар муҳити ҷавонон, аз қабилӣ фаъолияти барвақти чинсӣ ва фарҳанги пасти санитариро номбар кардан ҷоиз аст. Нишондодҳои баланди беморшавӣ ба БТАҶГ дар байни ҷавонон бо хусусиятҳои хоси рафтори насли ҷавон, махсусан, дар шароити муҳочирати меҳнатӣ бештар ба назар мерасад.

Таъсири манфии БТАҶГ ба вучуди инсон на ҳама вақт танҳо бо иллатёбии узвҳои чинсӣ ва норухати шахвонӣ маҳдуд мешавад. Сабаби иллатёбӣ метавонанд: иллатёбии буғумҳо дар мавриди хламидиоз, системаи қалбӣ-рагӣ дар мавриди бемории оташак, бемориҳои онкологиро ба вучуд оранд (саратони гарданаи бачадон дар мавриди сироятёбӣ бо вирусҳои папиллома), дар мавриди сирояти ВНМО ба марг оварда расонанд. Дар занҳои синни наслофарӣ БТАҶГ метавонанд сабаби вайроншавиҳои мухталифи шахвонӣ, безуретӣ; ба бачапартоӣ, зоишҳои қабливақтӣ, зиштрӯиҳои модарзодии ҷанин, мурдазоӣ, сироятёбии ҷанин бо БТАҶГ ва ВНМО оварда расонанд.

Дар мардон бошад, ҳамчунин ба инкишофёбии безуретӣ ва ихтилоли шахвонӣ то ба импотенсия оварда мерасонад. Аз гуфтаҳои

болозикр маълум мегардад, ки ин ба масрафи барзиёди молиявӣ барои ташхис, муолиҷа ва офиятбахшии минбаъдаи ӯ оварда мерасонанд.

Таҳлили вазъият гувоҳӣ медиҳад, ки дар Ҷумҳурии Тоҷикистон дастрасӣ ба хизматрасонии солимии репродуктивии наврасон ва ҷавонон аз сабаби суст будани низоми ёрии тиббӣ, нархҳои баланд ва сифати пасти хизматрасониҳо, аз ҷумла корҳои санитариро маърифатӣ дар байни аҳолии минтақаҳои кӯҳӣ, инчунин набудани мониторинг ва арзёбии доимии кори муассисаҳо ҳанӯз нокифоя аст.

Илова бар ин, чинсият, ҳамчун як қисми чудонашавандаи зиндагии инсонӣ комил, соҳаи комилан шахсӣ ва нодири рафтори бо тартибу қоидаҳои сершумори иҷтимоиву маърифатӣ боқӣ мемонад, ки баҳсу мунозираи кушода ва озодонаи онро мушкилтар мекунад. Барои аксари одамон, муқовимат ба омӯзиши рафтори чинсӣ аз тарсу ҳарос ва шубҳаҳо нисбати ҳаёти шахсии онҳо бармеояд.

Дар самти ҳавасмандгардонии ҷавонон ба ҳифзи саломатии репродуктивӣ кор бурда истода, бояд тавассути бештар намудани тарғиби тарзи ҳаёти солим дар мактабҳо, муассисаҳои таҳсилоти олии миёнаи махсус мушкилоти демографӣ, иҷтимоӣ ва тиббии солимии репродуктивии ҷавонон дар маҷмӯъ ҳаллу фасл карда шаванд.

Дар диспансерҳои соҳавӣ барпо намудани махзани маълумотҳо барои ташаккулдиҳии ҷорабиниҳо оид ба пешгирии БТАҶГ, мураттабсозии ҳуҷҷатҳои меъёрӣ ҳуқуқӣ, ки ба коҳиш додани омилҳои хатар, дастрасӣ ва сифати кумакҳо таъсир мерасонад, ба роҳ монданро ҷорабиниҳои муҳим мешуморем.

Хулоса. Ҳамин тавр, рафтори хавфноки чинсӣ -ин шакли рафтори шахвонии инсон, аст ки хавфи сироятёбӣ бо БТАҶГ -ро зиёд мекунад: оғози бармаҳали ҳаёти чинсӣ, надониستاني ҷӣ тавр худро аз сироятёбӣ бо сироятҳои чинсӣ муҳофизат кардан, зуд-зуд иваз намудани шарикӣ шахвонӣ ва мавҷуд набудани шарикӣ доимии шахвонӣ, алоқаҳои тасодуфии чинсӣ, истифода набур-



дани рифолаҳо ва дигар услубҳои муҳофизат. Аммо ба мукамалсозии услубҳои ташхис ва муолиҷа нигоҳ накарда, имрӯзҳо дар Ҷумҳурии Тоҷикистон сатҳи баланди бемориҳои БТАҶГ боқӣ мемонад, дар байни сиroyатшудагон бошад, шахсони аз 17 то 29-сола (то 50%), 30 то 39 (то 30 то 40%) ва 40-35 - сола (10 то 20%) бартарӣ доранд. Таҳлили маводҳо собит месозад, ки арқоми пешниҳодгардида аз воқеият дуранд, чунки бахше аз ҳисоботҳои ҷойдошта ба яқдигар муҳо-

лифат мекунад. Татбиқи амалии барномаҳои пешгирии бемориҳои дорой аҳамияти иҷтимоӣ ва баланд бардоштани фарҳанги саломатӣ дар муассисаҳои таълимӣ нигоҳнакарда, самаранокии ин ҷорабиниҳо то ҳол хеле паст боқӣ мемонад. Аз ин рӯ, зарур аст, ки барномаҳои таълимиро васеъ намуда, истифодаи технологияҳои инноватсионӣ дар самти баланд бардоштани маърифати зарурии наврасон ва ҷавонон тақвият дода шавад.

Адабиёт

1. Гаибов А.Г., Ганиева М.Х., Воҳидов А.В. Основные аспекты охраны репродуктивного здоровья населения Республики Таджикистан // Вестник Авиценны. - Душанбе. 2016. - №4. - С. 52-54.
2. Ганизода М.Х., Ашурова Дж. Г., Гаибов Х.М. Стратегия улучшения репродуктивного здоровья населения Республики Таджикистан // Здоровоохранение Таджикистана. - Душанбе, -2019. - №- 1. С. 151-153.
3. Глобальная стратегия сектора здравоохранения по инфекциям передаваемым половым путем 2016-2021 гг. Женева. ВОЗ. -61 с.
4. Задачи ЦУР, связанные со здоровьем, в Таджикистане: реализация политики мер в области здравоохранения и повышения благополучия. Доклад о ходе работы. 2020 г. ЕРБ-ВОЗ. Женева. 2020. -112 с.
5. Киясов И.А., Хузиҳанов Ф.В. Современные тенденции заболеваемости инфекциями, передающимися половым путем, и пути ее профилактики // Успехи современного естествознания. – 2015. – № 2. – С. 51-55; URL: <http://natural-sciences.ru/ru/article/view?id=34699> (дата обращения: 17.03.2022).
6. Кожные и венерические болезни: учебник / под ред. О.Ю. Олисовой. — М.: Практическая медицина, 2015. — 288 с.: ил.
7. Курбанов Н.Т., Гаибов А.Г., Лукьянов Н.Б. Распространённость и первичная профилактика инфекций, передающихся половым путем среди трудовых мигрантов // Известия Академии наук Республики Таджикистан. 2019. - №4(2007). - С.95-100.
8. Некоторые причины ранних браков и их социальные последствия в Таджикистане // Вестник Таджикского национального университета. - Душанбе, 2018 - № - 1. - С. 199-203.
9. Отчет Министерства здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан от 15 ноября 2018 г. №5/8-720/4 // Анализ заболеваемости и профилактики инфекций, передающихся половым путем.
10. Руководство. Глобальный мониторинг эпидемии по ВИЧ/СПИДу. ЮНЭЙДС. 2021. -236 с.

ОСНОВНЫЕ АСПЕКТЫ ПРОФИЛАКТИКИ ЗАБОЛЕВАНИЙ, ПЕРЕДАЮЩИХСЯ ПОЛОВЫМ ПУТЕМ СРЕДИ ПОДРОСТКОВ И МОЛОДЕЖИ ХАТЛОНСКОЙ ОБЛАСТИ РЕСПУБЛИКИ ТАДЖИКИСТАН

Курбанов Н.Т.

ГОУ «Республиканский медицинский колледж» Министерства здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан

Аннотация. В статье отмечается, что уровень подверженности населения заболеваниям, передающихся половым путем (ЗППП) в Хатлонской области Республики Таджи-



кистан представляет серьезную проблему. По оценкам экспертов Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), более 376 миллионов человек во всем мире ежегодно страдают от сифилиса, гонореи, хламидиоза, трихомониаза, генитального герпеса и других заболеваний, в т.ч. влияющих на репродуктивную функцию. Различные социальные явления, такие как, низкая доступность и качества медицинской помощи, бедность, глобальные экологические проблемы привели к увеличению трудовой миграции,

упадку семейных и национальных устоев, института брака и серьезно изменили нормальный уклад жизни населения, особенно молодежи. В результате повысился уровень общих заболеваний, в т.ч. ЗППП, что, в свою очередь, негативно сказывается на экономическом положении, семьи и здоровье молодежи.

Ключевые слова. Хатлонская область Республики Таджикистан, подростки и молодежь, заболевания, передающиеся половым путем, факторы риска, профилактика.

MAIN ASPECTS OF PREVENTION OF SEXUALLY TRANSMITTED DISEASES AMONG ADOLESCENTS AND YOUTH IN KHATLON REGION OF THE REPUBLIC OF TAJIKISTAN

Kurbanov N.T.

SEI “Republican Medical College” of the Ministry of Health and Social Protection of the Population of the Republic of Tajikistan

Annotation. The article notes that the level of susceptibility of the population to sexually transmitted diseases (STDs) in the Khatlon region of the Republic of Tajikistan is a serious problem. According to experts from the World Health Organization (WHO), more than 376 million people worldwide annually suffer from syphilis, gonorrhoea, chlamydia, trichomoniasis, genital herpes and other diseases, including those affecting reproductive function. Various social phenomena, such as low availability and quality of medical care, poverty, global

environmental problems have led to an increase in labor migration, the decline of family and national foundations, the institution of marriage, and have seriously changed the normal way of life of the population, especially young people. As a result, the level of general diseases, including STDs, has increased, which, in turn, has a negative impact on the economic situation, families and health of young people.

Keywords. Khatlon region of the Republic of Tajikistan, adolescents and youth, sexually transmitted diseases, risk factors, prevention.

Курбанов Н.Т.- МДТ «Коллеҷи тиббии ҷумҳуриявӣ»-и Вазорати тандурустӣ ва ҳифзи иҷтимоии аҳолии Ҷумҳурии Тоҷикистон

Курбанов Н.Т.- ГОУ «Республиканский медицинский колледж» Министерства здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан

Kurbanov N.T.- SEI “Republican Medical College” of the Ministry of Health and Social Protection of the Population of the Republic of Tajikistan

ОНКОЛОГИЯ

ХУСУСИЯТҲОИ ЭПИДЕМИОЛОГӢ, КЛИНИКӢ, ТАШХИС ВА МУОЛИҶАИ САРАТОНИ ПӢСТИ ПИЛҚҲО ДАР ҶУМҲУРИИ ТОҶИКИСТОН

Сангинов Ҷ.Р.¹, Юлдошев Р.З.¹, Назаров Ш.О., Махмудова². Л.Ш.

1. Кафедраи онкология, ташхиси шуой ва муолиҷаи шуой (мудирӣ кафедра д.и.т Юлдошев Р.З.) – и МДТ «Донишгоҳи Давлатии Тибии Тоҷикистон ба номи Абуалӣ ибни сино». 2. МД «Маркази илмии ҷумҳуриявии саратоншиносӣ» Вазорати Тандурустӣ ва хифзи иҷтимоии аҳолии Ҷумҳурии Тоҷикистон

Муҳимият. Саратони пӯст дар аксари кишварҳои оламсатҳи баланди беморшавиро бо тамоюл ба болоравӣ нигоҳ дошта, дар сохтори номияҳои бадсифат 14% - 14,5%-ро ташкил менамояд [1]. Ин нишондиҳанда дар байни мардҳо аз саратони шушу ғадуди простата ва дар миёни занҳо бошад, аз саратони ғадуди шир камтар аст. Сабаби мубрамияти мушкилоти мазкур на танҳо зуд афзоиш ёфтани беморӣ, балки ташхиси таъхирафта ва пайдо шудани усулҳои нави нисбатан дақиқтари ташхис ва усулҳои маҷмӯии ташхис ба ҳисоб меравад [2]. Аксаран сатҳи баланди гирифтورشавӣ ба саратони пӯстро ҳамчун нишондиҳандаи номусоиди экологии хусусияти тиббидошта баррасӣ менамоянд. Беморӣ бештар дар давраи синни аз 50 то 69-солагӣ пайдо мешавад, аммо солҳои охир майл ба ҷавоншавӣ дорад. Саратони пӯст аз шакли ҳуҷайраҳои базалӣ (базалиома) иборат буда, аз 75-79% тамоми саратони эпителиявии пӯст, шакли паҳнҳуҷайрагӣ (5-15%) ва камтар аз 1% саратони зоидҳои пӯст (карсиномаи Меркел) ташкил меёбад [2:3]. Дар Ҷумҳурии Тоҷикистон сатҳи баланди гирифтورشавӣ ба саратони пӯст хифз шуда, устуворан дар мақоми 3-4 қарор дорад [4].

Саратони пӯсти пилқҳо омоси нисбатан интишорёфта ба ҳисоб рафта, барои саратоншиносии муосир як қатор мушкилоти муҳим эҷод кардааст. Омоси пӯсти пилқҳо зиёда аз 80%-и тамоми номияҳои узвҳои босираро ташкил медиҳад, ки дар байни онҳо омосҳои хушсифат бартарият доранд ва дар намояндагони тамоми синнусол ба назар мерасанд. 67%-и ҳодисаҳоро омоси генезаш эпителиявӣ, 28,9%-ро номияи бофтаҳои нарм ва омосҳои пигментӣ бошанд,

12%-ро ташкил менамоянд [5]. Бар пояи маълумоти муаллифони гуногун, басомади саратон дар миёни номияи пӯсти пилқҳо аз 5 то 55%-ро ташкил медиҳад. Хусусан саратони пӯсти пилқҳо ба Юнон 41,2% [6], дар Эрон ба 54,9% [7], дар байни филиппинҳо ба 32,7% [8], дар Чин бошад, ба 5% [9] мерасад. Теъдоди афзалиятноки беморӣ дар даҳаи 7 - 8-уми умр рост меояд. Бо вучуди дастрасии ташхиси визуалӣ саратони пӯсти пилқҳо дар марҳилаи барвақтӣ (T1) ҳамагӣ зимни 1/3 беморшудагон ошкор мешавад ва ин нишондиҳанда имконияти муолиҷаи мавзеии хифзкуандаи узвро дар фаъолияти муътадили пилқу чашмҳо коҳиш медиҳад [10].

Номияҳои бадсифати узвҳои босира дар сохтори бемориҳои саратонӣ мақоми 9-10-ро дар Ҷумҳурии Тоҷикистон ишғол менамояд. Ҳар сол аз 15 то 26 бемор ба қайд гирифта мешавад. Нишондиҳандаи беморӣ ба сари ҳар 100 000 нафар аҳоли ба 0,5 - 0,7 ҳодиса рост омада, басомади саратони пӯсти пилқҳо 58%-ро ташкил менамояд, ки аз сатҳи баланд будани он дар кишвар гувоҳӣ медиҳад.

Таносуби зиёди ҳодисаҳои куҳнашудаи беморӣ, хусусияти ташхис ва ҷараёни клиникии беморӣ, ки ба ҷанбаҳои иқлимӣ-ҷуғрофӣ ва навъи морфологии омос алоқамандӣ дорад, моро ба омӯзиши ин патология дар популятсияи водор намуд [10].

Мақсади таҳқиқот аз таҳлил намудани хусусиятҳои эпидемиологӣ, зухуроти клиникӣ, ташхису муолиҷаи беморони мубтало ба саратони пӯсти пилқҳо иборат мебошад, ки аз рӯи мурочиати худ беморон ба МҶИС Ҷумҳурии Тоҷикистон дар давраи аз солҳои 2011 то 2017 сураат гирифтааст.



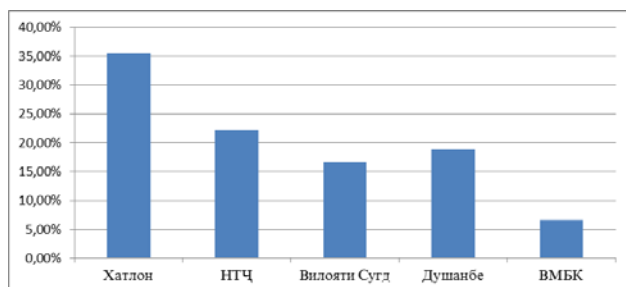
Мавод ва усулҳои таҳқиқот. Таҳлили ретроспективи беморони гирифтор ба саратони пӯсти пилкҳо ба амал оварда шуд, ки дар давраи аз соли 2011 то 2017 дар шуъбаи саратоншиносии умумии МҶИС муолиҷа гирифтанд. 90 беморе, ки муолиҷаи махсусро ҳам мустақилона ва ҳам дар комбинатсияи гуногун дар шакли ҷарроҳӣ, шуой ва кимиёдармонӣ қабул карданд, мавриди омӯзиш қарор ёфтанд. Ҳангоми таҳлили муълумотҳо тағйирёбии он аз рӯи сину сол дар ҳудуди аз 36 то 75 сола бо бартарияти контингенти аз 66-сола боло муайян карда шуд. Мардҳо 40 (44,5%) ва 50 (55,4%) нафарро занҳо ташкил менамуданд. (Ҷадвали 1)

Ҷадвали 1. Таносуби беморон аз рӯи ҷинс ва синусол

Сину сол	Мардҳо	Занҳо	Ҳамагӣ
то 45	0	1(1,11%)	1(1,1%)
аз 46 то 65-сола	17(18,88%)	20(22,22%)	37(41,11%)
Аз 66-сола боло	23(25,55)	29(32,22)	52(57,88%)

Ҳангоми омӯзиши басомади беморшавӣ вобаста ба манотиқи ҷумҳурӣ мо чунин маълумотҳоро ба даст овардем: вилояти Хатлон – 32 (35,6%) бемор, Ноҳияҳои тобеи ҷумҳурӣ – 20 (22,2%) ҳодиса, ш. Душанбе – 17 (18,9%), вилояти Суғд - 15 (16,7%) ва ВМБК – 6 (6,6%).

Расми 1.- Зимнан бартарияти гирифторшавӣ дар манотиқи ҷанубӣ бо инкишофи анъанавии сектори аграрӣ ба мушоҳида расид.



Расми 1. Теъдоди беморон дар ноҳияҳо

Дар ҳама ҳолатҳо ташҳис аз ҷиҳати морфологӣ тасдиқ шуда, усулҳои лабораторӣ ва инструменталӣ ба кор бурда шуданд. Саратони ҳуҷайраҳои базалиалӣ дар 69 (76,7%) бемор ва паҳнҳуҷайра бошад, дар 21 (23,3%) мариз муайян карда шуд, ки ба маълумоти адабиётҳо мувофиқат менамояд.

Беморон аз рӯи мавзъгирии омос чунин тасниф шуданд: дар мавзеи пилки боло – 14 (15,5%) ҳодиса, пилки поёнӣ – 60 (66,7%) бемор, дар кунҷи дарунии роғи ҷашм – 10 (11,1%) нафар, бешумор (пилки болоӣ ва поёнӣ) - дар 6 (6,7%) мариз (ҷадвали 2).

Ҷадвали 2. Мавзъгирии омос

Мавзъгирии омос	Теъдод	%
Пилки боло	14	15,5%
Пилки поёнӣ	60	66,7%
Кунҷидарунии ҷашм	10	11,1%
Якҷанҷидарунии мавзъгирии	6	6,7%
Ҳамагӣ	90	100%



Расми 2. Саратони паҳнҳуҷайраи пилки поёнии ҷашми чап (Т4) дар бемори 52-солаи муҳлати бемориаш 3-сола



Расми 3. Саратони базалиалии пӯсти кунҷи дарунии ҷашми рост (Т4): а – дар бемори 54-сола

Марҳилабандии омос тибқи Таснифоти байналмилалии омосҳои бадсифат (TNM нашри 8 ум аз 2018) ба амал оварда шуд. Зимнан марҳилаҳои зерини беморӣ ба назар мерасид: (ҷадвали 3).

Ҷадвали 3. Таснифоти беморон мувофиқи марҳалаҳои TNM

Марҳала	Тъдод	%
T1N0M0	7	7,8%
T2N0M0	17	18,9%
T3N0M0	41	45,5%
T4N0M0	19	21,1%
T3N1M0	2	2,2%
T4N1M0	4	4,4%

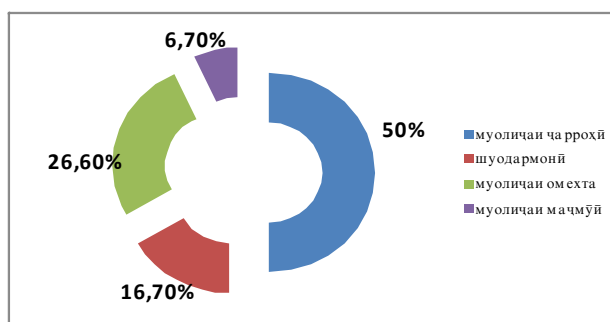
Натиҷаҳои таҳқиқот ва муҳокимаи онҳо.

Хусусиятҳои паҳншавии саратони пӯсти пилкҳо дар кишвар ошкор карда шуданд, ки онҳо асосан дар занҳо (55,4%) муайян шудааст, хусусан дар категорияи аз 60-сола боло бо нишондиҳандаи баланди гирифтورشавӣ дар минтақаи ҷануби (вилояти Хатлон 35,6%)-и ҷумҳурӣ зоҳир шуд. Ин маълумотҳо як дараҷа мавҷудияти хусусиятҳои эпидемиологии патологияи мазкурро дар Тоҷикистон тасдиқ мекунад, ки ин бо сатҳи баланди инсолятсияи шуъоҳои ултрабунафш ва бештар машғул шудан ба сектори аграрӣ алоқамандӣ дорад.

Новобаста аз мавзъегирии визуалӣ бартарияти бештар -73,3% ҳодисаҳои паҳншудаи (T₃₋₄) беморӣ ба қайд гирифта шудааст, дар ҳоле ки тибқи маълумоти бештари муаллифон, ҳодисаҳои куҳнашуда дар саратони пӯсти пилкҳо зимни 12-33% ҳолат ба назар мерасад ва он аз ниҳоят нокифоя будани кори сохторҳои зинаи аввал, бар шумули дерматологҳо ва офталмологҳо ва маълумот надоштани аҳоли дарак медиҳад. Омос дар 66,7% ҳодисаҳо дар пилки поён ҷойгир шудааст, ки ба маълумоти адабиётҳо мувофиқат менамояд [11:12]. Ташхиси гистологӣ дар мавриди 64,5%-и беморон то ҷарроҳӣ (таҳқиқоти ситологӣ), дар боқимондаҳо бошад, баъди амалиёт (таҳқиқоти гистологӣ) тасдиқ шудааст. Дар шумораи бештари беморон, ки -76,7% саратони базалиалӣ муайян шудааст ва паҳнхуҷайравӣ бошад, 23,3%-ро ташкил мекунад. Бо вучуди он

ки як зумра муаллифон бар онанд, ки шакли паҳнхуҷайравии саратон танҳо дар худуди 5-9% ба назар мерасад. [13:14:15]

Бо назардошти ҷойгиршавии омос, намуҳои гистологӣ ва паҳншавии омос табобати ҷаррохию 45 (50%) беморон қабул карданд, 15 (16,7%) нафар танҳо шуодармонӣ, муолиҷаи омехта (шуодармонӣ + ҷарроҳӣ; ҷарроҳӣ+ шуодармонӣ) бошад, 24 (26,6%) бемор ва 6 (6,7%) мариз муолиҷаи комплексӣ (шуодармонӣ + ҷарроҳӣ+ поликимидармонӣ) қабул намуданд. (Расми 4).



Расми 4. Муолиҷаи саратони пӯстипилкҳо

Дар таркиби усулҳои ҷарроҳии муолиҷа амалиёти реконструктивӣ-пластикӣ дар мавриди 10 (11,1%) бемор, экзентератсияи чашмхона ҳангоми олоиши чашмхона дар 16 (17,8%) мариз, бурида гирифтани омос ва пушонидани нуқсонҳо малофаи гузаронидашуда дар 33 (36,6%) нафар ва бурида гирифтани омос бо тармими мавзеи бофтаҳо дар 16 (17,8%) ҳодиса татбиқ гардид. Дар мавриди басомади амалиёти ҷарроҳӣ, ҳангоми саратони мавзъегирии периокулярӣ, оид ба маҳдуданистифода намудани он андешаҳо зиёданд [16], инчунин тавсияҳо дар бобати пасравии эҳтиёткорона аз канораи омос низ мухталифанд. Тактикаи мо 0,5 см дуртар аз канораи ҷароҳат буридаи омосро пешбинӣ менамояд. Қайд кардан зарур аст, ки имконнопазир будани иҷрои крио таъсир ва муолиҷаи фотодинамикӣ ба як дараҷа ба боло рафтани теъдоди амалиёти ҷарроҳӣ мусоидат менамояд [16].

Шуодармонӣ, ба сифати алтернативаи муолиҷаи ҷарроҳӣ, зимни речаи монодармонӣ дар мавриди бемороне ба қор бурда мешавад, ки аз марҳалаи T₁₋₂ ранҷ мебарданд. Ҳангоми раванди мавзеиан паҳншуда усулҳои омехта ва маҷмӯии муолиҷа истифода шуд.



Натиҷаи дури муолиҷа дар 73 бемор ба муҳлати 5 сол пайғирӣ шуд. Дар раванди назорат аз навсабзии (ретсидиви) омос баъди муолиҷаи ҷарроҳӣ дар мавриди 5 (5,5%) нафар, баъди шуодармонӣ дар 7 (7,8%), баъди муолиҷаи омехта дар 7 (7,8%) ва баъди муолиҷаи маҷмӯӣ бошад, дар 5 (5,5%) бемор ба қайд гирифта шуд. Мувофиқи маълумоти муаллифони гуногун хатари аз навсабзии омос ҳангоми саратони ҳучайраҳои базалиалӣ 5,15%, саратони пахнхучайра бошад, 17,2%-ро ташкил медиҳад [17:18:19], дар ин маврид хатари зиёда аз ду решадавонӣ ҳангоми 25,4% ба қайд гирифта шуд. Бештари решадавонӣ дар мавзеи пилки поёнӣ ва кунҷи медиалии чашм ба амал меоянд, ки натиҷаи таҳқиқоти мо низ инро тасдиқ намуд [20:21].

Хулосаҳо:

1. Саратони пӯсти пилкҳо бештар дар синни аз 60-сола боло дучор мегардад ва аксаран занҳо дар минтақаҳои ҷанубии кишвар ба он гирифта мешаванд.

2. Саратони пӯсти пилкҳо бештар дар мавзеи пилки поёнӣ ва кунҷи медиалии чашм ҷойгир мешавад.

3. Аз ҷиҳати морфологӣ бештар навъҳои гистологии омоси ҳучайраҳои базалиалӣ муайян гаштаанд.

4. Муолиҷаи ҷарроҳӣ ва шуодармонӣ усулҳои асосии муолиҷаи саратони пӯсти пилкҳо ба ҳисоб мераванд.

5. Эҳтимоли азнавсабзии омос дар марҳалаи дур чандон зиёд набуда, ба ҳисоби миёна 6,6%-ро ташкил медиҳад.

Адабиёт

1. Чеботарев В.В., Хисматуллина З.Р., Закирова Ю.А. Некоторые аспекты эпидемиологии и диагностики злокачественных новообразований кожи. *Креативная хирургия и онкология*. 2020;10(1):65-73. <https://doi.org/10.24060/2076-3093-2020-10-1-65-73>.
2. Вавринчук А.С., Марочко А.Ю. Рак кожи: факторы риска, эпидемиология в России и в мире // *Современные проблемы науки и образования*. – 2015. – № 6. ;URL: <https://science-education.ru/article/view?id=23142>
3. Erdem GU, Sendur MA, Ozdemir NY, Yazıcı O, Zengin N. A comprehensive review of the role of the hedgehog pathway and vismodegib in the management of basal cell carcinoma. *Curr Med Res Opin*. 2015;31(4):743–756.
4. Д.Р. Сангинов, З.Х. Хусейнзода, И.Н. Хусейнов, Ф.Х. Райхонов, И.К. Ниязов, А.Ж. Жылкайдарова. Некоторые аспекты диагностики и лечения меланомы кожи в Республике Таджикистан. *Онкология и радиология Казахстана*, 2020, 56 (2), 16-21.
5. Енгибарян М.А. клинико-экспериментальное обоснование комплексной терапии опухолей внутреннего угла глаза // *Современные проблемы науки и образования*. – 2015. – № 4.; URL: <https://science-education.ru/article/view?id=20897>
6. Asproudis I., Sotiropoulos G., Gartzios Ch. et al. Eyelid tumors at the University Eye Clinic of Ioannina, Greece: A 30-year Retrospective Study. *Middle East Afr J Ophthalmol* 2015;22:2:230–2. DOI: 10.4103/0974-9233.151881 PMID: 25949083]
7. Bagheri A., Tavakoli M., Kanaani A. et al. Eyelid masses: A 10-year survey from a tertiary eye hospital in Tehran. *Middle East Afr J Ophthalmol* 2013;20:187–92. DOI: 10.4103/0974-9233.114788. PMID: 24014978]
8. Domingo R.E., Manganip L.E., Castro R.M. Tumors of the eye and ocular adnexa at the Philippine Eye Research Institute: a 10-year review. *Clin Ophthalmol* 2015;9:123947. DOI: 10.2147/OPTH.S87308. Collection. 2015. PMID: 26185414]
9. Huang Y.Y., Liang W.Y., Tsai C.C. et al. Comparison of the clinical characteristics and outcome of benign and malignant eyelid tumors: an analysis of 4521 eyelid tumors in a Tertiary Medical Center. *Biomed Res Int* 2015;453091. DOI: 10.1155/2015/453091. PMID: 26634208
10. Бровкина А.Ф. Офтальмоонкология: Руководство для врачей. – М.: Медицина, 2002. – 424 с.: ил. С.193-197.;
11. Панова И.Е., Аракелян А.Э., Кученкова И.А. К вопросу рецидивирующего течения злокачественных новообразований кожи век. // *Опухоли головы и шеи*. 2016;6(4):26-29. <https://doi.org/10.17650/2222-1468-2016-6-4-26-29>



12. Furdovb A, HorkovicYovb K, Bab6IP, Kobzovb D, Ondручовb M. Nemelanymovb n6doryko6emihalnncavnbъtornb6okъtika – bazocelulb6rnykarcinym [Non-melanotictumorsoftheeyelidsskinandinnercorner – basocellularcarcinoma]. *CeskSlovOftalmol.* 2015;71(6):293–301. Czech [with English abstract].
13. De Macedo EM, Carneiro RC, de Lima PP, Silva BG, Matayoshi S. Imiquimod cream efficacy in the treatment of periocular nodular basal cell carcinoma: a non-randomized trial. *BMC Ophthalmol.* 2015;15:35.
14. Iljin A, Zielinski T, Antoszewski B, Sporny S. Clinicopathological analysis of recurrent basal cell carcinoma of the eyelid. *PostepyDermatolAlergol.* 2016;33(1):42–46.
15. Suzuki H.S., Serafini S.Z., Sato M.S. Utility of dermoscopy for demarcation of surgical margins in Mohs micrographic surgery. *AnBrasDermatol* 2014;8:38–43. DOI: 10.1590/abd1806-4841.20142400. PMID: PMC3938352
16. Пурцхванидзе В. А. Фотодинамическая терапия рака кожи внутреннего угла глаза и нижнего века // Вестник новых медицинских технологий. Электронное издание. 2016. №3. Публикация 2-5. URL: <http://www.medtsu.tula.ru/VNMT/BuUetin/E2016-3/2-5.pdf> (дата обращения: 14.07.2016). DOI: 10.12737/20883.
17. Бровкина А.Ф., Лернер М.Ю. Рак кожи век: эпидемиология, прогноз. *Опухоли головы и шеи.* 2017;7(1):81-85. <https://doi.org/10.17650/2222-1468-2017-7-1-81-85>
18. Панова И.Е., Кученкова И.А., Семенова Л.Е. Клиникоморфологическая характеристика базальноклеточного рака кожи век при первично множественном поражении//Вестник огу №14 (133)/ноябрь'2011// стр. 356-358
19. Echchaoui A, Benyachou M, Houssa A, et al. Prise en charge des carcinomes des paupières: étude bicentrique rétrospective sur 64 cas avec revue de littérature [Management of eyelid carcinomas: retrospective bicentric study of 64 cases and review of the literature]. *J FrOphthalmol.* 2016;39(2):187–194. French [with English abstract].
20. Ho SF, Brown L, Vamford M, et al. 5 Years review of periocular basal cell carcinoma and proposed follow-up protocol. *Eye* 2013;27:78-83.
21. Sun MT, WuA, Huilgol SC, SelvaD. Точность биопсии для определения субтипов периокулярной базально-клеточной карциномы. *Ophthalm Plast Reconstr Surg.* 2015; 31 (6): 449–451.

ОСОБЕННОСТИ ЭПИДЕМИОЛОГИИ, КЛИНИКИ, ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ РАКА КОЖИ ВЕК В РЕСПУБЛИКЕ ТАДЖИКИСТАН

Сангинов Д.Р.¹; Юлдошев Р.З.¹; Ш.О.Назаров¹; Л.Ш.Махмудова²;

1. Кафедры онкологии, лучевой диагностики и лучевой терапии ГОУ «Таджикский Государственный медицинский университет имени Абуали ибни Сино»; 2. ГУ «Республиканский онкологический научный центр» Министерства здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан

Наиболее частой локализацией опухоли была нижнее веко - 66,7% случаев. У подавляющего количества больных выявлен базальноклеточный рак (76,7%), плоскоклеточная форма рака имело место в 23,3% случаев. Хирургическое лечение получили 45 (50%) больных, только лучевую терапию – 15 (16,7%), комбинированное лечение (лучевая терапия + операция; операция + лучевая терапия) – 24 (26,6%) больных, а комплексное лечение (лучевая терапия + операция + полихимиотерапия) – 6 (6,7%) больных. Реконструктивно – пластические операции применены у 10 (11,1%) больных, эк-

зентерация орбиты при орбитальной инвазии произведена 16 (17,8%) больным, иссечение опухоли с замещением дефекта перемещенным лоскутом у 33 (36,6%) и иссечение опухоли с пластикой местными тканями у 16 (17,8%) больных. Отдаленные результаты лечения прослежены у 73 больных, в сроке 5лет. Рецидивы отмечены после хирургического лечения у 5 (5,5%) больных, после лучевой терапии у 7 (7,8%) больных.

Ключевые слова. Рак кожи век, эпидемиология, хирургическое лечение



FEATURES OF EPIDEMIOLOGY, CLINICS, DIAGNOSTICS AND TREATMENT OF EYELID SKIN CANCER IN THE REPUBLIC OF TAJIKISTAN

Sanginov D.R.¹; Yuldoshev R.Z.¹; Sh.O. Nazarov¹; L.Sh. Makhmudova²;

1. Departments of Oncology, Radiation Diagnostics and Radiation Therapy SEI "Tajik State Medical University named after Abualiibn Sino"; 2. State Institution "Republican Cancer Research Center" of the Ministry of Health and Social Protection of the Population of the Republic of Tajikistan

The most common localization of the tumor was the lower eyelid - 66.7% of cases. The vast majority of patients had basal cell carcinoma (76.7%), squamous cell carcinoma occurred in 23.3% of cases. 45 (50%) patients received surgical treatment, 15 (16.7%) patients received only radiation therapy, 24 (26.6%) patients received combined treatment (radiation therapy + surgery; surgery + radiation therapy), and complex treatment (radiation therapy + surgery + polychemotherapy) - 6 (6.7%) patients. Reconstructive plastic surgery was performed in

10 (11.1%) patients, exenteration of the orbit during orbital invasion was performed in 16 (17.8%) patients, excision of the tumor with replacement of the defect with a displaced flap in 33 (36.6%) and excision of the tumor with plasty local tissues in 16 (17.8%) patients. Long-term results of treatment were followed up in 73 patients over a period of 5 years. Relapses were noted after surgical treatment in 5 (5.5%) patients, after radiation therapy in 7 (7.8%) patients.

Keywords. Eyelid skin cancer, epidemiology, surgical treatment

Сангинов Ҷ. Р. – д.и.т. профессори кафедраи онкология, таъхиси шуоӣ ва муолиҷаи шуоии МДТ «Донишгоҳи давлатии тибии Тоҷикистон ба номи Абӯалӣ ибни Сино», E-mail: sanginov1952@gmail.com.

Сангинов Д. Р. - д.м.н. профессор кафедри онкологии, лучевой диагностики и лучевой терапии ГОУ «Таджикский государственный медицинский университет имени Абуали ибн Сино»; E-mail: sanginov1952@gmail.com

Sanginov D. R. - Doctor of Medical Sciences Professor of the Department of Oncology, Radiation Diagnostics and Radiation Therapy of the State Educational Institution "Tajik State Medical University named after Abu Ali Ibn Sino"; E-mail: sanginov1952@gmail.com

Юлдошев Р.З.- д.и.т., мудири кафедраи онкология, таъхиси шуоӣ ва муолиҷаи шуоии МДТ «Донишгоҳи давлатии тибии Тоҷикистон ба номи Абӯалӣ ибни Сино, Тел: 918679399.

Юлдошев Р.З.- д.м.н. зав.кафедры онкологии, лучевой диагностики и лучевой терапии ГОУ «Таджикский государственный медицинский университет имени Абуали ибн Сино»; Тел: 918679399.

Yuldoshev R.Z.- Doctor of Medical Sciences Professor of the Department of Oncology, Radiation Diagnostics and Radiation Therapy of the State Educational Institution "Tajik State Medical University named after Abu Ali Ibn Sino: Tel: 918679399.

Назаров Ш.О.- ассистенти кафедраи онкология, таъхиси шуоӣ ва муолиҷаи шуоии МДТ «Донишгоҳи давлатии тибии Тоҷикистон ба номи Абӯалӣ ибни Сино, Тел: 918679399.

Назаров Ш.О.- ассистент кафедры онкологии, лучевой диагностики и лучевой терапии ГОУ «Таджикский государственный медицинский университет имени Абуали ибн Сино»; Тел: 918679399.

Sh.O. Nazarov- of the Department of Oncology, Radiation Diagnostics and Radiation Therapy of the State Educational Institution "Tajik State Medical University named after Abu Ali Ibn Sino: Tel: 918679399.

Маҳмудова Л.Ш.- н.и.т., корманди МД «Маркази илмии ҷумҳуриявии саратоншиносӣ» Вазорати Тандурустӣ ва ҳифзи иҷтимоии аҳолии Ҷумҳурии Тоҷикистон. Тел: 918679399.

Маҳмудова Л.Ш.- к.м.н., научный сотрудник ГУ «Республиканский онкологический научный центр» Министерства здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан. Тел: 918679399.

L.Sh. Makhmudova-. State Institution "Republican Cancer Research Center" of the Ministry of Health and Social Protection of the Population of the Republic of Tajikistan: Tel: 918679399

СТОМАТОЛОГИЯ

НИШОНДИХАНДАҲОИ МАНБАЪҲОИ ОБИ ОШОМИДАНӢ ДАР САРЧАШМАҲОИ ГУНОГУНИ ТАБИИИ ДЕҲОТИ НАЗДИШАҲРИИ Ш. ТУРСУНЗОДА ВА ЭҲТИМОЛИЯТИ ТАЪСИРИ ОНҲО БА ИНКИШОФИ БЕМОРИҲОИ СТОМАТОЛОГӢ ДАР КӢДАКОН ВА НАВРАСОН

Раҷабов Б.Б.,¹ Тоиров У. Т.,¹ Тошев А.Ф.²

1. Пажӯҳишгоҳи илмӣ-клиникии стоматология ва ҷарроҳии ҷоғу рӯй (ш. Душанбе, Тоҷикистон); 2. Кафедраи химияи умумӣ ва ғайриорганикӣ.

Мақсади таҳқиқот. Омӯзиши нишондиҳандаҳои манбаъҳои оби ошомиданӣ дар сарчашмаҳои гуногуни табиӣи деҳоти наздишаҳрии ш. Турсунзода ва муайян кардани таъсири онҳо ба инкишофи бемориҳои стоматологӣ дар кӯдакон ва наврасон.

Мухимият. Профилактика-системаи чорабиниҳои давлатӣ, иҷтимоӣ, беҳдоштӣ ва тиббии барои таъмини сатҳи баланди саломатӣ ва пешгирии беориҳо нигаронидашуда [2]. Дар системаи профилактика ду звенои протсессия ягонаи профилактикиро ҷудо мекунад: профилактикаи аввалия ва дувумӣ [3,4].

Муқаддима. Ташкилоти умумичаҳонии тандурустӣ меъёри имконпазири консентратсияи фторро дар оби ошомиданӣ муайян кардааст: 0,5-1 мг дар литр. Аммо ин рақам вобаста аз иқлиме, ки дар он одамон зиндагӣ мекунад, тағйир меёбад. Аз ҷумла дар кишварҳои гарм истеъмоли об зиёд аст. Аз ҷаҳин сабаб бояд, ки дар об на бештар аз 0,5 -1,0 мг фтор дар литр мавҷуд бошад. Аммо дар манотиқи гуногуни дунё консентратсияи фтор дар оби ошомиданӣ як хел нест.

Фторидҳо” намаки фтор, дар табиат вучуд доранд. Дар шакли табиӣ онҳо дар ҷама манбаъҳои обҳо дида мешаванд. Мухтавои фторидҳо дар об вобаста аз иқлим ва шароити ҷуғрофӣ фарқ мекунад. Исбот карда шудааст, ки дар таркиби оби ошомиданӣ вучуд доштани онҳо барои саломатӣ муфид аст. Аммо дар манотиқи гуногун дар манбаъҳои об мухтавои фтор дар оби ошомиданӣ гуногун аст. Дар як гурӯҳи минтақаҳо миқдори фтор дар оби ошомиданӣ барзиёд аст [2].

Таҳқиқотҳои сершуморе, ки дар нуқтаҳои мухталифи ҷаҳон гузаронида шудаанд, самаранокии обҳои фторнокро исбот кардаанд. Ин таҳқиқотҳо нишон доданд, ки

миқдори ҳолатҳои баамалодаи кариес ва дараҷаи ҷиддияти кариес дар кӯдакон ва калонсолони ноҳияҳои, ки дар онҳо консентратсияи фторид дар оби ошомиданӣ кам аст, хеле баланд мебошад. Самаранокии фторноксозии обҳо аз тарафи олимони зиёд дар кишварҳои мухталифи ҷаҳон исбот карда шудааст. Фторноксозии обҳо бештар аз ҷама барои кӯдакон муфид аст, зеро дандонҳои онҳо рӯ ба инкишофанд. Фторноксозии обҳо наврасон ва калонсолон ва маҳсусан пиронсолонро низ аз кариес муҳофизат мекунад. Фторноксозии обҳо имконияти медиҳад, ки аз табобати дарнок ва пуркимати стоматологӣ пешгирӣ карда шавад.

Таъкид намудан муҳим аст, ки фторидҳоро дар табиат дар манбаъҳои оби ошомиданӣ бо консентрасияҳои гуногун вучуд доранд. Фторидҳо дар протсессии фторноксозӣ ба мисли протсессии табиӣи йон мебошад. Вақте ки фторидҳо дар шароити идорашаванда ба об илова карда мешаванд, ғоидаи он барои дандонҳо ба монанди ғоидаи истеъмоли обе ҳаст, ки сатҳи оптималии фторидҳои натуралиро доро ҳастанд.

Бояд зикр кард, ки таъсири фторидҳо ба организм, ба монанди таъсири дигар мавод, аз дозаи он вобаста аст. Ҳатто об ё оксиген, ки барои мо ҳаётан муҳиманд ва бидуни онҳо зиндагӣ кардан номумкин аст. Бояд гуфт, ки дозаи баланди фторидҳо ба саломатии одамон зиён дорад.

Мо нишондиҳандаҳои манбаъҳои оби ошомиданӣ дар сарчашмаҳои гуногуни табиӣи деҳоти наздишаҳрии ш. Турсунзодаро дар ҷанбаи муқоисавӣ бо мақсади банақшагирии минбаъдаи чорабиниҳои табобатӣ-профилактикии стоматологӣ бо назардошти маълумотҳои ба даст овардашуда мавриди омӯзиш қарор додем (ҷадвалҳои 1,2,3).



Чадвали № 1-Натиҷаҳои таҳлили оби ошомиданӣ аз дарёчаҳо, 08 –апрели соли 2022 (ш. Турсунзода, деҳаи «Батош», протоколи №49)*

№ р/г	Нишондиҳандаҳои сифати об (ингредиентҳо)	Воҳиди ченак	Нишондиҳандаҳои меъёрӣ	Натиҷаҳои таҳлил
1	2	3	4	5
1. Нишондиҳандаҳои физикии обҳо (Сан Пин 2.1. 004-07)				
1.	Ҳарорати об	°С	7-11	20
2.	Бӯй	Балл дар 20 °С	2	0
3.	Мазза	Балл дар 20 °С	2	0
4.	Ранг	дараҷа	20	1.0
5.	Тирагӣ	мг/л	1,500	0
6.	Боқимондаи хушк	мг/л	1000	305,24
7.	Шӯрӣ	мг/л (г/л)	1 000 (1)	0,21
8.	Нест кардани барқгузаронӣ	Ом/см ⁻¹	1	0,433
2. Нишондиҳандаҳои химиявии обҳо (Сан Пин 2.1.004-07)				
1.	Нишондиҳандаи гидрогенӣ	pH	6/9	7,63
2.	Бериллий	мг/л	0.0002	-
3.	Бор (В)	мг/л	0.5	-
4.	Оҳан (Feобщ.)	мг/л	0.3(1.0)2	0,00
5.	Марганец (Mnобщ.)	мг/л	0.1(0.5)2	0,001
6.	Мис	мг/л	1.0	0,00
7.	Молибден (Mo)	мг/л	0.25	0,00
8.	Арсен	мг/л	0.05	-
9.	Нитратҳо (NO ₃ ⁻)	мг/л	45	0,02
10.	Нитритҳо (NO ₂ ⁻)	мг/л	3,3	0,005
11.	Дуруштии об	Ммол/дм ³	7.0(10)2	5,0
12.	Оксиднокии перманганатӣ	МгО/дм ³	5.0	-
13.	ХПК	МгО/дм ³	3,0	-
14.	Сурб	мг/л	0.03	-
15.	Фосфатҳо (PO ₄ ³⁻)	мг/л	3,5	0,4
16.	Сулфидҳо (S ²⁻)	мг/л	0,03	0,000
17.	Стронтий	мг/л	7.0	-
18.	Сулфатҳо(SO ₄ ²⁻)	мг/л	500	99,85
19.	Фтор (F ⁻)	мг/л	0,7-1,5	0,78
20.	Хлоридҳо (Cl ⁻)	мг/л	350	10,76
21.	Синк	мг/л	5,0	-
22.	Алюминий (Al ³⁺)	мг/л	0,5	-
23.	Хром (Crобщ.)	мг/л	0,05	0,00
24.	HCO ₃	мг-экв/л	1000	98,24
25.	Ca	мг/л	140	32,1
26.	Mg	мг/л	40	6,1
27.	K+Na	мг/л	12/200	26,86

*Номи манбаи об: дарёча. Таърих ва замони интиҳоб карда гирифтани намуна аз 07.04.2022

Натиҷаҳои таҳқиқот. Натиҷаҳои таҳқиқоти оби ошомиданӣ аз дарёчаи Батош аз 8-уми апрели соли 2022 нишон дод, ки нишондиҳандаҳои меъёрии фтор ва калсий аз нишондиҳандаҳои зарурӣ камее паст аст, ки дар ин маврид дар кӯдакон ва наврасон пайдо шудани кариеси дандонҳо имконпазир аст.

Натиҷаҳои таҳлили оби ошомиданӣ аз дарёчаи Ширкент (соли 2022) нишон дод, ки нишондиҳандаҳои меъёрии фтор ва калсий

аз нишондиҳандаҳои зарурӣ дар ин деҳа каме паст аст, ки дар кӯдакон ва наврасон барои пайдо шудани кариеси дандонҳо мусоидат мекунад (чадвали 3).

Натиҷаҳои таҳлили оби ошомиданӣ аз дарёчаи деҳаи «Тӯда» (соли 2022) баланд будани нишондиҳандаҳои меъёриро нишон дод, ки барои дар кӯдакон ва наврасон пайдо шудани флюорозаи дандонҳо мусоидат мекунад.

**Чадвали № 2. Натиҷаҳои таҳлили оби ошомиданӣ аз дарёчаҳо, 08 – апрели соли 2022
(ш. Турсунзода, деҳаи «Ширкент», протоколи №50)***

№ р/г	Нишондиҳандаҳои сифати об (ингредиентҳо)	Воҳиди ченак	Нишондиҳандаҳои меъёри	Натиҷаҳои таҳлил
1	2	3	4	5
1. Нишондиҳандаҳои физикии обҳо (СанПин 2.1.004-07)				
1.	Ҳарорати об	°C	7-11*	20
2.	Бӯй	Балл дар 20 °C	2	0
3.	Мазза	Балл дар 20 °C	2	0
4.	Ранг	дараҷа	20	23
5.	Тирагӣ	мг/л	1,500	5,33
6.	Боқимондаи хушк	мг/л	1000	149,15
7.	Шӯрӣ	мг/л (г/л)	1 000 (1)	0,10
8.	Нест кардани баркгузаронӣ	Ом/см ⁻¹	1	0,193
2. Нишондиҳандаҳои химиявии обҳо (СанПин 2.1.004-07)				
1.	Нишондиҳандаи гидрогенӣ	pH	6/9	7,86
2.	Бериллий	мг/л	0.0002	-
3.	Бор (В)	мг/л	0.5	-
4.	Оҳан (Feобщ.)	мг/л	0.3(1.0)2	0,00
5.	Марганец (Mnобщ.)	мг/л	0.1(0.5)2	0,001
6.	Мис	мг/л	1.0	0,00
7.	Молибден (Mo)	мг/л	0.25	0,00
8.	Арсен	мг/л	0.05	-
9.	Нитратҳо (NO ₃ ⁻)	мг/л	45	0,02
10.	Нитритҳо (NO ₂ ⁻)	мг/л	3,3	0,005
11.	Дуруштии об	Ммол/дм ³	7.0(10)2	2,10
12.	Оксиднокии перманганатӣ	МгО/дм ³	5.0	-
13.	ХПК	МгО/дм ³	3.0	-
14.	Сурб	мг/л	0.03	-
15.	Фосфатҳо (PO ₄ ³⁻)	мг/л	3,5	0,13
16.	Сулфидҳо (S ²⁻)	мг/л	0,03	0,000
17.	Стронтсий	мг/л	7.0	-
18.	Сулфатҳо(SO ₄ ²⁻)	мг/л	500	26,86
19.	Фтор (F ⁻)	мг/л	0,7-1,5	0,93
20.	Хлоридҳо (Cl ⁻)	мг/л	350	3,6
21.	Синк	мг/л	5,0	-
22.	Алюминий (Al ³⁺)	мг/л	0,5	-
23.	Хром (Crобщ.)	мг/л	0,05	0,00
24.	HCO ₃	мг-экв/л	1000	98,24
25.	Са	мг/л	140	32,1
26.	Mg	мг/л	40	6,1
27.	K+Na	мг/л	12/200	26,86

Хулоса. Натиҷаҳои таҳлили оби ошомиданӣ аз дарёчаи деҳаи «Батош» ва «Ширкент» нишон доданд, нишондиҳандаҳои меъёрии фтор ва калсий каме паст аст, дар сурати набудани чорабиниҳои профилактики стоматологӣ дар кӯдакон ва наврасон барои пайдо шудани кариеси дандонҳо мусоидат мекунад.

Натиҷаҳои таҳлили оби ошомиданӣ аз дарёчаи деҳаи «Туда» нишон доданд, ки ни-

шондиҳандаҳои меъёрии фтор каме баланд аст, ки барои дар кӯдакон ва наврасон пайдо шудани флюорозаи дандонҳо мусоидат мекунад. Аз ҳамин сабаб роҳбарони хадамоти стоматологиро дар сатҳи ҷумҳурӣ ва муассисаҳои стоматологии минтақаҳои таҳқиқшуда зарур аст, ки ба мушкилоти мазкур таваҷҷуҳи махсус зоҳир намоянд ва чорабиниҳои муосиритабобат ва пешгирии онҳоро роҳандозӣ намоянд.



Чадвали № 3-Натиҷаҳои таҳлили оби ошомиданӣ аз дарёчаҳо, ки соли 2022 (ш. Турсунзода, деҳаи «Туда», протоколи №50) гузаронида шудааст.

№ р/т	Нишондиҳандаҳои сифати об (ингредиентҳо)	Воҳиди ченак	Нишондиҳандаҳои меъёрӣ	Натиҷаҳои таҳлил
1	2	3	4	5
1. Нишондиҳандаҳои физикии обҳо (СанПин 2.1.004-07)				
1.	Ҳарорати об	°С	7-11*	20
2.	Бӯй	Балл дар 20 °С	2	0
3.	Мазза	Балл дар 20 °С	2	0
4.	Ранг	градусы	20	2,0
5.	Тирағӣ	мг/л	1,500	0
6.	Боқимондаи хушк	мг/л	1000	503,96
7.	Шурӣ	мг/л (г/л)	1 000 (1)	0,36
8.	Нест кардани барқгузаронӣ	Ом/см ⁻¹	1	0,718
2. Нишондиҳандаҳои химиявии обҳо (СанПин 2.1.004-07)				
1.	Нишондиҳандаи гидрогенӣ	рН	6/9	7,86
2.	Бериллий	мг/л	0.0002	-
3.	Бор (В)	мг/л	0.5	-
4.	Оҳан (Feобщ.)	мг/л	0.3(1.0)2	0,02
5.	Марганец (Mnобщ.)	мг/л	0.1(0.5)2	0,004
6.	Мис	мг/л	1.0	0,01
7.	Молибден (Mo)	мг/л	0.25	0,00
8.	Арсен	мг/л	0.05	-
9.	Нитратҳо (NO ₃ ⁻)	мг/л	45	0,01
10.	Нитритҳо (NO ₂ ⁻)	мг/л	3,3	0,002
11.	Дуруштии об	Ммол/дм ³	7.0(10)2	4,7
12.	Оксиднокии перманганатӣ	мгО/дм ³	5.0	-
13.	ХПК	мгО/дм ³	3,0	-
14.	Сурб	мг/л	0.03	-
15.	Фосфатҳо (PO ₄ ³⁻)	мг/л	3,5	0,08
16.	Сулфидҳо (S ²⁻)	мг/л	0,03	0,000
17.	Стронтий	мг/л	7.0	-
18.	Сулфатҳо(SO ₄ ²⁻)	мг/л	500	155,73
19.	Фтор (F ⁻)	мг/л	0,7-1,5	1,98
20.	Хлоридҳо (Cl ⁻)	мг/л	350	76,7
21.	Синк	мг/л	5,0	-
22.	Алюминий (Al ³⁺)	мг/л	0,5	-
23.	Хром (Cr _{общ.})	мг/л	0,05	0,00
24.	НСО ₃	мг-экв/л	1000	98,24
25.	Са	мг/л	140	32,1
26.	Mg	мг/л	40	6,1
27.	K+Na	мг/л	12/200	26,86

Адабиёт

1. Рысбаева Ж. И. и соавторы. Профилактика стоматологических заболеваний у детей и подростков с учетом экологических факторов. – Алматы, 2019. - С.123-125.
2. Супиев Т. К., Замураева А. У., Жумабаева К. Ж. и др. Стоматология детского возраста и челюстно-лицевая хирургия. – Алматы: Учебное пособие. Издательство «Казак университети», 2021. – 696 с.
3. Шайхова Г. И., Муртазаев С. С., Асмадинова А. И. Стоматологический статус и гигиеническое обоснование функциональной готовности детей к систематическому обучению в подготовительных группах города Нукуса // Stomatologiya: науч.-практ.- журнал (Ташкент). – 2017. - №1. – С. 8 -9.
4. Шевченко С. С. Роль гигиениста-стоматологического в реализации программ профилактики стоматологических заболеваний в организованных детских коллективах: автореферат диссертации канд. мед. наук. – М.:2019. – 20 с.



ПОКАЗАТЕЛИ ИСТОЧНИКОВ ПИТЬЕВОЙ ВОДЫ В РАЗЛИЧНЫХ ВОДОИСТОЧНИКАХ ПРИГОРОДНЫХ ПОСЕЛКОВ ГОРОДА ТУРСУНЗАДЕ И ИХ ВЕРОЯТНОЕ ВЛИЯНИЕ НА РАЗВИТИЕ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

Раджабов Б.Б.,¹ Тоиров У. Т.,¹ Тошев А.Ф.²

Научно – клинического института стоматологии и челюстно-лицевой хирургии кафедры общей и неорганической химии ТГПУим С. Айни

Резюме. Результаты анализа питьевой воды из рек села «Батош» и поселка «Ширкент» показали более низкие нормативные показатели фтора и кальция в питьевой воде, что способствовало развитию кариеса зубов у детей и подростков. Анализ питьевой воды из речки поселка «Туда» выявил нормативные показатели фтора несколько выше нормы, что в большей степени способствовало развитию флюороза зубов у детей и подростков данного поселка.

Результаты исследований дают основание руководителям стоматологической службы Республики Таджикистан, областным и районным стоматологическим учреждениям исследуемых регионов усилить внимание стоматологическому оздоровлению детей и подростков страны.

Ключевые слова. Питьевая вода, фтор, флюороз, фториды, кариес зуба, дети, подростки.

INDICATORS OF DRINKING WATER SOURCES IN VARIOUS WATER SOURCES OF SUBURBAN SETTLEMENTS OF THE CITY OF TURSUNSADE AND THEIR PROBABLE INFLUENCE ON THE DEVELOPMENT OF DENTAL DISEASES IN CHILDREN AND ADOLESCENTS

Radjabov B.B.,¹ Toirov U.T.,¹ Toshev A.F.²

Scientific - Clinical Institute of Dentistry and Maxillofacial Surgery, Department of General and Inorganic Chemistry, TSPU named after S. Aini

Summary. The results of the analysis of drinking water from the rivers of the village “Batosh” and the village “Shirkent” showed lower standard values of fluorine and calcium in drinking water, which contributed to the development of dental caries in children and adolescents. The analysis of drinking water from the river of the village “Tuda” revealed the normative activity of fluorine a little higher than the norm, which to a larger extent contributed to

the development of dental fluorosis in children and adolescents of present village.

The results of the research, give grounds to the heads of the dental service of the Republic of Tajikistan, regional and district dental institutions of the studied regions to increase their attention to the dental health of children and adolescents in the country.

Keywords. Drinking water, fluoride, fluorosis, fluorides, dental caries, children, adolescents.

Раҷабов Б.Б.- унвонҷӯйи Пажӯҳишигоҳи илмӣ-клиникии стоматология ва ҷарроҳии ҷогу рӯй (ш. Душанбе, Тоҷикистон): bahodurrajabov@gmail.com.

Раджабов Б.Б.- Соискатель Научно – клинического института стоматологии и челюстно-лицевой хирургии; bahodurrajabov@gmail.com

Radjabov B.B. - Competitor of the Scientific and Clinical Institute of Dentistry and Maxillofacial Surgery; bahodurrajabov@gmail.com

Тоиров У. Т. Доктори илмҳои тиб, профессори Пажӯҳишигоҳи илмӣ-клиникии стоматология ва ҷарроҳии ҷогу рӯй (ш. Душанбе, Тоҷикистон): stomatologi@mail.ru.

Таиров У. Т.- Доктор медицинских наук, профессор. stomatologi@mail.ru

Tairov U. T. - Doctor of Medical Sciences, Professor. stomatologi@mail.ru

Тошев А.Ф.- Номзади илмҳои химия, дотсенти кафедраи химияи умумӣ ва гайриорганикӣ.- Научно-клинический институт стоматологии и челюстно-лицевой хирургии (г. Душанбе, Тоҷикистон): Atoshov_00@mail.ru

Тошев А.Ф.- кандидат химических наук, доцент кафедры общей и неорганической химии ТГПУим С. Айни. Atoshov_00@mail.ru

Toshev A.F. - PhD of Chemical Sciences, Associate Professor of the Department of General and Inorganic Chemistry, TSMU named after S. Aini.



ТИББИ ОИЛАВӢ

УСУЛҲОИ САМАРАБАХШИ ПЕШГИРИИ БЕМОРИҲОИ ДИЛУ РАГҲО ДАР ШАРОИТИ АМБУЛАТОРӢ ДАР ТАҶРИБАИ ТАБИБИ ОИЛАВӢ

Қодирова Д.А., Шарифзода Х.С., Ҳафиззода Ф.А., Аслизод Д. Раҳимова Д.С.

Кафедраи тибби оилавии МДТ «ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино»

Мубрамият. Назорати пешравии бемориҳои дилу рагҳо, ба мисли фишорбаландии шарёнӣ, бемориҳои ишемикии дил ва ғайра на танҳо таъйиноти дурусти медикаментозӣ (интихоби дору, доза, речаи истеъмол ва ғ.)-ро, балки ислоҳи омилҳои асосии хатар, ки бо одатҳои рафтори беморонро низ мадди назар мегирад [1,2,3,6,7].

Тибқи маълумотҳои бештари муаллифгон [1,2,4,6,7] муқаррар карда шуд, ки дар кишварҳои зиёди мутараққӣ зиёда аз 40% аҳолии калонсол дорои баланд шудани фишори шарёнӣ мебошанд, ки тақрибан нисфи онҳо дар бораи бемории худ маълумот надоранд.

Бештари шахсони дорои бемориҳои дилу рагҳо дорои омилҳои нохуби хатар мебошанд, ки ба пешгӯии инкишофу чараёни беморӣ таъсири манфӣ мерасонанд. Танҳо 7-10%-и беморони гирифтори фишорбаландии шарёнӣ таҳти муоинаи табибон қарори доранд (таҳти муоинаи диспансерӣ қарор доранд) аммо дар ин беморон асосан сатҳи баланди омилҳои хатар нигоҳ дошта мешавад, ба ФШ мақсаднок намерасад, ки ин барои пешгӯии беморӣ нохуб аст [2,3,4,7].

Таҳқиқотҳои сершуморе, ки ба омӯзиши масъалаҳои сабабҳои назорати номуносиби ФШ дар амалияи воқеӣ бахшида шуданд, нишон доданд, ки монетаи асосии баландбардоштани сифати ёрии тиббии профилактикӣ таъйиноти табибонро иҷро накардани беморони гирифтори ФШ мебошад [75].

Мақсади таҳқиқоти мазкур пешгирӣ намудани пешравии БДР тавассути омӯзонидани беморон дар мактаби саломатӣ дар шароити амбулаторӣ аст.

Вазифаҳои таҳқиқот:

1. Беморонро омӯзонидан чӣхати баланд бардоштани ҳавасмандии онҳо барои баргараф намудани омилҳои хатари БДР (ФШ, гиперхолестерия, барзиёдии массаи бадан, аз ҳад зиёд истеъмол кардани намаки ошӣ,

стресси музмин, сигоркашӣ, май, гиподинамия).

2. Коркарди меъёрҳо барои баҳогузорӣ ба самаранокии омӯзиши беморон.

Мавод ва усулҳои таҳқиқот. Мактаби саломатӣ (МС) барои беморони гирифтори БДР дар пойгоҳи кафедраи тибби оилавии №1 (дар солҳои 2019-2021), дар МСШ №2, ш. Душанбе ташкил карда шуда буд. Дар ин ҷо 84 бемори дорои БДР, ки синну солашон аз 50 то 70-сола буд, таҳқиқ карда шуд. Ба гурӯҳи омӯзиши 45 нафар шомил гардид, аз онҳо 27 нафар мард ва 18 нафар зан буд, бо ташхиси бемории фишорбаландии дараҷаи I ва II-и беморӣ - 23 нафар ва бо бемории ишемикии дил - 22 нафар. Се гурӯҳи 15-нафари беморон ташкил карда шуд, онҳо омӯзиши сиклро муддати 2 моҳ гузаштанд. Баъди омӯзиш беморони дорои БДР таҳти муоинаи табиби оилавӣ қарор гирифт, самаранокии омӯзиш то ва баъди 4 моҳи давраи омӯзиш баҳогузорӣ карда шуд.

Барои баҳогузорӣ кардан ба самаранокии омӯзиш беморон дар оғози омӯзиш ва баъди хатми он бо мақсади муайян кардани иттилоънокиашон аз БДР ва сатҳи азхуд намудани мавод, тест супориданд. Дар тестҳо саволҳо оид ба сабабҳои пайдоиш ва омилҳои хатари БДР, усулҳои назорат кардани беморӣ, ташхис ва табобат буданд. Баъди таҳми давраи омӯзиш ба беморон ёддошт бо машваратҳои амалӣ оид ба пешгирии БДР ва оризаҳои онҳо дода шуд. Ғайр аз ин, самаранокии кори мактаб аз рӯи меъёрҳои зерин баҳогузорӣ карда шуд: босуботшавии ФШ ва кам шудани бухронҳои фишорбаландӣ, кам шудани миқдори умумии холестерин, липопротеидҳои зичиашон кам ва хеле кам, коэффитсиенти атерогенияти хун, паст шудани сатҳи қанди хун, кам шудани массаи бадан, нишондиҳандаҳои ЭКГ, истеъмоли доруҳои зидди фишорбаландӣ. Коркарди омории натиҷаҳои таҳқиқот дар



компютери инфиродӣ бо ёрии бастаи барномаи амалии Statistic 7 барои Windows гузаронида шуд. Ҳама маълумотҳои рақами ҳамчун $M \pm m$ пешниҳод гардид, дар инҷо M -бузургии миёна ва m -хатои стандартии бузургии миёна аст. Фарқияти нишондиҳандаҳои микдори хангоми $PV0,05$ аз ҷиҳати оморӣ муҳим ҳисобида шуд.

Натиҷаҳо ва баррасии онҳо. Натиҷаҳои таҳқиқот нишон доданд, ки баъди омӯзиш, дар давоми 4 моҳ, кам шудани такроршавии бухронӣ фишорбаландӣ то 27,7%, муътадил гаштани маълумотҳои лабораторӣ (холестерини умумӣ, липопротеидҳои зичиашон кам ва хеле кам, коэффитсиенти атерогениалӣ) дар 58% ва паст шудани сатҳи қанди хун дар 16,4%-и беморон ба назара расид. Беҳтар шудани нишондодҳои ЭКГ (муътадил шудани протсессҳои реполяризацияи меъдачаи чап) дар 19,7-и беморон, кам шудани массаи бадан дар 12,6%-и беморон ба қайд гирифта шуд. Дар 53,8%-и беморон кам кардани меъёри (дозаи) доруҳои зидди фишорбаландӣ дида шуд.

Бояд зикр кард, ки тибқи маълумоти бештари муаллифон омӯзиши беморон имконият медиҳад, ки доираи таъсири табиб аз табобат ба профилактика васеъ мегардад. Дар ҷунин муносибат назорати тиббии беморӣ бо назорати омилҳои носолими, ки дар натиҷаи тарзи ҳаёти бемор, одатҳои вай, хусусиятҳои рафтор, ки ба саломатӣ ва ҷараёни беморӣ таъсир мерасонанд, пурра мегардад [1,2,5]. Дар амалия татбиқи намудани Мактаби саломатӣ имкон медиҳад, ки аллакай дар давоми як сол самаранокии назаррасии тиббӣ ба даст оварда шавад. Дар натиҷаи омӯзиш нуқтаи назар ва муносибати бемор нисбат ба саломатӣ тағйир меёбад: ҳавасмандии беморон ба иҷро кардани тавсияҳои профилактикӣ беҳтар мешавад; миқ-

дори бемороне, ки амали кормандони тиббиро бефоида меҳисобиданд, кам мешавад [1,5]. Рушди мактаби саломатӣ дар аҳолии ҳавасмандӣ ба ҳифзи саломатии худро таъшаққул дода, масъулияти онҳоро баланд мебардорад, дуруст ва дақиқи иҷро кардани таъйиноти табибро таъмин мекунад. Дар сурати расидан ба ин ҳадафҳо, Мактаб сифати баланди ёрии профилактикӣ ба аҳолиро таъмин мекунад, ин барои татбиқи самтҳои профилактикии ҳадамоти нигоҳдории тандурустии мусоидат намуда, принсипи асосии бозсозии он ба ҳисоб меравад.

Ҳамин тавр БДР-ро барои беморон омӯзонидан ҷорабиниҳои самараноки пешгирии пешравии беморӣ ва оризаҳои он ба ҳисоб меравад. Пас аз омӯзиш дар беморон дар робита аз риоя намудани қоидаҳои тарзи ҳаёти солим ва назорати сатҳи ФШ, кам шудани такроршавии бухронҳои фишорбаландӣ, муътадил шудани маълумотҳои лабораторӣ (холестерини умумӣ, липопротеидҳои зичиашон кам, коэффитсиенти атерогеният) ба назар мерасад.

Хулосаҳо.

1. Омӯзиши беморон, ки ба профилактикаи бисёрмили БДР бахшида шудааст, реалӣ будани иҷрои онро дар амалия ва самаранокии дар байни гурӯҳҳои гуногуни беморони гирифтори ин беморию нишон дод.

2. Табибони оилавию зарур аст, ки усулҳои омӯзиши беморонро барои пешгирии беморию, аз ҷумла БДР дар шароити амбулаторӣ ва ба таври васеъ истифода кунанд.

1. Калинина А.М. Школа здоровья для больных как фактор повышения эффективности контроля артериальной гипертензии /А.М.Калинина //Трудный пациент. -2006.- №11.- С. 22-25

Адабиёт

2. Кадырова Д.А. Первичная профилактика факторов риска у лиц молодого возраста с артериальной гипертензией / Д.А. Кадырова Ф.А. Хафиззода, А. Додочони //Международная научно-практическая конференция (68 – годичная) ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино, посвященная «Годам развития села, туризма и народных ремесел (2019-2021)»: сб. статей.- Душанбе, 2020.- С. 108-109



3. Кодирова Д.А. Профилактикаи омилҳои хатар дар шахсони синну соли чавон бо фишорбаландии шарёни дар фаъолияти табибони оилави /Д.А. Кодирова, Ф.А. Хафиззода / Авчи зухал.-2021.- № 1.- С. 77-80
4. Кодирова Д.А. Табобати гайри медикаментози дар реабилитасияи бемороне, ки инфаркти миокардро дар шароити амбулатории гузарониданд /Д.А.Кодирова, Ф.А. Хафиззода, А. Додочони //Авчи зухал.-2021- №2.- С.110-112
5. Конради А.О. Обучение больных гипертонической болезнью – бессмысленная трата времени или реальный инструмент повышения качества контроля заболевания /А.О. Конради, А.В. Соболева, П.А. Максимова и соавт // Артериальная гипертензия.- 2002.- № 8., Т. 6.- С. 217-220.
6. Рекомендации по лечению больных с артериальной гипертензией Европейского общества кардиологов (ЕОК, ESC) и Европейского общества по артериальной гипертензии (ЕОАГ, ESH). Российский кардиологический журнал. 2018; 23(12) <http://dx.doi.org/10.15829/1560-4071-2018-12-143-228>.
7. Самородская ИВ. Повторный инфаркт миокарда: оценка, риски, профилактика. /ИВ Самородская, СА. Бойцов // Российский кардиологический журнал.- 2017.-№ 6(146). – С.139-145.
8. Zullig LL, Ramos K, Bosworth HB. Improving Medication adherence in coronary heart disease. / L.L. Zullig, K. Ramos, H.B. Bosworth //Curr Cardiol Rep. – 2017.- Sep 22. #19(11).- P. 113. doi: 10.1007/s11886-017-0918-y.

ЭФФЕКТИВНЫЕ СПОСОБЫ ПРОФИЛАКТИКИ СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ В ПРАКТИКЕ СЕМЕЙНОГО ВРАЧА

Кадырова Д.А., Шарифзода Х.С., Хафиззода Ф.А., Аслизод Д., Рахимова Д.С.

Кафедра семейной медицины ГОУ «ТГМУ имени Абуали ибни Сино»

В данной статье рассматриваются эффективные методы профилактики сердечно-сосудистых заболеваний. Отмечено, что обучение больных с ССЗ является эффективным мероприятием профилактики прогрессирования заболевания и его осложнений. После обучения у больных в связи соблюдением правил здорового образа жизни и контроля уровня АД, наблюдается уменьшение рецидивов гипертонических кризов, нормализация лабораторных данных, улучшение показателей ЭКГ, снижение сахара крови,

массы тела и дозировки антигипертонических препаратов.

Обучение больных является эффективным методом многофакторной профилактики ССЗ среди различных контингентах больных. Семейным врачам следует широко использовать методы обучения пациентов для профилактики заболеваний, в частности ССЗ, в амбулаторных условиях.

Ключевые слова: профилактика, сердечно-сосудистые заболевания, школа здоровья, амбулаторная условия.

EFFECTIVE WAYS TO PREVENT VASCULAR DISEASES IN OUTPATIENT CONDITIONS IN THE PRACTICE OF A FAMILY PHYSICIAN

Kadyrova D.A., Sharifzoda Kh.S., Khafizzoda F.A., Aslizod D., Rakhimova D.S.

Department of Family Medicine, State Educational Institution "TSMU named after Abuali Ibni Sino"

This article discusses effective methods for the prevention of cardiovascular diseases. It was noted that the education of patients with CVD is an effective measure to prevent the progression of the disease and its complications. After training in patients in connection with the observance of the

rules of a healthy lifestyle and control of blood pressure levels, there is a decrease in relapses of hypertensive crises, normalization of laboratory data, improvement in ECG parameters, a decrease in blood sugar, body weight and dosage of antihypertensive drugs.



Patient education is an effective method of multifactorial prevention of CVD among various patient populations. Family physicians should make extensive use of patient education

methods for the prevention of diseases, in particular CVD, in outpatient settings.

Key words: prevention, cardiovascular disease, health school, outpatient setting.

Кадырова Д.А. - д.м.н., профессор кафедры семейной медицины ГОУ «ТГМУ имени Абуали ибни Сино». Тел: +992907839988 E.mail: kadirova_d@mail.ru

Шарифзода Х.С. - к.м.н, доцент кафедры семейной медицины ГОУ «ТГМУ имени Абуали ибни Сино».

Хафиззода Ф.А. - докторант PhD, кафедры семейной медицины ГОУ «ТГМУ имени Абуали ибни Сино». Тел: +992907007648 E.mail: farzona_h94@mail.ru

Аслизод Д. - докторант PhD, кафедры семейной медицины ГОУ «ТГМУ имени Абуали ибни Сино». Тел: +9929263535 E.mail: aslizod93@mail.ru.

Рахимова Д.С. - ассистент кафедры семейной медицины ГОУ «ТГМУ имени Абуали ибни Сино». Тел: +992938540004 E.mail: dilorom.rakhimova.@mail.ru

Қодирова Д.А. - доктори илмҳои тиб, профессори кафедраи тибби оилавии МДТ «ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино», Тел: +992907839988 E.mail: kadirova_d@mail.ru

Шарифзода Х.С. - номзади илмҳои тиб, дотсенти кафедраи тибби оилавии МДТ «ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино»,

Хафиззода Ф.А. - докторант PhD, кафедраи тибби оилавии МДТ «ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино», Тел: +992907007648 E.mail: farzona_h94@mail.ru

Аслизод Д. - докторант PhD, кафедраи тибби оилавии МДТ «ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино», Тел: +9929263535 E.mail: aslizod93@mail.ru

Рахимова Д.С. — ассистенти кафедраи тибби оилавии МДТ «ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино», Тел: +992938540004 E.mail: dilorom.rakhimova.@mail.ru

Kadyrova D.A. - Doctor of Medical Sciences, Professor of the Department of Family Medicine of the SEI "TSMU named after Abuali Ibni Sino". Tel: +992907839988 E.mail: kadirova_d@mail.ru

Sharifzoda Kh.S. - Candidate of Medical Sciences, Associate Professor of the Department of Family Medicine of the SEI "TSMU named after Abuali Ibni Sino".

Hafizzoda F.A. - PhD student, Department of Family Medicine, SEI "TSMU named after Abuali Ibni Sino". Tel: +992907007648 E.mail: farzona_h94@mail.ru

Aslizod D. - PhD student, Department of Family Medicine, SEI "TSMU named after Abuali Ibni Sino". Tel: +9929263535 E.mail: aslizod93@mail.ru.

Rahimova D.S. - Assistant of the Department of Family Medicine of the SEI "TSMU named after Abuali Ibni Sino". Tel: +992938540004 E.mail: dilorom.rakhimova.@mail.ru



ТИББИ СУДӢ

АҲАМИЯТИ ЭКСПЕРТИЗАИ ТИББИ-СУДӢ ДАР ТАҲҚИҚИ САДАМАҲОИ НАҚЛИЁТӢ

Оев Д.

Кафедраи анатомияи патологӣ ва тибби судии МДТ «ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино»

Муҳиммият. Имрӯзҳо шахсоне, ки дар роҳҳо ҳаракат мекунанд, хоҳ ронанда, хоҳ пиёдагардон ё ин ки мусфирон, ба ҳодисаҳои нохуши нақлётӣ дучор шуда, хавфи дучор омадани онҳо ба марг ё бардоштани осебҳои гуногун ба вучуд меояд. Ҳаминро зикр намудан зарур аст, ки ҳамасола ҳодисаҳои зиёди садамаҳои нақлётӣ ба қайд гирифта мешаванд. Экспертизаи судию тиббӣ ҳадамоти умумии давлатии соҳаи тандурустӣ мебошад. Дар маркази экспертизаи судию тиббӣ тамоми намудҳои асосии экспертизаи судию тиббӣ гузаронида мешавад. Экспертизаи судию тиббӣ ин амали мурофиавие мебошад, ки гузаронидани тадқиқот ва додани ҳулосаҳои коршиносро оид ба масъалаҳое, ки донишҳои махсусро талаб мекунанд тақозо менамояд, аз тарафи суд, судяҳо, муфаттиш ё прокурор барои муқаррар намудани ҳолатҳое, ки аз рӯи парвандаҳои тафтишшаванда далелҳои исботкунандаро қарданро талаб менамоянд, тадбирҳои амалӣ мешаванд. Экспертизаи суди тиббӣ ин тадқиқи илмию амалии объектҳои мушаххаси пешбини шуда ва дар асоси қонун аз ҷониби табиб гузаронидашуда мебошад. Барои ҳалли масъалаҳои тиббӣ ва тиббию биологӣ ҳангоми гузаронидани тафтишоти пешакӣ тафтиши қаблӣ ва далелҳои аз баррасии судӣ пайдошуда истифода бурда мешаванд. Дар сурати зарураткунӣ муқарраркунӣ бошад, ҳатман экспертизаи суди тиббӣ таъинот қарда мешавад, ки ба масъалоҳои зерин бояд рӯшанӣ андозад: 1. Сабаби марг, 2. Хусусият ва дараҷаи ба саломатӣ расонида шуда, 3. Ҳолати ҷисмонии шахси гумонбар ё айбдоршаванда дар сурате, ки дар қараёни ҳифзи ҳуқуқҳои худ ва манфиатҳои қонуниаш дар мурофиаи судӣ шубҳа пайдо шавад, 4. Ҳолати ҷисмонии шахси осебдида, агар ягон шубҳа пайдо шавад, 5. Синну соли гумонбар, айбдоршаванда, ки ин барои парвандаи ҷиноятӣ аҳамият дорад.

Ҳамаи фаъолияти экспертони суди тиббӣ ба омода қардани ҷавобҳо ба он саволҳое, ки аз тарафи коркунони прокуратура ва мақомоти ҳифзи ҳуқуқ гузошта мешаванд равона мегардад. Оиди ин саволҳо ҷавобҳои асоснок ва бо далелҳо тасдиқ шуда ва дар маҷмӯъ ҳулосаи объективӣ дода мешаванд. Агар дар натиҷаи шаҳодаткунӣ дар бада ни шахсони зинда қароҳатҳои ҷисмонӣ мавҷуд бошанд, санади шаҳодаткунӣ (муоинаи суди тиббӣ) тартиб дода мешавад. Масъалаҳое, ки ба шахсони зинда тааллуқ доранд ва ба зарари саломатӣ дар натиҷаи садамаҳои нақлётӣ марбутанд, чунин муқаррар қарда мешаванд: 1. Оё дар бада ни қароҳатҳои ҷисмонӣ мавҷуд ҳаст ё не; 2. Зарари расонидашуда ба саломатӣ, сабаб, механизм ва ҳислати пайдоиши қароҳатҳои муқаррар қарда шавад; 3. Мӯҳлати бардоштани ин қароҳатҳои муайян қарда шавад.

Аз ҳулосаҳои экспертизаҳои суди тиббӣ таҳқиқ вобастагии зиёд дорад, бинобар барои баҳо додан оиди ба амал омадани ҳодисаҳои нақлётӣ, ба кодекси ҳуқуқвайронкунии маъмурии Ҷумҳурии Тоҷикистон оиди айбдоршавандаи сабабҳои нақлётӣ таъя бояд қард. Мувофиқи моддаи дахлдори Кодекси мурофиавии ҷиноятӣ Ҷумҳурии Тоҷикистон, сабаби марг, хусусият ва дараҷаи зарари ба саломатӣ расонида шуда муқаррар қарда мешавад. Ҳолати ҷисмонӣ ва руҳии шахси гумонбар ё айбдоршаванда дар сурати пайдо шудани шубҳа дар мурофиаи судӣ муқаррар мешавад. Муайян қардани синну соли гумонбар, айбдоршаванда, агар ин барои парвандаи ҷиноятӣ аҳамият дошта бошад. Ҳаминро қайд намудан зарур аст, вазифаҳои суди тиббӣ аз тартиб додани ҳулосаҳои экспертизаҳои суди тиббӣ оиди ҳолати саломатии ронанда инчунин сабаби тафтишоти ҳодиса иборат аст, ки дар натиҷаи онҳо беморӣ ё ин ки гум шудани қобилияти саломатӣ муайян қарда мешавад.

Дар асоси баҳои илмӣ додани маълумотҳои дақиқ ҳангоми гузаронидани ташҳиси ҳасадӣ дарёфт шуда, ё ин ки муоинаи суди тиббӣ дар асоси механизми бардоштани садамаҳои нақлётӣ сураат мегирад. Дар баъзе ҳолатҳо экспертизаи суди тиббӣ бо ёрии маводҳои парванда гузаронида мешавад. Масалан агар ғавти ҷабрдида дар ҷои ҳодиса ба амал наомада балки баъд аз якҷанд руз дар беморхона дар натиҷаи таъбаоти стационарӣ гирифтани руҳ дода бошад. Дар ин ҳолат ба экспертизаи суди тиббӣ маводҳои парвандаи ҷиноятӣ ва таърихи беморӣ пешноҳод карда мешаванд. Пеш аз ҳама мо бояд экспертизаи суди тиббиро аз шаҳодаткунонӣ (муоинаи суд тиббӣ) фарқ кунем. Экспертизаи суди тиббӣ бо таъинготи суд ва қарори муфаттиши шуъбаи ҳифзи ҳуқуқи прокуратура гузаронида мешавад.

Масъулини Раёсати Вазорати корҳои дохилии Ҷумҳурии Тоҷикистон дар шаҳри Душанбе эътироф кардаанд, ки таҷрибаҳо ва мушоҳидаҳо нишон медиҳанд, ки бо сабаби нобаробар будани нишондодҳои асосии суръати ҳаракати пиёдагардон дар кӯча-ву роҳҳо, дар ҷойҳои муайянгардида, истгоҳҳо интизори воситаҳои нақлиёти мусофиркаш нагаштани онҳо, якбора давида баромадан ба қисми мошингарди роҳ, истифода набурдан аз гузаргоҳҳои зеризаминӣ сабабгори афзоиши босуръати зеркунии пиёдагардон гардидааст». Тибқи супориши сардори РВКД дар шаҳри Душанбе бо мақсади баланд бардоштани интизоми иштирокчиени ҳаракат дар роҳҳо, махсусан пиёдагардон дар кӯчаю роҳҳои автомобилгарди шаҳри Душанбе, коҳиш додани сатҳи садаманокӣ бо иштироки пиёдагардон амалиёти «Пиёдагард» гузаронида шуд. Ҳангоми гузаронидани чорабинии мазкур нисбати пиёдагардон барои риоя накардани талаботи моддаи 340 Кодекси ҳуқуқвайронкунии маъмурии Ҷумҳурии Тоҷикистон дар ҷои қоидавайронкунии ҷаримаҳо ситонида шудаанд. Сабабҳои сар задани садамаҳои нақлиётӣ зиёд дар роҳҳо ва садамаҳо бо марги роҳгузарҳо, инчунин ронанда ва мусофирон гуногунанд. Масалан, ронандаи автомашинаи сабукрав ҳангоми ҳаракат дар

роҳи автомобилгард қоидаҳои ҳаракати роҳро риоя накарда, бо суръати баланд ҳаракат карда, аз уҳдаи идораи воситаи нақлиёт набаромада чаппа мешавад, дар натиҷа мусофирон аз ҷумла кӯдакон ҷароҳати вазнини ҷисмонӣ бардошта, ҳангоми ба беморхона дастрас намудан гоҳо ба ҳалокат мерасанд.

Мавод ва натиҷаи таҳлили он. Таҳлили ҳодисаҳои вафти одамон дар натиҷаи садамаи нақлиётӣ дар шаҳри Душанбе ҳангоми санҷидан ва омӯختани маводҳои Маитхонаи маркази экспертизаи тиббии судӣ тайи солҳои 2015- 2019-ум, дар соли 2019-ум тибқи маълумотҳои экспертизаи тиббии судӣ 8 нафар ҳасад ба қайд гирифта шуда, аз тарафи экспертҳои тиббии судӣ кушода шуданд. Дар натиҷаи омӯختани ҳасадҳо, ки бо марги маҷбурӣ фаро расидааст, дар байни онҳо 60,4 фоизро мардон ва 16,2 фоизро занон ташкил медиҳанд. Марги ҷабрдидагон, ки дар ҷои ҳодиса фаро расидааст, 40,2 фоиз, дар беморхонаҳо 6,2 фоиз, ҳангоми ба беморхона дастрас намудан, 2 фоизро ташкил додааст. Ба ин гурӯҳ шахсони дар синну соли 17-50-сола дохил мешаванд (14,2 фоиз). Зиёд шудани садамаҳои нақлиётӣ дар фасли тобистон ва тирамоҳ ба назар мерасад. Дар моҳҳои август, сентябр, октябр аз як се ҳиссаи фаро расидани марг мушоҳида карда шудааст. Дар натиҷаи паҳш намудани автомобил 37,2%, аз бархурди одамон ба автомобили ҳаракаткунанда 8 фоиз, аз гузаштани ҷарҳи автомобил 3 фоиз, дар салони автомобил 10 фоизро ташкил дода, ҳангоми ҳодисаҳои ғайри марговар дар дохили салони автомобили сабукрав, дар ронанда ва мусофири нишастгоҳи пеш бештар қос ва пойҳо осеб мебинанд.

Вазифаҳои экспертизаи суди тиббӣ сершумор мебошанд. Дар ҳолати гузаронидани экспертизаи суди тиббӣ оиди осебҳои автомобилӣ сабабҳои зерин муайян карда мешаванд: дар бадани иштирокчиёни садамаҳои нақлиётӣ мавҷуд будан ё набудани ҷароҳатҳои ҷисмонӣ, механизми пайдоиш, миқдор дараҷаи расонидани зарари ҷисмонӣ, паҳншавии ҷароҳатҳо ва сабаби марг. Ташкил ва тарзи гузаронидани экспертизаи



Чадвали 1. – Тахлили чароҳатҳои ҷисмонӣ бардоштани ронандагон, мусофирон, пиёдагардон дар натиҷаи садамаҳои автомобилӣ, мувофиқи маълумотҳои Маркази экспертизаи тиббии судии Ҷумҳурии Тоҷикистон

Дараҷаи зарари ҷисмонӣ	2015	2016	2017	2018	2019
Расонидани зарари вазнини ҷисмонӣ	266	278	285	313	384
Чароҳати миёнаи ҷисмонӣ	661	684	695	716	751
Расонидани чароҳати сабуки ҷисмонӣ	1445	1536	1660	1703	1735
Бе зарари ҷисмонӣ	2600	2714	2750	2811	2900

шахсони зинда ва часадҳо мутобиқи фармони Вазорати тандурустӣ ва ҳифзи иҷтимоии аҳолии Ҷумҳурии Тоҷикистон таҳти рақами №706 аз соли 2012 амал мекунад.

Осеби автомобилӣ осебҳои мебошанд, ки ба пиёдагард, ронанда ё мусофир дар натиҷаи ҳаракати воситаҳои нақлиёт-автомобил, автобус, троллейбус расонида мешавад. Экспертизаи судии тиббӣ чунин ҳолати садамаҳои нақлиётиро муайян мекунад: 1. Дараҷаи зарари чароҳатҳои бардоштаи иштирокчиёни дар ин садамаи нақлиётӣ.

Дар натиҷаи гузаронидани муоинаи тиббии чабрдида, агар экспертҳо муайян карда бошанд, ки дараҷаи зарар ба саломати ба зарари сабук ба саломатӣ мутобиқ аст, айбдоршавандаи садамаи нақлиётӣ ба ҷавобгарии маъмурӣ бо намуди ҷарима, озод кардан аз ҳуқуқи ронандагӣ, ё ин ки мувофиқи кодекси муурофиявии прокессуалии моддаи №212 ҚТ ба ҷавобгарии ҷиноятӣ кашида мешавад. Дар натиҷаи расонидани зарари миёна ё вазнин ба саломатӣ ё ин ки ҷавоби беаҳтиётнаи чабрдида, шахсе ки ҷиноят содир карда аст, бо моддаи №212/2 Кодекси Ҷиноятӣ ҚТ ба ҷавобгарӣ кашида мешавад. Инчунин ҳулосаи экспертизаи судии тиббӣ асоснок мекунад, ки чабрдидаҳо ҳуқуқдоранд, ки дар муурофияи судӣ оиди зарари моддӣ ва маънавӣ, ки ба онҳо расонида шудаанд, ҷаброн талаб кунанд. Экспертизаи судии тиббӣ дар асоси руҳ додани садамаҳои нақлиётӣ дар роҳи шаҳодати асосии объективонаи гунаҳкор ё бегуноҳ будани иштирокӣ сар задани он мебошад.

Ҳулоса: Ҳамин тариқ, маводҳои дар боло зикршударо ба назар гирифта, чунин ҳулоса баровардан мумкин аст: осеби автомобилӣ дар байни дигар сабабҳои фаро расидани марг яке аз ҷойҳои асосиро ишғол менамоянд. Ин яке аз ҳулосаҳои асосӣ ба шу-

мор меравад ва маводҳои садамаҳои автомобилӣ ҳангоми таҳқиқ мавқеи асосиро ишғол менамоянд. Маълумотҳои ҳосилшуда барои баланд бардоштани сифати экспертизаҳои тиббӣ судӣ ва тиббӣ ҷиноятӣ ва тартиб додани ҳулосаҳои асоснокӣ экспертизҳои садамаҳои автомобилӣ муҳим ба шумор меравад. Зиёдшавии садамаҳои нақлиётӣ дар солҳои охир ба зиёдшавии осебҳои автомобилӣ меоваранд. Айни замон дар ин бора на танҳо воситаҳои ахбори омма, сомонаҳои расмӣ ҷумҳурӣ, балки сомонаҳои хориҷи хабар медиҳанд. Ҷомеаи Тоҷикистон ба ҷашни бузурги умумимиллӣ – 30-солагии истиқлолияти давлатии кишвари демократӣ, ҳуқуқбунёд ва дунявиамон омодагии ҳамаҷониба мебинад. Дар зарфи ин солҳо дар натиҷаи тадбиқи сиёсати созандаи Ҳукумати ҷумҳурӣ бо сарвари Пешвои муаззами миллат Эмомалӣ Раҳмон неқӯаҳволии мардум сол аз сол ба таври назаррас беҳтар мегардад. Ин боис гардид, ки қариб ҳар оила соҳиби мошини сабукрав, ҳатто ду-се воситаи нақлиётӣ гардад. Теъдоди нақлиёти ҷамъиятию хизматӣ ҳам ба маротиб афзудааст. Аз ин рӯ, Ҳукумати мамлакат ба бунёду таъмири роҳҳо ва пулҳо эътибори ҷиддӣ медиҳад. Бо вучуди ин шумораи зиёди садамаҳои нақлиётӣ ҳама сола мушоҳида мегардад, ки боиси нигаронист. Бо дарназардошти ин Роҳбари давлатамон аз вазорату идораҳои дахлдор андешидани чораҳои заруриро талаб менамоянд. Дар яке аз суханрониҳои Ҷаноби Олӣ бо таассуф гуфта буданд, ки бисёр вақт сабабгори садамаҳои нақлиётӣ ва ҳалокати одамон фарзандони амалдорон мебошанд ва ҳатто ба ҷавобгарӣ кашидани волидайнӣ онҳоро зарур шуморида буданд. Қонуни Ҷумҳурии Тоҷикистон „Дар бораи масъулияти падару модар дар таълим ва

тарбияи фарзанд” волидайро вазифадор менамояд, ки ба фарзандон дар хусуси эҳтиёткор будан, ҳамчунин хангоми идораи нақлиёт, дар вақти аз роҳу пиёдагардҳо ва ҷойҳои ҷамъиятӣ ҳушдор диҳанд. Ашхоси масъул хангоми додани ҳуччати ронандагӣ

ба ҷавонон серталаб бошанд. Хулоса, масъалаи пешгирии ҳама гуна ҷиноят, аз ҷумла садамаҳои нақлиётӣ кори умум, кори тамоми ҷомеа аст. Танҳо дар ҳамин сурат суботу оромӣ, волоияти қонун ва тартиботи ҷамъиятӣ дар ҷомеа ҳукмфармо мегардад.

АДАБИЁТ:

1. Авдеева, В.Г. Первая помощь при дорожно-транспортном происшествии / В.Г. Авдеева, Л.И.Субботин. Пермь: Метелица, 2006. - 31с.
2. Аверьянова Т.В., Белкин Р.С., Корухов Ю.Г., Криминалистика М.: Норма, 2000, 990 с.
3. Бурцева Е.В., Рак И.П., Селезнев А.В. Криминалистика. Тамбов: ТГТУ, 2006, 96с
4. Варющенко, С.Б. Безопасность жизнедеятельности и медицина катастроф / С.Б. Варющенко, В.С.Гостев, Н.М.Киршин. М.: Академия, 2005 - 320 с.
5. Гирько С.И. Николаев В.Н., Шадрин С.Ф. Судебная медицина М.; Эксмо, 2006, 640с.
6. Крюков В.Н. Судебная медицина. 1990 г
7. Попов В.А. Судебная медицина. С-Пб.: Пресс, 2006, 622с.
8. Пиголькин Ю.И Судебная медицина. 2006 г.
9. Хохлов В.В. Повреждение грудной клетки тупыми предметами. Смоленск. Сегмент, 1996, 193 с.
10. Хушкадамов З.К. Тибби судӣ.Кисми 1-ум 2011-ум сол.

РОЛЬ СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ В ИССЛЕДОВАНИИ ТРАНСПОРТНЫХ ПРОИСШЕСТВИЙ ОЕВ Д.

Аннотация: в последние годы количество происшествий на дорогах увеличилась и это беспокоит мировое сообщество. Наблюдается высокая смертность и травм на улицах и автомобильных дорогах. Заключение судебно-медицинских экспертов является объективным доказательством виновности или невиновности участников транспортных происшествий.

Судебно-медицинские эксперты дают обоснованные доказательствами ответы и объективное заключение на вопросы работников прокуратуры. Если во время осмотра на теле живых людей наблюдаются телесные раны, составляется акт освидетельствования. Во время проведения судебно-медицинской экспертизы также определя-

ются объективные данные, которые помогают помочь в раскрытии причин и предотвращения преждевременной смертности. Прокурор, следователь и другие ответственные лица рассматривают материалов уголовного дело в соответствие с процессуальными требованиями.

Судебно-медицинская экспертиза различается от освидетельствования. Если в результате освидетельствования на теле пострадавшего обнаруживаются телесные повреждения на их основании назначается судебно-медицинская экспертиза.

Ключевые слова:материалы и методы исследования, судебно-медицинская экспертиза, освидетельствование, закон, доказательство.

THE ROLE OF FORENSIC MEDICAL EXAMINATION IN THE STUDY OF VEHICLE ACCIDENTS Oev D.

Resume: In recent years, the number of road accidents has increased and this worries the

world community. There is a high mortality rate and injuries on the streets and highways.



The conclusion of the forensic experts is objective evidence of the guilt or innocence of the participants in traffic accidents.

Forensic experts give evidence-based answers and an objective conclusion to the questions of prosecutors. If bodily wounds are

observed on the body of living people during the examination, an act of examination is drawn up. During the forensic medical examination, objective data are also determined that help to uncover the causes and prevent premature mortality. The prosecutor, investigator and

Оев Д. Н. – ассистенти кафедраи анатомияи патологӣ ва тибби судии МДТ «ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино». Тел: 888801950.

Оев Д.Н. – ассистент кафедри судебной медицины, ГОУ ТГМУ имени Абуали ибни Сино. Тел: 888801950.

Oev D.N. - Assistant of the Department of Forensic Medicine, ATSMU named after Abuali ibn Sino. Tel: 888801950.

ОПТИМИЗАТСИЯКУНОНИИ ТАШХИСИ БАРМАҲАЛИ НЕКРОЗИ АСЕПТИКИИ САРАКИ РОН

Акрамов С.М.

Кафедраи травматология, ортопедия ва ҚҲС – и МДТ «Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абӯалӣ ибни Сино»

Муҳимият. Некрози асептикии сараки рон (НАСР, остеонекроз, некрози ишемики) – ин некрози элементҳои мағзи устухони сараки рон мебошад, ки дар натиҷаи вайроншавии гардиши хуни он ба амал меояд. [11,12, 13]. Бори аввал ин ҳолати патологиро Е. Bergman соли 1927 ва Е. Freund соли 1939 қайд намуданд [3]

Некрози асептикии сараки ронҳо аз ҳама бештар дар синни аз 25 то 50 соллаги дучор гашта, мардон назар ба занон 3-8 маротиба зиёдтар дучор мегарданд [3]. Ҳамасола дар ИМА аз 10 000 то 20 000 шахсони нави гирифтори ин бемори ба қайд гирифта мешаванд [8]. Дар 50-75% ҳолатҳои дутарафаи он дучор мегардад [1,4].

Патофизиологияи некрози асептикии сараки ронҳо тоҳол пурра омӯхта нашудааст. Дар 50% ҳолатҳо НАСР сабаби идиопатии дошта, бе сабабҳои муайян ба амал меоянд ва дар боқимондаи ҳолатҳо он дуҷумладараҷа мебошад. Бо маълумоти адабиётҳо яке аз сабабҳои асосии он терапияи дарозмуддати (зиёда аз 3 моҳ) кортикостероидҳо ва барзиёд истифода бурдани нӯшоқиҳои спиртӣ мебошад [9]. Бемори метавонад баъд аз ҳолатҳои зерин ба амал ояд: осеби гарданак ва сараки рон, хангоми бемориҳои гематогени, коагулопатия (тромбофилия, ги-

пофибринолиз), таъсири нурҳои радиатсионӣ, дар шахсони гирифтори бемории подагра, терапияи кортикостероидҳо, истифодаи нӯшоқиҳои спиртӣ ва дар баъзе ҳолатҳо мутатсияи генҳо ба амал меояд [1, 3].

Механизми асосии ба амал омадани некрози асептикии сараки рон ба вайроншавии гардиши хуни он вобастаги дорад. Дар бисёри ҳолатҳо авалинараҷа вайроншавии гардиши хун дар системаи варидӣ ба амал омада, баъдан ин ҳолат ба системаи шарёӣ мегузарад [3].

Яке аз аломатҳои асосии патологияи косу рон дардмандӣ мебошад. Дард дар ноҳияи бугуми косу рон ва сурин пайдо гашта, паҳншавии он ба сатҳи дарунии рон то зонҳо ба амал меояд. Дар аввал дард хангоми корҳои ҷисмони ба амал меояд ва дар ороми мегузарад. Баъзан дардҳои шабона низ беморро безобита менамояд. Хангоми муоина атрофияи мушакҳои дунбаю рон ба назар мерасад ва хангоми палмосиш дардмандӣ ба қайд гирифта мешавад [3]. Дар мади аввал ҳаракатҳои ротатсионӣ маҳдуд мегардад ва дурбари, овардан ва қадкуни дар бугуми косу рон дардманд мебошад. Ба бемороне, ки ба гурӯҳи хавфӣ ин бемори дохил мешаванд бояд аҳамияти ҷиддӣ дод [2]. Онҳо бояд ҳамеша таҳти назорат қарор гиранд.



Мақсади татқиқот ин баҳогузори ва муқоисаи рентгенография, томографияи компютери ва томографияи магнитуи резонанси барои ташхисгузори бемории НАСР.

Мавод ва усулҳои татқиқот. Ба ҳамаи бемороне, ки шикоятҳои ба дардманди дар бугуми косу рон доранд ва ба бемории НАСР монанд мебошад аввалиндарача рентгенография дар ҳолати пешу-қафо гузаронида шуд. Баъдан вобаста аз нишондод ва марҳилаи бемори ТМР ва ТК гузаронида шуд. Сини беморон аз 20 то 55 сола буда сини миёна 42,5 солро ташкил медиҳад. Беморон дар табоботи статсионари дар шуъбаи ортопедии МД ММТ ҚТ «Шифобахш» ва ё дар табоботи амбулатори, таҳти назорати доими, дар солҳои 2019-2021 қарор доштанд.

Ҳангоми гузаронидани томографияи магнитуи резонанси пайдарҳам T1, T2 ва PD бо усули чарб фурубарӣ ва гидрография гузаронида шуд.

Усулҳои ТК ва ТМР 40 бемор (80 бугум) гузаронида шуд. Некрози асептикии сараки рон дар 31 бемор (19 мард, 12 зан) ташхисгузори карда шуд. Ҳолатҳои дугарафаи бемори дар 6 нафар ба қайд гирифта шуд, ба, ки он 18,75% - ро ташкил менамояд.

Татқиқот ба он бемороне, ки шикоят ба дардманди дар бугуми косу рон, бо иррадиатсия ба сатҳи дарунаи рон ва бугуми зону доранд, ва шикоятҳои ба некрози асептики шабоҳат дорад гузаронида шуд.

Сабабҳои асосии ба амал омадани некрози асептикии сараки рон аз руи маълумоти мо ин: терапияи кортикостероидҳо -14 ҳолат, истифодаи нушокиҳои спирти - 2 ҳолат, осеби гарданак ва сараки рон (шикаст, баромад, инчунин латхурии бугуми косу рон) - 4 ҳолат ва дар 11 ҳолатҳои дигар сабабаш номаълум (идиопатикӣ) буданд.

Талаботи асоси ба маводҳои татқиқотӣ, ки метавонанд НАСР-ро дар марҳилаҳои аввал ташхисгузори мекунад, ин гирифтани маълумоти пурра, муайян кардани бемори дар марҳилаҳои аввал, ҷойгиршави ва ҳаҷми ҷои некрозшуда ва марҳилаи бемори мебошад. Барои ҳалли ин масъала дар шароити муосир усулҳои зерини визуализатсия гузаронида мешавад:

- Рентгенография
- Томографияи компютерӣ
- Томографияи магнитуи резонансӣ.

Рентгенография имконият медиҳад, ки таносубияти сатҳи бугум, паҳнии роғи бугум, структураи сараки ронро муайян кард. Инчунин метавонем сатҳи зиёдшавии шидатноки ё мавқеи саҳтшавии бофтаи устухони ва контурҳои бугумро муайян кард. Камбудии ин усули ташхис дар он аст, ки визуализатсияи бофтаҳои нарми атрофи бугум, бофтаҳои тағоякии бугум, моеи чамъшудаи дохили бугум имконнопазир аст.

Саволҳои иловагӣ, ки ҳангоми рентгенография пайдо гаштанд, барои ҳалли онҳо ТК ва ТМР истифода намудем ва онҳо ҳалли худро ёфтанд. Яке аз бартариҳои ТК ва ТМР дар он аст, ки ҳолати беморро дигар накарда дар якҷанд сатҳи ҷустуҷуй гузаронида шавад.

Имконияти ташхисгузори некрози асептикии сараки рон бо воситаи ТК ва ТМР осонтар гардида, дар марҳилаҳои аввал ташхисгузори кардан имконпазир гардид.

Ҳангоми гузаронидани ТК ба ғайр аз муайяни марҳилаи бемории НАСР, ҳаҷми мавқеи некрозшудаи сараки рон ва ҳолати бофтаҳои мулоими атрофи бугум муайян кардан имконпазир аст.

Ҳангоми муоинаи беморон ТМР-и бугуми косу рон дар се сатҳи гузаронида шуд: аксиали, коронари ва сагитали. Дар ТМР визуализатсияи фибрози тағояки лаби бугумӣ, пайвандаки мобайнӣ, пайҳо ва қабати кортикалии эпифиз, моеи чамъшудаи дохили бугум ва варамии устухон имконпазир аст. Инчунин бо воситаи ТМР динамикаи табоботро марҳилавӣ муайян кардан мумкин аст [6,7].

Интихоби усули табоботи НАСР авалиндарача аз марҳилаи бемори дар вақти ташхисгузори вобастааст. Дар замони ҳозира дар маводҳои илмӣ бештар классификатсияи ARCO (Association Research Circulation Osseus) истифода бурда мешавад, ки он тағиротҳои рентгенологи, томографияи компютери ва томографияи магнитуи - резонансиро якҷоя менамояд [4,7,8]. Классификатсияи ARCO (1992) 5 марҳиларо дарбар



мегирад. Марҳилаҳои I ва II ба 3 навъ чудо мешаванд: А (15% сарак зарар дидааст), В (аз 15 то 30%), С (зиёда аз 30%). Дар марҳилаи III- юм коллапси сараки рон ба амал меояд, ки вобаста аз ҳаҷми он ба навъҳо чудо мешаванд: А (коллапси сарак то 2мм.), В (2-4мм.) ва С (зиёда аз 4мм.).

Натиҷаҳои таҳқиқот ва муҳокимаи он.

Марҳилаи 0. Дар ин марҳила беморон танҳо ба дардманди шикоят мекунад, ки одатан дар мавқеи қадкашак чай дошта, доими нест. Дард хангоми корҳои ҷисмони пайдо гашта хангоми ороми нест мешавад. Ҳаракатҳои дар бугуми косу рон бе тағир мебошад. Тағиротҳои рентгенологи, КТ ва ТМР дида намешавад. Нишонаҳои аввалинро танҳо бо воқеаҳои ТМР-и марҳилавӣ ва ё бо услҳои гистологи муайян кардан мумкин аст [5].

Марҳилаи I. Клиники дард каме зиёдтар мегардад. Маҳдудияти ҳаракатҳои дар бугуми косу рон пайдо мегардад, хусусан ҳаракати ротатсионӣ. Дар ин марҳила некрози тоталии мағзи устухон, оғози некрози трабеулҳои устухон, зиёд гардидани моеъи байнихучайравӣ дар мағзи устухон ба амал меояд. Дар акси рентгенӣ ва томографияи компютерӣ тағиротҳои дида намешавад. Дар ин марҳила дар ТМР варамии мағзи устухон ба монанди минтақаи камгаштаи шиддат дар садои МР дар T1 ва баландшавии шиддат дар T2 дар речаи фурубари чарбҳои мушоҳида карда мешавад. Минтақаи варами метавонад ҳаҷм ва шакли гуногун дошта бошад. Дар марҳилаҳои аввали ин ҳолати патологӣ дар қабати субхондралии сараки рон хати досмонанди дар садои ТМР шиддташ паст мушоҳида карда мешавад [6].

Марҳилаи II. Дар ин марҳила дардмандиҳои доими гашта дар ҳолати ороми низ қайд карда мешавад. Беморро дардмандиҳои шабона безобита мекунад. Дар бугуми косу рон бағайр аз ҳаракатҳои ротатсионӣ дигар ҳаракатҳои низ маҳдуд мегарданд. Куррашакли сараки рон вайрон нагардида аст (расми №2).

Марҳилаи III. Клиники дар ин марҳила аломатҳои марҳилаи дуум зиёдтар мегарданд. Рентгенологи: Дар ТК афзоиши хаттии шаффофият дар мавқеи субхондралии сара-

ки рон (нишонаи “ниммоҳ”) дида мешавад. Колапси субхондралии, импрессия ва секвестрацияи сараки рон дида мешавад. Вобаста аз ҳаҷми қисми колапсшудаи сарак ин марҳила ба 3 навъ чудо мешавад. А- колапс то 2 мм., В 2-4мм., ва С зиёда аз 4мм. Тағиротҳои дар сақфи ҳуққа дида намешавад.

Марҳилаи IV. Клиникаи дардмандиҳои тоқатфарсо ба амал меояд. Ҳаракатҳои дар бугуми косу рон маҳдуд гашта контрактираи қатқунандаю оваранда ба амал меояд. Рентгенологи: шаклвайроншавии (деформатсияи) сараки рон, тангшавии роғи бугум (то пурра гум шудани он) ва тағиротҳои боми ҳуқа дида мешавад.

Вобаста ба таснифи ARCO беморон ба таври зерин чудо карда шуданд:

Дар марҳилаи I-уми НАСР 4 (12,5%) бемор ташхисгузори карда шуд, ки аз онҳо 2 бемор дар I А (ҳаҷми мавқеизарардидаи сарак то 15% онро ташкил медиҳад), 1 бемор дар I В (мавқеи осебдидаи сарак 15-30% ро ташкил медиҳад) ва як бемор дар I С (мавқеи осебдида зиёда аз 30%-и саракро ташкил менамояд) ташхис карда шуданд (расми 1)

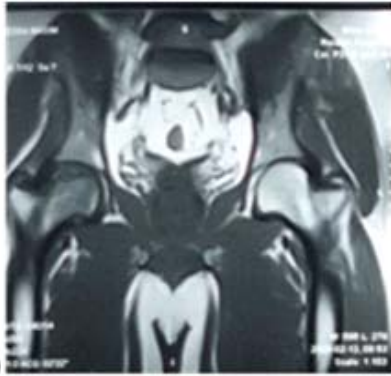
Дар марҳилаи II-юми беморӣ 5 (15,6%) бемор ташхисгузори карда шуданд, киду нафари онҳо дар марҳилаи II А (ҳаҷми мавқеи зарардидаи сарак то 15% ро ташкил медиҳад) (расми 2), ду бемор дар марҳилаи II В (ҳаҷми ҷои некрозшуда 15-30% ташкил медиҳад) ва 1 бемор дар марҳилаи II С (ҳаҷми мавқеи некрозшуда зиёда аз 30% саракро ташкил медиҳад) ташхисгузори карда шуд.

Марҳилаи III юми бемори дар 15 (46,8%) бемор ба қайд гирифта шуд, ки онҳо вобаста аз ҳаҷми коллапси (импрессияи) сараки рон ба чунин навъҳо чудо карда шуданд: III А дар 7 нафар беморон ки импрессия то 2мм.ро ташкил медиҳад, III В дар 5 бемор импрессия аз 2 то 4 мм-ро ташкил медиҳад ва 3 бемор дар марҳилаи III С ки импрессия зиёда аз 4 мм ро ташкил медиҳад, ташхисгузори шуданд.

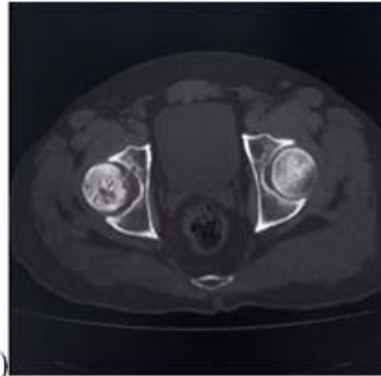
Марҳилаи IV- уми бемори дар 9 бемор ба қайд гирифта шуд, ки дар онҳо бағайр аз тағиротҳои сараки рон тағиротҳои дуумин дар ҳуқа низ мушоҳида карда шуд.



Расми № 1. Бемор 20 сола. Дар рентгенограмма ва маводи саракӣ рони ҳамон бемор мавқеи некрози асептикий бо нишонаҳои импрессия (чарроҳӣ-эндопротезкунонии бугуми косу рон). Некрози асептикий саракӣ рон марҳилаи IV.



A)



B)



B)

Расми № 2. Бемор 30 сола. Дар ТМР-и кбугуми косу рон ва ТК (баъд аз 2 моҳ) некрози асептикий саракӣ рон бе вайроншавии куррашаклий саракӣ рон дида мешавад. Некрози асептикий саракӣ рон марҳилаи II (IIA- IIB).



A)



B)



B)

Расми №3. Дар акси ТМР ва ТК дар речаи 2D ва 3D некрози асептикий саракӣ рон бо шикасти фишурдашудаи субхондралӣ ва вайроншавии куррашаклий саракӣ рон дида мешавад. Некрози асептикий саракӣ рон марҳилаи III.



A)



B)



B)

Расми №4. Дар акси рентгени ва ТК дар речаи 2D ва 3D некрози асептикий саракӣ рон бо деформатсияи саракӣ рон ва тағиротҳо дар ҳуққа дида мешавад. Некрози асептикий саракӣ рон марҳилаи IV.



Гузаронидани чунин татқиқотҳо имкони- ят медиҳанд, ки некрози асептикий сараки ронро дар марҳилаҳои аввали бемори таш- хисгузори карда табобати консервативи ва ё табобати ҷарроҳӣҳои узвнигорҳдоранда гузаронида шавад.

Хулоса. Ҳамин тавр, барои муайян кан- дани некрози асептикий сараки рон, дар ма-

рҳилаи аввал, истифодаи ТМР ба мо имко- ният медиҳад, ки ба бемор ташҳиси дуруст гузошта, табобати саривактии бармаҳал гузаронида муҳлати хизмати буғуми ҳуди беморро дароз намуда, амалиети узвнигоҳ- доранда истифода бурда шавад. Дар хола- тҳои шикасти субхондралии сарак ТК маъ- лумоти бештар ва хубтар медиҳад.

АДАБИЁТ

1. Kaushik, A.P. Osteonecrosis of the femoral head: An update in year 2012 / A.P. Kaushik, A. Das, Q. Cui. // *World J. Orthop.* – 2012. – Vol. 3, N 5. – P. 49–57.
2. Ревенко, Т.А. 9. Артроз и некроз тазобедренного сустава у взрослых / Т.А. Ревенко, Е.И. Астахова, В.Г. Новикова // *Ортопедия, травматология.* — 1978. — Вып. 8. — С.12—17.
3. Sen, R.K. Management of avascular necrosis of femoral head at pre-collapse stage / R.K. Sen // *Indian J. Orthop.* – 2009. – Vol. 43, N 1. – P. 6–16.
4. Helms C.A., Major N.M., Anderson M.W. et al. *Musculoskeletal MRI.* Saunders. Inc. 2009. 442 p.
5. Boraiah S. Dyke J. P. Hettrich C. et al. Assessment of vascularity of the femoral head using gadolinium (Gd-DTPA)-enhanced magnetic resonance imaging: a cadaver study // *J. Bone Joint Surg. Br.* 2009. V.91. (1). P.131-137.
6. Tiderius C., Jaramillo D., Conolly S. et al. Post-closed reduction perfusion magnetic resonance imaging as a predictor of avascular necrosis In developmental hip dysplasia: a preliminary report. *J. Pediatr. Orthop.* 2009. V. 29. (1). P. 14-20.
7. 20. Helms C. A., Major N. M., Anderson M. W. et al. *Musculoskeletal MRI.* Saunders. Inc., 2009, p. 442.
8. Матвеев Р. П., Брагина С. В. Аvascularный некроз головки бедренной кости (обзор литературы) // *Экология человека.* 2018. № 3. С. 58–64.
9. Chan K.L. and Mok C.C.*. Glucocorticoid-Induced Avascular Bone Necrosis: Diagnosis and Management // *Open Orthop J.* — 2012. — Vol. 6. — P. 449-57
10. Рейнберг, С.А. Рентгенодиагностика заболеваний костей и суставов: руководство для врачей / С.А. Рейнберг. — М.: Медицина, 1964. — Т. 1, 2. — 256 с.
11. Rackwitz L., Eden L., Reppenhagen S. et al. Stemcell- and growth factor-based regenerative therapies for avascular necrosis of the femoral head. *Stem Cell Res. Ther.* 2012, 3, pp. 7-16
12. Ахтямов И. Ф, Закиров Р. Х., Лобашов В. В. Современные методы визуализации в диагностике остеонекроза головки бедренной кости // *Вестник современной клинической медицины.* 2014. № 7 (прил. 2). С. 30–39.
13. Родионова С. С., Шумский А. А. Ранние стадии асептического некроза головки бедренной кости // *Клинический протокол.* М., 2013. 16 с.

ОПТИМИЗАЦИЯ РАННЕЙ ДИАГНОСТИКИ АСЕПТИЧЕСКОГО НЕКРОЗА ГОЛОВКИ БЕДРЕННОЙ КОСТИ

С.М. Акрамов

Кафедра травматологии, ортопедии и ВПХ ГОУ «Таджикский государственный медицинский университет имени Абуали ибни Сино»

Асептический некроз головки бедренной кости (АНГБК, остеонекроз, ишемический некроз) - это некроз элементов головки бедренной кости, возникающий в результате



нарушения кровообращения. Асептический некроз головки бедра чаще всего встречается в возрастной группе от 25 до 50 лет, причем у мужчины страдают в 3-8 раза больше чем женщин.

В этой статье описаны клинические проявления асептического некроза головки бедренной кости и методы его диагностики в ранних стадиях, с использованием современных лучевых методов диагностики и определит стадию заболевания и характер изменений. Показано сравнительная оценка различных методов лучевой диагностики – рентгенография, компьютерная томогра-

фия (КТ) и магнитно-резонансная томография (МРТ) в зависимости от стадии асептического некроза головки бедренной кости (АНГБК).

Цель исследования - оценить и сравнить рентгенографию, компьютерную томографию и магнитно-резонансную томографию для диагностики АНГБК и исходя из стадии выбрать более подходящий метода лечения этого заболевания.

Ключевые слова: Асептический некроз головки бедренной кости (АНГБК), методы диагностики, компьютерная томография (КТ), магнитно-резонансная томография (МРТ).

OPTIMIZATION OF EARLY DIAGNOSTICS OF ASEPTIC NECROSIS OF THE FEMORAL HEAD

S.M. Akramov

Department of traumatology, orthopedics and military field surgery of Avicenna TSMU

Aseptic necrosis of the femoral head (ANFH, osteonecrosis, ischemic necrosis) is a necrosis of the elements of the femoral head resulting from circulatory disorders. Aseptic necrosis of the femoral head most often occurs in the age group from 25 to 50 years old, and men suffer 3-8 times more than women.

This article describes the clinical manifestations of aseptic necrosis of the femoral head and methods for its diagnosis in the early stages, using modern radiation diagnostic methods, and will determine the stage of the disease and the nature of the changes. A comparative assessment of various methods of

radiation diagnostics is shown – X-ray, computed tomography (CT) and magnetic resonance imaging (MRI), depending on the stage of aseptic necrosis of the femoral head (ANFH).

The aim of the study is to evaluate and compare X-ray, computed tomography and magnetic resonance imaging for the diagnosis of ANFH and, based on the stage, the choice of a more appropriate method of treatment for this disease

Key words: Aseptic necrosis of the hip (ANFH), diagnostic methods, computed tomography (CT), magnetic resonance imaging (MRI).

Акромов Садриддин Мирахрорович, докторант PhD дар кафедраи травматология, ортопедия ва ҶХСМДТ “ДДТТ ба номи Абӯали ибни Сино”. E.mail: iramaakramov@gmail.com тел.: (+992) 93 478 77 75

Акромов Садриддин Мирахрорович, докторант PhD кафедри травматологии, ортопедии и ВПХ ГОУ «Таджикского государственного медицинского университета имени Абуали ибни Сино», E.mail: iramaakramov@gmail.com тел.: (+992) 93 478 77 75

Akramov Sadriddin Mirahrorovich, PhD doctors of the department of traumatology, orthopedics and military field surgery of Avicenna TSMU, E.mail: iramaakramov@gmail.com, тел.: (+992) 93 478 77 75



ФАРМАКОЛОГИЯ

ТАЪСИРИ МАВОДИ «ГЕПАТРИЛ» БА ТАҒЙИРОТҲОИ МОРФОЛОГӢ ЧИГАР ҲАГОМИ ЗАҲРОЛУД ШАВИ БО ЧОР ХЛОРИДИ КАРБОН (CCl_4)

Ғаниев Н.Х.

Маркази инноватсионӣ биология ва тибби АМИТ

Муҳиммият. Чӣ хеле ки маълум аст, олимон бо назардошти механизмҳои патогенетикии осеби музмини паҳншудаи чигар ба самаранокии муолиҷавии гепатопротекторҳои растанигӣ ишора менамоянд. Ин гепатопротекторҳо, ба туфайли мавҷудияти флавоноидҳо, полифенолҳо, микроэлементҳо ва моддаҳои гуногуни фаъоли биологӣ дар таркибашон, дорои таъсири антиоксидантӣ, иммуномодуляторӣ, захронӣ ва муъдадилсозии мембранаи чигар мебошанд. Гепатопротекторҳои асосашон растанигӣ, дар муқоиса бо синтетикӣ, таъсири иловагии дуумдараҷа надоранд. Ин ба мо имкон медиҳад, ки дурнамои ҳосил намудани гепатопротекторҳои нав аз гиёҳҳои шифобахшро мавриди баррасӣ қарор диҳем [1]. Тадқиқотҳои эпидемиологӣ солҳои охир нишон медиҳанд, ки зиёда аз 5% аҳолии калонсоли ҷаҳон аз гепатити музмин азият мекашанд. Дар Тоҷикистон дар 10 соли охир гирифтӣ ба гепатити музмини В 0,8-0,9% ва гепатити С 9-10%-ро ташкил додааст. Айни замон, дар байни наврасон сатҳи ин бемориҳо қариб 10% афзудааст [1,2].

Муолиҷаи гепатити музмини В ва С то ҳол яке аз вазифаҳои таъхирнопазири гепатологияи муосир ба шумор меравад. Сарфи назар аз он, ки табобати гепатити музмини В ва С бо доруҳои муосири антивирусӣ гузаронида мешавад, ҳангоми раванди фаъл гепатопротекторҳо ба таври васеъ истифода бурда мешаванд [1].

Ҳамин тариқ, дар асоси ашёи хоми гиёҳӣ доруҳои аслии табобатӣ коркард ва таҳия карда мешаванд, ки онҳоро метавон дар муолиҷаи бисёр бемориҳои музмини чигар васеъ истифода бурд.

Мақсади таҳқиқот. Омӯзиши маводи растанигии «Гепатрил» дар баъзе тағйиротҳои морфологӣ ҳангоми захролудшавӣ бо CCl_4

Маводҳо ва усулҳои тадқиқот. Кор дар заминаи Лабораторияи марказии илмӣ-тадқиқотии «ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино» гузаронида шудааст. Тадқиқотҳо дар 40 каламушҳои сафеди бо вазни 220-240 г, дар вивариум дар речаи сабуки 12-соата бо дастрасии озод ба об ва ғизои стандартӣ нигоҳ дошта мешуданд (ГОСТ Р 9.804-2006 ва RD-АРК 3.10.07.0.2-09). Ба сифати моддаи захролудкунии зершадидаи чигар пайвастигии чор хлориди карбон CCl_4 дар омехта бо равғани офтобпараст бо таносуби 1:1 истифода шуд. Каламушҳо ба 5 гурӯҳ 8-тогӣ тақсим карда шуданд. 1- солим; 2- назорати CCl_4 2г/кг; 3- Гепатрил 0,5г/кг+ CCl_4 2г/кг; 4- Гепатрил 0,7г, кг + CCl_4 2г/кг; 5- Карсил 0,5г/кг+ CCl_4 2г/кг;

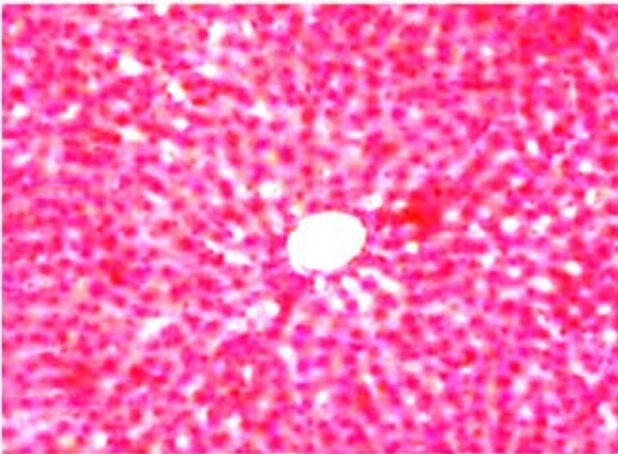
Тадқиқоти морфологияи бофтаи чигари ҳайвоноти таҷрибавӣ бо усулҳои ситологӣ ва гистологӣ гузаронида шуд. Узвҳои омодашуда барои муоинаи минбаъдаи гистологӣ бурида шуданд, лавҳаҳо бо ғафсии 3-5 мм. Лавҳаҳо дар якҷоягӣ бо барчаспҳои (биркаҳои) маълумот ва рақамгузори минбаъда дар ҳалтаҳои докагӣ гузошта шуда, ба муҳлати як рӯз дар маҳлули 10% -и формалини бо тарзи Лилли хобонда мешаванд. Пас аз коркард бо спирт, маводи сабтшуда ба блокҳои парафин рехта шуд. Қисмҳои ғафсии 5-7 мкм бурида шуда, бо гематоксин-эозин олула шудаанд.

Аз блокҳои ба ин тариқ гирифташуда қисмҳои ғафсии 3 мкм тайёр карда шуданд, ки барои тайёр кардани доруҳои гистологӣ бо гематоксин ва эозин, инчунин бо Ван Гизон ранг карда шуда, пас аз он тасвири умумии морфологияи узв омӯхта шуд [1].

Барои арзёбии натиҷаҳои тадқиқоти патоморфологӣ, системаи таҳлили компютери тасвирҳои микроскопӣ, ки аз микроскопи сабук-оптикӣ иборат буд, истифода шуд. Микропрепаратҳо дар зери микроскопи

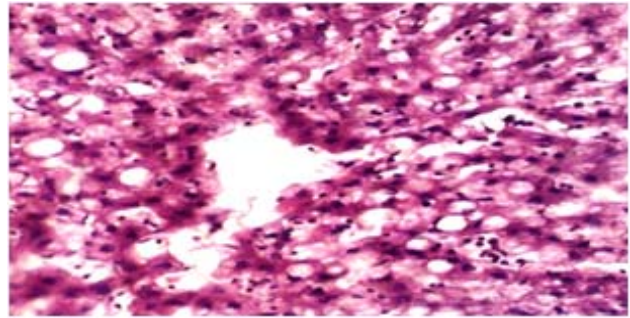
Olympus CX21FS 1. бо камерай махсусгардони микроскопи рақамӣ MC-DO 48U(E), хангоми бузургҳои гуногун омӯхта шуданд.

Натиҷаҳои бадаст омада. Мо тасвири морфологии чигарро хангоми захролудшавии зершадиди чигар CCl_4 омӯхтем. Як моҳ пас аз ворид кардани гепатотоксин, хангоми муоинаи гистологии биопсияҳо дар каламушҳои солим тасвири зерин мушоҳида карда шуд:



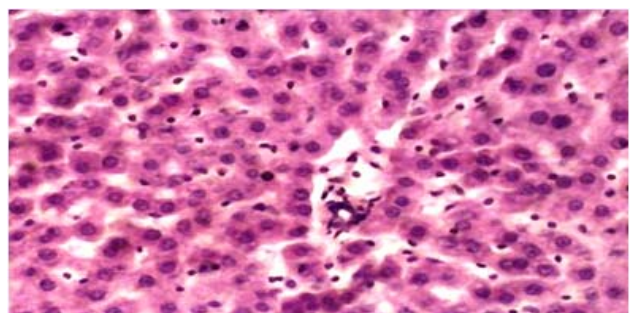
Расми 1. Тасвири гистологии чигари каламушҳои солим 30 рӯз. Рангкунии гемотаксиллин бо эозин. Ув. х 80.

Хангоми муоинаи гистологӣ, микропрепаратҳои чигар дар тамоми майдони пораи бурида ранги яксон доштанд. Рағҳои марказии варидӣ шакли мудаввар ё байзашакл дорой микдори зиёди эритроцитҳо мебошанд, сохтори лобулярӣ ва болорӣ, гепатоситҳои мономорфӣ нигоҳдошташударо дар бар мегиранд. Гепатоцитҳо дар рағҳои чигар дар паҳлӯи роҳҳо бо ҳам зич ҷойگیرанд. Дар байни рағҳои чигар, синусоидҳои якбора васеъшуда бо шикастапораҳои дағалона, бе таркиб намоёнанд. Гепатоситҳои ранги якхела доранд, дар ситоплазма гранулятсия мавҷуд аст. Роҳҳои порталӣ васеъ карда намешаванд. Дар гепатоситҳои аломатҳои тағирёбии дистрофӣ ва некротикӣ вучуд нашошанд. Дар минтақаҳои портал сегонаҳо ба таври возеҳ фарқ мекунанд. Рағҳои чигар гиперемия нестанд. Ҳеҷ нишонаҳои тағйироти дистрофӣ ва некротикӣ дар гепатоситҳо ёфт нашуд.



Расми 2: Тасвири гистологии чигари каламушҳо, назорати CCl_4 30-рӯз. Рангкунии гемотаксиллин бо эозин. Ув. х 200

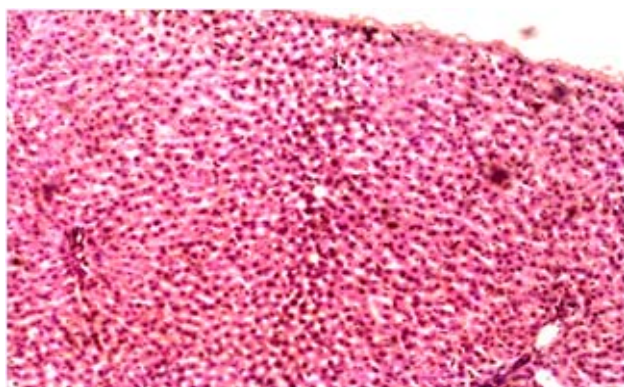
Дар доруҳо бофтаи чигар дар тамоми майдони пораҳои бурида яксон ранг карда мешавад. Рағҳои марказӣ шакли номунтазам доранд, системаи лобулаҳо якбора вайрон мешавад, хусусан дар минтақаҳои периваскулярии маркази лобулҳо вароҳҳои порталӣ. Гепатоситҳои дар рағҳои чигар ба ҳамдигар нобаробар меоянд, вайроншавии сохтори гепатоситҳоро, ки дар баъзе ҷойҳо бо қатраҳои рағғанӣ иваз мешаванд, дистрофияи рағғанӣ ва некрози гепатоситҳои муайян менамояд, хучайраҳои чарбуӣ андозаи гуногун доранд. Дар байни рағҳои чигар, синусоидҳои якбора васеъшуда ба таври возеҳ ба назар мерасанд, роҳҳои порталӣ дар баъзе ҷойҳо васеъ мешаванд. Дар минтақаҳои порталӣ сегона ба таври возеҳ фарқ намекунад. Рағҳои чигар камхун мебошанд. Сохтори девораи рағҳо нигоҳ дошта нашудааст ва камхун мебошанд, инфилтратҳои илтиҳобии манбавӣ. Аломатҳои гепатозҳои рағғани токсикӣ ва тағйироти некротикӣ дар гепатоситҳои мушоҳида мешавад.



Расми 3. Тасвири гистологии чигари каламуш, вояи гепатрил 0,5 мл. Рангкунии гемотаксиллин бо эозин. Ул. х 200



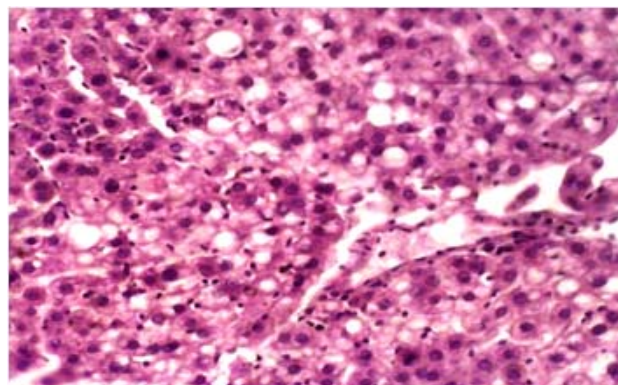
Дар дорухо бофтаи чигар дар тамоми майдони порчаҳои бурида ранги яксон дорад, рағҳои марказии варидии шаклашон дуруст, дар баъзе ҷойҳо васеъшуда, вайроншавии манбавии лобулярӣ ва болорӣ дар баъзе ҷойҳо вобаста ба некрози манбавии гепатоситҳо, дар баъзе ҷойҳои инфилтратҳои манбавии лимфоситӣ намоёнанд. Дар баробари ин, дистрофияи гепатоситҳо ва ҷисмҳои апоптотикӣ қайд карда шуд. Синусоидҳои васеъ дар байни рағҳои чигар ба таври возеҳ намоёнанд, роҳҳои порталӣ дар баъзе ҷойҳо васеъ шудаанд. Нобудшавии манбавии лобулярӣ ва болорӣ гепатоситҳо муайян карда мешавад.



Расми 4. Тағйироти морфологии бофтаи чигар дар каламушҳо, Гепатрил дар воия 0,7 мл. Рангкунии гемотоксилин бо эозин Ул. х 80.

Муоинаи гистологии доруҳои бофтаҳои чигар нишон дод, ки онҳо дар тамоми майдони порчаҳои бурида ранги яксон доштанд. Рағҳои марказӣ шакли мудаввар ё байзашакл доранд ва дорои миқдори зиёди ҳуҷайраҳои сурхи хун мебошанд. Гепатоситҳо дар рағҳои чигар дар паҳлӯи болорҳо бо ҳам зич ҷойгиранд. Дар байни болорҳои чигар синусоидҳои якбора васеъшуда ба таври возеҳ намоёнанд, дар баъзе ҷойҳо ҷамъшавии ҳуҷайраҳои хурд қатраи рағанӣ муайян мегарданд. Гепатоситҳо ранги якхелаи гомогенӣ доранд, дар ситоплазма грануляция мавҷуд аст. Ядроҳо шакли дурусти мудаввар ва гиперхромӣ доранд. Ҳуҷайраҳои алоҳидаи апоптотикӣ муайян карда мешаванд. Лимфоситҳои 4-5 намоёнанд. Дар баъзе ҷойҳо миқдори ками ҳуҷайраҳои чарбуӣ мавҷуданд. Сохтори лобулярӣ ва болорӣ

чигар каме ҳалалдор шудааст. Гепатоцитҳо мономорфӣ мебошанд. Дар гепатоситҳо падидаҳои дистрофияи рағанӣ гидропӣ ва хурдқатра пайдо карда шуданд. Дар атрофи минтақаи сегона инфилтрати хурди лимфоситӣ ошкор муайян мегардад.



Расми 5. Тағйироти морфологии бофтаи чигар дар каламушҳо, Карсил 0,5 мг. Рангкунии гемотоксилин бо эозин. Ув. х 200

Ҳангоми ташҳиси гистологии доруҳои бофтаи чигар, онҳо дар тамоми майдони порчаҳои бурида ранги яксон доранд. Рағҳои марказии шакли номунтазам, гепатоситҳо дар рағҳои чигар ба ҳам наздиканд, сохтори онҳо ба якдигар нобаробар тағйир ёфтааст. Дар байни рағҳои чигар, синусоидҳои якбора васеъшуда ба таври возеҳ намоёнанд, ҷамъшавии ҳуҷайраҳои фарбеҳи андозаҳои гуногун муайян карда мешаванд. Ядроҳои гепатоситҳо шакли дурусти мудаввар ва гиперхромӣ доранд. Дар гепатоситҳо падидаҳои дистрофияи гидропӣ ва рағанӣ. Ҳуҷайраҳои апоптотикӣ, аломатҳои сохтори лобулярӣ ва болорӣ чигар бо рушди гепатозҳои рағанӣ ва некрози гепатоситҳо муайян карда шуданд. Дар атрофи минтақаи сегона инфилтратсияи хурди лимфоситӣ муайян карда мешавад.

Ҳамин тариқ, дар асоси натиҷаҳои тадқиқоти морфологии каламушҳо, ки қиёми гепатрило ба миқдори 0,5 - 0,7 мл / кг вазни бадан қабул карда буданд, исбот гардид, ки моддаҳои санчидашуда дорои таъсири гепатопротекторӣ ва барқароркунанда мебошанд, ки тағйироти некротикӣ ва дистрофияи чарбуии гепатоситҳоро қариб пурра



пешгирӣ кардаанд. Гарчанде ки дар паренхимаи чигари каламушҳо аксар вақт падидаҳои дистрофияи гидропикии гепатоситҳо ва дистрофияи рағғани хурдқатра мушоҳида мешуд.

Натиҷаҳои бадастомада нишон медиҳанд, ки қиёми «гепатрил» аз самаранокии доруҳои машҳури “Карсил”, ки барои табобати гепатит ва сиррози чигар васеъ истифода мешавад, камӣ надорад.

Адабиёт

1. Мироджов Г.К., Якубова М.М., Курбанов М., Ишанкулова Б.А., Ганиев Н.Х. Поиск и перспектива использования новых гепатопротекторов растительного происхождения. Пробл. ГАЭЛ, 2015, №1. С. 3-8.
2. Смольякова, В.И. Гепатопротекторные эффекты тиофана при экспериментальном поражении печени тетрахлорметаном. В.И. Смольякова, М.Б. Плотников, Г.А. Чернышева, И.С. Иванов, А.Е. Просенко, Н.В. Кандалинцева. Эксперим. и клинич. фармакология. – 2011. Т. 74, № 8. С. 37–40.
3. Коржевский Д.Э. Основы гистологической техники. Д.Э. Коржевский, А.В. Гиляров. – М.: ГЭОТАР–Медиа, 2005. С. 608.

ВЛИЯНИЕ ГЕПАТРИЛА НА МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ ПРИ ЗАБОЛЕВАНИИ ЧЕТЫРЬХХЛОРИСТОГО УГЛЕРОДА (CCl₄)

Ганиев Н.Х.

Центр инновационной биологии и медицины НАНТ

В статье дается морфологическое описание печени крыс при подостром отравлении CCl₄, лечения Гепатрилом и Карсилом.

Ключевые слова: гепатрил, печень, морфология, животные.

EFFECT OF HEPATRIL ON MORPHOLOGICAL CHANGES OF LIVER CARBOXYLOGY (CCl₄)

Ganiev N.Kh.

Biology and medicine innovation center

This article provides a morphological description of the liver of rats in case of subcutaneous poisoning with CCl₄ and their

treatment with Hepatril and Carsil.

Key words: hepatriil, liver, morphology, animals.

Ганиев Начмиддин Хуршедович - Маркази инноватсионӣ биология ва тибби АМИТ ходими илмӣ. Суроға: 734017, Ҷумҳурии Тоҷикистон, шаҳри Душанбе, кӯчаи Карамов, 27,. Пӯштаи электронӣ: nadzhmidding@mail.ru

Ганиев Наджмиддин Хуршедович – Центр инновационной биологии и медицины НАНТ научный сотрудник. Адрес: 734017, Республика Таджикистан, город Душанбе, улица Карамова, 27,. E-mail: nadzhmidding@mail.ru

Ganiev Najmiddin Khurshedovich - Center for Innovative Biology and Medicine of the National Academy of Sciences of Tajikistan, Researcher. Address: 734017, Republic of Tajikistan, Dushanbe city, Karamova street, 27,. E-mail: nadzhmidding@mail.ru



ОМУЗИШИ ХОСИЯТИ ЗИДДИМИКРОБИИ БАЪЗЕ ҲОСИЛАҲОИ 1,3,4-ТИАДИАЗОЛО [3,2-А] ПИРИМИДИН

З.Г.Гулмахмадзода

Маркази илмию – тадқиқоти фарматсевтии Вазорати тандурустӣ ва ҳифзи иҷтимоии аҳолии Ҷумҳурии Тоҷикистон

Муҳимият. Пайдо гардидани муқовимати зиддимикробӣ ва набудани доруҳои лозима бар муқобили онҳо (микроорганизмҳои дорои муқовимат) яке аз масъалаҳои ташвишовар барои ҳифзи саломатии инсон ва ҳайвонот дар саросари ҷаҳон мебошад [1]. Таҳлили адабиётҳои илмӣ нишон медиҳанд, ки бисёре аз пайвастагиҳои гетеросиклӣ, ки сохтори тиадиазолиро доро мебошанд, хосияти баланди зиддимикробӣ зоҳир менамоянд [2].

Яке аз проблемаҳои актуалии химияи органикӣ ин синтези аналоги пайвастагиҳои фаъоли табиӣ мебошад, ки хосияти баланди фармакологӣ ва захрокии пастро зоҳир менамоянд. Технологияи синтези ин пайвастагиҳо ва маҳсулоти партовҳои онҳо барои муҳити зист бояд аз ҷиҳати экологӣ тоза бошад ва дар сурати ба муҳити зист партофта шуданаш, микроорганизмҳо ба осонӣ ҷаббида тавонанд. Яке аз самтҳои омӯзишии ин моддаҳо дар Ҷумҳурии Тоҷикистон ин синтези ҳосилаҳои 1,3,4-тиадиазоло[3,2-а]пиримидин мебошад, ки дар озмоишгоҳи химияи пайвастаҳои гетеросиклии Институти химияи ба номи В.И.Никитини Академияи миллии илмҳои Тоҷикистон ба роҳ монда шудааст. 1,3,4-тиадиазоло [3,2-а] пиримидин аналоги синтетикии пурин буда, доираи васеи фаъолияти биологӣ дорад.

Мақсади кор. Омӯзиши хосиятизидди-

микробии баъзе ҳосилаҳои 1,3,4-тиадиазоло [3,2-а]пиримидин дар штаммҳои бактерияҳои грамм-мусбат (*Staphylococcus aureus*), грамм-манфӣ (*Escherichia coli*) ва штамми дорои муқововимат (*Pseudomonas aeruginosa*) мебошад.

Мавод ва усули тадқиқот. Ҳосилаҳои 1,3,4-тиадиазоло [3,2-а]пиримидин дар озмоишгоҳи химияи пайвастаҳои гетеросиклии Институти химияи ба номи В.И.Никитини Академияи миллии илмҳои Тоҷикистон синтез карда шуда, сохтори онҳо бо усулҳои спектралӣ (ИК ва ЯМР) ва масс-спектралӣ таъйид карда шудаанд.

Муайян намудани хосияти зиддимикробии ҳосилаҳои 1,3,4-тиадиазоло [3,2-а] пиримидин.

Хосияти зиддимикробии ҳосилаҳои синтезкардашудаи 1,3,4-тиадиазоло[3,2-а]пиримидин дар 3 штамми гуногун, аз он ҷумла бактерияҳои грамм-мусбати *Staphylococcus aureus*, грамм-манфӣ *Escherichia coli* ва *Pseudomonas aeruginosa* (дорои муқововимат буда) тавассути усули ҳаллу фасли силсилави (методом серийных разведений) омӯхта шудаанд. Ба сифати контроли мусбат амписиллин истифода бурда шуд.

Натиҷаҳо ва баррасии онҳо. Дар ҷадвали 1 натиҷаи таҳлили зиддимикробии ҳосилаҳои синтезкардашудаи 1,3,4-тиадиазоло[3,2-а]пиримидин муфассал овардашудааст.

Ҷадвали 1. -Концентрасияи бактериостатикӣ пайвастагиҳои синтезкардашуда, мкг/мл

№	Пайвастагӣ	Штамми микроорганизм		
		<i>S. aureus</i>	<i>E. coli</i>	<i>P. aeruginosa</i>
1	2-бром-7-метил-5-оксо-5Н-1,3,4-тиадиазоло[3,2-а] пиримидин	0,62	0,31	1,24
2	2-фтор-7-метил-5-оксо-5Н-1,3,4-тиадиазоло[3,2-а] пиримидин	39,8	39,8	79,36
3	2-фенокси-7-метил-5-оксо-5Н-1,3,4-тиадиазоло[3,2-а]пиримидин-2-ил	158,72	79,36	39,8
4	2-бромфенокси-7-метил-5-оксо-5Н-1,3,4-тиадиазоло[3,2-а]пиримидин-2-ил	19,9	39,8	158,72
5	2-хлорметил-7-метил-5-оксо-5Н-1,3,4-тиадиазоло[3,2-а]пиримидин	158,72	79,36	39,8
6	2-метилтиоэтил-7-метил-5-оксо-5Н-1,3,4-тиадиазоло [3,2-а] пиримидин	317,44	158,72	79,36
7	Амписиллин	4,0	8,2	16,7



Чуноне аз чадвали 1 дида мешавад, пайва-стагии 2-бром-7-метил-5-оксо-5Н-1,3,4-тиади-азоло [3,2-а] пиримидин хосияти қавии зидди-микробиро зоҳир намудааст. Концентрасияи бактериостатикии 2-бром-7-метил-5-оксо-5Н-1,3,4-тиадиазоло[3,2-а] пиримидин нисбати штамҳои *Staphylococcus aureus*, *Escherichia coli* ва *Pseudomonas aeruginosa* мутаносибан ба 0,62; 0,31; ва 1,24мкг/мл баробар аст. Консен-трасияи бактериостатикии амписиллин баро-иштаммҳои *Staphylococcus aureus*, *Escherichia coli* ва *Pseudomonas aeruginosa* мутаносибан

ба 4,0; 8,2; ва 16,7мкг/мл баробар аст. На-тиҷаҳои ба дастовардаи мо оид ба хосияти ба-ланди зиддимикробӣ доштани ҳосилаҳои 1,3,4-тиадиазоло[3,2-а] пиримидин ба қорҳои қабл гузаронида шуда, мувофиқат менамоянд [3].

Хулоса. Хосияти зидди микробии 2-бром-7-метил-5-оксо-5Н-1,3,4-тиадиазоло [3,2-а] пи-римидин нисбат ба антибиотики амписиллин дар штамҳои бактерияҳои *Staphylococcus aureus*, *Escherichia coli* ва *Pseudomonas aeruginosa* аз 6 то 26 маротиба зиёдтар мебо-шад.

Адабиёт

1. Cheng, G. Antimicrobial drugs in fighting against antimicrobial resistance / G.Cheng, M.Dai, S.Ahmed, H.Hao, X.Wang, Z.Yuan // *Frontiers in Microbiology*.-2016, №7,- P. 20-29.
2. Al-Smadi, M.L. Synthesis, characterization, antimicrobial activity, and genotoxicity assessment of two heterocyclic compounds containing 1,2,3-selena- or 1,2,3-thiadiazole rings / M.L.Al-Smadi, R.Mansour, A.Mahasneh, O.F.Khabour. // *Molecules*. - 2019, №24, - P. 420-434.
3. Нуров У.А. Синтез и превращения производных 1,3,4-тиадиазоло (3,2-а) пиримидина. Дис-сертация на соискание ученого звания канд. хим. наук. Душанбе, -2004. 112 с.

АНТИМИКРОБНЫЕ СВОЙСТВА НЕКОТОРЫХ ПРОИЗВОДНЫХ 1,3,4-ТИАДИАЗОЛ[3,2-А] ПИРИМИДИНОВ

З.Г.Гулмахмадзода

Научно-исследовательский фармацевтический центр Министерства здравоохранения и соци-альной защиты населения Республики Таджикистан

Результаты антимикробных исследований некоторых производных 1,3,4-тиадиазол [3,2-а] пиримидинов показали, что активность со-единения 2-бром-7-метил-5-оксо-5Н-1,3,4-тиа-

диазол[3,2-а]пиримидина в 6-26 раз выше, чем у ампициллина против штаммов *Staphylococcus aureus*, *Escherichia coli* и *Pseudomonas aeruginosa*.

ANTIMICROBIAL PROPERTIES OF SOME 1,3,4-THIADIAZOL[3,2-A] PYRIMIDINE DERIVATIVES

Z.G. Gulmakhmadzoda

Research Pharmaceutical Center of the Ministry of Health and Social Protection of the Population of the Republic of Tajikistan

Results of antimicrobial study of some derivatives of 1,3,4-thiadiazole[3,2-a]pyrimidines showed that the activity of the compound 2-bromo-7-methyl-5-oxo-5H-1,3,4-thiadiazole[3,2 -

a]pyrimidine is 6-26 times higher than that of ampicillin against strains of *Staphylococcus aureus*, *Escherichia coli* and *Pseudomonas aeruginosa*.

Зафар Гулмахмадзода. - Маркази илмию - тадқиқотии фарматсевтии Вазорати танду-рустӣ ва ҳифзи иҷтимоии аҳолии Ҷумҳурии Тоҷикистон, ходими калони илмӣ. 734064, Ҷумҳу-рии Тоҷикистон, ш. Душанбе, кӯчаи Муҳаммадиев, хонаи 16, ҳучраи 53. Телефон. 918-61-97-93; E-mail: zsangov@mail.ru

Зафар Гулмахмадзода.- Научно-исследовательский фармацевтический центр Министе-рства здравоохранения и социальной защиты населения РТ. Старший научный сотрудник, 734064, Республика Таджикистан, г. Душанбе, ул. Мухаммадиев дом 16, кв 53, Телефон. 918-61-97-93; E-mail: zsangov@mail.ru

Zafar Gulmakhmadzoda.- Research Pharmaceutical Center of the Ministry of Health and Social Protection of the Population of the Republic of Tajikistan. Senior Researcher, 734064, Republic of Tajikistan, Dushanbe, Mukhammadievst., h. 16, apt. 53, Phone. 918-61-97-93; E-mail: zsangov@mail.ru



ҚАРРОҲӢ

АҲАМИЯТИ ОКСИДАНТИИ ЭНДОТОКСИКОЗ ВА ГИПОКСИЯ ДАР ПАТОГЕНЕЗИ НОРАСОИИ ТЕСТИКУЛЯРӢ ДАР БЕМОРОНИ ДОРОИ ЧУРРАИ ҚАДКАШАК

Абдуллозода Д.А., Гадоев И., Набиев М.Х.

Кафедраи қарроҳии умумии №2, МДТ «Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абӯалӣ ибни Сино», Ҷумҳурии Тоҷикистон.

Мухимият. Чурраи қадкашак (ЧҚ) дар сохтори бемориҳои қарроҳишаванда 80%-ро ташкил медиҳад [7,8,9,12]. Яке аз бемориҳои, ки функцияи репродуктиви мардхоро суст мекунад ва ба пешгӯии нохуби бороварӣ (наслронӣ) оварда мерасонанд, ин чурраи қадкашак (ЧҚ) аст [1,2,3,4,14]. Дар марҳалаи мимрӯзаи рушди технологияи қарроҳӣ герниопластикаи чурра қарроҳии муқаррарӣ (routine operation) ба ҳисоб меравад ва тақрибан ҳамарӯза, аз ҷумла дар шароити амбулаторӣ истифода карда мешавад, ки барои ин тақмили пайвасти ёфтани тақмили ёфтани техникаи иҷрои чуррабури мусоида мекунад [5,6,7,8]. Айни замон усулҳои сершумори герниопластикаи чурра мавҷуд аст, ки ҳар кадоми онҳо нишондодҳо, зиддинишондодҳо, бартарӣ ва камбудии мушаххаси худро доранд [9,10,11,15]. Ҳама усулҳои қарроҳии нест кардани ЧҚ ба ду гурӯҳ ҷудо карда мешаванд: намуди кашидашавандаи герниопластика (аутопластика), намуди кашиданашаванда ва лапароскопии герниопластика [13,17,18]. Намуди кашидашавандаи герниопластика дар қарроҳӣ муддати дурру дароз исифода мешавад ва нисбатан усули омӯхташудаи табобати қарроҳии ЧҚ ба ҳисоб меравад [19,20,21]. Дар маҷмӯъ усулҳои кашидашавандаи герниопластика ба пластикаи девораи пеш ё ақибии канали қадкашак ҷудол мешавад. Он намудҳои герниопластика зиёдтар ба қор бурда мешаванд, зеро усули нисбатан боэтимоди табобати қарроҳии ЧҚ ба ҳисоб меравад ва ретсидивҳои беморӣ камтар ба назар мерасад [16,22,23,24,25].

Мақсади таҳқиқот. Муайян кардани саҳми маркерҳо «стресси оксидантӣ» ва гипоксия дар хуни аз варидаи хангоми ЧҚ ҷоришаванда ва давраи пас аз қарроҳии герниопластикаи чурра.

Мавод ва усулҳои таҳқиқот. Дар маҷмааи тандурустии «Истиклол»-и ш. Душанбе таҳти муоинаи мо 34 бемори гирифтори ЧҚ қарор дошт. Синну соли беморон аз 18 то 30-сола буд. Давомнокии бемори диабет қанд 2-10 сол буд. Беморонро аз ҷиҳати хусусиятҳои беморӣ ба 3 гурӯҳ ҷудо карданд: беморони давомнокии чуррашон зиёда аз 5 сол ва ё бештар-14 нафар, беморони дорои ЧҚ якҷоя бо варикоселе – 12 нафар, беморони мубтало ба бенаслӣ, ки ЧҚ-ро аз саргузаронидаанд. Бо мақсади муайян кардани моҳияти патогенези норасоии тестикуляри (НТ) ва аҳамияти эндотоксемияи «оксидантӣ» дар ипайдошавии он дар 34 бемори гурӯҳҳои гуногуни ЧҚ муҳтавои маҳсулоти ОПЛ ва маркерҳои гипоксия дар хуни аз хояҳо ҷоришаванда таҳқиқ карда шуд.

Қоркарди омӯри бо ёрии бастаи амалии «Statistica 6.0» (StatsuoftInc., ИМА) таҳлил карда шуд. Нишондиҳандаи сифатӣ дар шакли ҳиссаҳо (%), нишондиҳандаи миқдорӣ дар намуди аҳамият ва хатоҳои он ($M \pm m$) ҳисоб карда шуд. Таҳлили дисперсионӣ бо усули Вилкоксон гузаронида шуд. Фарқият хангоми $p < 0,001$ будан аз ҷиҳати омӯри муҳим шуморида шуд.

Натиҷаҳои таҳқиқот. Дар қисми авали таҳқиқоти мазкур нишондиҳандаҳои маҷрои хун дар танобаки нутфабар ва паренхимаи хоя дар гурӯҳҳои таҳқиқшаванда омӯхта шуд (Ҷадвали 1).

Дар натиҷа муқаррар карда шуд, ки дар беморони гурӯҳи I дар натиҷаи муддати тӯлонӣ аз ҳалтаи чурра фишор ёфтани унсурҳои танобаки нутфабар, суръати баландтарини гардиши хуни шараёнӣ – $36,12 \pm 3,8$ см/сонияро ва суръати миёнаи гардиши хуни шараёнӣ – $11,8 \pm 1,2$ см/с, шохисии резистентӣ – $0,84 \pm 1,3$ воҳ. ш. ва суръати маҷрои хуни варидаи $10,94 \pm 0,14$ см/с.-ро ташкил дод.

Чадвали 1.- хусусиятҳои гардиши хун дар танобаки нутфабар дар гурӯҳҳои таҳқиқшаванда (n=34)

Нишондиҳанда	Шахсони солим (n=20)	Гурӯҳҳои таҳқиқшаванда		
		гурӯҳи I (n=14)	гурӯҳи II (n=12)	гурӯҳи III (n=8)
S арт, см/с	37,21±4,2	36,12±3,8	35,64±5,1	34,12±5,8
Меар, см/с	12,8±3,2	11,8±1,2	10,64±2,6	9,2±3,2
RI воҳ. шартӣ	0,84±0,12	0,84±1,3	0,88±0,16	0,02±0,18
Скеп, см/сек	10,96±0,12	10,94±0,14	10,92±0,72	11,62±2,74

Эзоҳ: $p < 0,05$ эътимоднокии фарқият дар муқоиса аз маълумотҳои ибтидоӣ.

Ихтилолҳои нисбатан возеҳтари гардиши хуни танобаки нутфабар дар беморони гурӯҳҳои II-III ба мушоҳида расид. Суръати баландтарини гардиши хуни шараёнӣ дар танобаки нутфабар – 35,64±5,1 см/с. ва 34,12±5,8 см/с., суръати миёнаи гардиши хуни шараёнӣ – мутаносибан то 10,64±2,6 см/с ва 9,27±3,2 см/с расид, шохиси резистентӣ – 0,88±0,16 усл.ед и 0,92±0,18 воҳ. ш. буд. Нишондиҳандаҳои суръати маҷрои хуни варидӣ дар ин маврид 10,92±2,72 см/с.

ва 11,62±2,74 см/с.-ро ташкил дод.

Тавре ки дида мешавад, бо паст шудани нишондодҳои суръати баландтарин ва миёнаи маҷрои хуни шараёнӣ дар рағҳои танобаки нутфабар аз 11,8±1,2 см/с. дар беморони гурӯҳи I то 10,94±0,14 в/ш, дар гурӯҳи III нишондиҳандаҳои маҷрои хун аз 0,953% то 28,1% баланд шуд.

Ихтилоли гардиши хун дар танобаки минбаъд ба хеле бад шудани гардиши хуни хояҳо мегардад (чадвали 2).

Чадвали 2.- Нишондиҳандаҳои гемодинамика дар паренхимаи хояҳо дар беморони гурӯҳҳои таҳқиқшаванда (n=34)

Нишондиҳанда	Шахсони солим (n=20)	Гурӯҳҳои таҳқиқшаванда		
		Гурӯҳи I (n=14)	Гурӯҳи II (n=12)	Гурӯҳи III (n=8)
$V_{\max} \text{ sist cm/сония}$	10,74±0,07	10,61±0,12	9,06±0,15	8,7±0,10
$V_{\max} \text{ diast cm/сония}$	4,14±0,09	4,06±0,18	3,96±0,14	1,36±0,12
RI в/ш	0,62±0,06	0,65±0,03	0,69±0,04	0,83±0,09

Эзоҳ: $p < 0,05$ эътимоднокии фарқият дар муқоиса аз маълумотҳои ибтидоӣ.

Муайян карда шуд, ки дар беморони гурӯҳи I дар натиҷаи фишорёбӣ аз чурра хунгардиши паренхимаи хояро вайрон карда, дар натиҷаи фишори дарозмуддати шемия ва атрофияи хояҳо ба вучуд омадааст.

Нишондиҳандаҳои суръати систоликии маҷрои хун дар паренхимаи хоя дар беморони гурӯҳи I – 10,6±0,12 см/с. ва суръати диастоликии маҷрои хун 4,06±0,18 см/с.-ро ташкил дод. Шохиси резистентнокӣ ба 0,62±0,03 в/ш баробар буд. Ихтилолҳои назарраси гардиши хун дар паренхимаи хоя дар беморони гурӯҳи II (ҳамбастагии варикоселе гардиши хунро дар паренхима вазнинтар кард) ва гурӯҳи III (дар баробари ихтилолҳои возеҳи гардиши хун дар хояҳо осебҳои унсурҳои танобаки нутфабар низ дида шуд) ба мушоҳида расид.

Ҳамин тавр, нишондиҳандаҳои суръати систоликии маҷрои хун дар паренхимаи хоя дар беморони гурӯҳҳои II-III – 9,06±0,5 см/с. ва 8,7±0,10 см/с. буд. Дар баробари ин, дар ин беморон паст шудани нишондиҳандаҳои суръати диастоликии маҷрои хун дар паренхимаи хоя – 3,96±0,14 см/с. ва 1,36±0,12 см/с. дида шуд. Шохиси резистентнокӣ – 0,69±0,04 в/ш ва 0,83±0,09 в/ш буд.

Ҳамин тавр, дар беморони гурӯҳҳои II-III ихтилолҳои возеҳи ишемикӣ дар танобаки нутфабар ва хояҳо ба назар расид.

Таҳқиқоти нишондиҳандаҳои гемостаз ва реологияи хун дар гурӯҳҳои таҳқиқшаванда нишон дод, ки дар динамикаи таҳқиқот ихтилолҳои дағал муайян карда нашуд (чадвали 3).



Чадвали 3.- Баъзе нишондодҳои гемостаз ва реология дар хуни канорӣ гурӯҳҳои таҳқиқшаванда.

Нишондиҳанда	Шахсони солим (n=20)	Гурӯҳҳои таҳқиқшаванда		
		Гурӯҳи I (n=14)	Гурӯҳи II (n=12)	Гурӯҳи III (n=8)
ВСК, дақ.	6,2±0,2	6,1±0,8	5,2±0,5	4,12±0,1
Фаъолнокии тромбопластикӣ, %	80,2±1,0	82,4±1,3	83,5±1,4	85,0±1,1
Фибриноген, г/л	2,37±0,2	2,37±0,1	2,41±0,41	2,4±0,32
Антитромбин, %	92,5±1,8	92,7±1,4	91,8±1,1	89,3±1,2
Фибринолиз, %	19,4±0,2	19,4±0,3	19,8±0,4	20,15±3,2
ПДФ, мкг/мл	Нет	Нет	Нет	Нет
Агрегатсияи тромбоцитҳо, дақ.	6,1±1,0	6,1±1,1	6,1±1,3	6,1±1,2
Часпакии хун	4,9±0,05	4,9±0,052	4,9±0,008	5,0±0,01

Эзоҳ: $p < 0,05$ эътимоднокии фарқият дар муқоиса аз маълумотҳои ибтидоӣ.

Дар хуни канорӣ тағйироти на чандон зиёд дар нишондиҳандаҳои лахташавии хун дар беморони гурӯҳҳои II-III дида шуд.

Омӯзиши сатҳи нишондиҳандаҳои «оксидантноқӣ»-и токсемия ва гипоксия аз баланд шудани сатҳи онҳо гувоҳӣ медиҳад (чадвали 4).

Чадвали 4.- Баъзе нишондиҳандаҳои маркерҳои эндотоксемия ва гипоксияи оксидантӣ дар хуни канорӣ дар гурӯҳҳои таҳқиқшаванда (n=34)

Нишондиҳанда	Шахсони солим (n=20)	Гурӯҳҳои таҳқиқшаванда		
		Гурӯҳи I (n=14)	Гурӯҳи II (n=12)	Гурӯҳи III (n=8)
ДК, опт.едпг/мг	1,2±0,04	1,3±0,02	1,6±0,06	1,9±0,1
МДА, нмол/мл	2,21±0,05	2,4±0,09	2,5±0,07	3,2±1,2
Лактат қони ммол/л	1,0±0,1	1,2±0,2	1,4±0,5	2,1±0,4

Эзоҳ: $p < 0,05$ эътимоднокии фарқият дар муқоиса аз маълумотҳои ибтидоӣ.

Сатҳи ДК ва МДА дар хуни канорӣ беморони гурӯҳи I- 1,3±0,02 опт.едпг/мл ва 2,4±0,09 нмол/мл расид, ки ин аз муддати тӯлонӣ фишор ёфтани унсурҳои танобаки нутфабар ҳалтаи чурра вобаста аст, баланд шудани сатҳи лактат дар хун – 1,2±0,2 ммол/л. вучуд дошта ни ишемияро тасдиқ мекунад.

Дар беморони гурӯҳи II ва III ин нишондиҳандаҳо дар хуни канорӣ хеле баланд буданд. Чунончи, мутаносибан сатҳи ДК 1,6±0,06 опт.едпг/мг ва 1,9±0,10 опт.едпг/мг, МДА – 2,5±0,07 нмол/мл ва 3,2±1,2 нмол/мл буд.

Ҳамин тавр, дар беморони ҳамаи гурӯҳҳо дар хуни канорӣ баланд шудани сатҳи маркерҳои

токсемия ва гипоксияи «оксидантӣ» мавҷуд аст.

Муайян кардани механизмҳои осебҳои ГТБ ва паренхимаи хояҳо ҳангоми мавҷуд будани ишемия ва гипоксияи музмин муҳим ва зарурӣ ба ҳисоб меравад, ки дар ниҳояти қор ба ихтилоли статуси гормоналӣ ва сперматогенез оварда мерасонад. Тавре ки қайд карда шуд, дар беморони аз тарафи мо таҳқиқшуда дар хуни варидӣ, аз хоя қоришаванда: v. testicularis, варидҳои хушамонанди хоядон, варидҳои унсурҳои танобаки нутфабар нишондиҳандаҳои сатҳи маркерҳои токсемия ва гипоксияи «оксидантӣ» таҳқиқ мешавад (чадвали 5).

Чадвали 5.- Нишондиҳандаҳои маркерҳои эндотоксемия ва гипоксияи оксидантӣ аз хуни варидии хояҳо қоришаванда дар гурӯҳҳои таҳқиқшаванда.

Нишондиҳанда	Шахсони солим (n=20)	Гурӯҳҳои таҳқиқшаванда					
		Гурӯҳи I (n=14)		Гурӯҳи II (n=12)		Гурӯҳи III (n=8)	
		Хуни канорӣ	Хуни аз хоя қоришаванда	Хуни канорӣ	Хуни аз хоя қоришаванда	Хуни канорӣ	Хуни аз хоя қоришаванда
ДК, опт. едпг/мл	1,2±0,04	1,3±0,2	1,5±0,01	1,6±0,06	2,0±0,4	1,9±0,10	2,1±0,9
МДА нмол/мл	2,21±0,05	2,4±0,09	2,6±0,04	2,5±0,07	3,3±0,08	3,2±1,2	4,9±1,23
Лактати хун ммол/л	1,0±0,1	1,2±0,2	1,5±0,7	1,4±0,5	2,3±0,6	2,1±0,4	2,5±0,2

Эзоҳ: $p < 0,05$ эътимоднокии фарқият дар муқоиса аз маълумотҳои ибтидоӣ.

Муддати тӯлонӣ доштани чурра, таъсири ЧҚ ба фаъолияти ғадудҳои чинсӣ, ки дар беморони гурӯҳи I дар натиҷаи фишор ёфтани рағҳои танобаки нутфабар аз муҳтавои ҳалтаи чурра, ҳамчунин флебогипертензия ҳангоми паст шудани аксулчараёни хуни ватриди дар беморони гурӯҳи II, осеб дидани унсурҳои танобаки нутфабар дар беморони гурӯҳи III, барои пешравии ишемия, гипоксияи ҳояҳо ва тухмдон ва қабати эпителиали-спермалии он оварда мерасонад ва хассосияти онро нисбат ба гипоксия, таъсири зиёновари токсинҳои оксидантҳо кам месозад.

Маҳсулоти токсикӣ генезаш оксидантӣ осебҳои вазнини эндотелияҳои рағҳои танобаки нутфабар, паренхимаи ҳояҳо, ҳамчунин ГТБ – ро ба вучуд меоранд, ки дар на-

тиҷаи пур шудани на танҳо аз шаклҳои фаъоли оксиген, балки лактати хун ба вучуд меоянд, ки сатҳи онҳо дар беморони гурӯҳҳои II-III дар хуни аз ҳояҳо чоришаванда ба таври ниҳойи баланд аст – мутаносибан $2,3 \pm 0,6$ ммол/л ва $2,5 \pm 0,2$ ммол/л.

Таъсири осебрасони ОПЛ дар заминаи ишемияи аллақай муддати тӯлонӣ вучуддошта ва гипоксия пайдо шудани тағйироти некробиотикӣ дар эпителии сперматогенезро ба таҳрик оварда, баъдан боиси бад шудани статуси сперматогенез ва гормоналӣ ва аз даст додани функсияи репродуктивӣ мегардад.

Тағйироти патофизиологии возеҳу пешраванда ба вайроншавии заминаи гормоналии сперматогенез оварда мерасонад (ҷадвали 6).

Ҷадвали 6.- Динамикаи нишондиҳандаҳои сатҳи ОПЛ, гормонҳои чинсӣ, доплерографияи рағҳо ва спермограмма дар беморони гурӯҳҳои II-III

Нишондиҳанда	Беморони гурӯҳи II (n=12)	Беморони гурӯҳи III (n=8)
Профили гормоналӣ		
Тестостерон ЕД/мл	16,1 (-6,93%)	13,2 (-23,7%)
ФСГ, ЕД/мл	4,6 (-6,1%)	6,1 (+19,7%)
Пролактин, ЕД/мл	25 (-5,6%)	210 (-21,05%)
ЛГ, ЕД/мл	5,4 (+11,1%)	5,3 (+9,43%)
Доплерографияи рағҳои тестикулярӣ		
Суръати миёнаи маҷрои хун (см/с)	9,4 (-40,1%)	4,4 (-72%)
V _{max} , (см/с)	25,8 (37,2%)	16,1 (-60,8%)
RI	0,91 (+8,5%)	0,98 (+15,6%)
Ҳаҷми умумии гонад	30 (-11,2%)	24,5 (-27,9%)
ДК, опт.едпг/мл	2,0±0,4	2,4±0,1
МДА, намол/мл	3,3±0,08	4,9±1,23
Лактати хун	2,3±0,6	2,5±0,2

Эзоҳ: $p < 0,05$ эътимоднокии фарқият дар муқоиса аз маълумоти ибтидоӣ.

Тавре ки аз маълумоти ҷадвал бармеояд, дар натиҷаи ба таври ниҳойи баланд шудани сатҳи маҳсулнокии ОПЛ ва лактати хун дар хуни аз ҳоядон чоришаванда, дар беморони гурӯҳҳои II ва III ихтилолҳои дағали гемодинамикаи тестикулярӣ ба мушоҳида мерасад, ки ин дар шакли паст шудани суръати миёнаи маҷрои хун дар рағҳои ҳоя, махсусан дар тарафи чарроҳишуда зоҳир мешавад. Афзудани аҳамияти шохиси резистентнокӣ то 15,6% низ аз ихтилолҳои назарраси гемосиркуляторӣ дар тарафи герниопластикашуда ва умуман дар организм дарак медиҳанд.

Дар ин замина то 23,7% паст шудани сатҳи тестостерон ба назар мерасад, ки вай дар ин маврид аз ҳудуди ифодаҳои муътадил берун намешавад ва ба андозаи кофӣ баланд боқӣ мемонад (13,2 ЕД/мл). Баландшавии фишордиҳии нишондиҳандаҳои гормонҳои гипофизарӣ дида мешавад: ФСГ то 19,7%, ЛГ то 9,43%. Гипотрофияи возеҳи ҳояҳо дар тарафи чарроҳишуда дида мешавад, ки бо камшавии назарраси ҳаҷми гонад то 27,9% аз ҳисоби ҳаҷми ҳояи рост инъикос меёбад. Дар ин замина тағйироти назарраси эякулят ба мушоҳида расид, ки дар кам шудани вазни холиси шаклҳои аз ҷиҳати



морфологӣ муътадили сперматозоидҳо аз 34% то 28% зоҳир мешаванд.

Хулосаҳо

1. Афзоиши муҳтавои маҳсулоти ОПЛ дар паренхимаи ҳоя минбаъд ба шохаронии аксуламалҳои занҷирӣ ва маҳсулоти ниҳии ОПЛ оварда мерасонад, ки дорои фаъолнокии олии осебрасонандаан ва минбаъд осебҳои системавии сохторҳои ҳуҷайравии ҳояи контрлатералӣ ва баъдан пешравӣ ва инкишофи ТН дорад.

2. Гузаронидани таҳқиқоти клиникӣ нақши асосии токсемия ва гипоксияи оксидантиро дар патогенези ТН дар беморони дорои ЧҚ нишон медиҳад.

3. Натиҷаҳои пажӯҳиш зарурати дар табобати комплекси беморони мубтало ба ЧҚ баргузории табобати пешазҷарроҳӣ ва пасазҷарроҳӣ бо мақсади кам кардани консентратсияи моддаҳои токсикӣ оксигантӣ ва беҳтар гардонидани солимии репродуктивии мардҳоро таъкид мекунад.

Адабиёт

1. Айтекова, Ф.М. Влияние метода герниопластики на показатели тестостерона у пациентов мужского ОПЛа при паховых грыжах/ Ф.М. Айтекова, Г.Р. Аскерханов // Глобальный научный потенциал. – 2014. – Т.35,№2. – С. 10 – 14.
2. Артифексов, С.Б. Андрологические аспекты бесплодного брака [Текст] / С.Б. Артифексов // Урология и нефрология. – 1996. – №4. – С. 39-41.
3. Артифексов, С.Б. Варикоцеле и инфертильность/ С.Б. Артифексов // Проблемы репродукции. – 2001. – №6. – С. 47-53.
4. Астраханцев, А.Ф. Морфофункциональные нарушения тестикул при гемодинамических нарушениях/ А.Ф. Астраханцев, Н.М. Крупнов // Урология и нефрология. – 1996. – №5. – С. 50-51.
5. Астраханцев, А.Ф. Влияние паховой грыжи на функциональное состояние яичка / А.Ф. Астраханцев, И.В. Зотов // Актуальные вопросы клинической морфологии: сб. науч. тр. Рязан. мед. ун-та. – Рязань, 2001. – Вып. 2. – С. 54-57.
6. Баулин, В.А. Пути улучшения результатов лечения паховых грыж у мужчин/ В.А. Баулин // Известия высших учебных учреждений. Поволжский район. Медицинские науки. – 2011. – №3(19). – С. 49-56.
7. Бушнин, С.С. Лапароскопическая герниопластика методом «вставки» или герниопластика по Лихтенштейну в лечении косых паховых грыж/ С.С. Бушнин, Е.И. Кропачева, С.Н. Качалов // Дальневосточный медицинский журнал. – 2009. – № 2. – С.26-28.
8. Васильев, В.И. Грыжесечение как одна из причин мужского бесплодия / В.И. Васильев / Хирургия. Журнал им. Пирогова. – 1990. – №8. – С. 70-74.
9. Вашетко, Р.В. Многослойная глубокая герниопластика способом E. Shouldice при паховых грыжах / Р.В. Вашетко, Ю.М. Стойко // Вестник хирургии. – 2002. – №4. – С. 91-94.
10. Винник, Ю.С. Оперативное лечение грыж передней брюшной стенки / Ю.С. Винник. – Красноярск, 2011. – 260 с.
11. Влияние паховой грыжи на морфофункциональное состояние яичка / Ю.Б. Кириллов [и др.]. – Рязань: Русское слово, 2006. – 102 с.
12. Возможности “свободной от натяжения” пластики брюшной стенки при устранении паховой грыжи/ Т.К. Калантаров [и др.] // Вестник Национального медико-хирургического центра им. Н.И. Пирогова. – 2011. – № 3. – С. 38-40.
13. Герниопластика по Трабукко в лечении паховых грыж / И.В. Федоров [и др.] // Практическая медицина. – 2011. – № 49. – С. 96-98.
14. Гогия, Б.Ш. ИсОПЛЬзование проленовой сетки/ Б.Ш. Гогия, А.А. Адамян // Хирургия. – 2002. – №4. – С. 65-69.
15. Емельянов, С.И. Эндохирургия паховых и бедренных грыж / С.И. Емельянов, А.В. Протасов, Г.М. Рутенбург. – СПб.: Мир медицины, 2001. – 122 с.



16. ИсОПЛЬзование современных технологий в лечении больных с ущемленными грыжами передней брюшной стенки/ О.В. Ооржак [и др.] // Главный редактор. – 2014. – Т. 9, № 1. – С. 54 - 57.
17. Кубышкин, В.А. Лапароскопическая герниопластика/ В.А. Кубышкин, Д.А. Ионкин // Эндоскопическая хирургия. – 1995. – №2. – С.42-47.
18. Милюков, В.Е. Влияние паховой грыжи и ее оперативного лечения традиционными способами на репродуктивную функцию мужчины / В.Е. Милюков, А.М. Кисленко // Анналы хирургии. – 2006. – №3. – С.13-17.
19. Островский, В.К. Рецидивные паховые грыжи / В.К. Островский, И.Е. Филимончев // Вестник хирургии им. И.И. Грекова. – 2012. – Т. 171, №. 3. – С.110-112.
20. Патогенез паховой грыжи и обоснованность применения натяжных и ненатяжных способов пластики при ее лечении / В.И. Белоконев [и др.] // Анналы пластической, реконструктивной и эстетической хирургии. – 2008. – №3. – С. 49-54.
21. Секерская, М.Н. Сравнительная оценка лапароскопической и открытой герниопластики паховых грыж/ М.Н. Секерская, И.А. Абашин // Вестник Смоленской государственной медицинской академии. – 2014. – Спец. вып. – С. 138.
22. Стехун, Ф.И. Паховая грыжа – одна из причин бесплодия мужчин / Ф.И. Стехун // Сов. медицина. – 1987. – № 1. – С. 96-99.
23. Филимончев, И.Е. Оптимизация профилактики и лечения рецидивных паховых грыж: автореф. дис. ...канд. мед. наук / И.Е. Филимончев. – Ульяновск, 2012. – 24 с.
24. Черных, А.В. Биомеханические особенности аутогерниопластики паховых грыж с различными послабляющими разрезами передней стенки влагалища прямой мышцы живота/ А.В. Черных, Е.И. Закурдаев, Ю.В. Малеев // Человек и его здоровье: Курский научно-практический вестник. – 2015. – №3. – С.105-109.
25. Шалашов, С. В. Паховые грыжи у взрослых: руководство для врачей / С.В. Шалашов. – Новосибирск: Наука, 2011. – 136 с.

ЗНАЧЕНИЕ ОКСИДАНТНОГО ЭНДОТОКСИКОЗА И ГИПОКСИИ В ПАТОГЕНЕЗЕ ТСТИКУЛЯРНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У БОЛЬНЫХ ПАХОВЫМИ ГРЫЖАМИ

Абдуллозода Д.А., Гадоев И., Набиев М.Х.

Кафедра общей хирургии №2 ТГМУ им. Абуали ибни Сино, Таджикистан, г. Душанбе

Актуальность. Одним из многих заболеваний, ослабляющих репродуктивную функцию мужчины и неблагоприятно влияющих на прогноз фертильности, является паховая грыжа [1,2,3,4]. На современном этапе развития хирургических технологий паховая герниопластика считается операцией рутинной и выОПЛняется практически повсеместно, в том числе, в амбулаторных условиях, чему способствует и постоянное совершенствование хирургической техники выОПЛнения грыжесечения

Цель исследования. Определить уровень маркеров «оксидантного стресса» и гипоксии в крови и отекающей от яичка венозной крови при ПГ и послеоперационном периоде после паховой герниопластики.

Материал и методы исследования. В комплекс здоровья « Истиклол» г. Душанбе под нашим наблюдением находились 34 больных с паховыми грыжами. Возрастной спектр больных колебался от 18 до 30 лет. Длительность заболевания сахарным диабетом составила от 2 до 10 лет. Больные по характеру заболеваний распределены на 3 группы - больные с длительным (5 или более) грыженосительством -14, Больные ПГ, сочетающейся с варикоцеле – 12, Больные с бесплодием, перенесшие паховые грыжесечения – 8. Для понимания сущности патогенеза тестикулярной недостаточности (ТН) и значения «оксидантной» эндотоксемии в ее развитии у 34 больных с различными



группами ПГ, исследовано содержание продуктов ОПЛ и маркеров гипоксии в отекающей от яичка крови. Отекающую от яичка венозную кровь забирали из расширенных гроздевидных вен мошонки, тестикулярной вены путем пункции или во время операции.

Заключение. Таким образом, повышение содержания продуктов ОПЛ в паренхиме яичка в дальнейшем приводит к разветвлению цепных реакций и конечных продуктов ОПЛ, обладающих высокой повреждающей активностью с последующим развитием си-

стемных повреждений клеточных структур контрлатерального яичка с последующим прогрессированием и развитием ТН. Результаты исследования диктуют необходимость проведения в комплексе лечения больных ПГ пред- и послеоперационной антиоксидантной и антигипоксической терапии с целью снижения концентрации токсических оксидантных веществ и улучшения репродуктивного здоровья мужчин.

Ключевые слова: паховые грыжи, оперативное лечение, перекисное окисления липидов, тестикулярной недостаточности.

THE SIGNIFICANCE OF OXIDANT ENDOTOXICOSIS AND HYPOXIA IN THE PATHOGENESIS OF TESTICULAR INSUFFICIENCY IN PATIENTS WITH INGUINAL HERNIAS

Abdullozoda D.A., Gadoev I., Nabiev M.Kh.

Department of General Surgery №2, TSMU Abuali ibn Sino, Tajikistan, Dushanbe

Purpose of the study - to determine the level of markers of "oxidative stress" and hypoxia in the blood and venous blood flowing from the testicle in PH and the postoperative period after inguinal hernioplasty.

It was determined that an increase in the content of OPL products in the testicular parenchyma further leads to branching of chain reactions and end products of OPL, which have a high damaging

activity, followed by the development of systemic damage to the cellular structures of the contralateral testis, followed by the progression and development of TN. The results of the study dictate the need for pre- and postoperative antioxidant and antihypoxic therapy in the complex treatment of patients with PH in order to reduce the concentration of toxic oxidant substances and improve the reproductive health of men.

Абдуллозода Ч. А. - д.и.т. профессора кафедраи ҷарроҳии умумии №2, МДТ «Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абӯалӣ ибни Сино».

Абдуллозода Дж. А. - д.м.н., профессор кафедраи обҷеӣ хирургии №2 ТГМУ им. Абуали ибни Сино.

Abdullozoda J. A. - Doctor of Medical Sciences, Professor of the Department of General Surgery No. 2 of Avicenna TSMU Abuali ibn Sino.

Гадоев И. – ассистенти кафедраи ҷарроҳии умумии №2, МДТ «Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абӯалӣ ибни Сино». Тел.918 48 81 81.

Гадоев И. - ассистент кафедраи обҷеӣ хирургии №2 ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Тел.918 48 81 81

Gadoev I. - Assistant of the Department of General Surgery №2, Avicenna TSMU Abuali ibn Sino. Тел.918 48 81 81

Набиев М.Х. - н.и.т., мудири кафедраи ҷарроҳии умумии №2, МДТ «Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абӯалӣ ибни Сино». Телефон: +992 987 25 60 60; E-mail: muzaffar.nabiev.2017@mail.ru

Набиев М.Х. – к.м.н., заведующий кафедрой обҷеӣ хирургии №2 ТГМУ им. Абуали ибни Сино; Телефон: +992 987 25 60 60; E-mail: muzaffar.nabiev.2017@mail.ru

Nabiev M.Kh. – Candidate of Medical Sciences, Head of the Department of General Surgery No. 2, Avicenna TSMU Abuali ibn Sino; Telephone+992 987 25 60 60; E-mail: muzaffar.nabiev.2017@mail.ru



НАҚШИ ТАБОБАТИ КОМПЛЕКСИИ БЕМОРОНИ ПИРОНСОЛИ ГИРИФТОРИ ХОЛЕТСИСТИТИ ШАДИД БО БЕМОРИҲОИ ҲАМРОҲШУДАИ ДИЛУ РАҒҶО

Зиёев Ш.Х.

Кафедраи ҷарроҳии умумии №1 МДТ «ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино».

Муҳиммият. Тибқи маълумоти Ташкилоти Умумичаҳонии Тандурустӣ ба бемории санги талха 1/3 ҳиссаи аҳолии аз 70-сола боло гирифтор аст. Холесистити шадид яке аз проблемаҳои асосии гериатрия ва геронтологӣ бо басомади баландт бемории санги талха дар ин гурӯҳи синнусолии одамон ба шумор меравад. Ҷараёни оризаноки холесистити шадид дар беморони пиронсол бо бемориҳои ҳамроҳшуда аксар вақт ба оризаҳои вазнини амалиёти ҷарроҳӣ оварда мерасонад ва дар бештари мавридҳо ҳолати фавт ба мушоҳида мерасад [1,2,11]. Холесистити шадид дар беморони пиронсол дорои як қатор махсусиятҳост, ки ин зарурати ба муносибати махсус зарурат доштани ин гурӯҳи беморонро тақозо меунад [4].

Тибқи маълумоти муаллифони гуногун, дар беморони мубтало ба бемориҳои вазнини дилу рағҷо (БДР), дар бештар аз 95%-и ҳолатҳо ХУ ба мушоҳида мерасад, шакли бесанги ин беморӣ танҳо дар 5% дида мешавад [2].

Муҳиммияти проблемаи табобати беморони калонсол ва пиронсоли дорои БДР ба басомади баланди ин беморӣ, ҳамчунин пайдо шудани синдроми якдигарро вазнинкунандаи бемориҳо вобаста аст, ки ин интиҳоби усули табобатро душвор месозад [5,d]. Дар беморони калонсол ва пиронсоли дорои ХУ ва бемориҳои ҳамроҳшудаи БДР дар намудҳои зерин: БФ марҳалаҳои II-III, ФШ дараҷаҳои 2-13, НМД II-IVфк, стенокардияи шиддаташ III-IVфк; ИШМ, хатари ҷарроҳиро хеле зиёд мекунад, табобати пазарҷарроҳиро вазнин мегардонад. Табобати чунин беморон— проблемаи мураккаб аст, фавтият дар ин маврид аз 5 то 23% -ро ташкил медиҳад [5,6].

Табобати комплексии консервативии ХУ дар беморони калонсол ва пиронсол бояд ба самтҳои зерин равона карда шаванд:

1. Пешгири бартараф ё пешгири намудани гипертензия дар талхароҳҳо ва талхадон;

2. Қатъ кардани синдроми дард;

3. Аз байн бурдани гиповолемиа, ихтилолҳои обу –электролитҳо ва сафеда;

4. Беҳтар кардани хосиятҳои реологии хун;

5. Мубориза бар зидди гипоксемиа;

6. Профилактикаи паҳншавии ҷараёни сироятӣ-илтиҳобӣ;

7. Компенсатсияи системаи дилу рағҷо (СДР);

8. Беҳтар кардани ҳолати функционалии СДР;

9. Кам кардани хатари тромбоемболиаи шохчаҳои майдаи шарёнҳои шушҳо [8].

Ҳангоми ХУ доираи фаъолияти ҷарроҳ хеле васеъ вст: аз тактикаи фаъоли ҷарроҳӣ сар карда, то табобати консервативӣ. Ба андешаи муҳаққиқондар беморони дорои шаклҳои оризаноки ХУ (перфоратсияи талхадон, перитонит, зардпарвини механикӣ ва холангит) ҷарроҳӣ бояд дар 2 соати авали баъди ба статсионар ворид шудани бемор ва беҳтараш бо усули миниинвазивӣ иҷро карда шавад. ислоҳи ихтилолҳои гемодинамикӣ дар чунин ҳолатҳо мумкин аст, ки кӯтоҳмуддат бошад. Онҳо тасдиқ мекунанд, ки давомнокии табобати консервативӣ дар ин категорияи беморон миқдори шаклҳои оризанохро зиёд карда, ҷарроҳиҳои маҷбурӣ дар заминаи оризаҳои аллақай саршуда, дар шароити суст шудани захираҳои функционалии организм иҷро карда мешавад. Аз тарафи дигар, ҷарроҳие, ки дар авҷи хуруҷи беморӣ дар беморони дорои осебҳои ҷуброннашавандаи дилу рағҷо ва дигар бемориҳои вазнинкунанда (ИВХМ), шиддат гирифтани астмаи бронхиалӣ, БФ дараҷаи II-III, НМД III-IV ф.к., ТЭШШ) гузаронида мешавад, хатарнок аст, ки инро оризаҳои пас аз ҷарроҳӣ 10-35% ва фавти дараҷаи баланди пас аз ҷарроҳӣ- 23% тасдиқ мекунанд [7].

Ба андешаи муаллифони табобати консервативӣ, ба табобати ҷарроҳӣ дар наздиктарин муҳлати пас аз ворид шудан ба беморхона танҳо ҳамон бемороне тааллуқ



долранд, ки перитонит дошта бошанд. Беморони боқимонда табобати консервативӣ мегиранд, бо назардошти дараҷаи вазнинии ОДР, дар сурати бомуваффақият анҷомида ни табобат ҷарроҳӣ барои якчанд шабонарӯз ба таъхир пеафтад. Дар ин маврид имконияти холетсистэктомия «дар давраи сард» ҳамчун алтернативаи ҷарроҳии таъҷилӣ баррасӣ карда мешавад [10].

Ҳангоми ба нақша гирифтани амалиёти ҷарроҳии ХУ дар беморони калонсол ва пиронсол, баҳогузори хатари пешазҷарроҳии оризаҳои дилу рағҳо аҳамияти калон дорад. Мафҳуми хатари ҷарроҳӣ аз ҳолати умумии ҳисмонӣ, муносибати тафриқавӣ нисбат ба табобат, яъне баҳогузорӣ ба ҳолати фунсионалии СДР, инчунин хусусиятҳо ва ҳаҷми амалиёти ҷарроҳиро дар бар мегирад. Ин бояд ҷарроҳ, кардиолог ва анестезиологро водор намяод, ки усулҳои нисбатан раътсионалӣ ва эҳтиёткунандаро истифода кунанд [9].

Мақсади таҳқиқот. Баҳогузорӣ ба нақши комплексии табобати медикаментозӣ ҳангоми омодагии пеш аз ҷарроҳӣ дар беморони калонсол ва пиронсоли дорои холетсистити умумӣ бо бемориҳои ҳамроҳшудаи дилу рағҳо.

Мавод ва усулҳои таҳқиқот. Таҳлили маводи клиникии маводи 90 бемори калонсол ва пиронсоли дорои холетсистити шадид, ки дар пойгоҳи клиникии кафедраи ҷарроҳии умумии №1 МДТ «ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино» дар пойгоҳи БКШ №2 ба номи академик К.Т. Тоҷиеви ш. Душанбе дар давраи солҳои 2015- 2020таҳти муолиҷа қарор гирифта буданд. Мардҳо – 38 (42,2%), занҳо – 52 (47,8%) буданд. Беморони калонсол (60–74) ҳамагӣ 26 (28,9%), пиронсол – 60 (61,2%) ва дарозумрҳо (90 ва бештар) – 4 (9,9%) буданд. Табобати комплексии медикаментозӣ дар ҳамаи беморон 90 (100%) –и гурӯҳи асосӣ сурат гирифт. Табобати консервативии беморон аз истифодаи антикоагулянтҳо (мустақим ва ғайри мустақим), антиагрегантҳо, в-адреноблокаторҳо, ингибиторҳои ангиотензин-табдилдиҳандаи фермент (иАПФ) ё блокаторҳои ретсепторҳои ангиотензин-2 (БРА-2), антагонистҳои калсий, диуретикҳо (ҳам тиазидинӣ, ҳам гирехӣ), антагонистҳои ал-

достерон, статинҳо, дар баъзе ҳолатҳо – нитратҳо ва гликозидҳои дил, ҳамчунин спазмолитикҳо, доруҳои антибактериалӣ, воситаҳои гемостатикӣ (препаратҳои инсулин ва воситаҳо барои табобати инфузионӣ) иборат буд.

Бо мақсади беҳтар сохтани реологияи хун, микросиркулятсия, ҳамчунин зуд қатъ кардани синдроми дар два нест кардани ҷараёни илтиҳобӣ дар РТ табобати интенсивии консервативӣ бо истифода аз маҳлули реамберин – 400,0 ва ремаксол -200мл, маҳлули физиологӣ барои нест кардани гипоксия ва эндотоксемияи оксидантӣ гузаронида шуд.

Натиҷаҳои таҳқиқот ва муҳокимаи онҳо. Ҳангоми баланд будани фишори шарёӣ (150/100 мм.сут. сим.) доруҳои гипотензивии таъсиршон кӯтоҳмуддат аз ду гурӯҳ истифода шуданд: иАПФ (каптоприл бо 12,5-25мг 3 маротиба дар ш/р, дар ҳолатҳои таъҷилӣ – 25-50 мг) ё блокаторҳои каналҳои калтсий (нифидепин дар ҳолатҳои таъҷилӣ 10-20мг). Дар ҳолатҳои таъҷилӣ барои паст кардани ФШ моксонидинро (0,2-0,4мг) низ истифода карданд. Дар ҳолати устувор гаштани ҳолати бемор иАПФ ё БРА-2-и таъсиршон тӯлонӣ (моноприл 10-40мг дар ш/р, лизиноприл 10-40мг дар ш/р) низ истифода гашт. Ҳангоми тахикардияи возех (зиёда аз 110 зарба дар дақиқа), НМД II-III фк, стенокардияи шиддати босубот в-адреноблокаторҳо – метопролол (беталок 30к) 100мг дар ш/р таъйин карданд. Дар сурати мавҷуд будани симптомҳои норасоии дил аз иАПФ ё блокаторҳои ретсепторҳои ангиотензин-2 (лозартан 25-100мг дар ш/р, валсартан 40-160мг дар ш/р) ва диуретикҳои гирехӣ (фуросемид 0,5-2,0мг/кг массаи бадан дар ш/р peros ё парентералӣ) таъйин карда шуд.

Дар беморони дорои симптомҳои ниҳоят возеҳи НД гликозиди дил – дигоксин 0,25-0,5мг дар ш/р peros дохиливаридӣ таъйин карда шуд. Ҳамчунин дигоксин дар беморони дорои ФП ва назорати нокифояи басомади кашишхӯриҳои дил дар заминаи истифодаи в-блокаторҳо ба кор бурда шуд. Дар ҳамаи беморони дорои атеросклерози аз чихати клиникӣ муҳим: БИД, бемории сереброваскулярӣ, атеросклерози инсидодии ша-



рёнҳои андомҳои поёнӣ ё омилҳои хатари он (пиронсолӣ, сигоркашӣ, диабети қанд, дислипидемия) аторвостатин 20-40мг ё розувостатин 10-20мг дар ш/р таъйин карда шуд.

Ҳангоми гипергликемия (қанди хун зиёда аз 11 ммол/л) инсулини таъсираш кӯтоҳмуддат – глулизин ё аспарт 4-12 Ед –ро истифода намуда, минбаъд вазъи қади хунро дар давоми шабонарӯз назорат карданд. Ҳангоми кетотатсидози вазнини гипергликемӣ, аломатҳои гиперосмолярнокӣ ё инсулини таъсираш кӯтоҳмуддатро дар шакли инфузияи давомноки дохиливаридӣ 0,1 Ед/кг массаи бадан тахти назорати сатҳи гликемия ба кор бурданд.

Беморони дорои хатари баланди оризаҳои дилу рағҳо бо шаклҳои оризаноки ХУ дар давраи то ҷарроҳӣ, таъобати медикаментозӣ кӯтоҳмуддат буд, таъобати ҷарроҳӣ бошад, дар 2 соати авали пас аз дохил шудан ба статсионар иҷро карда шуд. Дар ҷунин беморон ҷарроҳӣ дар заминаи истеъмоли дезагрегантҳо иҷро карда шуд. Аз ҳама антикоагулянтҳо гепарини пастмолекулярӣ эноксапарин 1мг/кг массаи бадан ба кор бурда шуд. Препаратро 6-8 соат пеш аз ҷарроҳӣ ва баъдан 1 маротиба дар ш/р (ҳангоми шаклҳои беоризаи ХУ) истифода намуданд. Дар давраи пас аз ҷарроҳӣ кӯшиш карданд, ки таъобати тӯлонии консервативиро аз нав сар кунанд.

Ҳангоми дар беморони калонсол ва пиронсоли гирифтори ХУ тибқи маълумоти ЭКГ ошкор намудани ихтилолҳои аз ҷиҳати клиникӣ муҳимми ритм (экстрасистолия, ФП, тахикардияи болои меъдаҷавӣ ва меъдаҷавӣ) аз препаратҳои антиаритмикӣ в-блокаторҳо, антагонистҳо, калсий (веромпил 80 мг 3 маротиба дар ш/р, дилтиаз 90мг ду маротиба дар ш/р), ҳамчунин соталол 40-160 мг ду маротиба дар рӯз ва 150-300мг дохиливаридӣ фавворавӣ оҳиста, дар ҳолати таъҷилии камтар бошад, 600-800мг дар ш/р *per os* то расидан ба дозаи асосӣ дар 10 грамм, баъдан 100-300 мг дар ш/р ба сифати дозаи дастгирикунанда) истифода гардид.

Дар давраи пас аз ҷарроҳӣ гепатопротекторҳо – эссенциали-Н, прокинетики – мотилиум таъйин карданд. Дар беморони дорои астмаи бронхиалӣ (АБ) ва БМИШ (Бе-

мории инсидодии шушҳо) препаратҳои бронхвасеъкунандаро истифода намуданд – аминофиллин (эуфиллин) 10,0 мл маҳлули 2,4% 2-3 маротиба дар ш/р дохиливаридӣ оҳиста, воситаҳои стимулятсионии кори маркази нафаскашӣ – аналептикҳо (сулфокомфокаин то 1200мг дар ш/р дохиливаридӣ қатрагӣ), воситаҳои балғамрон – маҳлули бромгексини гидрохлорид ба дарун 8-16 мг 3 маротиба дар ш/р, муколитикҳо – атсетилтсистеин (флуимусил) 3 мл маҳлули 10% 2 маротиба дар ш/р дохиливаридӣ. Дар беморони дорои БА таъобати медикаментозӣ имконият дод, ки хуруҷҳои астма қатъ ва норасоии нафаскашӣ ҷуброн карда шавад.

Таъобати ғайримедикаментозӣ ташкили речаи ғизо, парҳези эҳтиёткунандаи механикӣ ва химиявиро дар бар мегширад: беморон ғизоро чандин карат (5 маротиба дар як рӯз) истеъмоли кардаанд, тановули охири-ни ғизо 6 соат пеш аз хоб буд.

Пас аз истеъмоли ғизо тавсия карда мешавад, ки хоб накунад. Аз ратсионӣ ғизо маҳсулотеро, ки моторикаи меъдаро суст ва секретсияи меъдаро метезонанд, хорич карда шуданд. Таъобати кардиотропии гузаронидашуда дар гурӯҳи асосӣ имконият дод, ки нишондиҳандаи ифодаи миёнаи фраксияи партоби меъдаҷавӣ чапбаланд бардошта шавад. Таъсири мусбати таъобати консервативии таъйин кардашударо мушоҳида намуда, дар СДР хатари пайдошавии оризаҳоро баҳогузори намуда, имконияти гузаронидани амалиёти ҷарроҳиро тасдиқ намуданд. Дар 81 (%) -и беморон дисфунксияи систоликии мавҷуда ва ислоҳ намудани дисфунксияи диастоликиро баргараф кардан муяссар гашт. Дар 9 (%) -и беморон нишондиҳандаҳои ба қайд гирифта шуданд, ки тавассути таъобати медикаментозӣ ислоҳ нашуданд: СН – IV фк. (NYHA), стенокардияи шиддати III-IV фк, ФВЛЭ < 30%, фишор дар шараёни шушҳо болотар аз 50 мм.сут. сим. Тибқи маълумоти ЭхоКГ, ФШ рефрактерӣ бо рақамҳои баланди ФШ (зиёда аз 170/110 мм.сут. сим.), нишондиҳандаҳои баланди сатҳи некрози миокард. Дар ин беморон иҷро намудани ЧЧМХ ва холетсистостомия ба ҳайси усули ниҳоии таъобати ХУ нишондод дорад.



Наркози эндотрахеалӣ хангоми ичро намудани ЛХЭ ва ҳатто холетсистэктомия аз дастраскунии нинималӣ зиддинишондод буд.

Хулоса. Ҳамин тавр, табобати комплексии медикаментозиро метавон ҳамчун як

чузъи ҳатмии омодагии пешазҷарроҳии беморони калонсол ва пиронсоли дорои ХУ хисобид, зеро ин марҳала дар ин категорияи беморон дар бештари ҳолатҳо хеле зарурӣ маҳсуб мегардад.

Адабиёт:

1. Капшитарь А.В. Мини-доступ для холецистэктомии у больных с острым холециститом в пожилом и старческом возрасте // Укр. журн. хірургій.— 2014.— №1 (24).— С. 99—102.
2. Курбанов Ф. С. Результаты лапароскопической холецистэктомии у больных пожилого и старческого возраста/ Ф. С. Курбанов, Ю. Г. Алиев, С. Ф. Аббасова [и др.] // Хирургия.— 2013.— №10.— С. 22—24.
3. Романова Н.А. Затяжное течение инфаркта миокарда у пожилого больного на фоне острого калькулезного холецистита (клинический случай)/ Н.А. Романова, Т.Е. Липатова, С.С. Паршина, Т.В. Хайбекова // Саратовский научно-медицинский журнал. –2019. – Т. 15. - №3 – с.817-821.
4. Совцов С.А. Холецистит у больных высокого риска/ С.А. Совцов, Е.В. Прилепина // Хирургия. Журнал им. НИ Пирогова. – 2013. - №12. – С.18.
5. Хажалиев В.А. Особенности течения и хирургическая тактика при деструктивном холецистите у лиц пожилого и старческого возраста/ В.А. Хажалиев, А.Н. Ферзаули, Р.В. Хажалиев, А.С. Байсаев// Вестник Чеченского государственного университета. - 2016. - №3. – С.29-46.
6. Demarchi M.S. Electrocardiographic changes and false-positive troponin I in a patient with acute cholecystitis. / M.S. Demarchi, L. Regusci, F. Fasolini//Case Re. Gastroenterol. – 2012. – Т.6(2). -С.410-414.
7. Kuwabara K. Relationships of age, cholecystectomy approach and timing with the surgical and functional outcomes of elderly patients with cholecystitis/ K.Kuwabara, S. Matsuda, K. Fushimi [et al.]// Intern. J. Surg.— 2011.— Vol. 9.— P. 392—399.
8. Rao A. Safety of outpatient laparoscopic cholecystectomy in the elderly: analysis of 15,248 patients using the NSQIP database/ A. Rao, A. Polanco, S. Qiu[et al.]// J. Am. Coll. Surg.— 2013.— Vol. 217, N6.— P. 1038—1043.
9. Sajid M.S. Needleoscopic versus laparoscopic cholecystectomy: a metaanalysis./ M.S. Sajid, M.A. Khan, K. Ray [et al.]// ANZ Journal of Surgery. – 2009. –Т.79(6). -P.437–442. PMID: 19566866. DOI: 10.1111/j.1445-2197.2009.04945.x.
10. Takada T., TG13: updated Tokyo Guidelines for the management of acute cholangitis and cholecystitis./ T. Takada, S.M. Strasberg, J.S. Solomkin, H.A. Pitt [et al.]// J Hepatobiliary Pancreat Sci. – 2013. – Т.20 – P.1-7.
11. Zafar S. N. Optimal time for early laparoscopic cholecystectomy for acute cholecystitis/ S. N. Zafar, A. Obirize, B. Adesibikan [et al.]// JAMA Surg.— 2015.— Vol. 150, N 2.— P. 129—136.

РОЛЬ КОМПЛЕКСНОГО КОНСЕРВАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА С ОСТРЫМ ХОЛЕЦИСТИТОМ С СОПУТСТВУЮЩЕЙ СЕРДЕЧНОСОСУДИСТОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

Зиёв Ш.Х.

Кафедра общей хирургии №1 (зав. кафедры к.м.н., доцент Боймуродов О.С.),
ГОУ ТГМУ имени Абуалиибни Сино

Цель исследования. Оценить роль комплексной медикаментозной терапии при предоперационной подготовке пациентов пожилого и

старческого возраста с острым холециститом с сопутствующей сердечнососудистой патологией.

Материал и методы исследования. Проведен анализ клинического материала 90 пациентов пожилого и старческого возраста с острым холециститом, находившихся на лечении в клиниках баз кафедры общей хирургии №1 ТГМУ имени Абуалиибни Сино на базе ГКБ №2 им. академика К.Т. Тоджиева г. Душанбе с 2015 по 2020 гг. Мужчин было – 38 (42,2 %), а женщин – 52 (47,8%). Пациентов пожилого возраста (60–74) всего было 26 (28,9%), старческого – 60 (61,2 %) и долгожителей (90 и более) – 4 (9,9%). Комплексное медикаментозное лечение было проведено всем 90 (100%) больным из основной группы. Консервативное лечение пациентов включало использование антикоагулянтов (прямых и непрямых), антиагрегантов, в-адреноблокаторов, ингибиторов ангиотензин-превращающего фермента (иАПФ)

или блокаторов рецепторов ангиотензина-2 (БРА-2), антагонистов кальция, диуретиков (как тиазидных, так и петлевых), антагонистов альдостерона, статинов, в некоторых случаях – нитратов и сердечных гликозидов, а также спазмолитиков, антибактериальных препаратов, гемостатических средств (препаратов инсулина и средств для инфузионной терапии).

Выводы. Таким образом, комплексную медикаментозную терапию можно рассматривать как обязательный компонент в предоперационной подготовке больных пожилого и старческого возраста с ОХ, так как этот этап у этой категории больных в большинстве случаев бывает очень необходимым.

Ключевые слова: острый холецистит, консервативное лечение, пожилой и старческий возраст

THE ROLE OF COMPLEX CONSERVATIVE TREATMENT OF ELDERLY AND SENILE PATIENTS WITH ACUTE CHOLECYSTITIS WITH CONCOMITANT CARDIOVASCULAR PATHOLOGY

ZieevSH.Kh.

Department of generally surgery № 1 (head of the department, candidate of medical sciences, docent Boymurodov O.S.), Avicenna ATSMU

Purpose of the study. To assess the role of complex drug therapy in the preoperative preparation of elderly and senile patients with acute cholecystitis with concomitant cardiovascular pathology.

Material and research methods. The analysis of the clinical material of 90 elderly and senile patients with acute cholecystitis, who were treated in the clinics of the bases of the Department of General Surgery No. 1 of the Abuali ibn Sino State Medical University on the basis of the GKB No. 2 named after Academician K.T. Todzhiev, Dushanbe from 2015 to 2020. There were 38 men (42.2%) and 52 women (47.8%). There were 26 (28.9%) elderly patients (60–74), 60 (61.2%) elderly patients, and 4 (9.9%) long-livers (90 and more). All 90 (100%) patients from the main group received complex drug treatment.

Conservative treatment of patients included the use of anticoagulants (direct and indirect), antiplatelet agents, в-blockers, angiotensin converting enzyme inhibitors (ACE inhibitors) or angiotensin-2 receptor blockers (ARB-2), calcium antagonists, diuretics (both thiazide and loop), antagonists of aldosterone, statins, in some cases - nitrates and cardiac glycosides, as well as antispasmodics, antibacterial drugs, hemostatic agents (insulin preparations and agents for infusion therapy).

Conclusions. Thus, complex drug therapy can be considered as an obligatory component in the preoperative preparation of elderly and senile patients with AC, since this stage in this category of patients in most cases is very necessary.

Key words: acute cholecystitis, conservative treatment, elderly and senile age

Зиёев Шахобидин Хайридинович – докторанти PhD кафедраи ҷарроҳии умумии №1, МДТ ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино; E-mail: Zieevshahobidin@mail.ru Тел.: (+992) 937 97 96 65

Зиёев Шахобидин Хайридинович - докторант кафедри обҷеи хирургии №1 ГОУ ТГМУ им. Абуали ибн Сино; E-mail: Zieevshahobidin@mail.ru Тел.: (+992) 937 97 96 65

Ziyouyev Shahobidin Hayridinovich- PhD candidate of the Department of General Surgery No. 1, TSMU named after Abuali ibn Sino; E-mail: Zieevshahobidin@mail.ru Tel.: (+992) 937 97 96 65



ДАСТРАСКУНИИ ЯГОНАИ ЛАПАРОСКОПӢ - РАВИШИ НАВ ДАР ТАБОБАТИ ЧАРРОӢИ КАМОСЕБ

Расулов Н.И.,¹ Нуров З. М.,² Бахромов М.В.¹

1.Кафедраи анатомияи топографӣ ва амалияи чарроҳӣ (мудири кафедра н.и.т., дотсент Курбонов Ҷ.М), 2.Маркази ташхисию табобатӣ (директори марказ н.и.т., дотсент Нурзода З.М.) –и МТД ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино

Марҳалаи нав дар ҷараёни чарроҳии камосеб бо хусусияти коркардҳои навин дар таҷрибаи клиникаи воридгардид – чарроҳии камосеб, ба ин эндовидеочарроҳӣ ва амалиёти эндоскопӣ шомил мешаванд. Мақсади равиши дастрасткуни ягонаи чарроҳии камосеб ба ин камкардани дастрасткуни амалиёти чарроҳии ва натиҷаи хуби зебоиро таъмин менамояд. Риояи камкардани ин принсипҳо дар беморон эътимод ба навси онҳоро нисбати чарроҳии баландкарда, имконияти медиҳад, ки саривақт ба муассасаҳои табобати мурурият намоянд. Чарроҳии камосеби муосир бо ду равиш ҷараён мегирад - чарроҳии эндоскопии транслюминали ва чарроҳии аз дастрасткуни ягонаи лапароскопии (ДЯЛ). Ҳардуи ин технология дар дараҷаи мукамалшави амалиёти техникаи ва воридкушави ба таҷрибаи клиникаи мебошанд [1]. Консепсияи асосии ДЯЛ васлкуни ҳамаи асбобҳои кори лапаропорт ба воситаи як бурриш дар девораи пеши шикам мебошад. Бо чунин дастовардҳои ин равиши чарроҳии хоҳиши амалиётҳои чарроҳии аз дастрасткуни ягонаи лапароскопии вусъат ёфт. Бо ахбороти К. Крајиновиќ ва муаллифон., агар дар соли 2001 –ум миқдори ахбороти нашршуда дар китобҳои илми аз 10 нашр зиёд набуда, ин шумора дар соли 2009 –ум ба 160 расидаст. Ҳамчунин натиҷаҳои ин ахбороти нашршударо фаъолон дар таҷрибаи клиникаи дар 1,5 соли охир ворид карданд. Яке аз аввалин номи ин технологияро донишгоҳи Drexel - Singlee Port Access (SPA) surgery (чарроҳии якпорти) номгузори кардаст) [7]. Дар замони муосир ихтисороти ғуноғуни беасос дар адабиётҳои ҷаҳони илми барои фаҳмондани аҳмияти ин амалиёти чарроҳии бо истифодаи асбобҳои лапароскопии аз дастрасткуни ягонаи интишор меша-

вад. Аксарияти ин номгузориҳои ихтисори аз истеҳсоли шикатҳои истеҳсолкунандаи пешқадами дунявии номгузори мешавад [1]. Ҳамчун, Olympus ин таҷҳизоти амалиётӣро Laparoscopic SingleeSite surgery (LESS) (чарроҳии лапароскопии якпорти) номгузори кардаст. Ба монанди ин Ethicon EndoSurgery Inc. чунин ном SingleeSite Laparoscopy (SSL) (лапароскопии якпорти) пешниҳод кардаст. Covidien Inc. — Singlee Incision Laparoscopic Surgery (SILS) (чарроҳии лапароскопии дастрасткуни ягона) номгузори кардаст. Ин амалиёт аз дастрасткуни ягонаи номҳои зеринро низ дорад: oneport umbilical surgery (OPUS; чарроҳии трансумбиликали эндоскопии [37], transumbilical endoscopic surgery (TUES) (чарроҳии эндоскопии трансумбиликали) [49, 50], embryonic NOTES (NOTES; ҷанини эмбриональ) [4, 11, 16], ҳамчунин natural orifice transumbilical surgery (NOTUS) (чарроҳии трансумбиликали бо суроҳии сунби); singlee port laparoscopic surgery (SPLS; чарроҳии дастрасткуни ягона [41], singleeport laparoscopy (SPL; лапароскопии якпорти) [20], single laparoscopic incision transabdominal (SLIT) surgery (дастрасткуни чарроҳии лапароскопии трансабдоминали) [29]. Барои систематикӣ шудани ин ихтирооти ихтисоршуда дар соли 2010 дар Ҷамъи мадаи XIII эндочарроҳони Россия истилоҳи тиббии дастрасткуни ягонаи лапароскопии «единый лапароскопический доступ» пешниҳод карда шуд ва тавсия карда шуд, ки бо чунин ном дар адабиётҳои илми тибби истифода карда шавад [1]. Баргари бебаҳси амалиёти чарроҳии аз ДЯЛ чунинанд: камкардани алоими дардманда дар давраи баъди чарроҳии аз ҳисоби камосебрасони девораи пеши шикам, пасткардани пайдошавии

асрҳои баъдичарроҳи дар ковокии шикам, кам кардани муҳлати давраи барқароршави аз ҳисоби кам будани дастраскуни ва ин мувофиқат мекунад ба кам будани алоими дарди, ҳамчунин натиҷаи хуби косметики (изи баъдичарроҳӣ дар мавқеъи ноф пинҳон мемонад). Ҳангоми истифодаи технологияи номбурда эҳтимоли пайдошавии оризаҳои сирояти троакариро кам мекунад. Ин вобастаги ба тамоси бевоситаи узвҳо бо миқдори ками троакарро дорад. Басомади пайдошавии чурраҳои троакариро кам карда, осеби узвҳо ва сохторҳои ковокии шикам ва фазои пушти сифокпардари Ҳангоми васлкунии троакарҳо кам мекунад. Ин усул як қатор бартарихоро на танҳо дар бемор хатто дар чарроҳон низ дорад: барои гузаронидани ин ё он амалиёт бояд ҳаракати даст кам бошад ва ҳамаи ин ҳаракатҳо дар як равиш гузаронида мешавад.

Ягона норасогии возеҳи ин амалиёт маводҳои харочотие мебошад, ки истифода карда мешавад. Дар мамлакатҳои Аврупои Ғарби ва ИМА дар шароити суғуртаи тибби ин амалиёт тасвир мешавад, ки нақши асосиро аз ҳисоби кам будани хобравии кати Ҷоиди иқтисоди медонанд [46]. Дар равиши чарроҳи ДЯЛ муқобилияти асоси секунҷаи пушидамонанд мебошад, ки ин имконияти маҳдуд барои муоина ва ҳаракати асбобҳоро ба вучуд меоварад. Аммо аз ҳисоби асбобҳои мулоим ва куллайҳаракаткунанда дастраскуни ягонаи лапароскопии равиши нави камосебиро ба амал овард – чарроҳии транслюминали эндоскопии ба воситаи сурохиҳои табиӣ мавҷуда (NOTES), ин намуди амалиёти чарроҳи низ дар чараёни пешрафти дастраскуни ягона саҳми калон гузошт. Ғайринишондод ба амалиёти чарроҳи бо дастраскуни ягонаи лапароскопии ба монанди лапароскопияи анъанави мебошад: чарроҳҳои азсаргузаронида дар узвҳои ковокии шикам, ғайринишондод ба хусусияти умумидошта ва ғайра. Яке аз имкониятҳои аввали усули истифодаи ДЯЛ васлнамудани янчанд троакар ба воситаи як бурриши назди нофи бе истифодаи таҷҳизоти махсус мебошад. Ин усул бартари иқтисоди дорад. Аз тарафи дигар Ҳангоми

ин шароити нохуб барои истифодаи асбобҳо ташкил карда дар натиҷа асбобҳо ба якдигар расида мушкили эҷод мекунад. Ҳамчунин Ҳангоми маҳкамнамудани суроҳии апоневрози мушкил мебошад, ки ин хавфи пайдошавии чурраҳои троакариро дар давраи баъдичарроҳи зиёд мекунад [25]. TriPort (Advanced Surgical Concepts, Olympus, Чопон), ҳамчунин бо номи RR порт машхуш мебошад (расми 1) - ин таҷҳизот барои амалиётҳо бо дастраскуни ягона ба воситаи ноф коркард карда шудааст.



Расми 1. Трипорт.

TriPort (Advanced Surgical Concepts, Olympus, Чопон), ҳамчунин бо номи RR порт машхуш мебошад (расми 1) - ин таҷҳизот барои амалиётҳо бо дастраскуни ягона ба воситаи ноф коркард карда шудааст.

Ҳангоми ин бурриш наздик ба 1,5 – 2,0 см гузаронида мешавад. Дастаи ин таҷҳизот ба воситаи бурриши апоневроз дар берун васл карда мешавад; қисмати дарунаи даста ҳалқаи худвасеъкунак дорад, ки имкони котеъона доштани TriPort дар девораи пеши шикам дорад. Чикадаре, ки даста бо дарозии бурриш мувофиқ бошад, қисми берунаи даста новобаста аз ғафсии девораи пеши шикам дар пуст мустаҳкам васл мегардад. TriPort дар ковокии шикам ба воситаи бурриши апоневроз бо ёрии роҳнамо-як (инжектор) ворид карда мешавад. Дар берун се ва ё чор суроҳи барои ворид кардани асбобҳо ва суроҳи барои васл кардани газ дорад, ки ин барои идора кардани гази воридшуда дар ковокии шикам мебошад. Ҳар як суроҳи бо дарғот маҳкам мебошад, ки аз пластмас сохта шудааст. Ба монанди GelPort, ки барои гузаронидани амалиётҳои лапароскопии ассистенти истифода мешавад. Ин барои хуб нигоҳ доштани пневмоперитонеум Ҳангоми ворид кардани асбобҳо мебошад. Дар қисмати берунаи TriPort се порт дохил мешавад: ду – 5 мм ва як 12 миллиметрови. Миқдори намунаҳои клиникаи на-



шршуда бо истифодаи TriPort дар адабиётҳои тибби зиёд мебошад. Қисмати зиёди ин амалиётҳои урологи мебошад; ахборотҳои истифодаи васеи ин таҷҳизот ҳангоми холесистэктомия низ ба назар мерасад [9, 16, 18, 37, 42]. Дар соли 2008 ахборот аз гузаронидани амалиёти холесистэктомия 20 бемор бо истифода аз дастраскунии ягона интишор шуд. Аввалин бор дастрастунии ягона дар Тоҷикистон моҳи январи соли 2009 дар табобати холесистити музмини сангдор истифода карда шуд. Дар соли 2011 42 амалиёти чарроҳӣ холесистэктомия аз дастраскунии ягона дар адабиётҳои тибби нашр шуд [2]. Дар он вақтҳо натиҷаи муқоисавӣ дастраскунии ягона бо холесистэктомияи маъмули лапароскопӣ тадқиқот гузаронида нашуда буд. TriPort бартарихи зиёд дорад. Яқум, яқчанд асбобро аз нуқтаҳои гуногуни он бе талафёбии пневмоперитонеум ворид карда мешавад. Илова бар ин, ин сурохиҳо бо асбобҳои андозаашон гуногун мувофиқ мешавад. Дуюм, TriPort дар ковокии шикам ба осони васл карда шуда ва бо осони бароварда мешавад. Масалан, дар вақти баровардани маводи чарроҳи шуда аз ковокии шикам осон мебошад. Сеюм, он тез ва сабук дар ғафсии гуногуни шикам мутобиқ мешавад. Чорум, ҳар як порташ кунҷи таъсирро назаррас дигаргун мекунад, имкон медиҳад, ки асбобҳои ворид кардашуда аз якдигар ба фосилаи лозими ба бе ҳалалрасони ҳаракат кунанд. Таҷҳизоти номбурда имконоти гузаронидани гуногуни бурришҳоро вобаста аз муҳимият ва миқдори асбобҳо дорад. Асбоби роҳнамои кунди ин таҷҳизот хавфи осебинии узвҳои дохилро кам мекунад. Фарқиаш аз троакари лапароскопияи маъмули ин мавқеи чарроҳиро саҳт мекунад, ки ин вобаста аз ҳалқаи дарунаш мебошад. Ин ҳалқа дар девори пеши шикам аз дарун саҳт наздик шуда ба рои ташкили фазои кори имконияти хуб медиҳад. Сохтори таҷҳизот имкон медиҳад, ки асбобҳои муллоими қашаванда истифода карда шавад, ин хусусият дар лапароскопияи маъмули истифода карда намешавад. Ба норасоии TriPort ворид кардани роҳнамоӣ ба врситаи бурриши апоневроз ҳан-

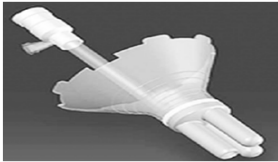
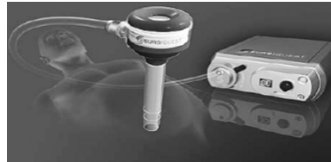
гоми чойгиршави берун аз ҳалқаи ноф мушкили эҷод мекунад. Ин маҳдудият метавонад дар нуқтаи чойи таъсирнокии амалиёти чарроҳи чойгир шавад. Илова, бар ин ҳангоми васл кардани ин эҳтимоли талафноки пневмоперитонеум ва осеби дарғоти дастаи таҷҳизот шуданаш мумкин. Дар ин ҳолат таҷҳизотро иваз кардан лозим. Намудҳои гуногуни ин таҷҳизот ба монанди QuadPort (рис. 2), чор порт барои асбобҳо дорад: якто – 12 мм, ду – 10 мм ва як 5 мм. Бо ин намуд амалиётҳои гузаронида хеле кам интишор шудааст. Инро аксарияти вақт ҳангоми неврэктомияи лапароскопӣ истифода мебаранд [16, 37]. Ширкати Covidien Inc. (Швейцария) сохтореро барои дастраскунии лапароскопии ягона ба номи SILS порт (рис. 3), ихтироот кард, ки аз резинаи мулоими элаستيку иборат буда шакли соати кумиро дорад.



Расми 2. Quad Port. Расми 3. SILS порт.

Ин сохтор низ аз чор порт иборат мебошад: якто барои инсулятсия ва се то мутобиқшуда барои троакари аз 5 то 12 мм. Васл намудани сохтори SILS ба монанди техникаи Hassan гузаронида мешавад. Бароварди ширкати Pnavel Systems (ИМА) ба номи UniX (рис. 4) тавсия барои гузаронидани амалиётҳо бо ДЯЛ бо истифодаи якҷояи се троакари 5 мм. Ин шакли қифро дорад, ки дарозии кам дошта барои ҳаракати зиёди асбобҳо мусоидат мекунад. Таҷҳизоти UniX port, ба монанди сохтори дар боло зикршуда техникааш бо усули Hassan гузаронида мешавад. Истифодаи клиникаи ин таҷҳизот бо бартарияш дар амалиётҳои урология зиёд нашр шудааст [17, 20, 21, 22]. Таҷҳизоти Surgi Quest, (США; рас. 5) асоси

технологияи ин ба лапароскопияи маъмули муқобил мебошад, ки дар ин барои хифз кардани пневмоперитонеум монеаи механикӣ истифода мешавад. Порти Air Seal ҳамроҳи монеаи механикӣ дар таркибашон газ доранд, ки фишор дар ин нисбат аз пневмоперитонеум назаррас баландтар мешавад ва баъд ба таҷҳизот ворид мешавад.

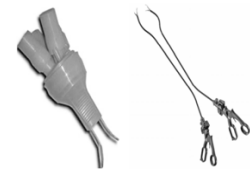
**Расми 4. Uni EX.****Расми 5. Air Seal**

Таҷҳизоти Air Seal имконоти васл кардани асбобҳои гуногун ва чандторо дошта, гиреҳои экстракорпоралӣ бе талафёбии газ гузоштанро дорад. Монеаи гази ҳамчунин камшавии такрорӣ газиро ба вучуд меоварад, ки ҳангоми истифодаи таҷҳизоти дузандаи эндоскопӣ муҳим мебошад. Дар ин ҳолат ҷойивазкуни асбобҳои кори аз ҳисоби кашидашавии дуд хуб намоён мешавад. Набудани монеаи механикӣ имконияти хуби истифодаи асбобҳои гуногун кутр ва гуногун намудро ба вучуд меоварад. Норасоии ин порт дарозии он мебошад, ки ҳаракати асбобҳоро дар ковокии шикам маҳдуд мекунад.

**Расми 6. Gel Port**

Ин мушкилиро бо роҳи модернизатсияи ин таҷҳизот баратараф мекунад. Мафҳуме низ вучуд дорад, ки ин таҷҳизотҳоро барои гузаронидани амалиётҳои ҷарроҳии ассистенти бо асбобҳои маъмулии лапароскопӣ якҷоя истифода карда мешавад. Дар соли 2009 А.М. Merchant ва ҳамуаллифонаш амалиётро навистанд, ки бо ёрии GelPort (Applied Medical, ИМА; рас. 6) дар қисмати ҳолидох, ҳолесистэктомия, гемиколэктомия, бандажгузори меъда ва бурриши сурхрударо гузарониданд (26). D. Mutter ва ҳамуал. (2008) техникаи амалиёти ҷарроҳии хо-

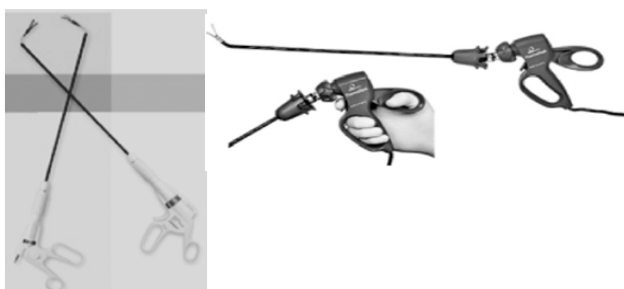
лесистэктомияро бо ин таҷҳизот муфассал навиштааст (27). Ҳамчунин таҷҳизотҳои зиёде бо истифодаи дастраскунии ягонаи лапароскопӣ мавҷуданд, ки сохторашон дар боло зирк шудаанд (системаи OctoPort (Корея; рас. 7), Womsurgical (Аргентина; рас. 8), Cone ва EndoCone (Karl Storz, Олмон) ва диг. Яке аз принципҳои асосии ҷарроҳии лапароскопӣ консепсияи секунҷа мебошад, ки ҳангоми ҳаракатҳои асбобҳои ҷарроҳии барои ҷарроҳ ва ассистентон монеа эҷод мекунад.

**Расми 7. Octo Port.****Расми 8. Womsurgical ва асбоб барои ДЯЛ.**

Ин консепсия ҳангоми амалиёти ҷарроҳии истифода аз дастраскунии ягона як омили асосии монеаи рушди ин технология мебошад. Аз ҳамин лиҳоз барномаҳои амалиёти ҷарроҳӣ бо истифодаи технологияи NOTES ва ДЯЛ тавъам пешниҳод карда шуд, ки метавонад ин мушкилиро ҳал кунад ва роҳнамои нав дар ҷарроҳии камосеб шавад. Хусусияти технологияи ДЯЛ дар он мебошад, ки амалиёти ҷарроҳии аз як нуктаи бурриш назаррас мебошад. Дар ин ҳолат ҳаракати хурдтарини камера ба ҳаракати дигар асбобҳои дигарнуни ба вучуд меоварад. Ин хусусият дар амалисозии соддатарин ҷарроҳии низ мушкilot эҷод мекунад. Барои пешгирӣ кардани ин монеа асбобҳои ихтилофпазир истифода карда мешавад. Мушкилии маҳдудияти асбобҳои дар ковокии шикам ва беруни девораи шикам дар якҷанд самтҳои ҳаракати асбобҳои ҳал карда шудааст: коркарди асбобҳои, ки ҳаракати даврашакл доранд, асбобҳои бо дасташакон қачи тобхуранда, асбобҳои дарозиашон гуногун бо ҳаракатҳои хос, ҳамчунин коркарди камераҳои сохторашон сабук ва кунҷи биноияшон фароҳу равшан дар мавқеи ҷарроҳишаванда. Асбобҳои барои ДЯЛ, ки аз тарафи ширкати Олимпус (Чопон, Намунаи 9) истехсол шудааст, дубаробар қачи доранд



вале фишор намеоранд то, ки як кунчи муаян дошта бошанд. Барои амалиётҳои лапароскопӣ кунчи муаян бе фишороварии асбобҳо муҳим мебошад. Илова бар ин, ин навъи асбобҳо нисбат ба асбобҳои маъмулӣ лапароскопӣ дарозии калон доранд, ки имконияти истифодаи инҳоро дар беморони сохтори андомашон мухталиф мувофиқ мекунад. Covidien Inc. (Швейтсария) асбобҳо бо сохти байёншуда истехсол мекунад (10), ки метавонанд дар атрофи худашон ҳаракат мекунад. Ин навъи асбоб аз диссектор, исқанча ва қайчиҳо иборат мебошанд. Ҳамаи ин асбобҳо аз 0 то 80 ° тоб мехуранд. Ҳамчунин ин асбобҳо дар худашон равшанидиҳанда барои коагулятсияи монополяри доранд. Боз як мафҳуми дигар дар истилоҳи ДЯЛ вучуд дорад, ки ин мафҳуми салибшавии асбобҳо мебошад. Ин намуди асбобҳоро ширкати Novare RealHand HD и Cambridge Endo истехсол мекунад. Дастаи асбобҳо аз якдигар дар як андозаи дур ҷойгир мебошанд, ки бархурди инҳоро ғайриимкон мекунад. Ҳангоми ин дар вақти ҳаракат дасти ростӣ ҷарроҳ ҳаракати дасти чапро иҷро мекунад ва баракс, ин амал бо натиҷаи назаррас номувофиқи эҷод мекунад. Ғайр аз ин бархурди асбобҳо барои ҳаракаташон маҳдудият эҷод карда ҳангоми ҷудо кардани бофтаҳо мушкили бавучуд меоварад. Ин мушкилии маҷудбударо ҳангоми истифодаи системаи da Vinci (Intuitive Surgical, ИМА) бартараф кардан мумкин. Барои ин дар панели идоракунии таҷҳизот нуқтаи гузариш “ба рост ва чап” вучуд дорад, ки бо ҳамин равиш бархурди асбобҳоро нигоҳ медорад. Ширкати Novare Surgical Systems Inc. (ИМА) як навъи асбобро RealHand (рас. 11) истехсол мекунад, ки ҳаракати ангуштони ҷарроҳро дар баробари акси оинави такрор мекунад.



Ин амал барои ҷудо кардани бофтаҳо ва бурридани онҳо шароит фароҳам меоварад. Навъи асбоби RealHand 11 намуд асбобҳои гуногун доранд. Яке аз инҳо намуди диссектори қачро дорад, ки имкони ҷудо ва пайвасткунии бофтаҳоро дорад. Асбоби 5 мм Thermaseal (Novare Surgical Systems Inc., ИМА) манбаи қуввадиҳии автомати дошта, бофтаҳоро бе истифодаи барқ гарм мекунад ва аз ин ҳисоб (бастанӣ гармии бофтаҳо) ба вучуд меояд. Ширкати Endo (ИМА) асбобҳое ба монанди Novare : сӯзанқапак, диссектор, қайчи ва чангак барои коагулятсияи монополяри истехсол мекунад. Мақсади ҳамаи элементҳои амалиёти лапароскопӣ фаъол дида ни бофтаҳо мебошанд, ки бо ёрии камера иҷро карда мешаванд. Дар айни замон намудҳои гуногуни камера вучуд доранд, ки на ҳамаи он ҷойивазкуниро дар вақти амалиётҳои ДЯЛ таъмин карда метавонанд. Камераи EndoEye (Olympus, Ҷопон; рас. 13) чунон сохта шудааст, ки ноқили равшанидиҳандааш дар камера бо андозаи дуртар ҷойгир мебошад. Ин имконияти ғунҷоиши хуб дошта дар берун аз ковкии шикам ба дигар асбобҳо монета эҷод намекунад. Камера бо қутри 5 ва 10 мм бо кунҷи биноиш 0°, 30° ва 45° ва бо дарозии гуногун вучуд дорад. Ҳамчунин камера бо дошта ни қисмати қачии дисталияш имкон медиҳад, ки кунҷҳои гуногунро муоина кунад. Бартарии асосии ин камера дар он аст, ки таҳрифотро дар сохт, андоза, ва майдони ҷарроҳӣ ба иникос намекунад. Ҳамчунин камераҳое ҳастанд, ки қисмати проксималияшон кутӯҳ буда, бархурди дасти ҷарроҳ ва ассистентро ба вучуд намеоваранд.

Аввалин маротиба ҷарроҳии классикии лапароскопиро бо техникаи дастраскунии лапароскопии ягона дар гинекология истифода бурдаанд. С.Р. Wheelless дар соли 1969 – ҳум амалиёти ҷарроҳӣ бастанӣ найчаҳои бачадонро бо навъи ягонаи лапароскопӣ якумин бор гузарондааст [47]. Баъдтар аз гузаронидани зиёда аз 1000 намуди чунин амалиёт ахборот интишор шудааст [45,48]. М.А. Pelosi ва М.А. Pelosi III дар соли 1992 аз гузаронидани амалиёти ҷарроҳӣ экстирпатсияи бачадон бо найчаҳои бачадон бо дастраскунии ягонаи лапароскопӣ хабар дод [32].



Инҳо ҳамчунин дар соли 1992 дар адабиётҳои тибби ахборот оиди аппендэктомиаи лапароскопӣ 25 бемор интишор шуд. Хамаи ин амалиётҳо ҳангоми лапароскопияи ташхиси гузаронида шудааст [31]. Аввалин мартаба оид ба холесистэктомиа аз дастраскунии ягонаи лапароскопӣ дар соли 1997 G. Navarra ва муалл. Ба ҳамин монанд 30 намуни амалиёт аз дастраскунии ягона ба воситаи ноф бо истифодаи ду 10 мм троакар нависта пешниҳод карданд. Траксияи талхадон ба воситаи се дарзи қапанда, ки дар девораи пеши шикам гузошта шудааст анҷом дода мешавад. Бо чунин усул дар ҳашт ҳолат холангографияи дохиличарроҳи бомувафвақият гузаронида шудааст [28]. Амалиётҳои чарроҳӣ бо истифодаи дастраскунии ягонаи лапароскопӣ бо пешрафту та-

рақиёти техники чараён доранд. Ин равиши чарроҳӣ айни замон яке аз намудҳои зиёд тақарикунандаи чарроҳии камосеб мебошад [1], ки назарас барои чарроҳ ва ҳам ассистент мувофиқ мебошанд. Аммо бо як натиҷаи таъсири камосебию косметикӣ ноил шудан барои беморон набояд ба ин намуди амалиёт бешубҳа бартари дода шавад. Дар намудҳои навоарӣ бо истифода аз ДЯЛ тақиқотҳо бо баробари ва натиҷаҳои дарозмудат гузаронида нашудааст. Маълумотҳои таҳқиқоти ягонаи ретроперспективи ин бартари ДЯЛ назаррас паст шудани дардманди дар давраи бадичарроҳи дар муқоиса ба чарроҳии аънанаи мебошад [2]. Ин равиши таъбабат бо истифодаи дастраскунии ягонаи лапароскопӣ дар оянда бешубҳа умедворкунанда мебошад.

Адабиёт

1. Резолюция XIII Съезда Общероссийской общественной организации «Общество эндоскопических хирургов России», г. Москва, 19 февраля 2010 г.
2. Расулов Н.И. Лапароскопическая холецистэктомиа из единого доступа с использованием sils port в лечении хронической желчнокаменной болезни / Н.И. Расулов, А.Р.Рахматуллаев, Т.Г.Чакалов // Материалы годичной научно-практической конференции молодых ученых и студентов ТГМУ им. Абуали ибни Сино; проблемы и достижения современной медицины г. Душанбе. -2011 – С . 153-154.
3. Bucher P., Pugin F., Morel P. Single port access laparoscopic right hemi colectomy // Int. J. Colorectal. Dis.— 2008.— Vol. 23.— P. 1013—1016.
4. Canes D., Desai M.M., Aron M. et al. Transumbilical single port surgery: evolution and current status // Eur. Urol.— 2008.— Vol. 54, N 5.— P. 1020—1029.
5. Castellucci S.A., Curcillo P.G., Ginsberg P.C. et al. Single port access adrenalectomy // J. Endourol.— 2008.— Vol. 22.— P. 1573—1576.
6. Cuesta M.A., Berends F., Veenhof A.A. The «invisible cholecystectomy»: transumbilical laparoscopic operation without a scar // Surg. Endosc.— 2008.— Vol. 22, N 5.— P. 1211—1213.
7. Curcillo P.G.II, Wu A., Podolsky E.R. et al. Single port access (SPA) cholecystectomy: initial validation of a single incision approach // Surg. Endosc.— 2008.— Vol. 22 (suppl 1).— P. 281.
8. D'Alessio A., Piro E., Tadini B., Beretta F. One port transumbilical laparoscopic assisted appendectomy in children: our experience // Eur. J. Pediatr. Surg.— 2002.— N 12.— P. 24—27.
9. Desai M.M., Aron M., Canes D. et al. Single port transvesical simple prostatectomy: initial clinical report // Urology.— 2008.— Vol. 72, N 5.— P. 960—965.
10. Desai M.M., Rao P.P., Aron M. et al. Scarless single port transumbilical nephrectomy and pyeloplasty: first clinical report // BJU Int.— 2008.— Vol. 101.— P. 83—88.
11. Desai M.M., Stein R., Rao P. et al. Embryonic natural orifice transumbilical endoscopic surgery (ENOTES) for advanced reconstruction: initial experience // Urology.— 2009.— Vol. 73, N 1.— P. 182—187.
12. Earle D.B., Jones D., Schwaitzberg S., Azarbarzin K. Air Seal: a minimally invasive access port that enhances patient safety and enables new operative approaches // Presented at the SAGES Emerging Technology Forum, Philadelphia, PA, April, 2008.



13. Ersin S., Firat O., Sozbilen M. Single incision laparoscopic chole cystectomy: is it more than a challenge // *Surg. Endosc.*— 2009.
14. Esposito C. One trocar appendectomy in pediatric surgery // *Surg. Endosc.*— 1998.— N 12.— P. 177—178.
15. Garg S., Gundeti M., Mushtaq I. The single instrument port laparoscopic (SIMPL) nephrectomy // *J. Pediatr. Urol.*— 2006.— N 2.— P. 194—196.
16. Gill I.S., Canes D., Aron M. et al. Single port transumbilical (E\$NOTES) donor nephrectomy // *J. Urol.*— 2008.— Vol. 180.— P. 637—641.
17. Goel R.K., Kaouk J.H. Single port access renal cryoablation (SPARC): a new approach // *Eur. Urol.*— 2008.— Vol. 53.— P. 1204—1209.
18. Gumbs A.A., Milone L., Sinha P., Bessler M. Totally transumbilical laparoscopic cholecystectomy // *J. Gastrointest. Surg.*— 2009.— Vol. 13, N 3.— P. 533—534.
19. Hodgett S.E., Hernandez J.M., Morton C.A. et al. Laparoscopic single site (LESS) cholecystectomy // *J. Gastrointest. Surg.*— 2009.— Vol. 13, N 2.— P. 188—192.
20. Kaouk J.H., Goel R.K., Haber G.P. et al. Single port laparoscopic radical prostatectomy // *Urology.*— 2008.— Vol. 72.— P. 1190—1193.
21. Kaouk J.H., Haber G.P., Goel R.K. et al. Single port laparoscopic surgery in urology: initial experience // *Urology.*— 2008.— Vol. 71.— P. 3—6.
22. Kaouk J.H., Palmer J.S. Single port laparoscopic surgery: initial experience in children for varicocele // *BJU Int.*— 2008.— Vol. 102.— P. 97—99.
23. Krajcinovic K., Kerscher A., Germer C.T. Single port laparoscopic chole cystectomy with the X\$Cone system: A porcine study // *Colorectal Congress «Benign colorectal diseases»*. Poster exhibition. Laparoscopy and novel techniques. St. Gallen, Switzerland, 2—4 December, 2009.
24. Leroy J., Cahill R.A., Peretta S., Marescaux J. Single port sigmoid ectomy in an experimental model with survival // *Surg. Innov.*— 2008.— Vol. 15, N 4.— P. 260—265.
25. MacDonald E.R., Brownlee E., Ahmed I. New tools for a new job single port laparoscopic surgery equipment // *Med. Equipment Insights.*— 2009.— N 2.— P. 1—7.
26. Merchant A.M., Cook M.W., White B.C. et al. Transumbilical Gelpport access technique for performing single incision laparoscopic surgery (SILS) // *J. Gastrointest. Surg.*— 2009.— Vol. 13, N 1.— P. 159—162.

ЕДИНЫЙ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИЙ ДОСТУП - НОВОЕ НАПРАВЛЕНИЕ МИНИИНВАЗИВНОЙ ХИРУРГИИ

Расулов Н.И., Нуров З. М., Бахромов М.Б.

Кафедра оперативной хирургии и топографической анатомии (зав. кафедра к.м.н., доцент Курбанов Ч.М) и Лечебно диагностический центр (к.м.н., доцент Нуров З.М.)
ТГМУ им. Абуали ибни Сино

Проанализированы данные литературы относительно хирургических вмешательств из единого лапароскопического доступа, которые в последние годы начали широко внедрять в клиническую практику хирургических клиник мира. Описаны преимущества и недостатки данного метода. Представлены основные виды устройств и инструментов, используемых

при таких вмешательствах. Приведены особенности техники операций, а также результаты клинического применения единого лапароскопического доступа при различных хирургических вмешательствах.

Ключевые слова: единый лапароскопический доступ, хирургические вмешательства из единого лапароскопического доступа.



SINGLE LAPAROSCOPIC ACCESS - A NEW DIRECTION OF MINI-INVASIVE SURGERY

N.I. Rasulov, Z.M. Nurov, M.V. Bakhromov,

Department of Operative Surgery and Topographic Anatomy (the head of department c.m.s. Qurbanov J.M) and MDC of the Avicenna TSMU (the head of MCD c.m.s. Nurov Z.M.)

Data of world literature on single laparoscopic incision surgery is analyzed in the article, which the last years began to be widely introduced to the clinical practice of surgical clinics of the world. There are described advantages and lacks of this method. There are represented the main types

of devices and instruments used for these interventions. The features of technique of operations and results of clinical application of single laparoscopic incision at different surgery are represented.

Key words: single laparoscopic incision, single laparoscopic incision surgery.

Расулов Нематулло Исломидинович – н.и.т. ассистенти кафедраи амалияи ҷарроҳи ва анатомияи топографи ДДТТ ба номи Абӯали ибни Сино. Тел. 918.33.43.53. поч. Элек. Sajjodinemat@mail.ru.

Нуров Зоир Мираҳмадович – н.и.т. ассистенти кафедраи амалияи ҷарроҳи ва анатомияи топографи ДДТТ ба номи Абӯали ибни Сино. Тел. 988.25.45.51.

Баҳромов Музаффар Бафоевич – муаллими калони кафедраи амалияи ҷарроҳи ва анатомияи топографи ДДТТ ба номи Абӯали ибни Сино. Тел. 918.10.92.91.

Расулов Нематулло Исломидинович – к.м.н., ассистент кафедраи оперативной хирургии и топографической анатомии ТГМУ имени Абуали ибни Сино. Тел. 918.33.43.53. Элек. Поч. Sajjodinemat@mail.ru.

Нуров Зоир Мирамадович – доцент кафедра общей хирургии № 1 ТГМУ имени Абуали ибни Сино. 988.25.45.51.

Баҳромов Музаффар Бафоевич – ст. пред. кафедраи оперативной хирургии и топографической анатомии ТГМУ имени Абуали ибни Сино. Тел 918.10.92.91.

Rasulov Nematullo Islomidinovich – c.m.s. ass. of department of the operative surgery and topography anatomy Avicenna TSMU. Mob. +992 918334353 email – sajjodinemat@mail.ru

Nurov Zoir Miramadovich - Associate Professor of the Department of General Surgery No. 1 of the Abuali Ibni Sino TSMU. 988.25.45.51.

Bahromov Muzaffar Bafoevich – main ass. of department of the operative surgery and topography anatomy Avicenna TSMU. Mob +992 918109291



ШАРҲИ АДАБИЁТ

ГИПЕРПАРАТИРЕОЗИ АВВАЛИЯ – РОҲҲОИ ҲАЛЛИ ОНҲО

Ниязова Н.Ф.

Кафедраи эндокринологияи МДТ «ДДТТ ба номи Абуалӣ ибни Сино».

Гормони Parathyroid gland– паратгормон (ПТГ) яке аз муҳимтарин гормонҳои барои нигоҳ доштани гомеостази калсий ва фосфат зарур ба ҳисоб меравад. Ин гормон 1 β -гидрооксидшудаи 25 (ОН) D-ро то 1,25 (ОН)₂D ҳосил мекунад, ки барои ҷаббидан ва аз устухонҳо дар рӯдаҳо озод шудани калсий ва фосфат мусоидат мекунад [1], ба ин васила реабсорбсияи минералҳоро дар каналчаҳои гурдаҳо танзим мекунад.

Аномалияи дарунии экскретсия ё стимулятсияи аномалии тавлиди ПТГ ба гиперпаратиреози аввалия, ба дувумӣ ва сеюмӣ оварда мерасонад.

Таваччуҳи махсус дар амлияи клиникӣ ба пайдошавии гиперпаратиреози аввалия (ГПТА) дода мешавад, чунки ин ташҳис мумкин аст, ки дар асоси зухуроти биохимиявӣ, скелетӣ ва гурдаҳо гузошта шавад. ГПТА сабаби нисбатан зиёд дучор шавандаи пайдо шудани гиперкалсиемия мегардад, ки сари вақт ташҳис накардани он хатари пайдо шудани остеопороз ва шикстагиҳоро зиёд намуда, ба тавлидшавии санги гурда ва норасоии гурдаҳо оварда мерасонад, ҳамчунин сифати ҳаётро хеле бад месозад [2,3].

Илова ба рН ин омӯзиши ГПТА бо таҳлили маълумотҳои адабиётҳои илмӣ оид ба паҳншавии ин патология дар популятсия, хусусиятҳои манзараҳои клиникӣ ва равишҳои асосии табобат сурат гирифта, барои амлияи муосири клиникӣ хеле актуалӣ ба шумор меравад.

Мақсади таҳқиқот: Таҳлили маълумотҳои адабиёти илмӣ бахшида ба масъалаҳои ГПТА.

Эпидемиология. ГПТА (рамзи он дар ТББ-10 E21.0) ба бемориҳои эндокринӣ дохил карда шудааст, ки бо баландшавии тавлиди ГПТА ҳангоми муътадил будани сарҳади болоӣ ё баланд шудани сатҳи калсий дар хун дар натиҷаи патологияи аввалияи Parathyroid gland ба амл меояд. Ин беморӣ

дар нозология пас аз бемориҳои диабети қанд ва бемориҳои ғадуди сипаршақл тибқи натиҷаҳои таҳқиқотҳои анҷомшуда дар кишварҳои Аврупои Ғарбӣ ва Америкаи Шимолӣ дар ҷойи сеюм меистад.

Паҳншавии ГПТА аз мансубияти гендерӣ вобаста аст, дар бештари мавридҳо вай дар байни занҳои калонсол 0,22–0,36% ва дар байни занҳои давраи постменопаузалии зиёда аз 3% дида мешавад [4,5,6,7].

Ба омилҳои, ки ба паҳншавии ГПТА дар популятсия таъсир мерасонанд, ба андешаи як гурӯҳ муҳаққиқон инҳоро дохил мекунад: мавқеи ҷуғрофӣи кишвар, мансубияти этникӣ, дараҷаи истифода аз скрининги кӯхнаи биохимиявӣ дар кишвар [8,9].

Масалан, дар кишварҳои Аврупои Ғарбӣ ва Америкаи Шимолӣ, ки дар ин ҷойҳо скрининги биохимиявӣ аз аввали солҳои 1970 истифода мешавад, ГПТА бемории паҳншуда боқӣ мемонад. Дар он кишварҳои, ки скрининг кӯхна нест, ГПТА кам ба қайд гирифта мешаванд. Yeh et al дар байни аҳолии иборат аз наҷодҳои мухталиф гузаронида шуд, ки зиёда аз 3,5 миллион аҳолии гирифтори ППТА-ро дар бар гирифт ва мӯян карда шуд, ки ин беморӣ мутаносибан дар байни аҳолии зан ва марди сиёхпӯст ва осийёи ва сафедпӯст 92 ва 46, 81 ва 29, ҳамчунин 52 ва 28 ба 100 000 аҳолиро ташкил дод [9].

Тамоюли зиёдшавии беморшавӣ ва паҳншавии ин бемориро дар даҳсолаҳои охир дар ҷаҳон бояд қайд кард. Сабаби ин шояд ворид кардани скрининг бо шинохтан ва ташҳис кардани гиперкалсиемияи сабук вобаста бошад [10,11,12].

Мувофиқи натиҷаҳои лоиҳаи намунавии Россия, шаклҳои манифестии ГПТА (67%) баргардоранд, ҳол он ки дар Европа ва Америкаи Шимолӣ аллақай дар соли 2004 г. ба сомади дучоршавии он аз 20% баланд набуд [13,14]. Дар Тоҷикистон тақиқотҳои бузургмиқёси эпидемиологии ГПТА вучуд надо-

ранд. Миқдори умумии беморони мубтало ба ГПТА дар регистри Тоҷикистон дар соли 2019 ҳамагӣ 72 нафарро ташкил дод. Ошкор сохтани ГПТА дар 100 ҳазор аҳоли дар Ҷумҳурии Тоҷикистон - 0,8 ҳолат буд [15].

Хусусиятҳои этиопатогенетикии ГПТА.

Дар бештари ҳолатҳо (80-85%) дар заминаи ташаккули аденомаи ГПТА ва миқдори камтар дар сурати мавҷуд будани тағйирҳои зиёд дар ГПТА (10—15%); дар 1—5% – аз сабаби номияҳои бадсифати ГПТА ба вучуд меоянд [16].

Барои ПТА-и ирсӣ осебҳои сершумори ПТА хос аст. ПТА, маъмулан, ба осебҳои сершумори ПТА иртиботдоранд [16,17,18]. Шаклҳои ирсии ГПТА диққатҷалбкунандаанд, зеро имконият медиҳанд, ки патогенези пайдошавии номияҳои ПТА дар маҷмӯъамиқ фаҳмида шаванд. Ба шаклҳои ирсии ГПТА инҳо дохил мешаванд: синдроми неоплазияҳои сершумори эндокринии типҳои 1 (НСЭ-1), типҳои 2А (НСЭ-2А), типҳои 4 (НСЭ-4), вариантҳои гиперкалсиемияи гипокалсиурикии оилавӣ ва гиперпаратиреозии маҳдуди оилавӣ дохил мешаванд. Мутатсия дар генҳои MEN1, RET, CDKN1B, ба пайдошавии мутаносибан МЭН-1, НСЭ-2А, НСЭ-4 оварда мерасонанд.

Муайян кардани хусусиятҳои ирсии беморӣ аз нуқтаи назари клиникӣ на танҳо барои беморон, балки барои ҳешовандони дараҷаи аввал низ муҳим аст [19].

Баъзе муҳаққиқон алоқамандии байни зиёдшавии дучоршавии ГПТА-ро дар занҳо давраи постменопауза ба он вобаста мекунанд, ки шояд, ба дисбаланси соҳаи гормоналӣ иртибот дошта бошанд. Дар таҳқиқотҳои популятсионӣ, дар занҳои гирифтори ГПТА ошкор намудани саратони ғадуди ширӣ низ аз иртиботи мутақобилаи этиологии ин ҳолатҳои патологӣ гувоҳӣ медиҳад [20].

Табобат бо литий, стандарти тиллоии табобати ихтилолҳои биполярӣ мебошад, ҳамчунин метавонад тақрибан дар ҳар як ҳолати чорум бо гиперкалсиемия ҳамроҳ бошад. Связанный с литием ГПТА-и бо литий алоқаманд ё ҳамчун аденомаи ягона ё ҳамчун бемориҳои ғадудҳои сершумор дида мешавад.

Асоси патогенези гиперпаратиреозро маҳсулоати барзиёди ПТА, ихтилоли гомеостази калсий-фосфорӣ ташкил медиҳад. Дар сурати барзиёд будани ПТА резорбсияи бофтаҳои устухонҳоро аз онҳо хориҷ шудани калсий ва фосфор ҳамроҳӣ мекунад; реабсорбсияи фосфор дар гурдаҳо.

Натиҷаи протсессҳои бемории дар боло зикршуда ташаккул ёфтани гиперкалсиемия, гипофосфатемия, гиперкалсиурия ва фосфатурия мебошанд.

Аломатҳои асосии клиникии ГПТА.

Ба симптомҳои асосии ГПТА ихтилолҳои дохил мекунанд, ки дар асоси узвҳо – нишонаҳои ПТА — бофтаҳои устухонҳо, гурдаҳо ва роҳи ҳозима пайдо мешаванд. Ихтилоли системаи устухонҳоро зиёд дучоршаванда меҳисобанд, ки ибто эҳсосоти дард, пайдо шудани шикастагиҳои худ ба худӣ зоҳир мегарданд.

Дар беморони гирифтори ГПТА синдроми дард, маъмулан, хангоми сарбории ҳисмонӣ ва муддати тӯлонӣ дар ҳолати вертикалӣ истодан (рост истодан, нишастан) зиёд мешавад. Натиҷаи деминерализатсияи ҷунбонак шудан ва рехтани дандонҳо.

Зиёд шудани возеҳии гиперкалсиемия ба баланд шудани сатҳи калсиурия оварда мерасонад, ки ба эпителии каналчаҳои гурдаҳо ва пайдошавии нефролитиаз таъсири осебпазир мерасонад.

Осеб дидани каналчаҳои гурдаҳо ҳассосияти онҳоро нисбат ба гормони антидиуретикӣ паст мекунад, протсессии реабсорбсияи обро вайрон мекунад ва полиурия ва полидипсия пайдо мешавад.

ГПТА бо ҳамроҳии нефрокалсиноз ва пайдо шудани норасоии гурдаҳо сурат мегирад. Басомади уролитиаз, ки вобаста аз ГПТА пайдо шудааст, дар кӯдакони Тоҷикистон 54,7%-и ҳамаи бемориҳои урологии инну соли кӯдакиро ташкил медиҳад [21]. Паҳншавии марҳалаҳои гуногуни бемориҳои музмини гурдаҳо дар Тоҷикистон аз 20,4 то 31 ҳолат ба 100000 аҳолии калонсолро ташкил медиҳад ва солҳои охир майл ба афзоиш дорад [22].

Дар роҳи ҳозима дар шароити гиперсекрецияи ПТГ ва гиперкалсиемия фаъолшавии



тавлиди кислотаи намак ва ферментҳои ҳозима ба амал меояд. Онҳо дар навбати худ, боиси осеб дидани пардаи луобии канали ҳозима ва осеб дидани гадуи зерӣ меъда мегарданд.

Ин ҳолат аз ҷиҳати клиникӣ бо решӣ меъда зоҳир мегардад, ки дар 15"27%-и ҳолатҳо ташхис мешавад.

Барои панкреатит ҳангоми ГПТА ҷараёни ретсидивӣ хос аст, ки маъмулан, онро пайдо шудани панкреокалсиноз ва панкреокалкулез ҳамроҳӣ мекунад.

Зухуроти патологияи бофтаҳои мушакҳо ҳангоми ГПТА инҳо мебошанд: мондашавӣ, сустӣ, махсусан дар мускулатураи проксималӣ, ки сарбории бештари функционалиро бар дӯш дорад. Беморон дар ин маврид аз мушкӣ будани ҳаракат –нишастан, барҳостан, дар зинаҳо боло шудан, шикоят мекунад. Зухуроти клиникӣ дар ин маврид инҳоянд: пайдо шудани «роҳгардии мурғобӣ» ва паҳнпой [23,24,25,26].

Бисёр муҳаққиқони ватанӣ ва хориҷӣ чунин тахмин мекунад, ки ГПТА шояд тавасути ихтилолҳои психоневрологӣ пайдо шавад: нооромӣ, депрессия [27,28].

Муҳаққиқони хориҷӣ (Walker M.D. (2013)) ва ҳаммуаллифон оид ба таъсири ГПТА ба симптомҳои нейрорсихикӣ якҷанд таҳқиқотро таҳлил кардаанд. Онҳо динамикаи мусбатро таъкид кардаанд, ки аз паст шудани дараҷаи возеҳии симптоматика, пас аз гузаронидани табобати ҷарроҳӣ дарак медиҳад.

Барои тибби амалӣ се маводи нашршуда аҳамияти бештар доранд [29,30,31], ки ҳар кадоми онҳо барои баҳо додан ба сифати ҳаёти беморони дорои ГПТА –и бесимптом аз саволномаи SF-36 истифода шуд. Муаллифон иртиботи мутақобилаи байни ГПТА ва мавҷуд будани симптомҳои нейрорсихикиро муайян карданд [31, 32]. Webb S.M. ва ҳаммуаллифон (2016) саволномаи махсуси баҳогузорӣ ба сифати ҳаёти беморони дорои ГПТА – PNPQoL (Primary Hyperparathyroidism Quality of Life) –ро таҳия намуданд [33].

Пурсишнома барои зуд баҳогузорӣ кардани ҷанбаҳои нейроркогнитивӣ ва ҷисмонии ГПТА таъйин шудааст, вай имконият медиҳад, ки параметрҳои барои ин беморӣ нодир ва таъсири табобат ба ҷараёни клиникӣ он баҳогузорӣ карда шавад [34].

Яке аз вазифаҳои асосии муҳим ошкортнамулдани ГПТА дар занҳо ҳангоми ҳомилагӣ мебошад. Зухуроти номахсусе, ки дар байни онҳо аҳамияти аввалиндараҷа ба ҷараёни ретсидивдори бемориҳои роҳҳои ҳозима, ихтилоли метаболизми устухонҳо, фишорбандии шарёни бояд дода шавад, табиб-гинекологӣ машваратгоҳи занонаро аз имконпазирии чунин беморӣ водор месозад.

Хусусияти махсуси манзараҳои клиникӣ ГПТА дар байни ашхоси Аврупои Ғарбӣ ва Америкаи Шимолӣ бартарӣ доштани (то 80% аз ҳама ҳолатҳои ба қайд гирифташуда) шаклҳои нарм (камсимптом) ва бесимптоми ҷараёни беморӣ ба шумор меравад. Дар ИМА, Канада ва Европа бемории бесимптом фенотипи бартаридоштаи клиникӣ дар давоми 40 соли охир буд [35].

Таҳлили таҳқиқотҳои нисбатан бузург, ки дар марказҳои Санкт-Петербург (449 бемор) дар давраи солҳои 2011- 2018 гузаронида шудаанд, аз бартарӣ доштани ҷараёни манифестии ин беморӣ ва хусусиятҳои гендерии он гувоҳӣ медиҳад [36].

Бисёрпахлӯ будани зухуроти клиникӣ ГПТА ташхиси ин бемориро хеле душвор месозад.

Тасниф. Дараҷаи возеҳии зухуроти клиникӣ ба яке аз ин шаклҳо мансуб буданро муайян мекунад: нормакалсиемӣ, нарм ва манифестӣ.

Барои шакли нормакалсиемияи ГПТА (нПГПТ) аломатҳои махсус нишондиҳандаҳои калсии умумӣ ва ионизатсияшуда дар ҳудуди фосилаҳои референтӣ дар тамоми давраҳои муоина ҳангоми баланд будани сатҳи ГПТ хос аст. Дар шакли нарм дар ҷойи аввал шикоятҳои номахсуси клиникӣ меистанд: дар таҳқиқотҳои лабораторӣ тағйироти ночиз дида мешавад; баландшавии муътадили ғализати калсии хун ва ГПТ.

Дараҷаи нисбатан баланди возеҳии ихтилолҳои устухонӣ, виссералӣ, то ҳадди пайдо шудани кризи гиперкалсиемӣ барои шаклҳои манифестӣ хос аст.

Мувофиқи системаҳои организм, ки асосан ҳангоми ГПТА осеб мебинанд, чунин шаклҳои ҷудо мекунад: шаклҳои устухонӣ, виссералӣ, омехта.

Ташхис.

Ташхиси ГПТА-ро мқтавон бо усулҳои биохимиявӣ гузошт. Са, ГПТ, фосфор, креатинин, албумин, 25-ОН витамини D ва экскретсияи шабонарӯзии калсий бо пешоб [37].

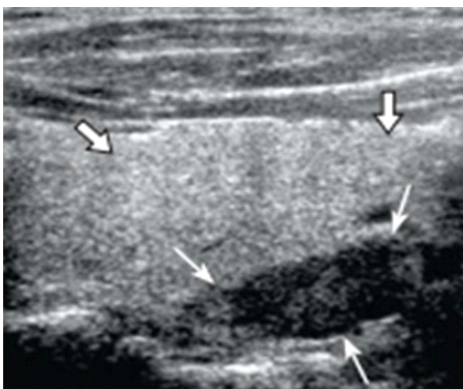
Ҳангоми шубҳа қардан гиперпаратиреозии нормокалсиемия ё дар беморони гирифтори гипоалбуминемия сатҳи калсии ионизатсияшударо дар зардоб баҳогузорӣ қардан муҳим аст [38,39].

Визуализатсияи Parathyroid gland ҷиҳати муайян қардани бофтаҳои аномалии Parathyroid gland протсекураи стандартии пеш аз ҷарроҳӣ шудааст [37].

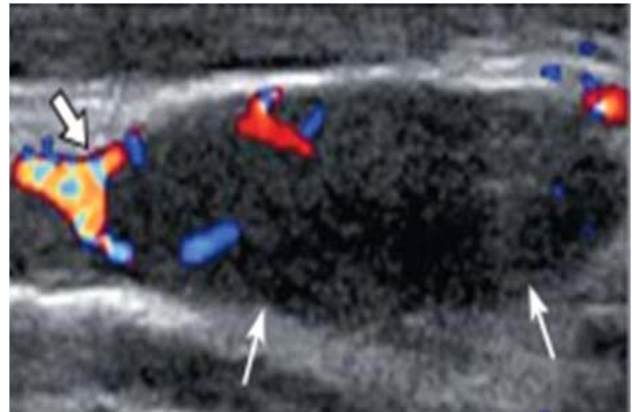
Арзиши визуализатсия аз дақиқан муайян қардани бофтаҳои аномалии Parathyroid gland барои муайян намудани тактикаи банақшагирии ҷарроҳии дахлдор дар Parathyroid gland иборат мебошад [40,41].

Усулҳои нисбатан зиёд истифодашавандаи визуализатсия стсинтиграфия^{99m}Tc-сестамиби, ултрасадо ва томографияи компютерӣ (ТК) махсуб мешаванд. Дар сурати мувофиқат қардани стсинтиграфия ва ултрасадо арзиши мусбати пешгӯйикунандаи ҷойгиршавии дурусти паҳлӯии аденомаи Parathyroid gland метавонад то 97% бирасад [42].

Дар ТУС аденомаи Parathyroid gland дар шакли сохтори гипоехогении гирд ё байзавии дорои сарҳади возеҳ визуализатсия мешавад, ки ёбо хати эхогенӣ ҷудо шудааст ва бо бофтаҳои дар боло ҷойгиршудаи гиперэхогении бофтаҳои ғадуди сипаршакл контраст мешавад (Расмҳои 1,2).



Расми 1. ТУС, сохтори гипоехогенӣ визуализатсия мешавад (тирчаи борик), ки дар ҳиссаи чапи ғадуди сипаршакл қарор дорад (тирчаи ғафс).



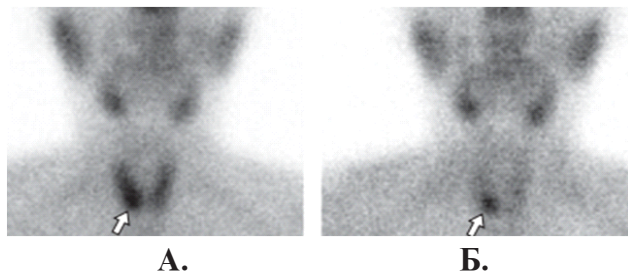
Расми 2. ТУС дар режими доплерографияи ранга: сохтори гипоехогении Parathyroid gland визуализатсия мешавад (тирчаи борик), васкуляризиатсияи пуршиддат дар яке аз қутбҳо (тирчаи ғафс).

Дар меъёр андозаи Parathyroid gland тақрибан 4мм аст. Онҳо ҳангоми иҷро намудани ТУС визуализатсия намешаванд. ТУС ҳангоми муайян қардани аденомаи Parathyroid gland дар наздикии ғадуди сипаршакл ё қисми болоии ғарданакии ғадуди ҷоғар иттилоён аст. Муайян қардани аденомаи Parathyroid gland дар ҳолати дар ақиби трахея ё сурхӯда, миёндевор ҷойгир шудани он, мушкиласт.

Ба сифати методикаи иловагии ТУС мумкин аст, ки барои тасдиқ қардани ҷойгиршавии аденомаи Parathyroid gland, аз стсинтиграфияи ^{99m}сестамибии идентификатсияшуда истифода қарда шавад. Ҳассосияти 76–87%-ро ташкил медиҳад, арзиши пешгӯйикунандаи вай бо натиҷаи мусбат 93–97% ва дақиқи ташхис 88%-ро ташкил медиҳад [42,43].

Асоси ташхиси радиоизотопии Parathyroid gland-ро қобилияти паратиреозитҳо нисбат ба ғасби интихобӣ ва муддати тӯлони нигоҳ доштани радиофармпрепарат (РФП) ташкил медиҳад.

Барои иҷро қардани стсинтиграфия дар фаъолияти ҳамаҷузайи клиникӣ РФП аст дар асоси изотопи технетсия (^{99m}Tc) ва лиофилизати метоксиизобутилизонитрил (МИБИ) – номи тиҷоратии ^{99m}TcМИБИ (номи тиҷоратии ^{99m}Tc-технетрил) (Расми 3).



Расми 3. Мисоли стсинтиграфияи дуфазай ичрокардашуда: скани барвақт ва таъхиркарда бо ^{99m}Tc -МИБИ. Дар мавзеи хиссаи рости ғадуди сипаршакл (тирчаҳо) сохтори Parathyroid gland бо ғасби баланди РФП визуализатсия мешавад.

Ҳангоми таҳлил кардани тамоюли инкишофи визуализатсияи ташхисӣ дар беморони ин когорт таҳқиқоти инноватсиониро дар соҳаи тибби ядрой қайд кардан лозим аст, ки самаранокии РФП-ҳои навро махсусан дар онҳое, ки томографияи позитронӣ-эмиссионӣ / томографияи компютерӣ (ПЭТ/КТ)-ро истифода намудаанд, баҳогузорӣ мекунад. Дар солҳои охир ба истифодаи ^{18}F -фторхолин ва ^{11}C -метионин умеди калон баста шудааст. Муониҳои умедбахш ба Michaud et al. тааллуқ доштанд, ки натиҷаҳои ПЭТ / КТ –ро бо истифода аз ^{18}F -фторхолина баҳогузорӣ мекунад.

Дар гурӯҳи 12 –нафараи беморон, ки дар онҳо натиҷаҳои ТУС қаноаткунанда набуд, ё стсинтиграфияи хассосияти ПЭТ / КТ 89%-ро ташкил дод, бо 2 тести козиби мусбат ва 1 тести козиби манфӣ [44].

Leizac et al. дар таҳқиқоти худ бо иштироки 24 бемор нишон дод, ки хассосият ва махсусияти ПЭТ / КТ бо истифода аз ^{18}F -фторхолин мутаносибан 92% ва 100% -ро ташкил дод [45,46].

Ҳамчунин қайд кардан лозим аст, ки осебҳои бисёрзӯвӣ ҳангоми ин беморӣ ичро намудани баҳогузориҳои лабораторӣ-инструменталии сохтор ва функсияи гурдаҳо ва узвҳои роҳи ҳозимаро талаб мекунад.

Равишҳои асосии табобати ГПТА.

Табобати ҷарроҳии тағйиротҳои патологияи Parathyroid gland ба усули радикалии табобати ГПТА дохил мешавад.

Тактикаи консервативии муроқибаи беморонро метавон ҳамчун варианти муроқи-

бати беморон дар марҳалаи тайёр кардани онҳо ба ҷарроҳӣ, ҳангоми мавҷуд будани зиддинишондодии мутлақ нисбат ба ҷарроҳӣ ё ҷарроҳиро рад кардани бемор баррасӣ намуд. [47,48,49].

Таҳқиқоти интихоби тасодуфии платсебо-назоратшавандаи истеъмоли витамини D дар давоми 26 ҳафта хеле паст шудани сатҳи ГПТ-ро дар зардоб то 17% ва зиёд шудани зичии минералии устухони қисми камарии сутунмуҳра то 2,5% бе таъсирҳои манфиро нишон дод [50]. Муқаррар карда шуд, ки бисфосфонатҳои аминоивазкунанда ва табобати ивазкунандаи гормоналӣ зичии минералии устухонҳоро беҳтар ваа маркерҳои биохимиявии метаболизми бофтаҳои устухониро дар беморони дорои ГПТА паст мекунад. Табобат бо эстрогенҳо экскретсияи калсий бо пешобро кам ва зичии минералии устухонҳоро дар постменопауза дар занҳои дорои дараҷаи сабуки ГПТА зиёд мекунад. Паст шудани калсии ионизатсияшуда ё ГПТ ҳангоми табобат бо эстрогенҳо ба мушоҳида нарасид.

Таъйин кардани табобати антирезорбтивӣ дар беморони дорои ного Т- баҳоҳангоми ичро намудани денситометрия дар қисми камарии сутунмуҳра, рон ё як сеяки устухони соид баробар ё катар -2,5 ҷиҳатҳои мусбати худро нишон дод; шикастагиҳои нозук дар анамнез.

Муайян кардани сатҳи интраҷарроҳии ГПТ стандарти тиллоӣ барои тасдиқ намудани «муолиҷа» дардавраи ҷарроҳӣ боқӣ мемонад [51,53,54].

Бартариҳои ичро паратиреоидэктомиаи инвазивнокиаш минималӣ, пеш аз ҳама, дар ҳосил кардани натиҷаҳои беҳтарини косметикӣ, травматизатсияи кам, хатарии камтарини пайдо шудани зухуроти номатлуб ва давомнокии камтарини дар шароити статсионарӣ қарор доштан зоҳир мешавад.

Дар айни замондар фаъолияти амалии тиббӣ методҳои зиёди каминвазивӣ коркард шудаанд. Ба онҳо дохил мешаванд: склеротерапия, фотокоагулятсияи лазерӣ, криотерапия ва аблятсияи мавҷи радиой.

Дар ҳолате, ки ба вучуд доштани карсиомаи Parathyroid gland шубҳа пайдо шавад, беморро



беҳтар он аст, ки ба марказҳои махсуси ҷарроҳӣ, ки таҷрибаи ҷарроҳии онкологиро тдоранд, муроҷиат намояд. Дар ин ҳолат тактикаи қобили қабули мувофиқати беморон иҷро намудани ирезексияи блокаи ягона, аз ҷумла ҳиссаи ипсилатералии ғадуди сипаршақл ва бофтаҳои нарси атрофии он ба шумор меравад [55,56].

Резексияи радикалӣ ба сифати таъобати хатти аввал хатари пайдо шудани ретсидивро кам карда, зиндамони беморро беҳтар месозад.

Хулоса. Пайдо шудани ГПТА барои тибби амалӣ бо гуногунии симптомҳои ҳамин беморӣ проблемаи ҷиддиро ба бор меорад, зеро он имконият намедихад, ки сари вақт таҳқиқи гузошта шавад. Омӯзиши ҳаматарафаи минбаъдаи он, равишҳои консервативӣ ва ҷарроҳии мувофиқати беморон бо дар назардошти инноватсия ва ба даст овардани алгоритм ва коркарди равиши касбии мувофиқати чунин беморон мусоидат хоҳад намуд.

Адабиёт

1. Guo, Y., Wang, Q., Lu, C. et al. New parathyroid function index for the differentiation of primary and secondary hyperparathyroidism: a case-control study. *BMC Endocr Disord* 20, 5 (2020). <https://doi.org/10.1186/s12902-019-0487-8>
2. Madkhali, T, Alhefdhi, A, Chen, H, Elfenbein, D. Primary hyperparathyroidism. *Ulus Cerrahi Derg.* 2016;32:58–66. doi:10.5152/UCD.2015.3032.
3. John P Bilezikian, Primary Hyperparathyroidism, *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, Volume 103, Issue 11, November 2018, Pages 3993–4004, <https://doi.org/10.1210/jc.2018-01225>
4. Дедов И.И., Мельниченко Г.А., Мокрышева Н.Г., Рожинская Л.Я., Кузнецов Н.С., Пигарова Е.А., Еремкина А.К., Егшатын Л.В., Мамедова Е.О., Крупинова Ю.А. Первичный гиперпаратиреоз: клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, методы лечения. *Проблемы Эндокринологии.* 2016;62(6):40-77. <https://doi.org/10.14341/probl201662640-77>
5. Darba J, Marsa A (2020) Epidemiology and management of parathyroid gland disorders in Spain over 15 years: A retrospective multicentre analysis. *PLoS ONE* 15(3): e0230130. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0230130>
6. Chiavistelli S, Bilezikian JP. Does calcium intake influence the development of primary hyperparathyroidism? *IBMS Bonekey.* 2013;10. doi: 10.1038/bonekey.2013.48
7. De Lucia F, Minisola S, Romagnoli E, et al. Effect of gender and geographic location on the expression of primary hyperparathyroidism. *J Endocrinol Invest.* 2013;36(2):123-126. doi: 10.3275/8455
8. Regional Clinical and Biochemical Differences among Patients with Primary Hyperparathyroidism Цзер Мақай, Бейза Цзэнар, Тургай Семеек, Сумһур Арэсэ, Вьлент Ѓынгур, Сердар Цзбае, Тамер Акза, Али Упури Эмре, Ѓылдениз Карадениз Зақмақ, Мьфиде Акзау, Вьлент Ѓнал, Мустафа Ѓиргин, Садуллаһ Ѓиргин, Семий Ѓурѓыль, Атакан Сезер, Адем Каратае, Эбраһим Али Цземир, Нihat Аксақал, Серап Ере, М. Ѓмит Упурилу, Али Элкер Филіз, Сан Аталай, Али Узунку, Упури Девети, Зетин Котан, Ѓуқхан Эзцз, Явуз Курт, Абути Кебути, Н. Зафер Сантърк, Ѓеим Ериб, Румен Пандев, Ваһадэр М. Ѓыльорлу *Balkan Med J.* 2017 Jan; 34(1): 28–34. Published online 2017 Jan 5. doi: 10.4274/balkanmedj.2015.0865
9. John P Bilezikian, Primary Hyperparathyroidism, *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, Volume 103, Issue 11, November 2018, Pages 3993–4004, <https://doi.org/10.1210/jc.2018-01225>.
10. Kontogeorgos G, Trimpou P, Laine SM, Olerud G, Lindahl A, Landin-Wilhelmsen K. Normocalcaemic, vitamin D-sufficient hyperparathyroidism—high prevalence and low morbidity in the general population: a long-term follow-up study, the WHO MONICA project, Gothenburg, Sweden. *Clin Endocrinol (Oxf).* 2015;83(2):277–284.
11. Vignali E, Cetani F, Chiavistelli S, Meola A, Saponaro F, Centoni R, Cianferotti L, Marcocci C. Normocalcaemic primary hyperparathyroidism: a survey in a small village of Southern Italy.



Endocr Connect. 2015;4(3):172–178.

12. Khan, A.A., Hanley, D.A., Rizzoli, R. et al. Primary hyperparathyroidism: review and recommendations on evaluation, diagnosis, and management. A Canadian and international consensus. *Osteoporos Int* 28, 1–19 (2017). <https://doi.org/10.1007/s00198-016-3716-2>

13. Яневская Л.Г., Каронова Т.Л., Слепцов И.В., Борискова М.Е., Бахтиярова А.Р., Иванова Е.В., Погосян К.А., Фарафонова У.В., Андреева А.Т., Цой У.А., Гринёва Е.Н. Первичный гиперпаратиреоз: клинические формы и их особенности. Результаты ретроспективного исследования. *Клиническая и экспериментальная тиреоидология*. 2019;15(1):19-29. <https://doi.org/10.14341/ket10213>

14. Мокрышева Н.Г., Рожинская Л.Я., Перетокина Е.В. и др. Анализ основных эпидемиологических характеристик первичного гиперпаратиреоза в России (по данным регистра) // *Проблемы эндокринологии*. — 2012. — Т. 58. — № 5. — С. 16- 20.

15. Агентство по статистике при Президенте Республики Таджикистан. <https://www.stat.tj/tj/database-socio-demographic-sector> (05.08.2021)

16. Papadakis, M., Weyerbrock, N., Zirngibl, H. et al. Correlation of perioperative biochemical variables with single adenoma weight in patients with primary hyperparathyroidism. *BMC Surg* 20,303 (2020). <https://doi.org/10.1186/s12893-020-00922-5>

17. Chiavistelli S, Bilezikian JP. Does calcium intake influence the development of primary hyperparathyroidism? *IBMS Bonekey*. 2013;10. doi: 10.1038/bonekey.2013.48

18. Yeh MW, Ituarte PHG, Zhou HC, et al. Incidence and prevalence of primary hyperparathyroidism in a racially mixed population. *J Clin Endocr Metab*. 2013;98(3):1122-1129. doi: 10.1210/jc.2012-4022

19. Мамедова Е.О., Мокрышева Н.Г., Рожинская Л.Я. Наследственные формы первичного гиперпаратиреоза. *Остеопороз и остеопатии*. 2018;21(2):23-29. <https://doi.org/10.14341/osteo9877>

20. Norenstedt S, Granath F, Ekblom A et al. Breast cancer associated with primary hyperparathyroidism: a nested case control study. *Clin Epidemiol* 2011; 3: 103– 6.

21. Икромов Т. Ш. Оптимизация интенсивной терапии и анестезиологического обеспечения у детей с двухсторонним уролитиазом, осложненном хронической болезнью почек. Диссертация на соискание ученой степени доктора медицинских наук. Душанбе-2017.

22. Абдуллоев С. М. Клинико-эпидемиологические особенности и факторы риска развития хронической болезни почек в Республике Таджикистан. Диссертация на соискание учёной степени кандидата медицинских наук по специальности 14.02.02 – эпидемиология Душанбе-2019.

23. Farzaneh Amini Nezhad, Moloud Payab, Sara Nayebandi, Shirin Hasani-Ranjbar, Jaw tumor in recurrent primary hyperparathyroidism: A case report, *International Journal of Surgery Case Reports*, Volume 52, 2018, Pages 54-58, ISSN 2210-2612, <https://doi.org/10.1016/j.ijscr.2018.09.035>.

24. Калинин А.П., Котова И.В., Бритвин Т.А. и др. Гиперкальциемический криз. *Альманах клинической медицины*. 2014; 32: 101–104.

25. Cipriany C., Biamonte F., Costa A.G. et al. Prevalence of kidney stones and vertebral fractures in primary hyperparathyroidism using imaging technology. *J Clin Endocrinol Metab*. 2015; 100: 139–15.

26. Berger C., Almohareb O., Langsetmo L. et al. Characteristics of hyperparathyroid states in the Canadian multicenter osteoporosis study (CaMos) and relationship to skeletal markers. *Clin Endocrinol (Oxf)*. 2015; 82: 359–68

27. Silverberg SJ, Clarke BL, Peacock M, et al. Current issues in the presentation of asymptomatic primary hyperparathyroidism: proceedings of the Fourth International Workshop. *J Clin Endocrinol Metab*. 2014;99(10):3580-3594. doi: 10.1210/jc.2014-1415

28. Пояркова В.О., Рунова Г.Е., Фадеев В.В. Нейрокогнитивные аспекты гиперпаратиреоза. Ожирение и метаболизм. 2019;16(1):7-11. <https://doi.org/10.14341/omet9507>
29. Ambrogini E, Cetani F, Cianferotti L, et al. Surgery or surveillance for mild asymptomatic primary hyperparathyroidism: A prospective, randomized clinical trial. *J Clin Endocrinol Metab.* 2007; 92(8):3114-3121. <https://doi.org/10.1210/jc.2007-0219>
30. Bollerslev J, Jansson S, Mollerup CL, et al. Medical observation, compared with parathyroidectomy, for asymptomatic primary hyperparathyroidism: A prospective, randomized trial. *J Clin Endocrinol Metab.* 2007; 92(5):1687-1692. <https://doi.org/10.1210/jc.2006-1836>
31. Otsuki, Koji MD, PhD^{a,*}; Izuhara, Muneto MD, MSc^a; Miura, Shoko MD^a; Yamashita, Satoko MD^a; Nagahama, Michiharu MD^a; Hayashida, Maiko MD, PhD^a; Hashioka, Sadayuki MD, PhD^a; Miyaoka, Tsuyoshi MD, PhD^{a,b}; Hotta, Yukie MD^c; Shimizu, Yasuhiko MD, PhD^c; Inagaki, Masatoshi MD, PhD^a Psychosis in a primary hyperparathyroidism patient with mild hypercalcemia March 26, 2021 - Volume 100 - Issue 12 - p e25248
32. Lourida I, Thompson-Coon J, Dickens CM, et al. Parathyroid hormone, cognitive function and dementia: A systematic review. *PLoS One.* 2015; 10(5). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0127574>
33. Webb, Susan & Puig-Domingo, M & Villabona, C & Mucoz-Torres, Manuel & Marazuela, Monica & Fern6ndez, D & Mart6nez, G & Jodar, Esteban & Mangas, MA & Perulero, N & Badia, X. (2016). Validation of PHPQoL, a Disease-Specific Quality-of-Life Questionnaire for Patients With Primary Hyperparathyroidism. *The Journal of clinical endocrinology and metabolism.* 101. [jc20153094. 10.1210/jc.2015-3094.](https://doi.org/10.1210/jc.2015-3094)
34. Брызгалина С.М., Каширина Е.П., Щеренко А.Г., Королева Ю.Б., Вылегжанина О.В., Каширина Е.Ж. Трудности диагностики первичного гиперпаратиреоза во время беременности // *Современные проблемы науки и образования.* – 2019. – № 4.
35. Berger C, Almohareb O, Langsetmo L, Hanley DA, Kovacs CS, Josse RG, Adachi JD, Prior JC, Towheed T, Davison KS, Kaiser SM, Brown JP, Goltzman D. Characteristics of hyperparathyroid states in the Canadian multicentre osteoporosis study (CaMos) and relationship to skeletal markers. *Clin Endocrinol (Oxf)* 2015;82:359–68. doi: 10.1111/cen.12569.
36. Яневская Л.Г., Каронова Т.Л., Слепцов И.В., Борискова М.Е., Бахтиярова А.Р., Иванова Е.В., Погосян К.А., Фарафонова У.В., Андреева А.Т., Цой У.А., Гринёва Е.Н. Первичный гиперпаратиреоз: клинические формы и их особенности. Результаты ретроспективного исследования. *Клиническая и экспериментальная тиреоидология.* 2019;15(1):19-29. <https://doi.org/10.14341/ket10213>
37. Uludag M, Aygun N. Primary hyperparathyroidism: Current situation in the clinical and biochemical presentation. *Med Bull Sisli Etfal Hosp.* 2016;50:171–80.
38. Normocalcemic Hyperparathyroidism: Study of its Prevalence and Natural History Marian Schini, Richard M Jacques, Eleanor Oakes, Nicola F A Peel, Jennifer S Walsh, Richard Eastell *J Clin Endocrinol Metab.* 2020 Apr; 105(4): e1171–e1186. Published online 2020 Feb 19. doi: 10.1210/clinem/dgaa084 PMID: PMC7069345
39. Beysel, S., Caliskan, M., Kizilgul, M. et al. Parathyroidectomy improves cardiovascular risk factors in normocalcemic and hypercalcemic primary hyperparathyroidism. *BMC Cardiovasc Disord* 19, 106 (2019). <https://doi.org/10.1186/s12872-019-1093-4>
40. Enhancing Parathyroid Gland Visualization Using a Near Infrared Fluorescence-Based Overlay Imaging System Melanie A McWade, Giju Thomas, John Q Nguyen, Melinda E Sanders, Carmen C Solyrzano, Anita Mahadevan-Jansen *J Am Coll Surg.* Author manuscript; available in PMC 2020 May 1. Published in final edited form as: *J Am Coll Surg.* 2019 May; 228(5): 730–743.
41. Slashchuk K. Yu., Degtyarev M.V., Rummyantsev P.O., Troshina E.A., Melnichenko G.A. Imaging methods of the parathyroid glands in primary hyperparathyroidism. Literature review. *Endocrine Surgery.* 2019;13(4):153-174. (In Russ.) <https://doi.org/10.14341/serg12241>

42. Karen Tsai, Tom Z. Liang, Edward G. Grant, Mark S. Swanson, Braden Barnett, Optimal imaging modality for diagnosis of parathyroid adenoma: Case report and review of the literature, *Journal of Clinical and Translational Endocrinology: Case Reports*, Volume 17, 2020, 100065, ISSN 2214-6245, <https://doi.org/10.1016/j.jecr.2020.100065>.
43. Shen, J., Wu, Q. & Wang, Y. The role of ultrasound in the diagnosis of the coexistence of primary hyperparathyroidism and non-medullary thyroid carcinoma. *BMC Med Imaging* 19, 7 (2019). <https://doi.org/10.1186/s12880-019-0306-8>
44. Michaud L, Burgess A, Huchet V, Lefèvre M, Tassart M, Ohnona J, et al. Is ¹⁸F-fluorocholine-positron emission tomography/computerized tomography a new imaging tool for detecting hyperfunctioning parathyroid glands in primary or secondary hyperparathyroidism? *J Clin Endocrinol Metab*. 2014;99:4531–4536.
45. Lezaic L, Rep S, Sever MJ, Kocjan T, Hocevar M, Fettich J. ¹⁸F-fluorocholine PET/CT for localization of hyperfunctioning parathyroid tissue in primary hyperparathyroidism: a pilot study. *Eur J Nucl Med Mol Imaging*. 2014;41:2083–2089.
46. Schwartz IE, Capra GG, Mullin DP et al. Parathyroid computed tomography angiography: early experience with a novel imaging technique in primary hyperparathyroidism. *Otolaryngol Head Neck Surg*. 2019;161(2):251-256. doi: <https://doi.org/10.1177/0194599819842106>
47. Tassone F, Guarnieri A, Castellano E, et al. Parathyroidectomy halts the deterioration of renal function in primary hyperparathyroidism. *J Clin Endocrinol Metab*. 2015;100(8): 3069-3073. doi: <https://doi.org/10.1210/jc.2015-2132>.
48. Zhang, J.L.H., Appelman-Dijkstra, N.M., Fu, E.L. et al. Practice variation in the treatment of patients with renal hyperparathyroidism: a survey-based study in the Netherlands. *BMC Nephrol* 22, 150 (2021). <https://doi.org/10.1186/s12882-021-02361-7>
49. К.Ю. Слащук*, М.В. Дегтярев, П.О. Румянцев, Е.А. Трошина, Г.А. Мельниченко Методы визуализации околощитовидных желез при первичном гиперпаратиреозе. *Обзор литературы Эндокринная хирургия*, 2019, Т. 13, №4 doi: 10.14341/serg12241
50. Nasser M. Al-Daghri, Sobhy Yakout, Naji Aljohani, Yousef Al-Saleh, Omar S. Al-Attas, Jean-Yves Reginster, Dara Al-Disi, Majed S. Alokail, Vitamin D Status and its correlation with Parathyroid Hormone level among population in Riyadh, Saudi Arabia, *Journal of King Saud University - Science*, Volume 32, Issue 3, 2020, Pages 2016-2019, ISSN 1018-3647, <https://doi.org/10.1016/j.jksus.2020.02.002>.
51. Wenfei Xia, Jinjun Zhang, Wenzhuang Shen, Zhi Zhu, Zhifang Yang, Xingrui Li: A Rapid Intraoperative Parathyroid Hormone Assay Based on the Immune Colloidal Gold Technique for Parathyroid Identification in Thyroid Surgery. *Front Endocrinol (Lausanne)*. 2020; 11: 594745. doi: 10.3389/fendo.2020.594745
52. Hathaway TD, Jones G, Stechman M, et al. The value of intraoperative PTH measurement in patients with mild hyperparathyroidism. *Langenbecks Arch Surg*. 2013;398(5):723-727. doi: <https://doi.org/10.1007/s00423-013-1080-7>.
53. Bobanga ID, McHenry CR: Is intraoperative parathyroid hormone monitoring necessary for primary hyperparathyroidism with concordant preoperative imaging? *Am J Surg*. 2017;213(3):484–8. 10.1016/j.amjsurg.2016.11.035
54. Shawky M, Abdel Aziz T, Morley S, et al. : Impact of intraoperative parathyroid hormone monitoring on the management of patients with primary hyperparathyroidism. *Clin Endocrinol (Oxf)*. 2019;90(2):277–84. 10.1111/cen.13882
55. Wang JB, Sun HL, Song CY, Gao L. Association between decreased serum parathyroid hormone after total thyroidectomy and persistent hypoparathyroidism. *Med Sci Monit* 2015; 21: 1223– 31.
56. Ferraro, V., Sgaramella, L.I., Di Meo, G. *et al.* Current concepts in parathyroid carcinoma: a single Centre experience. *BMC Endocr Disord* **19**, 46 (2019). <https://doi.org/10.1186/s12902-019-0368-1>.



ПЕРВИЧНЫЙ ГИПЕРПАРАТИРЕОЗ – ПУТИ РЕШЕНИЯ

Н.Ф.Ниязова

Аннотация. Первичный гиперпаратиреоз (ПГПТ) достаточно актуальная проблема, обусловленная первоначальными патологическими изменениями околощитовидных желез (ОЩЖ). Они сопровождаются нерегулируемой продукцией паратгормона (ПТГ) в кровь, увеличением уровня кальция в сыворотке крови. Данные эпидемиологических исследований свидетельствуют о наличии связи между данной патологией и такими факторами, как: пол, возраст, географическое местоположение, расовая принадлежность, уровень развития медицины. Клинические проявления ПГПТ достаточно многогранны, в первую очередь изменения затрагивают основные органы-мишени: почки, костную систему, желудочно-кишечный тракт. Исследования последних лет подтверждают факт взаимосвязи нейропсихических нарушений и ПГПТ, что доказывает роль изучаемой патологии в снижении качества жизни.

Выбор той или иной диагностической процедуры достаточно сложен и для точного оп-

ределения диагноза ПГПТ необходим комплексный подход с применением существующих лабораторно-инструментальных методик, анализ данных которых позволит с большей вероятностью верифицировать патологию околощитовидных желез. Выбор тактики ведения пациента определяется клиническим течением заболевания, данными объективного и лабораторно-инструментальных методов исследования, особенностями личности пациента.

Наиболее оправданным признано хирургическое лечение, эффективность которого достигает 95-99% с достаточно небольшой частотой осложнений.

Совершенствование персонифицированного подхода при оперативном вмешательстве с учетом достижений и инноваций в практической медицине последних лет будет способствовать не только улучшению результатов лечения, но и повышению качества жизни пациентов.

Ключевые слова: паратгормон, околощитовидные железы, первичный гиперпаратиреоз.

PRIMARY HYPERPARATHYROIDISM - WAYS OF SOLUTION

Niyzova N.F.

Annotation. Primary hyperparathyroidism (PHPT) is a rather urgent problem due to the initial pathological changes in the parathyroid glands (PTG). They are accompanied by unregulated production of parathyroid hormone (PTH) into the blood, an increase in serum calcium levels. Epidemiological data indicate a connection between this pathology and factors such as gender, age, geographic location, race, level of development of medicine. The clinical manifestations of PGPT are quite multifaceted, first of all, the changes affect the main target organs: kidneys, skeletal system, gastrointestinal tract. Recent studies confirm the fact of the relationship between neuropsychiatric disorders and HGPT, which proves the role of the studied pathology in reducing the quality of life.

The choice of this or that diagnostic procedure is rather difficult and for an accurate determination of the diagnosis of HHPT, an integrated approach is

required using existing laboratory and instrumental techniques, the analysis of which will make it more likely to verify the pathology of the parathyroid glands. The choice of patient management tactics is determined by the clinical course of the disease, the data of objective and laboratory-instrumental research methods, and the patient's personality characteristics.

The most justified is surgical treatment, the effectiveness of which reaches 95-99% with a fairly low frequency of complications.

Improving the personalized approach to surgical intervention, taking into account the achievements and innovations in practical medicine of recent years, will contribute not only to improving treatment results, but also to improving the quality of life of patients.

Key words: parathyroid hormone, parathyroid glands, primary hyperparathyroidism

Ниязова Н. Ф.- н.и.т., мудири кафедри ендокринологии МДТ «ДДТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино», E-mail: nargis.niyzova.7373@mail.ru. Tel: 919 02 20 30.

Ниязова Н. Ф.- к.м.н., зав. кафедрой эндокринологии ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино», E-mail: nargis.niyzova.7373@mail.ru. Tel: 919 02 20 30.

Niyzova N.F.- – Candidate of Medical Sciences, Head of the Department of Endocrinology, State Educational Institution "ATSMU named after Abuali Ibn Sino"



ПАТОГЕНЕЗИ ПЕРИТОНИТИ ПАҲНГАШТА ВА СЕПСИСИ АБДОМИНАЛӢ (шарҳи адабиёт)

А.Р.Сараев

Кафедраи бемориҳои ҷарроҳии №1, МДТ “ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино”

Солҳои охир дар патогенези перитонит иловаҳои нави муҳим ворид карда мешаванд. Мувофиқи ақидаи бисёре аз клинистҳо ва олимони пайдо шудани чунин синдромҳо, монанди таассури системавии лтиҳобӣ, эндотоксикоз, норасоии энтералӣ, гипертензияи дохилибатнӣ, дисфунксияи эндотелиалӣ, стресси оксидкунанда аҳамияти махсус доранд [4].

Дар айни замон чунин омилҳои ташкилкунандаи патогенези перитонити паҳнғашта, ки ҷараён ва натиҷаи онро муайян мекунад, инҳо мебошанд: надоштани қобилияти маҳдудсозӣ ва ҷудокунии ҷараёни фасодӣ-илтиҳобии макроорганизм дар назди манбаъ, ҳосилкунии фаъоли медиаторҳои илтиҳоб ва ҷаббиши онҳо якҷоя бо токсинҳо ба хун, партоби ситокинҳо ба маҷрои хуни системавӣ ва осеби эндотелии рағҳо, ҳамроҳ шудани норасоии энтералӣ ва баланд шудани фишори интраабдоминалӣ, инкишофи синдроми таассури илтиҳобии системавӣ, интоксикасияи эндогенӣ ва сепсиси абдоминалӣ. [7]. Бисёромилӣ ва бисёрҷузъӣ будани ихтилолҳои патофизиологӣ дар организм ва пайдо шудани тағйиротҳои мураккаби морфофункционалӣ дар узвҳо ва системаҳои алоҳида фоҷианок будани вазъиятро мефаҳмонад, дар табобати перитонит мушкилоти зиёдро ба вучуд меоранд [8], вазифаи интиҳоби тактикаи оптималии табобат мураккабӣ ва гуногунии худро нигоҳ медорад.

Патогенези перитонити паҳнғашта – ҷараёни мураккаб ва тағйирёбандаи авҷгирӣ ихтилолҳои патофизиологӣ мебошад. Дар ин ҷараён хусусиятҳои тағйиротҳои мураккаби морфофункционалӣ ва синну соли бемор, вазнинии бемориҳои ҳамроҳшуда ва дигар омилҳои хатар низ саҳми калон доранд. Аммо дар патогенези ин оризаи вазнини эндотоксикоз нақши калидӣ дорад, ки ҳам дар натиҷаи дар организм ҷамъшавии маҳсулоти токсикӣ мубодилаи вайроншуда

даи моддаҳо ва ҳам дар натиҷаи ҷаббидани токсинҳо аз ковокии шикам инкишоф меёбад, азбаски ҳангоми перитонит якбора қабатҳои мезотелий ва сарҳадӣ (монетари асосӣ барои ҳамаи воситаҳои бегона ва токсикӣ) ва сифоқпарда ҳангоми перитонит аз соатҳои аввал барои ҷаббидан қушода ҳастанд [13].

Далели ба ҳамагон маълум он аст, ки асоси иммунопатогенези сепсисро каскади ситокинӣ ташкил медиҳад, ки таъсири онро ҳамкориҳои медиаторҳои зиддиилтиҳобӣ муайян мекунад. Партоби бузурги ситокинҳо ба хун (интерлейкинҳо (ИЛ-1, ИЛ-2, ИЛ-6, ИЛ-8), омили некрози омос, тромбоксан А2, лейкотриенҳо, омили агрегатсияи тромбоситҳо) ба вайроншавии механизмҳои адаптационии танзими гомеостаз оварда мерасонад. Аксуламалҳои метаболикӣ идоранашванда мегарданд, синдроми таассури илтиҳобии системавӣ пеш меравад, ҳамаи ин бошад, механизми асосии пайдо шудани сепсис ба ҳисоб меравад. Ҳангоми пайдо шудани оризаҳои фасодӣ-илтиҳобӣ баланд шудани сатҳи интерлейкинҳо сабаби фаъоли шавии нейтрофилҳо ва минбаъд таъсири саҳти харобкунандаи онҳо ба бофтаҳо мегардад [10].

Дар байни моддаҳои фаъоли биологӣ, ки эндотелий ҳосил мекунад, оксиди азот (NO) – муҳимтарин ба ҳисоб меравад. NO дар шароити муътадили физиологӣ натавонанд ҳамчун вазодилататори пурқувват баромад мекунад, балки ҷараёнҳои ремоделизатсияи девораҳои рағҳоро нигоҳ медорад, адгезия ва агрегатсияи тромбоситҳо, адгезияи моноситҳоро баргараф месозад ва ба ин васила девораи рағҳоро аз бозсозии патологӣ муҳофизат менамояд [20]. NO таҳти таъсири ферменти NO-синтаз аз аминокислотаҳои L-аргинин ҳосил мешавад. Дар мавриди камбудии NO натавонанд вазодилататсия ба амал меояд, балки ҷараёни ремоделизатсияи девораҳои рағҳо, адгезия

ва агрегатсияи тромбоситҳо ва моноцитҳо-ро ба қор мебарорад. Таъсири вазодилататории NO бар муқобилтаъсири вазоконстриктории эндотелинҳоравона қарда шудааст [22].

Омӯзиши оқибатҳои дисметаболикӣ перитонит нишон дод, ки ҳангоми сепсиси ҷарроҳии абдоминалӣ, ки тақрибан дар ҳама фалокатҳои абдоминалӣ дида мешавад, ва ҳам ҳангоми склероз нақши асосиро (тригери) худи ҳамон як омил, яъне эндотоксини микрофлораи граммусбат мебозад, ки потенциали патологӣ худро дар шакли дисфунксияи эндотелий амалӣ месозад, онро В.С.Савелев (соли 2009) [17] сабаби асосии бемориҳои дилу рағҳо ва фавти беморон пас аз гузаронидани перитонит номида буд.

Барои арзёбии ҳолати эндотелий маркерҳои гуногуни биохимиявӣ истифода мешаванд. Пеш аз ҳама ин андозагирии сатҳи метаболитҳои устувори NO (нитратҳо ва нитритҳо) дар зардоби хун ё пешоб мебошад [19]. Аммо омӯхтани танҳо метаболитҳои NO дар плазма ё пешоб имконият намедихад, ки аз хусуси системаи нитрат ҳосилкунанда маълумоти пурра ба даст оварда шавад. Қобилияти оксиди азотро ҳосил кардани эндотелий нишондиҳандаи муҳиматрини фаъолнокии функционали он ба шумор меравад, ки он дар навбати худ аз бисёр ҷиҳатҳо ба сатҳи экспрессия ва фаъолнокии ферменти NOS иртибот дорад [12, 22]. Азбаски имконияти бевосита андозагирӣ намудани экспрессия ва фаъолнокии ферменти NOS дар одамон дар шароити *in vivo* имконнопазир аст, натиҷаҳои асосии таҳлили ин параметрҳо ва таъсири онҳо ба омилҳои гуногун дар ҳайвоноти озмоишгоҳӣ ва киштҳои ҳуҷайраҳо ба даст оварда шуд. Ба сифати маркерҳои потенциали дисфунксияи эндотелий як қатор моддаҳои дигар мавриди баррасӣ қарор доранд, ки маҳсулоти онҳо метавонад ҳолати эндотелийро инъикос намояд: активатори бофтавии плазминоген ва ингибитори он, тромбомодулин, омилҳои Виллебрандт, сатҳи эндотелии дескваматсияшуда [12].

Инчунин дар патогенези ПП иштироки

моноцитҳо, ҳамчун омилҳои барқароркунандаи эндотелии иллатёфта, ҷолиби таваҷҷуҳ мебошад [9]. Дар ин ҷода моноцитҳо нақши ҳуҷайраҳои прогениториро мебозанд.

Зернавъи шакли ҳалшавандаи сафедаи ретсептории sCD14, ки ҷузъҳои бактериалиро (липополисахаридҳо (LPS) ва сафедаҳо, ки ҳангоми сироятҳои системавӣ LPS-ро пайваस्त мекунад) шинохта мекунад, sCD14-ST номи пресепсинро гирифт. Пресепсин дар натиҷаи таъзияи sCD14 ҳангоми ҷараёни фагоситоз дар вақти илтиҳоб ба вучуд меояд [28], баланд шудани он метавонад, ки аз вучуд доштани ҳам mCD14 (membrane – мембранӣ), ҳам sCD14 (soluble – ҳалшаванда) гувоҳӣ диҳад. Ин ретсепторҳо аз мембранаи моноцитҳо/макрофагҳои ҷудо шуда дар хуни беморони дорои ШС давр мезананд (ҳам дар зиндамондаҳо ва ҳам дар фавтидаҳо) [30].

Манбаи асосии пресепсин дар инсон моноцитҳо ба ҳисоб мераванд. Тарашшуҳи пресепсин аз ҷониби моноцитҳо бештар бо фагоситози бактерияҳо ё стимулҳои тамизшудаи фагоситоз, ба мисли кристаллҳои моноурати натрий, назар ба стимулҳои ҳалшавандаи илтиҳобӣ, индуксия мешавад. Ингибиторҳои фагоситоз, монанди ситохалазин ва вортманнин тарашшуҳи пресепсинро боз медоранд. Таъзияи рецептори CD14, ки боиси ҳосилшавии пресепсин гашта, таваҷҷуҳи эластаза, протеази серинӣ, ки дар моноцитҳои одам ҳастанд, амалӣ мегарданд. Ингибитори ин эластаза – сивелестат тарашшуҳи пресепсинро маҳв мекунад. Ҳамин тариқ, пресепсин метавонад, ки ба таври ғайримустақим ба фаъолнокии функционалии моноцитҳо ишора кунад [24].

Моноцитҳо дар ҷавоби иммунологӣ ба сирояти бактериалӣ нақши калидӣ доранд [9]. Ба сифати ҳуҷайраҳои иммунии антиген-тақдимкунанда амал қарда, онҳо метавонанд, ки микробҳо ва заррачаҳои сахрофагоситоз ва вайрон кунанд, моноцитҳо ситокин ҳосил мекунад, ғайр аз ин, онҳо қобилияти ба навъҳои гуногуни ҳуҷайраҳо мубаддал гаштанро доранд.

Дар марҳилаи муайяни авҷгирии сепсиси абдоминалӣ, қатъ гаштани ниғаҳдори



системаи иммунореактивнокии организм ба амал меояд, ихтилоли кори системаи иммунӣ рух медиҳад, ки онро ҳамчун иммунодефитсити сохторӣ-функционалии Т-лимфоситарӣ-моноситарӣ муайян кардан мумкин аст. Возеҳии иммуносупрессия метавонад, ки ба сифати омили пешгӯикунӣ хизмат кунад, ки зиндамонии беморони гирифтори шоки септикиро муайян мекунад [18], ба сифати маркери онҳо чун анъана ситокинҳо баромад мекунад. Ситокини илтиҳобии омили некрози омос-алфа (ОНО-б) медиатори асосии фаъолнокии моноситарӣ ва яке аз ситокинҳои асосии дар патогенези сепсис иштироккунанда ба ҳисоб меравад [14].

ОНО-ббар иловаи таъсиррасонии илтиҳобии худ боз ба индуксияи экспрессияи ретсепторҳои CD14 ба моноситҳо низ ҷалб мешавад [5]. CD14 – сафедаи гликозилфосфатидилинозитол-вобастаи мембранӣ аст, ки ба оилаи антигенҳои ретсепторҳои липополисахариди (ЛПС) девораи микроб мансуб буда, дар бештари моноситҳо экспрессия мешавад.

Ҳангоми авҷгирии сепсиси абдоминалӣ чараёни осеб ёфтани эндотелиоситҳо бо инкишофи дисфунксияи эндотелиалӣ, механизми асосии авҷгирии чараёни патологияи перитонити паҳнғашта [25], қувват мегирад. Табиист, ки дар ин самт бояд механизмҳои муқобилияти организм бар зидди патология ба кор дароянд. Фаъолият кардани рағҳо, хунтаъминкунии оптималии бофтаҳо, ҷанбаи муҳимтарини ниғаҳдории гомеостазии организм ба ҳисоб мераванд. Тадбирҳои табобатӣ ҷиҳати ислоҳ кардани дисфунксияи полиорганӣ самаранок хоҳанд шуд, бо шарте ки хунтаъминшавии муносиби узвҳо ва бофтаҳо барқарор шаванд.

Тибқи маълумоти Поройский С.В. ва ҳаммуаллифон, дисфунксияи эндотелиалӣ ҳангоми патологияи сифоқпарда ҳолати баргаштпазир аст, ки инро пастшавии баргардандаи синтези ангезидаи NO тасдиқ мекунад, гарчанде механизмҳои барқароршавии функсияи эндотелий оварда намешаванд [15]. Нишон дода шудааст, ки дар чараёнҳои барқароршавии эндотелий, ки ба омилҳои номусоиди осебрасони стресси оксид-

кунанда ва агрессияи эндотоксинӣ муқобилият нишон медиҳад, нақши асосиро ҳуҷайраҳои прогенитории эндотелиавии (ХПЭ) даврзананда мебозанд [9], ки қобилияти ба эндотелиоситҳо мубаддал гаштанро доранд.

Моноситҳо ба ХПЭ тааллуқ доранд ва ба ҳуҷайраҳои дендритӣ ва эндотелиоситҳо дифференсатсия шудан бештар барои онҳо хос аст. Барои ХПЭ экспрессияи CD14 ба моноситҳо хос аст, ки ба ҳуҷайраҳои эндотелиалӣ дифференсатсия мешаванд, аз ҷумла дар чараёни неоваскулогенез ва хатто неоангиогенез [5].

Асоси патогенези перитонити паҳнғаштaro дар марҳилаи сепсиси абдоминалӣ пайдо шудани чунин омилҳо, мисли вайроншавии функсияи монешавии эпителии пардаи луобии рӯдаи борик, транслокатсияи фаъоли микроорганизмҳо аз равзани роҳи ҳозима ба ковокии шикам ва ба маҷрои хуни порталӣ, вайрон шудани монеаи ретикуло-эндотелиалии ҷигар, ба системаи хунбар даромадани омилҳои сироятӣ-токсикӣ ва пайдо шудани шоки септикӣ ва дисфунксияҳои мултиорганӣ [23]. Сепсиси абдоминалӣ дорoi этиологияи полимикробӣ, бо иштироки аэробҳо ва анаэробҳо, мебошад [23]. Дар спектри ибтидоии микрофлораҳои экссудати перитонеалӣ бартариҳои микроорганизмҳои граммусбати поливирулентӣ дида мешавад [1, 2]. Аммо дар равиши табобати барономавии марҳилагии ҷарроҳии СА зиёд шудани вазни холиси микрофлораҳои шартӣ-патогении беморхонагӣ, асосан энтерогенӣ ба мушоҳида расид [2].

Ҳиссаи микроорганизмҳои граммусбат дар солҳои охир аз ҳисоби афзудани басомади чудошавии қаламчаи синегной аз экссудати перитонеалӣ, ки дар сохтори барангезандаҳо пас аз қаламчаи рӯдаҳо, бактерияҳои *Proteus* spp. ҷойи дуҷумро ишғол мекунад, 16,8% ташкил медиҳад. Басомади дучоршавии занбурӯғҳои намуди *Candida* 6% аст. Зиёдтар ассосиатсияи қаламчаи рӯдаҳо бо стафилококки тиллоранг – 7,7% дида шуд. Дар киштҳои ихроҷоти ковокии шикам, ки ҳангоми ҷарроҳии якум гирифта шуда буд, флораи граммусбат (*E.coli* – 34,5%, *Proteus* spp. – 16,5%) бартарӣ дошт.



Ҳангоми чарроҳҳои такрорӣ дар киштҳои ковокии шикам инкишофи назарраси *Pseudomonasaeruginosa* (37,2%), *Klebsiellapneumoniae* (26,3%), *Staphylococcus aureus* (26,5%) ба қайд гирифта шуд [6].

Заҳролудшавии бактериалӣ дар беморони дорой СА то андозаи зиёд эндогенӣ мебошад ва тавассути механизмҳои транслокатсияи бактерияҳо ва токсинҳо дар хун аз ковокии шикам ва рӯдаҳо дар шароити вайрон шудани вазифаи монеъагии девораи рӯдаҳо ва сифоқпарда ба амал меояд. Таносуби концентратсияи бактериалии эндотоксин дар ҳавзаҳои гуногуни рағҳо ҳангоми СА: вариди порталӣ (*vena portae*) – 2, вариди чигар – 1,5, шараёни рон – 1 [6, 17]. Синдроми норасоии рӯдаҳо ҳангоми сепсиси абдоминалӣ омили асосии патогенези норасоии полиорганӣ мебошад [21]. Вайроншавивазифаи монеъагии роҳи ҳозима ҳангоми синдроми норасоии энтералӣ барои транслокатсияи идоранашавандаи микроорганизмҳои шартӣ-патогенӣ ва нигоҳ доштани сепсис ҳатто ҳангоми санатсияи самараноки дигар манбаҳо шароит фароҳам месозад [3]. Транслокатсияи бактериалӣ аз равшанаи рӯдаҳо ба ковокии шикам ва маҷрои хуни порталӣ манбаи асосии эндотоксикоз ва яке аз қисматҳои асосии патогенези перитонити паҳнғашта ба ҳисоб меравад [27]. Транслокатсияи микрофлора аз равшанаи рӯдаҳо дар ҳолати меъёрӣ ба амал намеояд. Дар 6 соати аввали сар задани перитонит транслокатсияи бактериалӣ ба бактериемияи порталӣ оварда мерасонад. Дар сурати авҷгирии перитонити паҳнғашта (6-12 соат) транслокатсияи бактериалӣ боиси пайдо шудани бактериемияи системавӣ мегардад. Нақши асосиро дар ин маврид норасоии энтералӣ мебозад.

Барои ҳамагон маълум аст, ки 90%-и ҳамаи макрофагҳои ба қайд гирифташударо макрофагҳои чигар ташкил медиҳанд. Воридшавии зиёди микроорганизмҳо ва токсинҳои онҳо тариқи рағҳои порталӣ ба чигар, ба осебёбии қисми зиёди ретикуло-эндотелиоситҳои ситорачавӣ ва ташаккулёфтани норасоии макрофагҳои чигар, овар-

да мерасонад. Дар ин ҳолат вайроншавии вазифаи монеагии чигар ба амал меояд, бактерияҳо ва токсинҳои онҳо ба маҷрои хуни системавӣ дохил мешаванд, зуҳуроти сепсиси абдоминалӣ ҳамроҳ мешавад, минбаъд шоки септикӣ ва норасоии полиорганӣ пайдо мешавад [10].

Ҳамин тариқ, ҳангоми перитонит аз оғоз синдроми эндотоксикоз ҷой дорад, ки он дар аввал тавассути фаъолият кардани системаҳои бофтаҳо, узвҳо ва системаи ҳуҷайраҳои организм фаъолона ҷуброн карда мешавад. Дар сурати суст шудани ин вазифаи организм дигар дар муқобили токсемия истодагарӣ карда наметавонад, ихтилолҳои ҷуброннашавандаи гомеостаз ва ё манзараи сепсис, баъдан шоки септикӣ пайдо мешаванд, ки натиҷаи токсемияи ҷуброннашаванда ба ҳисоб мераванд.

Ҳузур доштани агенти сироятӣ дар маҷрои хун коркарди токсинҳои вазоактивиро бармеангезад, барои гузаронандагии мембранаҳои рағҳо, пайдо шудани синдроми лахташавии густурдаи дохилирағӣ (ДВС-синдром) мусоидат менамояд, ки дар натиҷаи он гемодинамикаи канорӣ, мубодилаи газҳои шушҳо ва вазифаҳои миокард вайрон мешаванд. Афзудани тағйиртҳои патофизиологӣ, дар навбати худ, сабаби мувофиқат накардани талаботи энергетикӣ узвҳо ва бофтаҳо ба имкониятҳои расонидани оксиген ва моддаҳои энергетикӣ мегардад. Ихтилолҳои назарраси метаболӣ ба миён меоянд, ки барои афзудани норасоии полиорганӣ мусоидат мекунанд. Шуш, гурда ва чигари «шокӣ» ташаккул меёбанд, норасоии дил ба амал меояд, ки босуръат ба марги организм оварда мерасонад.

Ҳангоми шоки септикӣ он далел диққатчалбкунанда аст, ки норасоии полиорганӣ ба давраи гайриҷубронӣ мегузарад. Мувофиқи фаҳмишҳои имрӯза шоки септикӣ ин на танҳо гипотензия аст, ки бо вазопрессор барқарор намешавад, балки ихтилоли перфузия бо аломатҳои гликолизӣ анаэробӣ низ мебошад, ки бо таҳқиқоти лабораторӣ тасдиқ шудаанд. Дар натиҷаи пайдо шудани норасоии полиорганӣ ва блоки микросир-



кулятсия дар аввал аз сабаби фалачи артериолаҳо ва баъдан аз сабаби микросуддаҳо фавтият ҳангоми шоки септикӣ, дар муқоиса аз ҳамин гуна ҳолат ҳангоми сепсис, панҷ маротиба меафзояд [29]. Вобаста ба ин дар анҷумани 45-уми дар Орlando соли 2016 баргузоршуда қарор қабул карда шуд, ки шоки септикӣ ин марҳилаи сепсиси дорой дисфунксияи вазнини гемосиркулятсияи системавӣ ва аломати гипоксияи бофтаҳо мебошад. [16]. Яъне ки шоки септикӣ чунин ҳолати организм аст, ки аз рӯи мавҷуд будан ё эҳтимоли мавҷуд будани сироят, вучуд доштани норасоии полиорганӣ мувофиқи қадвали qSOFA, гипотензия верификатсия шуда метавонад, вай бо мақсади да-

стгирӣ намудани фишори шараёнӣ ба ҳисоби миёна дар сатҳи e^{65} мм сутунҷаи симобӣ бо вазопрессор идорашаванда аст, ихтилоли метаболикии барои шоки септикӣ хос, бо баланд шудани лактати хун >2 ммол/л, дар шароити набудани ихтилолҳои волемиқӣ дар беморон мебошад [11].

Ихтилоли вазифаҳои узвҳо ва ҷараёнҳои метаболикӣ, ки бо пешравии равиши илтиҳобӣ-фасодӣ дар ковокии шикам пайдо мешавад, ба вайроншавии мураккаби идоракунии ҳамаи функсияҳои муҳими узвҳои ҳаётан муҳим оварда мерасонад, ки ин сабаби инкишоф ёфтани шоки септикӣ бо ҳама оқибатҳои рухдиҳанда ва пешгӯиҳои номусоид ба ҳисоб меравад [26].

Адабиёт

1. Агзамова М.Н. Изучение микробной флоры при перитонитах. / М.Н. Агзамова [и др.] / Молодой ученый. - 2018 - № 1 (187). - С. 33-34.
2. Васильев И.Т. Лечение больных с абдоминальным сепсисом в реанимационном отделении многопрофильного стационара / И.Т. Васильев [и др.] // Московский хирургический журнал. 2014 - №3 - (37). - С.16-24.
3. Велиев Н.А. Системная воспалительная реакция и показатели органной дисфункции печени у больных при абдоминальном сепсисе / Н.А. Велиев // Клінічна хірургія. – 2011 – №.3 – С. 38–40.
4. Гасанов М.Д. Формирование алгоритмов для определения степени тяжести эндотоксикоза при перитонитах / М.Д. Гасанов // Хирургия. - 2015 - №1 – С.54-57
5. Калашникова А.А. Субпопуляции моноцитов у здоровых лиц и у пациентов с сепсисом / А.А. Калашникова [и др.] // Медицинская иммунология. – 2018 - №6 (20) - С.815-824. doi: 10.15789/1563-0625-2018-6-815-824.
6. Кочетков А.В. Клинико-лабораторная диагностика и мониторинг гнойно-септических осложнений после операций на органах брюшной полости / А.В. Кочетков // Новости хирургии. - 2015 - Т.23 - №1 - С.105-111.
7. Криворучко И.А. Прогностическая значимость показателей эндогенной интоксикации и системы монооксигеназы на этапах хирургического лечения больных по поводу абдоминального сепсиса / И.А. Криворучко // Клиническая хирургия. – 2014 - №3 - С.5–9.
8. Курбонов К.М. Радикальные методы хирургического лечения перфорации гастроудоденальных язв / К.М. Курбонов [и др.] // Здравоохранение Таджикистана - 2017 - №3 (334) - С.35-40.
9. Лазанович В.А. Клиническая значимость экспрессии Toll2, Toll4, CD14, HLA-DR на моноцитах у пациентов с сепсисом / В.А. Лазанович [и др.] // Медицинская иммунология. – 2015 - №3(17) – С.221-228. doi: 10.15789/1563-0625-2015-3-221-228.
10. Мареев Д.В. Этиология, патогенез и лечение абдоминального сепсиса / Д.В. Мареев // Вестник экспериментальной и клинической хирургии. 2011 - №4(IV) - С.855-863.
11. Муздубаева Б.Т. Современная клинико-лабораторная диагностика сепсиса (обзор литературы) / Б.Т. Муздубаева // Медицина(Алматы). – 2017 - №4(178) – С.263-265
12. Муминов С. Патогенез и лечение желчного перитонита / С. Муминов // Здравоохранение Таджикистана. - 2015 - №4 (327) - С.36-41



13. Нестеренко А.Н. Патогенетическое обоснование алгоритма экстренной целенаправленной органопротективной терапии хирургического сепсиса / А.Н. Нестеренко [и др.] // Украинський журнал хірургії. – 2013 - №1 (20) - С.69-79.
14. Патракеева В.П. Цитокиновая регуляция пролиферативной активности клеток периферической крови / В.П. Патракеева // Экология человека. – 2015 - №12 - С.28–33.
15. Поройский С.В. Оценка послеоперационного состояния резорбционной функции брюшины и вазодилатирующей активности эндотелиоцитов ее сосудов / С.В. Поройский [и др.] // Волгоградский научно-медицинский журнал. – 2012 - №3 – С.44-49.
16. Руднов В.А. Сепсис-3: обновлённые ключевые положения, потенциальные проблемы и дальнейшие практические шаги / В.А. Руднов // Вестник анестезиологии и реаниматологии. - 2016 - №4 – С. 4-10.
17. Савельев В.С. Перитонит и эндотоксиновая агрессия / В.С. Савельев // М.: Боргес. - 2013 - 192с.
18. Семелёв В.Н. Исследование показателей клеточного и гуморального иммунитета у больных острым миелоидным лейкозом и сепсисом / В.Н. Семелёв [и др.] // Вестник российской военно-медицинской академии. – 2016 - №3(55) - С.43-46.
19. Соловьева И.В., Манищенкова Ю.А., Белик И.А., Демьяненко Е.В. Динамика содержания стабильных метаболитов оксида азота у больных сочетанной патологией. Современные тенденции развития науки и технологий. 2016. № 1-3. С. 106-110.
20. Терещенко О.А. Состояние эндотелия сосудов при экспериментальном желчном перитоните, осложненном абдоминальным сепсисом / О.А. Терещенко [и др.] // Патологическая физиология и экспериментальная терапия. - 2017 - Т.61 - №1 - С.78-81.
21. Топчиев М.А. К вопросу о лечении синдрома кишечной недостаточности у больных с разлитым перитонитом / М.А. Топчиев [и др.] // Кубанский научный медицинский вестник. - 2015 - №6 (155) - С.113-117.
22. Урясьев О.М. Роль полиморфизма синтаз оксида азота в формировании коморбидной патологии - бронхиальной астмы и гипертонической болезни / О.М. Урясьев [и др.] // Казанский медицинский журнал. - 2017 - Т.98. - №2 - С.226-232.
23. Чернов В.Н. Исследование барьерной функции печени у больных абдоминальным сепсисом / В.Н. Чернов // Кубанский научный медицинский вестник. - 2011 - №4 (127) - С.188-193.
24. Arai Y. Phagocytosis by human monocytes is required for the secretion of presepsin / Y. Arai, K. Mizugishi, K. Nonomura, K.J. Naitoh // Infect Chemother. - 2015 - №21(8) – P.564-569. doi: 10.1016/j.jiac.2015.04.011
25. Horio E. Role of endothelial cell-derived angptl2 in vascular inflammation leading to endothelial dysfunction and atherosclerosis progression / E. Horio, T. Kadomatsu, K. Miyata, Y. Arai // Arterioscler Thromb Vasc Biol – 2014 - №4(34) – P.790-800.
26. Hotchkiss R.S. Sepsis and septic shock / R.S. Hotchkiss, L.L. Moldawer, S.M. Opal, K. Reinhart // Nat Rev Dis Primers - 2016 - №2 – P.16045. doi: 10.1038/nrdp.2016.45.
27. Peng H. The Influence of Carbon Dioxide Pneumoperitoneum on Systemic Inflammatory Response Syndrome and Bacterial Translocation in Patients With Bacterial Peritonitis Caused by Acute Appendicitis / H. Peng, J. Zhang, C. Cai, X. Fang, SurgInnov. – 2018 - №25 (1) – P.7-15. doi: 10.1177/1553350617739424.
28. Pizzolato E. Role of presepsin for the evaluation of sepsis in the emergency department / E. Pizzolato, M. Ulla, Galluzzo Claudia, Lucchiari Manuela // Clin Chem Lab Med. – 2014 - №52 (10) – P.1395–1400.
29. Shankar-Hari M. Developing a New Definition and Assessing New Clinical Criteria for Septic Shock: For the Third International Consensus Definitions for Sepsis and Septic Shock (Sepsis-3) / M. Shankar-Hari, GS. Phillips, ML. Levy // JAMA. – 2016 - №315 (8) – P.775-787.
30. Zou Q. Presepsin as a novel sepsis biomarker / Q. Zou, W. Wen, X. Zhang, J. World // Emerg. Med. – 2014 - №5 – P.16–19.



ПАТОГЕНЕЗ РАСПРОСТРАНЕННОГО ПЕРИТОНИТА И АБДОМИНАЛЬНОГО СЕПСИСА (обзор литературы)

А.Р.Сараев

Кафедра хирургических болезней №1, ГОУ “ТГМУ имени Абуали ибни Сино”

В работе представлены концепция патогенеза распространенного перитонита и развития абдоминального сепсиса в свете современных представлений о процессах, происходящих в организме при этом. В последние годы появились значительные науч-

ные разработки в этом направлении. Тем не менее, всё ещё нет единства в понимании патогенеза распространенного перитонита.

Ключевые слова: *распространенный перитонит, абдоминальный сепсис, патогенез перитонита.*

PATHOGENESIS OF GENERALIZED PERITONITIS AND ABDOMINAL SEPSIS (literature review)

A.R.Saraev

Department of Surgical Diseases No. 1, SEI “TSMU named after Abuali ibni Sino”

The review article presents the concept of the pathogenesis of widespread peritonitis and the development of abdominal sepsis in the light of modern ideas about the processes occurring in the body in this case. In recent years, significant scientific

developments have appeared in this direction. However, there is still no consensus in understanding the pathogenesis of common peritonitis.

Key words: *generalized peritonitis, abdominal sepsis, pathogenesis of peritonitis.*

Сараев Алишер Рахматуллоевич – н.и.т., доцент кафедры болезней и хирургии №1 МДТ “ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино” E.mail dr.saraev@mail.ru тел. 918650540

Сараев Алишер Рахматуллоевич – к.м.н., доцент кафедры хирургических болезней №1 ГОУ “ТГМУ им. Абуали ибни Сино”, E.mail dr.saraev@mail.ru Тел. 918650540

Saraev Alisher Rahmatulloevich – candidate of medical sciences, docent of the department of surgical diseases №1 SEI “ATSMU”, E.mail dr.saraev@mail.ru, Tel. 918650540

ҒАЙРИТИББӢ

ОСОРИ ТИББИИ МУҲАММАД ЗАКАРИӢИ РОЗӢ БА ЗАБОНҲОИ АРАБӢ, ТОЧИКӢ, РУСӢ, АНГЛИСӢ ВА ТАВЗЕҲИ БАҶА АЗ ОНҲО

Абдулхай Комилӣ

Донишманди овозадори форс-тоҷик Абу-бакр Муҳаммад ибни Закариё ибни Яҳёи Розӣ (31.08.865 – 31.10.925) [7, с. 35] аз худ мероси гаронбаҳое доир ба аксари донишҳои замонаш боқӣ гузоштааст ва бад-ин васила дар инкишофи соҳаҳои муайяни илм таъсири бузург расонидааст. Ӯро бештар ҳамчун файласуф ва табиб мешиносанд ва ҳамчунин яке аз асосгузори илми кимиё (баъзан бо лақаби “падари кимиё”) эътироф мекунанд. Ӯро ҳамчун донишманди ҳамадон дар соҳаҳои физика, математика, биология, геология ва астрономия осори арзишманде ба мерос гузоштааст. Шумораи таълифоти таснифоти ӯро бештар аз ҳама пажӯҳишгари маъруфи эронӣ Маҳмуд Начмободӣ (1904 – 2001) нишон додааст, ки бинобар маълумоти андӯхтааш ба қалами Муҳаммад Закариёи Розӣ 266 номгӯй рисолату мақолат тааллуқ дорад. [23].

Албатта, дар таърихи илму фарҳанги ҷаҳонӣ ӯ пеш ва беш аз ҳама ҳамчун табиб шуҳратдор гардидааст. Дар бораи шаъну шӯҳрат ва мавқею мартабаи Муҳаммад Закариёи Розӣ дар илми пизишкӣ Алиасғари Ҳалабӣ чунин гуфтааст: «Пизишкӣ набуд, онро Букрот (460-377 пеш аз милоди Масех, муарраби *Гиппократ Hippocrates, 9 ррпкеѲфзм* – А.К.) ба вуҷуд овард, пизишкӣ мурда буд, онро Ҷолинус (129-200, муарраби *Гален Galenus, Гблзньт* – А.К.) зинда кард, пизишкӣ пароканда буд, онро Закариёи Розӣ (865-925, лотинишудаи *Abubater* ва *Razes* – А.К.) фароҳам овард, пизишкӣ ноқис буд, онро Бӯалии Сино (980-1037, лотинишудаи *Avicenna* – А.К.) комил кард» [4, с. 5].

Номи Абубакр Муҳаммад Закариёи Розӣ дар ҷаҳони лотинии аврупоӣ асосан дар шакли таҳрифшудаи *Абубатер (Abubater)* ва *Разес (Rhazes, Razes)* шинохта мешуд. Дар ин ҷумла вожаи «асосан»-ро ба он хотир зикр кардем, ки номи ӯ баъзан дар шакли таҳрифшудаи бештаре ба монанди *Abucbare*

filins Zacharie Rafis ва ё *Abu bare Zacharias Rafi* навишта мешуд. Ва аммо дар Машриқ-замин бо лақаби «Ҷолинуси мусулмонон» машҳур буд.

Дар мақолаи мазкур мо номгӯи осори тиббии Абубакр Муҳаммад Закариёи Розӣро бо ҷаҳор забон (арабӣ, тоҷикӣ, русӣ ва англисӣ) нишон дода, дар бораи баъзе аз онҳо маълумоти мухтасар хоҳем овард.

Манбаи асосии ҳаёту осори Муҳаммад Закариёи Розӣ ба забони таълифи асар – забони илмии олами исломи асримиёнагӣ – арабӣ асосан дар «Фехрасу-л-улум»-и Абулфараҷ Муҳаммад ибни Исҳоқ ибни Муҳаммад ибни Исҳоқ ан-Надим ал-Варроқ ал-Бағдодӣ, маъруф ба Ибни Надим (909 – 999) [10; 13; 15; 21], «Мизону-л-ҳикма»-и Абулфатх Абдурраҳмон Мансури Хозинӣ (1077 – 1155) [17], «Татиммат сивон ал-ҳикма»-и Алӣ ибни Абулқосим Зайди Байҳақӣ (1105 – 1169) [2; 18], «Ал-мабоҳису-ш-шарқия»-и Абуабдуллоҳ Муҳаммад ибни Умар ибни Хатиб ал-Ҳусайн ат-Тайми ал-Бакрӣ ат-Табаристонӣ Фаҳруддин ар-Розӣ (1149 – 1209) [20], «Китоб ихбору-л-уламо би ахбори-л-ҳукамо»-и Ҷамолуддин Абулҳасан Алӣ ибни Юсуф ибни Иброҳим Шайбонӣ Қифтӣ, маъруф ба Ибни Қифтӣ (1172 – 1248) [14], «Уйуну-л-анбо фӣ-табақоти-л-атиббо»-и Муваффақуддин Абулаббос Аҳмад ибни Қосим ибни Абиусайба ибни Халифа ибни Юнус ас-Саъдӣ ал-Ҳазраҷӣ, маъруф ба Ибни Абиусайба (1203 – 1270) [19], «Китаб вафоъту-л-аъён ва анбо абноу-з-замон»-и Шамсуддин Абулаббос Аҳмад ибни Муҳаммад ибни Иброҳим ибни Абубакр ибни Халликон ал-Бармақӣ ал-Ирбилӣ аш-Шафиъӣ, маъруф ба Ибни Халликон (1211 – 1282) [22] собит гардидааст.

Аз муҳаққиқони муосири Розӣшинос таълифоти Маҳмуд Начмободӣ (1282 х./1904 м. – 1379 х./2001 м.) [23], Убайдулло Исроилович Каримов (1920 – 1997) [5], Маҳдии Муҳаққиқ (тав. 1308 х. / 1930 м.) [24], Мӯсо Диноршоев



(07.11.1934-29.09.2020) [3; 25], Парвиз (Спита-мон) Азкой (тав. 1318 х. / 1939 м.) [16], муалли-фи мақола [6-9], Сабоҳат Ҳайдарова [11] ва дигаронро зикр кардан ба маврид хоҳад буд.

Барои ба осонӣ дарк кардан номи таъли-фоти ўро бо рангҳои гуногун: ба забони арабӣ (асл) – сиёҳ; тоҷикӣ – сурх; русӣ – ка-буд ва англисӣ – сабз нишон додаем.

1. **جامع كبير و قد عُرف بالحاوي (Чомеъун кабирун ва қад урифа би-л-Ҳовӣ) – Маҷмӯъи бузург, маъруф ба Китоби чомеъ – Большой свод, известный как Объемлющая книга – A large vault, known as the Comprehensive Book**
2. **اثبات الطب (Исботу-т-тиб) – Тавчеҳи (асосҳои) илми тиб – Обоснование врачебной науки – Justification of medical science**
3. **المدخل الى الطب (Ал-мадхалу ило-т-тиб) – Муқаддима бар тиб – Введение в медицину – Introduction to medicine**
4. **الرد على الجاحظ في مناقضته الطب (Ар-рад ало-ал-Ҷохиз фӣ муноқизатиҳи-т-тиб) – Инқори Ҷохиз андар ихтилоф бо тибби Ҷохиз – Опровержение О несогласии с врачебной наукой Джахиза – Refutation of Jahiz on disagreement with medical science of Jahiz**
5. **الرد على الناشي في نفضه الطب (Ар-рад ало-н-Ношӣ фӣ нақзиҳи-т-тиб) – Инқори Ношӣ андар радди тибби Ношӣ – Опровержение «Об отрицании медицины» ан-Наши – Refutation On the denial of medicine by an-Nashi**
6. **في محنة الطبيب و كيف ينبغي ان يكون (Фӣ миҳнати-т-табиби ва кайфа янбағӣ ан якун) – Андар санҷиши табиб ва чигунагии ӯ – Об испытании врача и каким ему следует быть – About the doctor's test and how he should be**
7. **المرشد (Ал-муршид) – Роҳнамо [оид ба тиб] – Руководство [по медицине] – Guide [on medicine]**
8. **الكناش المنصوري (Ал-кунош-ул-Мансурӣ) – Маҷмӯаи тиббии Мансурӣ – Мансуров медицинский сборник – Mansurov medical collection.**
9. **تقاسم العلل (Тақосиму-л-илал) – Таснифоти бемориҳо – Классификации болезней – The classifications Disease.**
10. **الطب الملوكى (Ат-тиббу-л-мулуқӣ) – Тибби шохӣ (малиқӣ) Царственная медицина – Regal medicine.**
11. **من لا يحضره الطبيب (Ман ло яхзуруҳу ат-табиб) – Ба оне, ки ба табиб ташриф намеорад – Тому, кого не посещает врач – To someone who is not visited by a doctor.**
12. **الادوية المسهلة الموجودة في كل مكان (Ал-адвияту-л-мусҳилату-л-мавҷудату фӣ кулли макон) – Маводи исхоловари дастрас дар ҳама ҷой – Слабительные средства, доступные всюду – Laxatives Available Everywhere**
13. **القراباذين الكبير (Ал-қарободину-л-кабир) – Китоби бузурги дорушиносӣ (фармокологӣ) – Большая книга о фармакологии – The Big book on pharmacology**
14. **القراباذين الصغير (Ал-қарободину-с-сағир) – Китоби кӯчаки доушиносӣ (фармокологӣ) – Малая книга о фармакологии – The Small book on pharmacology.**
15. **الاكليل (Ал-иклил) – Тоҷи [тиб] – Корона [медицины] – Corona [medicine].**
16. **كتاب الفاخر (Китобу-л-фохир) – Китоби фахркунанда – Великолепная книга – Great book.**
17. **دفع مضار الاغذية (Дафъу мизори-л-ағзият) – Рафъи зарари маҳсулоти ғизоӣ – Устранение вреда пищевых продуктов – Eliminating food harm.**
18. **كتاب الجدري و الحصبة (Китобу-л-ҷадрӣ ва-л-ҳасба) – Китоб дар бораи “сурхакон” ва “нағзакон” – Книга об оспе и кори – The book about Smallpox and measles.**
19. **كتاب في تولد الحصاة (Китобу фӣ таваллуди-л-ҳисот) – Китоб андар тавлиди санғҳо [-и бадан] – Книга о возникновении конкрементов (камней) – The book about the occurrence of calculi (stones)**
20. **كتاب في القولنج (Китобу фӣ-л-қуланҷ) – Китоб андар қуланҷ (хала) Книга о коликах – The book The book about colics.**
21. **كتاب في النقرس و اوجاع المفاصل (Китобу фӣ-н-ниқриси ва авҷои-л-мафосил) – Китоб андар ниқрис (падагра) ва дарди буғумҳо – Книга о подагре и болях в суставах – The book about gout and joint pain**

22. كتاب الفالج (Китобу-л-фалач) – Китоб дар бораи фалач – Книга о параличе – The book about paralysis
23. كتاب في اللقو (Китобу фй-л-лаку) – Китоб андар фалачи руй – Книга о параличе лица – The book about paralysis of face
24. في حياة الكبد (Фй хайати-л-кабад) – Андар сохти чигар – О строении печени – About the structure of the liver
25. في حياة القلب (Фй хайати-л-қалб) – Андар сохти дил – О строении сердца – About the structure of the heart
26. في حياة الانتيين (Фй хайати-л-аншиин) – Андар сохти забонак – О строении яичек – About the structure of the testicles
27. في حياة الصماخ (Фй хайати-с-самоъ) – Андар сохти роҳҳои шунавоӣ – О строении слухового канала – About the structure of the auditory canal
28. في الفصد (Фй-л-фасад) – Андар хунравӣ – О кровопускании – About bloodletting
29. الصيدنة (Ас-сайдана) – Дорусозӣ – Фармацевтика – Pharmaceuticals
30. كتاب الابدال (Китобу-л-ибдол) – Китоб андар ивази [доруворӣ] – Книга о замене [средств] – The book about [drug substitution].
31. طعمة المرضى (Атьимату-л-муразо) – Ғизои беморон – Питание больных – Nutrition of the sick
32. منافع السكنجبين (Манофиу-с-саканчабин) – Фоидаҳои саканчабин – Пользы саканджабина – The benefits of sakanjabin
33. علاجات الابنة (Илҷоту-л-абна) – Таботати лавотаи ғайрифайол – Лечение пассивной педерастии – Passive pederasty treatment
34. كتاب جمع فيه الاعمال بالحديد (Китобу чамъа фихи ал-аъмолу би-л-ҳадид) – Китоб дар бораи амалиёте, ки чарроҳӣ тавассути оҳан анҷом мепазирад – Книга, в которой собраны операции, осуществляемые посредством железных [инструментов] – The book, which contains the operations carried out by means of iron [tools]
35. كتاب الكبير في العطر و الانباجات و الادهان (Китобу-л-кабири фй-л-атри ва-л-анбоҷоти ва-л-адҳон) – Китоби бузург дар бораи атрҳо, бӯйҳо ва рағанҳо – Большая книга о духах, запахах и маслах – The greater book about perfumes, scents and oils
36. تقديم الفاكهة قبل الطعام و تأخيرها منه (Такдиму-л-фоқиҳати қабла-т-таоми ва таъхируҳо минху) – Истеъмоли мева пеш аз хурок ва пас аз он – Прием фруктов до еды и после нее – Taking fruit before and after meals
37. فيما جرى بينه وبين جرير الطبيب في التوت عقب البطيخ (Фй мочаро байнаҳу ва байна Чарири-т-табиб фй-т-тути ақиба-л-битих) – Мубоҳиса бо Чарири табиб андар истеъмоли тут пас аз харбуза – О диалоге между ним и врачом Джариром о приеме тутовых ягод после приема дыни – About the dialogue between him and the doctor Jarir about taking mulberry berries after taking melon
38. في النزلة التي كانت تعرى ابا زيد (Фй-н-назалати-л-латӣ конат таъри Абозайд) – Андар сармозадагӣ, ки Абу Зайд гирифтор шудааст – О простуде, постигшей Абу Зайда – About the cold that befell Abu Zayed
39. وقت الورد في العلة التي تحدث الورم و ال زكام في رؤس الناس (Фй-л-иллати-л-латӣ таҳдусу-л-вараму ва-з-зукомуфӣ руси-н-носи вақта-л-вард) – Андар илтиҳоб ва шамолхӯрии одамон дар вақти гули садбарг – О причине, вызывающей воспаление и простуды в головах людей во время [цветения] роз – About the cause of inflammation and colds in the heads of people during the [flowering] of roses
40. في وجوب استفراغ في اوائل الحميات (Фй вучуби истифроғ фй авоили-л-ҳамаёт) – Андар зарурати қай кардан дар аввали табларза – О необходимости рвоты в начале лихорадки – About the need for vomiting at the onset of fever
41. في الماء المبرد بالتلج و المبرد على الثلج (Фй-л-мои-л-мубарради би-с-салчи ва-л-мубарради ало-с-салч) – Андар обе, ки бо барф ва тавассути барф хунук мешавад – О воде, остуженной снегом и на снегу – About water cooled by snow and on snow



42. في العلة التي لها يزعم جهال الاطباء ان الثلج يعطش (Фй-л-иллати-л-латй лахо язъаму чухолу-латиббои анна-с-салчу яъташу) – Андар далели он, ки пизишкони нодон меғуянд, ки барф гӯе ташна месозад – О причине, согласно которой врачи-невежды утверждают, что снег порождает жажду – The reason why the ignorant doctors say that snow generates thirst
43. في النقرس (Фй-н-никрис) – Андар никрис (падагра) – О подагре – About gout
44. في العلة القاتلة لعظمها و قاتلة لظهورها بغتة (Фй-л-иллати-л-латй ли азмихо ва қотилатун ли зухурихо бағтатан) – Андар беморихое, ки ба далели шиддат ва ногаҳонӣ будан, мекушанд – О болезнях, убивающих в силу своей тяжести и внезапности проявления – About diseases that kill because of their severity and suddenness of manifestation
45. في علة الموت الوحي من السموم (Фй-л-иллати-л-мавти-л-вахйи мина-с-самум) – Андар иллати марги фаврӣ аз самум (гармсел) – О причине быстрой смерти от самума (горячего ветра) – About the cause of quick death from samum (hot wind).
46. في ان الحمية المفرطة ضارة بالصحاء (Фй анна-л-ҳимята-л-муфрата зоратун би-л-асхо) – Андар мавриди он, ки шиддати таб чӣ гуна ба саломатии инсон зараровар аст – О том, что сильная лихорадка вредит здоровым людям – About how severe fever harms healthy people
47. في ان الطين المتنقل به منافع (Фй анна-т-тина-л-мутанаккила бихи манофеъ) – Андар манфиати гили ширин – О том, что в десертной глине много пользы – That there are many benefits in dessert clay
48. في علة تعطيش السمك (Фй иллати таътиши-с-самак) – Андар он, ки чаро моҳӣ ташна месозад – О том, почему рыба вызывает жажду – Why fish makes you thirsty
49. في العلة التي لها صارالنائم يعرق اكثر من اليقظان (Фй-л-иллати-л-латй лахо сора-н-ноиму яърику аксару мина-л-яқзони) – Андар сабаби бештар арақ кардани шахси хобида аз шахси бедор – О причине того, что спящий потеет больше, чем бодрствующий – About the reason that the sleeper sweats more than the awake one
50. في العلة التي لها صار الخريف مرضاً (Фй-л-иллати-л-латй лахо сора-л-харифу маразан) – Андар он, ки чаро тирамоҳ беморӣ меорад – О том, почему осень приносит болезни – Why autumn brings disease
51. في العلة التي لها يدفع الحر مرة بالتكشف و مرة بالتدثر (Фй-л-иллати-л-латй лахо ядфаъу-л-харру марратан би-т-такашшуфи ва марратан би-т-тадассур) – Андар сабаби он, ки ҳарорат гоҳо бо роҳи кушодан ва гоҳо бо роҳи пӯшидани бадан рафъ мешавад – О причине, из-за которой температура иногда устраняется раскрытием, а иногда укутыванием – The reason why the temperature is sometimes eliminated by opening, and sometimes by wrapping
52. في ان الطبيب الحاذق ليس يقدر على ابراء العلل كلها و ان ذلك ليس في وسع البشر (Фй анна-т-табиба-л-ҳозика лайса яқдиру ало иброи-л-иллати куллихо ва анна золика лайса фй вусъи-л-башар) – Андар он, ки мохиртарин табиб кодири дармони ҳамаи беморихо нест, зеро ин аз уҳдаи инсон нест – О том, что самый искусный врач не в состоянии лечить все болезни, ибо это не в силах человеческих – That the most skillful doctor is not able to cure all diseases, because it is not in the power of human
53. في انناخو يانبغي للطبيب ان يتلطف لا يصال الناس الى شهواتهم (Фй аннаху янбағй ли-т-табиби ан яталаттифу ли изоли-н-нос ило шаҳавотихим) – Андар он, ки табиб бояд раҳмдил бошад, то хостаҳои инсон ҳосил шавад – О том, что врач должен проявлять милость к людям в достижении их желаний – That the doctor should show mercy to people in achieving their desires
54. في الاغراض المميّلة لقلوب كثير من الناس عن افاضل الاطباء الى اخسانهم (Фй-л-ағрози-л-мумайиллати ли кулуби касирин минна-н-оси анафозили-л-атиббои ило ахсоихим) – Андар омилҳое, ки одамон ба табибҳои нодон бештар майл доранд, нисбат ба табибҳои фарҳехта – О факторах, больше склоняющих сердца людей к врачам-неучам, нежели к ученым врачам – About the factors that more incline the hearts of people to doctors-ignoramuses than to learned doctors



55. **في العلة التي لها ترك بعض الناس و رعاهم الطبيب و ان كان حاذقاً** (Фй-л-иллати-л-латӣ лаҳо тарака баъзу-н-носи ва раъоъухум ат-табиба ва ин кона ҳозиқан) – Андар он, ки чаро одамон аз табиб рӯё мегардонанд, ҳарчанд ӯ моҳир бошад – О причине, из-за коей некоторые люди и чернь отказываются от врача, хотя он и искусен – About the reason why some people and the rabble refuse a doctor, although he is skilled.
56. **في العلة التي لها ينجح جهال الاطباء و النشاء اكثر من العلماء** (Фй-л-иллати-л-латӣ лаҳо янчаху чухолу-л-атиббои ва-н-нисои аксару мина-л-уламои) – Андар он, ки чаро табибони чоҳил ва занон аз донишмандон муваффақтаранд – О том, почему врачи-невежды и женщины преуспевают больше, чем ученые – Why ignorant doctors and women are more successful than scientists
57. **كتاب الشكوك على جالينوس** (Китобу-ш-шукуки ало Чолинус) – Китоби шубҳаҳо бар Чолинус – Книга сомнения Галену – Book of doubt for Galen
58. **في اللذة** (Фй-л-лаззат) – Андар маза (ҳаловат) – О наслаждении – About pleasure
59. **في العطش وسبب ازدياد الحرارة لذلك** (Фй-л-аташи ва сабаби издиёди-л-ҳарора [ли золика]) – Андар ташнагӣ ва сабаби баландии ҳарорат [аз ин рӯ] – О жажде и причине повышения высокой температуры [поэтому] – About thirst and the reason for the rise in high temperature [therefore]
60. **في السعر** - (Фй-с-саър) – Андар нерӯи ғизо (калория) – О калории (жаре) – About calories (heat)
61. **فيما جرى بينه وبين شهيد البلخي في اللذة** (Фй мочаро байнаху ва байна Шаҳид ал-Балхӣ фи-л-лаззат) – Андар мубоҳиса миёни ман ва Шаҳиди Балхӣ дар бораи ҳаловат – О дискуссии между мною и Шахид ал-Балхи о наслаждении – About the discussion between me and Shahid al-Balkhi about pleasure
62. **في كيفية الاغتذاء** (Фй кайфияти-л-иғтизо) – Андар чигунагии ғизохӯрӣ – О способе питания – About the way of eating
63. **في الخيار المر** (Фй-л-хиёри-л-мир(р)) – Андар тамби талх – О горьком вкусе – About a bitter taste
64. **في العلة التي لها صار مبرئ من بدن لا يلتصق به** (Фй-л-иллати-л-латӣ лаҳо сора мубтарӣ мин бадани ло ялтасику биҳи) – Андар норасоии чобе, ки аз бадан чудо набошад [ва] ба он пайваст набошад О недостатке не имеющего косяка отдельного от тела [и] не присоединяющегося к нему – On the lack of a jamb that is not separate from the body [and] not joining it
65. **في معرفة تطريف الأجناف** (Фй маърифати татрифи-л-ачфон) – Андар донистани рангкунии пилкҳои чаши – О познании подкрашивания веки – About the knowledge of eyelid tinting
66. **كتاب في ايضاح العلة التي بها تدفع الهوام بالتغذى ومرة التدبير** (Китобу фй эзоҳи-л-иллати-л-латӣ биҳо тадфаъу-л-ҳавома би-т-тағаззӣ мин миррати-т-тадбир) – Китоб андар баёни сабаби дарди сар аз рӯи хӯрок – Книга о разъяснении причин головных заболеваний из-за питания – The book on explaining the causes of nutritional head diseases
67. **كتاب في القوة** (Китобу фй-л-қувва) – Китоб андар нерӯ – Книга о силе – The book about strength
68. **في كيفية النخور** (Фй кайфияти-н-нахури) – Андар роҳҳои бурридан – О способах резания – About cutting methods
69. **في الرد على السرخسي في امر الطعم المر** (Фй-р-радди ало ас-Сарахсӣ фй амри-т-таъми-л-мир(р)) – Андар радди Сарахсӣ дар бораи мазаи талх – Об опровержении Сарахси о горьком вкусе – About Sarakhsi's refutation of bitter taste
70. **(Фй таркибин ва аннаху навъон)** – Андар сохтор ва ду навъи он – О составе и [его] два вида – About the composition and it two types

Адабиёт:

1. Абу Бакр Ар-Рази. Духовная медицина. Перевод с арабского Т. Мардонова. спецредактор М. Диноршоев. – Душанбе: Ирфон, 1990. – 88 с.



2. Багирова С.Г. Сочинение «Татиммасиван ал-ҳикма» Байхаки как образец средневекового энциклопедического справочника. – Ташкент: Фан, 1987. – 140 с.
3. Диноршоев М. Плюралистическая философия Абу Бакраар-Рази. – Душанбе: Дониш, 2014. – 400 с.
4. Закариёи Розӣ. Мунтахаби осор. Тарчума ва таҳияи А. Девонакулов, М. Бақоева, С. Раҳимзода. муҳаррири масъул Муҳаммад Осимӣ. – Душанбе: Адиб, 1989. – 158 с.
5. Каримов У.И. Неизвестное сочинение ар-Рази «Книга тайны тайн». – Ташкент: Изд. АН Уз. ССР, 1957. – 264 с.
6. Комили Абдулхай. Физика Абу Бакра ар-Рази. – М.: МБА, 2015. – 104 с.
7. Комили Абдулхай. Зиндагиномаи Муҳаммад Закариёи Розӣ. – Душанбе: СИЭМТ, 2016. – 64 с.
8. Комили Абдулхай. Закариёи Розӣ ва «Тарозуи физикӣ»-и ӯ. – Душанбе: СИЭМТ, 2016. – 92 с.
9. Комили Абдулхай. Розинома. – Душанбе: Ганчи хирад, 2021. – 76 с.
10. Полосин В.В. «Фихрист» Ибн ан-Надима как историко-культурный памятник X века. – М.: Наука, 1989. – 160 с.
11. Хайдарова С.С. Ҷаҳонбинии Абӯбақри Розӣ ва мақоми он дар фалсафаи тоҷик. – Душанбе: Эҷод, 2010. – 145 с.
12. Epitre de Berunicontenant le repertoire des ouvvrages de Muhammad b. Zakariyaar-Razi, publice per Paul Kraus. - Paris, 1936.
13. Ibn an-Nadim. Kitab al-Fihrist mit Anmerkungen Herausgegeben von Gustav Flugel, Leipzig, 1871-1872.
14. Ibn al-Qifti's Ta'rikh al-hukama. Auf grund der vorarbeiten Aug. Muller's hrsg von prof. Julius Lippert. – Leipzig, 1903.
15. ۱۳۴۸
16. زیورین امتیپس (اکذائی) میکحی زار (ت مکحی عیبطوم ماظنی فلسف) ۱۳۸۴ ار هت.
17. ۱۳۵۹
18. ۱۹۳۵ ی لعن بمساقلاو بادیزی قهیبیه تمتن اوصه مکحله ایح بصصندم جمع یفشر و هلا
19. ۱۸۸۳ ن ویدعابدلای فت اقبیطایته لاف یلأتن بای باه عیبصاز جلال و لار صم
20. ۱۹۶۶ ن یدلار خفی زار ب اتکت حابلمه یقر شمالد لجمودن ار هت
21. ۱۳۴۶ فیلاتدمحم بق احسام یدنلا همجر تاضر ددجتمو دپاچن ار هنت سر هفلا ب اتک
22. ۱۸۹۲ ب اتکت ایفون ایعلا او ابنا انبان امز لاف یلأتن بان اکلخر صم
23. ۱۳۳۹ دو محمی دابا مچنت افلؤ موت افنصمر کبو بادمحم بی ایرکزی زارن ار هت
24. ۱۳۴۹ ی دهقم یقحمف و سلیفی دمحمن بایرکزی زار لان ار هت
25. ۱۹۸۸ ی سومف هاشر انیدز اخیر آتة فلسفک یجاته بنشودن افر ع

МЕДИЦИНСКИЕ СОЧИНЕНИЯ МУХАММАДА ЗАКАРИЙЯ АР-РАЗИ НА АРАБСКОМ, ТАДЖИКСКОМ, РУССКОМ, АНГЛИЙСКОМ ЯЗЫКАХ И КОММЕНТАРИИ К НЕКОТОРЫМ ИЗ НИХ

Абдулхай Комили

Данная статья посвящена списку медицинских трудов Мухаммада Закарийяар-Рази, которые переведены с языка оригинала, научного языка средневекового мусульманского Востока - арабского на таджикский, русский и английский языки. В конце статьи кратко объясняются некоторые его медицинские труды. Статья основана на

достоверных средневековых источниках и ценных работах исследователей трудов Ар-Рази (Разиеведов). Она написана на стыке медицинских и исторических знаний, и будет полезна специалистам в области истории науки, а также врачам. Её также могут использовать философы, востоковеды и переводчики.



Ключевые слова: Рази, медицина, врач, история, трактат, перевод, арабский, таджикский, русский, английский, латынь, средневековье.

MEDICAL WORKS OF MUHAMMAD ZAKARIYA AR-RAZI IN ARABIC, TAJIK, RUSSIAN, ENGLISH AND COMMENTS TO SOME OF THEM

Abdulhay Komili

This article is devoted to the list of medical works of Muhammad Zakariyaar-Razi, and the title of his work or treatise is translated from the original language, the scientific language of the medieval world of Islam - Arabic into Tajik, Russian and English. At the end of the article, some of his medical writings are briefly explained. The article is based on reliable medieval sources and valuable works of

researchers, the works of ar-Razi (Razi scholar). It is written at the intersection of medical and historical knowledge and will be useful to specialists in the field of the history of science, as well as doctors. It can also be used by philosophers, orientologists and translators.

Key words: Razi, medicine, doctor, history, treatise, translation, Arabic, Tajik, Russian, English, Latin, Middle Ages.

Комилӣ Абдулҳай Шарифзода – директори Институти илмӣ-таҳқиқотии таърихи илмҳои табиатиносии ва техникаи назди ДДБ ба номи Носири Хусрав, доктори илмҳои физикаю математика, профессор; Тел.: (+992) 919 18 00 99; E-mail: akomili2006@mail.ru

Комили Абдулхай Шарифзода – директор научно-исследовательского Института истории естествознания и техники при БГУ Носира Хусрава, доктор физико-математических наук, профессор; Тел.: (+992) 919 18 00 99; E-mail: akomili2006@mail.ru

Komili Abdulhay Sharifzoda – Director of the Research Institute of the History of Natural Science and Technology at BSU Nosira Khusrava, Doctor of Physical and Mathematical Sciences, Professor; Tel.: (+992) 919 18 00 99; E-mail: akomili2006@mail.ru

РЕЖИМИ СИЁСӢ ВА НАҚШИ ОН ДАР ИНКИШОФИ СИСТЕМАИ СИЁСИИ ҶОМЕА

Назарзода П.С.

Кафедраи сиёсатшиносии Донишгоҳи давлатии Кӯлоб ба номи Абуабдуллоҳи Рӯдакӣ.

Мафҳуми «режими сиёсӣ», ки дар адабиёти Ғарб дар асри XIX пайдо гардида, баъди Ҷанги дуюми ҷаҳон дар истифодаи умум қарор гирифтааст. Он то замони мо қиммати истифодаи хешро гум накардааст ва ба сифати предмети баҳсҳои назариявӣ ҳамоно боқӣ мемонад.

Дар айни замон мафҳуми режими сиёсиро ҳама илмҳои гуманитарӣ – оғоз аз сиёсатшиносӣ ва сотсиология то антропология мавриди истифода қарор медиҳанд. Ин мафҳум дар фанҳои гуногун хусусияти тафсирии худро доро мебошад. Вобаста ба ин, бисёр таърифҳои он дар илми сиёсатшиносӣ мавҷуданд. Масалан, режими сиёсӣ мутобиқи як манбаи расмӣ ҳамчун хусусияти ҳокимияти давлатӣ тафсир карда ме-

шавад, аз қоидаи иродаи сиёсӣ то шахси инфиродии ҳоким. Бисёр сиёсатшиносони хориҷӣ мафҳумҳои «шакли ҳокимият», «системаи сиёсӣ» ва «режими сиёсӣ» -ро ҳамчун муродиф, мафҳумҳои ивазшаванда истифода мебаранд. Ва ин номуайянии мафҳуми «режими сиёсӣ» ва дар айни замон бештар қардани миқдори мафҳумҳоро ҳангоми нигоҳ доштани ифодаи умумии шифоҳии онҳо ошкор мекунад. Ин, ба таъбири М.В. Ильин, бо як навъ «фаҳмиши омонимӣ» оварда мерасонад [7, с. 140-141].

Шояд ин гуна омонимия (зиёда қардани мафҳумҳо) ба он вобастагӣ дорад, ки мафҳуми «режими сиёсӣ» дар нисбати мафҳумҳои барои афкори сиёсӣ калидии ҳокимият, давлат, шакли идора, ки анъанавӣ



бисёрасраи таҳқиқотӣ доранд, барои истифодаи донишҳои илми бахши сиёсатшиносӣ нисбатан нав ворид гардидааст. Вобаста ба ин мафҳуми режими сиёсӣ ниёз ба зарурати дарк, фаҳмиши минбаъдаи илмӣ ва тавзеҳотро дорад.

Мафҳуми мазкур ҳангоми омӯзиши ҷунин падидаҳо, ба монанди моҳият, мундариҷа ва шакли давлат, ҳангоми муайян кардани муносибати давлат ва ҳуқуқ, мавқеи шахс дар ҷомеа, нақши хизбҳо дар системаи сиёсӣ ва ғайра масъалаҳои алоқаманд ба ҷомеа истифода мешавад. Ин нишондодҳо самтҳои асосии истифодаи истилоҳи «режими сиёсӣ» мураккабӣ ва гуногунии ин мафҳум, мувофиқат ва аҳамияти амалии онро дар ҳаёти сиёсӣ таъкид мекунад. Ин истилохро илмҳои гуногун истифода мебаранд. Дар илми таърих он бо хусусияти хоси таърихӣ системаи иҷтимоӣ ва давлатии як кишвари мушаххас алоқаманд аст. Он барои мушаххас кардани навъи таърихӣ, моҳият, мундариҷа ва шакли давлат истифода мешавад.

Раванди омӯзиши масъалаи режими сиёсӣ собит менамояд, ки баҳогузорию он вобаста ба самтҳо ва равиҳои гуногуни илмҳои ҷомеашиносӣ дар мисоли таърих, сиёсатшиносӣ, назарияи давлат ва ҳуқуқ гуногунҷабҳа буда, як навъ мушкilotи шарҳу тавзеҳӣ ва баҳсиро ба бор овардааст. Ҳар як соҳаи илмҳои ҷомеашиносӣ ба ин масъала аз мавқеъ ва назари хеш менигарад. Ҳамин аст, ки тавзеҳоти масъалаи режими сиёсӣ дар ҳар соҳа аз якдигар фарқ мекунад. Агар илми таърих ба ин масъала аз назари ташаккули марҳилаҳои таърихӣ нигарад, илми назарияи давлат ва ҳуқуқ бар асоси кори идораи давлат менигарад. Сиёсатшиносӣ бошад дар шарҳу тавзеҳи масъала бештар бар равиши сиёсӣ-институционалӣ ва дигаре бо усули сотсиологӣ така менамояд.

Дар илми сиёсатшиносӣ як қатор муҳаққиқон ва олимони хоричӣ ва ватанӣ ба мисли: К. Янг, Г.О. Доннел, Ф. Шмиттер, Г. Алмонд, С. Хантингтон, К. Бекстер, Ч. Барнс, М. Картер, М. Скидмор, М. Хагопиан, Лео Штраус (ИМА), П.Ф. Гонидек,

А.В. Янсон, Б. Женано, Р. Дал (Англия), Бодрийяр Жан, П. Пакте, Р. Арон, М. Дюверже, Ч.Л. Кермонн (Франсия), Б.А. Старадубский, А.П. Боровиков, М.В. Ильин, В.А. Малсев, В. Гельман, Л.В. Сморгунов, В.В. Петухов, А.П. Цыганков, А.Н. Медушевский, В.Е. Чиркин (Россия), Ш.Р. Ахмедов, Г.Н. Зокиров, А.Н. Махмадов (Тоҷикистон), К.А. Абишев (Қазоқистон) ва дигарон кӯшиши шарҳу тавзеҳи масъаларо баррасӣ намудаанд. Мусаллам аст, ки дар тавзеҳи муҳаққиқон (вобаста ба мансубияти аз кадом давлат буданашон) аломатҳо ва хусусиятҳои гуногуни баамалбарории режимҳои сиёсӣ, марҳилаҳои рушд ва таснифоти он нақши худро дорад. Онҳо на танҳо робитаи мутақобилаи раванди сиёсӣ ва режими сиёсиро ошкор карданд, балки мақом ва нақши онро дар системаи сиёсии ҷомеа илман асоснок намуда, рушди онро пешгӯӣ кардаанд.

Қобили қайд аст, ки мафҳумҳои «режими сиёсӣ» ва «режими давлат» ҷузъиётҳои алоҳидаи як масъалаи муҳими кори идораи давлат мебошад. Мушаххасан «режими сиёсӣ» усули баамалбарории ҳокимияти давлатӣ буда, «режими давлат» бошад хислати ҳокимият дар шароити ҳаёти сиёсии ҷомеа мебошад. Режими сиёсӣ, ин пеш аз ҳама, категорияи мураккаби гуногунсоҳаи илми сиёсатшиносӣ буда, шакли ҳокимият ва масъалаҳои муҳими алоқаманд ба ҳаёти сиёсии ҷомеаро дар бар мегирад. Дар илми сиёсатшиносии европоӣ ба ин мафҳум диққати махсус дода мешавад, вале он дар илми сиёсатшиносии америкой бештар диққати сиёсатшиносонро ба худ ҷалб намудааст. Мафҳуми мазкур дар маънои умум маҷмӯи воситаҳо ва усулҳои баамалбарории ҳокимияти сиёсиро ифода намуда, ҳамзамон шакли сохтори давлат ва хислати онро низ мефаҳмонад. Вожаи «режими сиёсӣ» аз калимаи лотинӣ - «regim» гирифта шуда, маънои «идоракунии ҷомеа», «тартибот», «система», «қоида», «сохти давлат»-ро дорад. Дар маҷмӯъ шакл ва усули баамалбарории ҳокимияти сиёсӣ ва системаи сиёсӣ баррасӣ мегардад. Бо яд қайд намуд, ки режими сиёсӣ ҳамчун ҳола-



ти конкретӣ-таърихии баамалбарории системаи сиёсӣ баромад мекунад. Категорияи режими сиёсӣ яке аз падидаҳои муҳими системаи сиёсии ҷомеа мебошад. Таҳқиқи проблемаи мафҳум ва назарияи «режими сиёсӣ» возеҳу равшан собит месозад, ки омӯзиши ин назария дар кишварҳои Ғарб анъанавӣ қадимӣ дошта ва то замони мо давом меёбад. Нахустин кӯшишҳои ифодагари ин мафҳум дар асарҳои илмии философони Юнони қадим дар асрҳои V-IV пеш аз мелод ба мисли Демокрит (солҳои 460-370-и то мелод), Сукрот (солҳои 469-399-и то мелод), Афлотун (солҳои 427-347-и то мелод), Аристотел (солҳои 385-322-и то мелод) ба назар мерасад.

Афлотун дар китобҳои худ «Давлат» ва «Қонун» аввалин шуда дар бораи пайдоиши давлат, шакли идора ва вазифаҳои он навишта буд. Арасту бошад, дар китоби «Сиёсат»-и худ дар бораи нишонаҳои давлат, кори идораи он ва ҳамчунин мафҳумҳои «монархия», «аристократия», «сиёсат» ва дигар ҷузъиётҳои он маълумот додааст. Шарҳи масъалаҳои кори идораи давлат, шаклҳои давлат, идоракунии он, ин ҳама дар маҷмӯъ масъалаҳои мебошанд, ки аз қадим мавриди баҳсу таҳқиқ ва омӯзиши донишмандон қарор мегиранд.

Муҳтавои назари нахустини омӯзиши режими сиёсӣ дар ин радиф агарчи ифода наёфта бошад ҳам, он як навъ гузориши баҳогузори алоқаманд ба идоракунии давлатиро менамояд. Баъди пош хӯрдани Иттиҳоди шӯравӣ, давраи нави таҳқиқоти масъалаҳои режими сиёсии давлатҳои соҳибистиклоли собиқ шӯравӣ, аз ҷумла Тоҷикистон, оғоз гардид. Раванди шакливу кунии ҷомеа ва хусусан давраи гузариш ба ҷомеаи нави демократӣ барои давлатҳои соҳибистиклоли собиқ шӯравӣ душвориҳои зиёдеро пеш меовард. Бинобар ин, дар назди олимони ҷомеашинос ва махсусан сиёсатшиносон, вазифаҳои ниҳоят муҳим ва ҷиддиеро вогузор менамуд, ки равандҳои нави инкишофи ҷомеаро дар давраи гузариш ба ҷомеаи демократӣ, бунёди он ва мустақкам намудани режими сиёсии демократӣ ҷустуҷӯӣ намоянд. Бисёре аз муҳак-

қиқони хориҷӣ дар аксари маврид мафҳуми режими сиёсиро дар ягонагӣ бо мафҳумҳои системаи сиёсӣ ва сохти давлатдорӣ шарҳ додаанд. Вале бояд қайд кард, ки чунин баррасии мафҳуми «режими сиёсӣ», ки ба хосиятҳои амалию фаъолият, мавҷудият ва зоҳиршавии системаи сиёсӣ вобастагӣ дошта бошад, пурра шарҳи маънии онро дода наметавонад. Агарчи маълум аст, ки системаи сиёсӣ доираи муайян ва то андозае васеи муносибатҳои сиёсии ҷомеа ба мисли: давлат - унсурҳои асосии системаи сиёсӣ; фаъолияти ҳизбҳо ва қувваҳои сиёсӣ; ташкилотҳо; ҳаракатҳои иҷтимоӣ сиёсӣ; маданияти сиёсии одамон ва ғайраро дар бар мегирад. Ҷолиб аст ин ҷо ба назари Н.Н. Вопленко тавачҷух намоём, ки доир ба режим ишора карда буд: «масъалаи омӯзиши режими сиёсӣ бояд ҳам дар самти муносибати тафриқавӣ ба он дар илми таърих, сиёсатшиносӣ, назарияи давлат ва ҳуқуқ ва ҳам бо ҳамгиро кардани донишҳои илмӣ, ҷамъбаст намудани маълумоти воқеӣ ва ҳулосаҳои ҳама илмҳои ҷамъиятӣ ҳал карда шавад» [15, с. 11]. Дар адабиёти илмӣ ду анъана дар фаҳмиши режимҳои сиёсӣ ҷой дорад ва яке аз онҳо бо равиши сиёсӣ-институтсионалӣ, дигаре бо усули сотсиологӣ алоқаманд аст. Дар ҳолати аввал, тавачҷух асосан ба хусусиятҳои расмӣ ҳуқуқӣ, қонунгузорӣ, тартиби амалисозии ҳокимияти сиёсӣ, дар дуюм - асосҳои иҷтимоӣ ва пайдоиши он дода мешавад. Олимони Ғарб, ки самти сиёсии институтсионалии таҳлили режими сиёсиро ифода кардаанд, андеша доранд, ки мафҳуми «режим»-ро бо мафҳуми «шакли идоракунӣ» ё «системаи давлатӣ» муайян кунанд. «Режими сиёсӣ ин система ё шакли ҳукумат аст» - навиштааст олими амрикоӣ К. Бекстер [15, с. 16].

Режими сиёсӣ, пеш аз ҳама, бо хусусиятҳои тақсимоии ҳокимияти давлатӣ ва таноуби шӯҳаҳои он алоқаманд аст. Мутаносибан, намояндагӣҳои ин самт фарқ мекунанд: режими якҷояшавии ҳокимиятҳо (монархияи мутлақ), режими ҷудошавии ҳокимият (ҷумҳурии президентӣ), режими ҳамкориҳои ҳокимиятҳо (ҷумҳурии парла-



монӣ). Баъдтар, тадричан мафхуми режими сиёсӣ дар истифодаи мустақил қарор гирифт ва аллакай дар соли 1968 олими маъруфи фаронсавӣ М. Дювергер қайд намуд, ки таснифоти дар боло зикршударо аксар олимон ҳамчун воситаи ёрирасон меҳисобанд, онҳо онро на ҳамчун таснифи режимҳои сиёсӣ, балки танҳо ҳамчун таснифи «намудҳои сохторҳои ҳукумати» мешуморанд [13, с. 228].

Дар адабиёти илмии русӣ низ якҷанд нуқтаи назар дар мавриди монанд кардани режими сиёсӣ бо падидаи дигаре, ки одатан васеътар ва баъзан гуногун аст, ба миён омадааст. Ҳамин тавр, Г.Н. Манов нуқтаи назареро дар маҷмӯъ ба миён гузошт, ки тибқи он режими сиёсӣ бо мафхуми шакли давлат шабоҳат дорад.

Қонибдорони самти сотсиологӣ, таҳлили режимҳои сиёсиро бештар ба назардошти фаҳмиши робитаҳои байни ҷомеа ва давлат, байни шахс ва ҳукуमत баррасӣ намудаанд ва на мутобиқи дастурамалҳои меъёрҳои ҳуқуқӣ. Қариб ҳама намояндагони ин равиҷ чунин мешуморанд, ки режимҳо наметавонанд танҳо бо тағйир додани меъёрҳои ҳуқуқие, ки мазмуни онҳоро муайян мекунанд, шарҳ дода шаванд. Намунаи муносибати сотсиологӣ ба таҳлили режими сиёсӣ, ин таърифе мебошад, ки онро профессори Институти сиёсатшиносии Париж Ҷ-Л. Кермонн пешниҳод карда буд: «Режими сиёсӣ ҳамчун маҷмӯи унсурҳои тартиботи идеологӣ, институтсионалӣ ва сотсиологӣ дарк карда мешавад, ки ба рушд ва фаъолияти ҳокимияти сиёсии ин ё он кишвар дар давраи муайян мусоидат мекунанд» [2, с. 35-36].

Сиёсатшиноси америкӣ Г. Алмонд таъкид намуда буд, ки ба вазифаи сиёсӣ сохторҳои гуногун, мисли қавм, кастаҳо, обшинаҳои дигари хешутаборӣ, ҳамшаҳригӣ то ба парламентҳои муосир, ҳизбҳои сиёсӣ ва гурӯҳҳои дигари манфиат дохил мешаванд. Кадом сохтори мувофиқро дар ҷамъият самтҳои системаи сиёсӣ муаррифӣ менамояд ва чӣ гуна принципҳои байниҷидгарии ин сохтор, усулҳо ва шаклҳои махсуси амалисозии вазифаи сиёсӣ ин ҳама дар

маҷмӯи ифодагари режими сиёсӣ мебошад [17, с. 17].

Ҳамин тариқ, режим нисбат ба маҷмӯи воситаҳои меъёри ҳуқуқӣ ҳамчун намунаи як ташкилоти хеле мураккаб ба назар мерасад. Ҷанбаи мусбати ин тавзеҳ чунин аст. Режими сиёсӣ дар маҷмӯъ ҳамчун як хусусияти функционалии системаи сиёсӣ бо тамоми гуногунии унсурҳои он, ҳамчун як хусусияти амалиёт ва инкишофёбӣ баромад намуда, бо назардошти меъёрҳои объективӣ гурӯҳбандӣ карда мешавад.

Мутобиқи назари олимони Ғарб режими сиёсӣ – ҳамчун яке аз мафхумҳои заминавии илмҳои сиёсӣ буда, ба сифати воситаи худтанзимнамоии баамалбарории системаи сиёсии ҷомеа баромад менамояд. Барои коркарди таҳқиқоти мазкур қоидаи машҳури зерини режими сиёсии таълифнамудаи Р. Дорендорф пешниҳод мегардад: «Зери мафхуми режими сиёсӣ маҷмӯи умумии ҷузъиётҳои идеологӣ, ниҳодӣ ва иҷтимоии тартиботи фаҳмида мешавад, ки барои ташаккули ҳокимияти сиёсии давлати мазкур дар марҳалаи муайян имконият фароҳам меоварад» [16, с. 138].

С. Хантингтон бошад раванди тағйирпазириро дар марҳалаи гузариш ба режими сиёсии демократӣ таҳлил намуда, назарияи азнавсозиро (модернизатсияро) пешниҳод намудааст, ки дар маркази он асосноккунии гузариш аз ҷомеаи анъанавӣ ва ҷомеаи муосир қарор мегирад. Ӯ масоили таркибӣ, шаклҳои гуногун ва намунаи режимҳоеро таҷассум намудааст, ки дар онҳо тартиби ташаккули ҳокимияти давлатӣ, назорат аз болои фаъолияти он ва таъсири байниҷидгарии зинаҳои гуногун ҳокимият муҳим шуморида мешавад [14, с. 122].

Сиёсатшиносӣ франсиявӣ М. Дюверже режимро ҳамчун «сохтори идора, шакли ҷомеаи инсоние, номида буд, ки бо сатҳи дараҷаи иҷтимоӣ аз ҳамдигар фарқ мекунад» [9, с. 34].

Д. Ростой ба он назар муътақид буд, ки шароити ягонаи ташкили режими демократӣ «барои ҳамаи давлатҳо ин бевосита ташкили ягонагии миллат мебошад. Вале

мутаасифона то ба имрӯз мо ба ин комёбӣ пурра мушарраф нагардидаем» [11, с. 7]. Мутобиқи андешаи сиёсатшиноси англис Д. Роберт, режим ва ё сохти давлатӣ ин системаи идора ва ё маъмуригардониро ифода менамояд [5, с. 269-270].

Олимони ИМА – Г.О. Доннел ва Ф. Шмиттермафҳуми режими сиёсиро – шакли ташкилоти системаи сиёсие номидаанд, ки муносибати ҳокимият ва ҷомеа, дараҷаи озодиҳои сиёсӣ ва ҳислати ҳаёти сиёсиро дар давлат таҷассум менамояд [15, с. 34].

Дар адабиёти муосири илмии Россия таърифи режими сиёсӣ зиёд аст. Ба мисли: «режими сиёсӣ маҷмӯи сохторҳои муайяни ҳокимиятӣ мебошад, дар дохили системаи сиёсии ҷомеа амал намуда, ҳадафи таъмини устувор кардани онро, бо таъҷаб ба манфиатҳои иҷтимоӣ ва истифодаи усулҳои мушаххас амалӣ мекунад» [15, с. 16]. Дар ҷои дигар «режими сиёсироҳи фаъолияти системаи сиёсии ҷомеа мебошад, ки хусусияти ҳаёти сиёсиро дар давлат муайян мекунад» [3, с. 17].

Муҳаққиқони рус ба масъалаи мазкур шарҳу тавзеҳоти гуногунро пешниҳод намудаанд. Аз ҷумла, мувофиқи шарҳи В.А. Малсев, ин мафҳум маҷмӯи тартибот ва усули баамалбарории ҳокимияти давлатӣ, воситаи муайянкунандаи институтҳои ҳокимият, ташкилотҳои он, таъсири идеологияи синфи ҳукмрон ба мустаҳкамкунии шакли идораи давлатро ифода месозад [10, с. 231].

Мутобиқи назари муҳаққиқи рус – А.П. Цыганков «режими сиёсӣ маҷмӯи фаъолияти сохтори муайяни ҳокимиятест, ки ба воситаи он системаи сиёсии ҷомеа ва суботи давлат таъмин мегардад» [15, с. 15-18].

Л.В. Сморгун, режими сиёсиро маҷмӯи роҳи усулҳои номбар кардааст, ки давлат ҳангоми идоракунии ҳокимият истифода менамояд ва дараҷаи озодиҳои сиёсӣ дар ҷамъият ва мавқеи ҳуқуқи шахсиятро нишон медиҳад [12, с. 91]. Таърифи В. Ирхин бештар моҳият ва паҳлуҳои гуногунини падидаро дар бар мегирад ва дар он «Режими сиёсӣ - маҷмӯи муносибатҳои сиёсии барои навъи муайяни давлат ҳосил аз ҷониби ҳокимиятдорон истифода шуда, восита

таҳо, усулҳо, муносибатҳои ташаккулёфтаи ҳокимият ва давлат, шаклҳои ҳукмронӣ, идоракунии, идеология, муносибатҳои мутақобилаи иҷтимоӣ ва синфӣ, ҳолати маданият ва шуури сиёсӣ мебошад» [8, с. 77]. Мусаллам аст, ки дар маркази диққати омӯзиши ин олимони рус асосан режими сиёсии Россия қарор гирифтааст.

Сиёсатшиноси тоҷик Г.Н. Зокиров дар шарҳи режими сиёсӣ ишора намудааст, ки он «ҳуқуқ ва озодиҳои шахрвандон, хусусиятҳои феълӣ ва воқеии онҳоро низ фаро мегирад ва хусусиятҳои режими сиёсӣ сабаби амалигардии онҳоро муайян менамояд» [6, с. 26].

Ба назари мо, барои муайян кардани мафҳуми режими сиёсӣ, дақиқ кардани хусусиятҳои умумии он аз ҷиҳати методологӣ асоснок хоҳад буд. Аз ин рӯ, дар асоси таҳлили концепсияҳои асосии дар боло зикршудаи режими сиёсӣ, мо кӯшиш менамоем, ки хусусиятҳои асосии онро нишон диҳем:

1. Режими сиёсиро танҳо бо як шакли давлат ё як шакли идоракунии пайваस्त кардан кофӣ нест. Режими сиёсӣ бо моҳият ва мундариҷаи давлат иртибот дорад ва аз ҷиҳати мазмун ба системаи сиёсӣ наздик буда, ҷанбаи инкишофи онро инъикос мекунад. Ҳар як режими сиёсӣ бояд масъалаҳои муносибати байни давлат ва ҷомеаи шахрвандӣ, байни ҳукумат ва шахсро ҳал кунад. Дар ниҳоят, маҳз сохторҳои ҷомеаи шахрвандӣ, гуногунандешӣ дар ҳаёти ҷамъиятӣ, ҳуқуқ ва озодиҳои инсон барои тавсифи намуд ва хусусиятҳои режим дар як давлати муайян муҳим мебошанд.

2. Режими сиёсӣ на танҳо ҷараёни инкишоф, балки устувории муайяни системаи сиёсиро таъмин намуда, унсурҳои таркибии онро ба ҳолати муқаррарӣ ва ҳамкорӣ меорад, пайвастагӣ ва ҳамроҳии онҳоро таъмин менамояд. Ин вазифаро он танҳо дар сурате бомуваффақият ҳал мекунад, ки агар воситаҳои сиёсӣ ва ҳуқуқӣ бо назардошти сохтор ва хусусиятҳои рушд ва сохторҳои иҷтимоӣ сохта шаванд.

3. Дилхоҳ режими сиёсӣ дар мавҷудияти худ ба усулҳо, методҳо, роҳҳои амалисозии ҳокимият ишора мекунад. Режимҳо аз як-



дигар ба таври чиддӣ фарқ мекунанд, яъне вобаста ба он, ки онҳо барои ноил шудан ба ҳадафҳои худ чӣ гуна усулҳоро истифода мебаранд (зӯроварӣ ё ғайримустақим). Аз ин рӯ, бояд таъкид кард, ки ҳар як режим усулҳои мушаххаси махсуси амалисозии ҳокимияти сиёсиро дорад. 4. Режими сиёсӣ дар муқоиса бо системаи сиёсӣ хусусиятҳои муваққатии худро дорад. Ин хусусият дар таърифи режиме, ки аз ҷониби сиёсатшиносони амрикоӣ Ч. Барнс, М. Картер ва М. Скидмор дода шудааст, пурра инъикос ёфтааст: «режим давраи мушаххаси ҳокимияти сиёсӣ, ки дар системаи сиёсӣ амалӣ карда мешавад» [18, с. 204].

Дар адабиёти илмӣ муаллифони гуногун хусусиятҳои дигари режимҳои сиёсиро низ нишон додаанд.

Баъди баровардани хулосаҳои амиқи илмӣ-назариявии пешниҳоднамудаи муҳаққиқони ватанию хориҷӣ, ҳамчунин натиҷагирии афкори андешавии олимону донишмандони тоҷик оид ба масъалаи ташаққули режимҳои сиёсӣ, метавон мафҳуми режимҳои сиёсиро чунин шарҳ дод: «Режимҳои сиёсӣ» - ин маҷмӯи воситаҳо ва усулҳои мебошад, ки ба воситаи онҳо ҳокимияти сиёсӣ ба амал бароварда мешавад. Режимҳои сиёсӣ тарз ва роҳҳои баамалбарории ҳокимияти сиёсӣ буда, хислати амал, фаъолияту мавҷудият ва зоҳиршавии системаи сиёсӣ мебошад. Режимҳои сиёсӣ бояд тамоми масъалаҳои марбути муносибатҳои сиёсӣ, ташкилотҳои сиёсӣ, шуури сиёсӣ ва умуман муҳит ва шароити ҳаёти сиёсии одамонро дар бар гирад.

Барои муайян намудани хусусият ва хислати режимҳои сиёсии давлатҳо ба назар гирифтани чунин унсурҳо хеле муҳим аст:

- усули баамалбарории ҳокимияти сиёсӣ;
- хислати иштироки шаҳрвандони кишвар дар сохтори идораи давлат ва шароити фаъолияти муҳолифини сиёсӣ;
- эҳтироми тартибот ва қонуният, ҳимояи ҳуқуқи инсон;
- сатҳи идеология дар муносибатҳои идоракунӣ ҳокимият.

Дар таҳлили масъалаҳои режимҳои сиёсӣ ба назар гирифтани чунин унсурҳои, ки мо

дар боло ишора намудем, метавонанд хусусиятҳои асосии режимҳои сиёсии давлатҳои марҳалаҳои алоҳидаи таърихӣ ва ҷамъиятӣ- сиёсӣ муайян созанд.

Дар асоси хусусиятҳои дар боло овардашуда ва маънои мафҳуми баррасишаванда, режимҳои сиёсӣ бояд маҷмӯи методҳо, усулҳо ва воситаҳои бошад, ки субъектҳои асосии сиёсат дар татбиқи ҳокимияти сиёсӣ истифода мебаранд, ҷанбаи инкишофёбӣ, хусусиятҳои пурмазмун ва ҳолати махсуси таркибии системаи сиёсии дар ҷомеа мавҷудбударо ифода намояд.

Ҳамзамон, режимҳои сиёсиро бояд ҳамчун як ташкилоти махсуси ҳокимияти сиёсӣ дар ҷомеаи аз ҷиҳати иҷтимоӣ фарқкунанда, маҷмӯи сохтори шуури сиёсӣ, фарҳанги сиёсӣ, меъёрҳои иҷтимоии бо ҳам алоқаманд ва ниҳодҳои сиёсӣ, ки ба онҳо ноил гардидан, нигоҳ доштан ва амалӣ кардани ҳокимияти сиёсӣ, ки ҷанбаи моддии он усулҳои татбиқи ҳокимияти сиёсиро ифода менамояд, дарк бояд кард.

Таҳлилу хулосагириҳои донишмандон собит месозад, ки дар воқеъ гузоришу таҳлили илмӣ-назариявии масъалаи режимҳои сиёсӣ махсус дар шароити гузариш ба ҷомеаи демократӣ аз бисёр ҷиҳат ба роҳи таърихӣ собит давлатҳои пасошӯравӣ, аз ҷумла Тоҷикистон низ бо ҳам ҳамрангӣ дорад.

Ҳамин тариқ, аён мегардад, ки инкишофи бомуваффақияти давлатҳо дар шароити ҷаҳонишавии равандҳои демократӣ дар он зоҳир мегардад, ки агар режимҳои кушодаи сиёсӣ дар онҳо амал намояд. Режимҳои кушодаи сиёсӣ дар чунин шароит ба даст оварда мешавад:

а) ивазшавии ҳокимият аз тариқи интихоботи озод ва шаффоф;

б) таъмини алоқаи баръакс бо ҷомеа бо истифода аз иштироки васеи сиёсии шаҳрвандон дар раванди қабули қарор, намоёндагии шаҳрвандӣ ва таъсири фишор.

Ин ҳама таҳлили дар боло гузаронида шуда собит менамояд, ки режимҳои сиёсӣ, ҳамчун падидаи муҳими ҳаёти сиёсии ҷомеа, дар системаи сиёсӣ нақши калидиро бозида, барои инкишофи он бевосита мусоидат менамояд.

**Адабиёт**

1. Античная цивилизация [Текст] / – М.: Наука, 1973. – С. 17.
2. Бурлацкий, Ф.М., Галкин, А.А. Современный Левиафан: Очерки политической социологии капитализма [Текст] / Ф.М. Бурлацкий, А.А. Галкин. - М., 1985. - С. 35-36.
3. Боровиков, А.П. Понятие политического режима [Текст] / А.П. Боровиков. - СПб, 1996. - С. 17.
4. Власть как ценность и впасть ценностей: метаморфозы свободы [Текст] / - Алматы: Институт философии и политологии МОН РК, 2007. - С. 8.
5. Даль, Р. Демократия и ее критики [Текст] / Р. Даль. - М., 2003. - С. 269-270.
6. Зокиров, Г.Н. Донишномаи сиёсӣ. Ҷилди 3 [Матн] / Г.Н. Зокиров. – Душанбе: «Андалеб - Р». - 2015. – С. 26.
7. Ильин, М.В. Понятийная омонимия: конституции и режимы [Текст] / М.В. Ильин // Полис, 2007. - № 5. - С. 140-141.
8. Ирхин, Ю.В. Политические процессы и модернизации общества [Текст] / Ю.В. Ирхин. - М., 2000. – С. 77.
9. Лейпхарт, А. Демократия в многосоставных обществах [Текст] / А. Лейпхарт. - М., 1997. – С. 34.
10. Мальцев, В.А. Основы политологии [Текст] / В.А. Мальцев. - М.: Информпечать, 1998. – С. 231.
11. Росту, Д. Переходы к демократии. Попытки динамической модели [Текст] / Д. Росту // - Политические исследования. - 1996. - № 5. - С. 7.
12. Сморгун, Л.В. Сравнительная политология: Теория и методология измерения демократии [Текст] / Л.В. Сморгун. - СПб., 1999. - С. 91.
13. Современная буржуазная политическая наука: проблемы государства и демократии [Текст] // Под ред. Г.Х. Шахназарова. - М., 1982. - С. 228.
14. Хантингтон, С. Третья волна. Демократизация в конце XX века [Текст] / С. Хантингтон. - М., 2003. - С.122.
15. Цыганков, А.П. Современные политические режимы: структура, типология, динамика [Текст] / А.П. Цыганков. - М., 1995. - С. 11, 15-18, 16, 16, 34.
16. Шмачкова, Т.В. Из основ политологии Запада [Текст] / Т.В. Шмачкова // - Полис. - 1991. - №2. - С. 138.
17. Almond, G. Political Science Review Selance // American Political Science Review, 1966. - P.17.
18. Barnes, J.K., Carter, M., Skidmore, M.J. The World of Politics. A concise Introduction. Seconded. - N.Y., 1984. - P. 204.

ПОЛИТИЧЕСКИЙ РЕЖИМ И ЕГО РОЛЬ В РАЗВИТИИ ПОЛИТИЧЕСКОЙ СИСТЕМЫ ОБЩЕСТВА**Назарзода П.С.**

Политический режим является одним из базовых понятий политической науки и в настоящее время используется всеми гуманитарными науками - от политологии, истории, права, философии и социологии до антропологии. «Политический режим» — в определении политической науки — это совокупность инструментов и методов, с помощью которых осуществляется политичес-

кая власть. Политический режим - способ осуществления политической власти, характер действия, деятельности, существования и проявления политической системы, охватывающий все вопросы, связанные с политическими отношениями, политическими организациями, политическим сознанием и средой и условиями политической жизни в целом.



Отечественные и зарубежные исследователи в зависимости от страны происхождения показали различные признаки и характеристики политических режимов, этапы развития и их классификацию. Они не только выявили взаимосвязь политического процесса и политического режима, но и научно обосновали его статус и роль в политической системе общества, спрогнозировали его развитие.

Политический режим, как важное явление в политической жизни общества, играет ключевую роль в политической системе и

непосредственно способствует ее развитию. Многие ученые считают, что в настоящее время любая антидемократическая структура политического режима представляет угрозу человеческому достоинству, идеальной осью которого является свобода.

Ключевые слова: политический режим, понятие, интерпретация, научно-теоретический анализ, политология, гуманитарные науки, роль, развитие, политическая система, политическая жизнь общества, демократический режим.

POLITICAL REGIME: CONCEPT, SCIENTIFIC AND THEORETICAL ANALYSIS AND ITS ROLE IN THE DEVELOPMENT OF THE POLITICAL SYSTEM OF SOCIETY **Nazarzoda P.S.**

The political regime is one of the basic concepts of political science and is currently used by all humanities - from political science, history, law, philosophy and sociology to anthropology. The "political regime" - in the definition of political science - is a set of tools and methods by which political power is exercised. The political regime is the mode of exercise of political power, the nature of the action, activity, existence and manifestation of the political system, covering all issues related to political relations, political organizations, political consciousness and the environment and conditions of political life in general.

Domestic and foreign researchers, depending on the country of origin, showed various characteristics and characteristics of political regimes, stages of development and their

classification. They not only revealed the relationship between the political process and the political regime, but also scientifically substantiated its status and role in the political system of society, predicted its development.

The political regime, as an important phenomenon in the political life of society, plays a key role in the political system and directly contributes to its development. Many scholars believe that at present any anti-democratic structure of the political regime poses a threat to human dignity, the ideal axis of which is freedom.

Key words: political regime, concept, interpretation, scientific and theoretical analysis, political science, humanities, role, development, political system, political life of society, democratic regime.

Назарзода П.С. - н.и. сиёсӣ, дотсенти кафедраи сиёсатишноси Донишгоҳи давлатии Кӯлоб ба номи Абӯабдуллоҳи Рӯдакӣ. Тел: 931701765.

Назарзода П.С. – к.пол. наук, доцент кафедры политологии ГОУ Государственный университет г. Куляба имени Абуабдуллохи Рудаки. Тел: 931701765.

Nazarzoda P.S. - c.pol. Sciences, Associate Professor of the Department of Political Science of the State Educational Institution of Kulyab named after Abuabdullokh Rudaki. Tel: 931701765.



РЕАКСИЯИ ПАЙВАСТШАВИИ 1,3-ДИ-(АЛКОКСИ)-2-ОКСИАТСЕТОКСИПРОПАН БО ФУЛЛЕРЕН C₆₀

Обидов Ч.М.

Кафедраи химияи биоорганикӣ ва физколлоидии МДТ «Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абӯалӣ ибни Сино»

Муҳиммият. Коркард вароҳҳои нави синтези модификатсионии минбаъдаи пайвастаҳои аз ҷиҳати биологӣ фаъоли глитсерин 1,3-дихлоргидрин, эпихлоргидрин ва 1,3-диэфирҳои глитсерин бо фуллерен C₆₀ яке аз самтҳои бисёр дурнамо дар химияи органикӣ ба шумор меравад. Дар молекулаи глитсерин се гурӯҳи функционалии гидроксилӣ мавҷуд аст, ки метавонад ба реаксияҳои гуногуни химиявӣ дохил шаванд. Дар таҳқиқотҳои илмӣ дар соҳаи фуллерен C₆₀ ва пайвастаҳои гуногуни органикӣ потенту мақолаҳои зиёде нашр шудаанд. Мо бо усулҳои дастраси якҷанд пайвастаҳои нав дар асоси триэфирҳои глитсерин бо фуллерен ҳосил кардем. Дар баъзе аз адабиёти илмӣ оварда шудааст, ки пайвастаҳои глитсерин ба сифати маводи доруворӣ, инчунин дар соҳаи парфюмерия ва дар таркиби маводи хурокворӣ, рангкунандаҳо, моддаҳои хушбӯй истифода бурда мешаванд. Якҷанд триэфирҳои глитсеринро бо фуллерен C₆₀ ҳосил кардем ва хосиятҳои биологӣ онҳоро омӯхта ба хулосае омадем, ки пайвастаҳо аз глитсерин ҳосил карда мешаванд ва гуфтан мумкин аст, ки ин пайвастаҳо аз ҷиҳати биологӣ фаъол мебошанд. Дар ин мақола мо омӯзиши реаксияи триэфирҳои глитсеринро бо фуллерен C₆₀ мавриди истифода қарор додем.

Мақсади таҳқиқот. Коркард ва усулҳои нави синтези 1,3-ди-(алкокси)-2-оксиатсетоксипропан бо фуллерен C₆₀ ва муайян намудани таркиб ва сохти ҳосилаҳои нави онҳо инчунин омӯзиши хосиятҳои физикӣ-химиявӣ ба роҳ монда шуд.

Аз ин рӯ таркиб ва сохт, индивидуалии (тозагии) пайвастаи 1,3-ди-(алкокси)-2-оксиатсетоксипропан бо фуллерен C₆₀ ба воситаи таҳлили элементӣ, спектроскопияи ИС, РМП, ХМҚ муайян карда шуданд.

Мавод ва усули таҳқиқот. Аввалин мавотиба коркард ва такмили усулҳои синтези ҳосилаҳои нави триэфирҳои глитсерин,

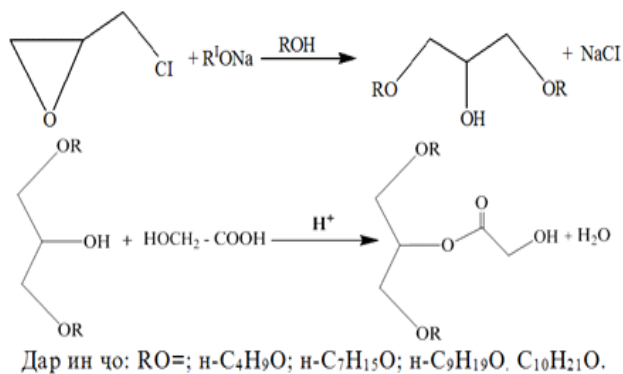
бо 1,3-ди-(алкокси)-2-оксиатсетоксипропанҳо ва фуллерен C₆₀ ба роҳ монда шуд. Вобастагии қобилияти реаксионии 1,3-ди-(алкокси)-2-оксиатсетоксипропан бо фуллерен C₆₀, таносуби моддаҳои боҳамтаъсиркунанда, табиати катализатор, ҳарорат ва ҳалкунандаҳо муайян карда шуд.

Дар асоси моно-, ди- ва триэфирҳои глитсерин якҷанд моддаҳои хушбӯй низ синтез карда шуданд, ки сохт ва хусусиятҳои махсус ва қобилияти реаксионии хубро доранд [1]. Ба туфайли он ки триэфирҳои глитсерини се гурӯҳи функционалӣ доранд, дар асоси омӯзиши истифодаи онҳо дар соҳаҳои гуногуни доруворӣ, химояи безарари растаниҳо аз ҳашаротҳои зараррасон ва аз ҷиҳати экологӣ безарар, инчунин тайёр кардани маводи аз ҷиҳати химиявӣ тоза, ингибитори растаниҳо, барзиди карозияи металлҳо ва ғайраҳо истифода бурда мешаванд [2]. Дар асоси ҳосилаҳои фуллерен C₆₀ дар замони ҳозира моддаҳои фаъоли биологӣ ҳосил карда шуданд [3]. Глитсерин ва ҳосилаҳои он низ яке аз пайвастаҳои фаъоли биологӣ мебошанд. Мо низ дар ин асос ба хулосае омадем, ки реаксияи пайвастаҳои глитсеринро бо фуллерен C₆₀ ҳосил намуда, ва хосиятҳои физикавию-химиявӣ ва биологӣ онҳоро омӯзем [4].

Бояд қайд кард, ки эфирҳои ҳосил шуда, дар натиҷаи реаксияҳои мураккаби сершумори биохимиявӣ синтез карда мешаванд [5]. Пайвастаҳое, ки аз ди- ва триэфирҳои глитсерин ҳосил карда мешаванд нақши асосиро дар равандҳои физиологӣ иҷро менамоянд [6].

Бомақсади муайян кардани қобилияти симметрӣ ва ғайри симметрии диэфирҳои глитсерин реаксияи боҳамтаъсиркунии ин пайваста бо кислотаи оксиатсетат гузаронида шуд. Реаксияро дар шароитҳои гуногун гузаронидем.

Схемаи реаксияи ҳосил кардани 1,3-ди-(алкокси)-оксиатсетокси-пропан аз эпихлоргидрин глитсерин чунин мебошад.



Реаксияи байни ҳамдигарии кислотаи гликолят бо диэфирҳои соддаи глицерин дар муҳити бензоли мутлақ ва дар нисбатҳои 1:1,2 ба осонӣ мегузарад. Ба сифати катализатор кислотаи сульфати концентрониди шуда гирифта шуд. Ҳарорати муҳити реаксия аз 40 то 80 °С аст. Баромади маҳсулот 41.8 то 85%-ро ташкил медиҳад.

Инчунин барои гузаронидани ин реаксия ҳамчун ҳалқунанда бензол, толуол ва ката-

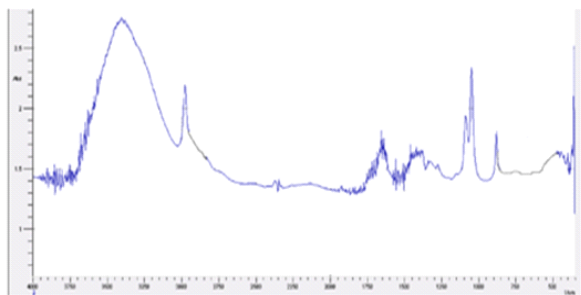
Ҷадвали 1. Константаҳои физико-химиявӣ 1,3-ди-(алкокси)-2-оксиатсетоксипропан

№ n/n	R	Формулаи эмпирики	Баромади маҳсул %	T _к °C м.м.рТ.сТ	n _D ²⁰	d ₄ ²⁰	MR _D	Таҳлили элементӣ	
							Ўфта шуда	C, %	
								Ҳисоб карда шуда	Ўфташуда
1	н-С ₄ H ₉	C ₁₃ H ₂₆ O ₅	80	$\frac{40-42}{2}$	1.4140	0.9077	92.25 94.74	59.54 59.58	9.92 9.95
2	н-С ₇ H ₁₅	C ₁₉ H ₃₈ O ₅	70	$\frac{45-49}{2}$	1.4190	0.9158	94.79 94.74	65.85 65.89	10.96 10.98
3	н-С ₉ H ₁₉	C ₂₃ H ₄₆ O ₅	60	$\frac{70-72}{3}$	1.4410	0.9495	113.29 113.21	68.59 68.65	11.37 11.44
4	н-С ₁₀ H ₂₁	C ₂₅ H ₅₀ O ₅	65	$\frac{95-97}{3}$	1.4440	0.9446	122.39 122.45	69.71 69.76	11.67 11.62

лизатор кислотаи сульфати концентрониди низ гирифта шуд. Баромади маҳсулот 60 то 80%-ро ташкил медиҳад.

Синтези пайвастаи 1,3-ди-(алкокси)-оксиатсетоксипропан моеъи беранг буда, дар бензол, эфир, ортоксилол, бензол ҳал мешавад, лекин дар об камҳалшаванда мебошад [7].

Таркиб ва сохти триэфирҳои глицерин ба воситаи нишондоди шикасти нурҳо, таҳлили элементӣ, зичии онҳо, ҳисоб барориҳои MR_D ва ғайра муайян карда шуд. Тозагии пайвастҳои ҳосилшуда, хроматографияи маҳинқабат санчида шуд. Ба сифати адсорбент қоғази саноати силуфол ба сифати элюент-омехтаи спирт ва бензол (2:9) гирифта шуд. Басифати ошкоркунанда бӯғҳои ғайриҷида шуд.

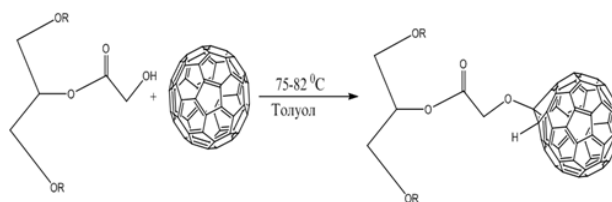


Расми 1. Спектри ИС 1,3 – ди-(этокс)-2-оксиатсетоксипропан

Спектри ИС: гурӯҳиэфирисодда (С-О-С) дар соҳаҳои 1252-1167см⁻¹; (-гурӯҳи эфيري мураккаб (С=О) дар соҳаҳои 1741-1732 см⁻¹. ПМР –спектр: ¹H, д, м.д.; 10.64 (с, ОН, -С); 3.60 (д, 2Н,-О-С); 2.78(м, 1Н, -С=О); 3.46(м, 1Н, -О-С); 1.05(м, 1Н,-О-С), 10.64(с, Н-С-СН₂); 3.60(д,Н-С-СН₂); 2.78(м,Н-СН₂-СН₂); 3.46 (м,Н-СН₂-СН₂); 1.05(м,Н-СН₂-СН₂).

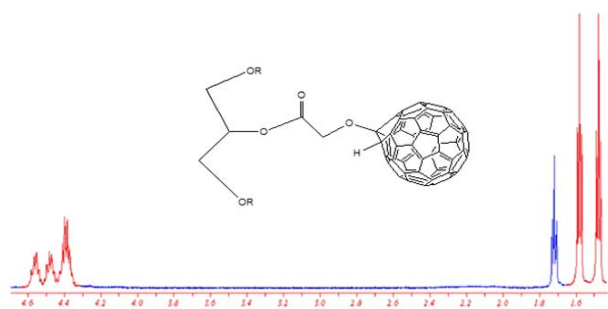
Бо мақсади муайян кардани қобилияти симметрии ва ғайрисиметрии диэфирҳои глицерин аз ҷониби мо реаксияи боҳамтаъсиркунии 1,3-ди-(алкокси)-2-фуллереноксиатсетоксипропан синтез ва омӯҳа шуд.

Схемаи реаксияи ҳосил кардани 1,3-ди-(алкокси)-2-фуллеренокси-атсетоксипропан чунин мебошад.



Бо истифода аз спектри РМН-и моддаи 1,3-ди-(этокс)-2-оксиатсетоксипропан бо фуллерен C₆₀ сигналҳои махсус пайдо шуд. Ҷе хеле, ки аз спектр маълум гардид гур-

ӯхҳои функционалии он пайвастиҳо чунин мебошад: (х.м) 1,15т ва 3,42 барои гурӯҳи ($\text{CH}_2\text{OCH}_2\text{CH}_3$).



Расми 3. Спектри РМП1,3-ди-(бутокс)-2-оксиатсетоксипропанбо фуллерен C_{60} .

Қисми таҷрибавӣ. Маҳлули фуллерен C_{60} 0.216г (0.35ммол), 1-ди-(бутокс)-2-оксиатсетоксипропан 0.080 г (0.9 ммол) в 100 мл толуол гарм карда, дар муддати 8 соат. Омехтаи реаксионӣ дар обшуста (2x30 мл) и онро

дар насоси оби каме тоза карда шуданд. Тозагии моддаи ҳосилшударо бо усули хроматографияи калонкағӣ бо элюенти SiO_2 , ва-гексан-толуол (1:1) санҷидем. Моддаи ҳосил карда шудаи мо 0.073 г ва дар муддати 24 соат бо баромади маҳсули 55% (дар натиҷаи ҳисобкунӣ воқунишҳо нишон доданд, ки дар натиҷаи гузариши ин реаксия C_{60} (0.144 г)) сарф карда шуд.

Хулоса. Усули нави синтези триэфирҳои глисерин бо фуллерен C_{60} ва омӯхтани собитҳои физикию химиявии онҳо. Дар натиҷаи таҳқиқотҳои биологӣ муайян карда шуд, ки баъзе аз пайвастиҳои синтез шуда дорои захроқи паст мебошанд. Таркиб ва сохт, индивидуалии (тозагии) пайвастиҳои 1,3-ди-(алкокси)-2-фуллеренокси-атсетоксипропанҳо ба воситаи таҳлили элементӣ, спектроскопияи ИС, РМП, РМЯ, ХМҚ муайян карда шуданд.

Адабиёт

1. Гильмутдинова А.А., Синтез и свойства новых функционально замещенных производных фуллерена C_{60} , содержащих диоксолановый и полиольный фрагменты / А.А. Гильмутдинова, В.П. Губская, Г.М. Фазлеева, И.А.Нуретдинов // Международная конференция «Фуллерены и наноструктуры в конденсированных средах: углеродные наночастицы в конденсированных средах», сборник научных статей, Национальная академия наук Беларуси, Институт тепло-и массо обмена имени А.В.Лыкова, Минск. – 2013. – С. 291 – 296.
2. Обидов Д.М., Синтез нового душистого вещества на основе б- монохлоргидрин глицерина /М.Б. Каримов, С.Э. Тагоева, З.М. Саломатшоева, Ф.О. Каримова, Р.А. Олимов// Материалы. Научно теоретической конференции профессорского-преподавательского состава и студентов, посвященной году образования технических знаний. част 1. Душанбе.- 2010г.-С.95-96.
3. Обидов Дж.М., Синтез 1,3-диалкокси-2-ацилоксипропанов /Дж.М. Обидов, Р.А.Олимов, О.К. Хабибуллоева, М.Б.Каримов. // Вестник Таджикского национального университета (научный журнал).ISSN 2074-1874. 1/3 (110). Душанбе 2013г. с. 94-96.
4. Обидов Дж.М., Синтез 1,3-диалкокси-2-бутирилоксипропан / Дж.М. Обидов, Р.А.Олимов, М.Б.Каримов. //Вестник Таджикского национального университета (научный журнал).ISSN 2074-1874. 1/3 (134). Душанбе 2014г. с. 117-120.
5. Олимов Р.А., Синтез новых производных глицерина, содержащих фуллерен C_{60} / Дж.М. Обидов, Р.А.Олимов, М.Б.Каримов, И.В.Блохин //Известия Тульского государственного университета, естественные науки (научный журнал). 16+ ISSN 2071-6176. Выпуска 2. Тула -2017. с. 22-27.
6. Обидов Дж.М., Реакция взаимодействия 2-фурил-4-алкоксиметил-1,3-диоксоланов с фуллереном /Дж.М. Обидов, Р.А.Олимов, О.К. Хабибуллоева, М.Б.Каримов. //Материалы республиканской научно – практической конференции «Перспективы и развитие современной науки о нанохимии, нанотехнологии и синтез биологически активных веществ» (30-31 октября 2015г), Душанбе 2015. С.43-45.



7. Обидов Дж.М., Синтез 1,3-диалкоксипропил-2-муравьиная кислота/ Дж.М. Обидов, Р.А.Олимов, О.К. Хабибуллоева, М.Б.Каримов.// Материалы международной научно – теоретической конференции на тему «Современная наука и образование: проблемы и перспективы». Дангара 2015. С. 25-26.

РЕАКЦИИ ПРИСОЕДИНЕНИЯ 1,3-ДИ-(АЛКОКСИ)-2-ОКСИАЦЕТОКСИПРОПАН С ФУЛЛЕРЕН₆₀

Обидов Джамшед Махмадназарович

Производные глицерина широко используются в качестве физиологически активных веществ. Из производных глицерина, моно-, ди- и триэфиры глицерина с фуллерен C₆₀ имеют особое значение. Широко используются триэфиры глицерина. Состав и строение синтезированных соединений опреде-

ляли методом элементного анализа, ИС, ПМР, -спектроскопией и ТСХ.

Ключевые слова: 1,3-дихлоргидрин глицерин, 1,3-диэфиров глицерина, 1,3-(алкокси)-2-оксиацетоксипропан, 1,3-ди-(бутирилокси)-2- фуллерен-оксиацетоксипропан, фуллерен C₆₀, бензол, толуол.

STUDY OF 1,3-DI-(ALCOHY)-2-OXYATSETOXYPROPANE FULLEREN C₆₀ REACTION

Obidov Jamshed Mahmadvazarovich

Annotations. Glycerol derivatives are widely used as physiologically active substances. Of the derivatives of glycerol, mono-, di- and triesters of glycerol with C₆₀ fullerene are of particular importance. Triesters of glycerol are widely used. The composition and structure of the synthesized

compounds were determined by elemental analysis, IS, NMR, spectroscopy, and TLC.

Key words: 1,3 - dichlorohydringitserine, 1,3-diester of glitserine, 1,3- (alkoxy)-2-oxsiatsetoxypropane, fullerene C₆₀, benzene, toluene.

РЕАКСИЯИ ПАЙВАСТШАВИИ 1,3-ДИ-(АЛКОКСИ)-2-ОКСИАТСЕТОКСИПРОПАН БО ФУЛЛЕРЕН₆₀

Аннотатсия. Ҳосилаҳои глицерин ба таври васеъ ҳамчун моддаҳои фаъоли физиологӣ қор фармуда мешаванд. Аз ҳосилаҳои глицерин бештар моно-, ди-, ва триэфирҳои глицерин бо фуллерен C₆₀ моҳияти махсусдоранд. Триэфирҳои глицерин ба тарзи васеъ истифода бурда мешаванд. Таркиб ва сохти пайвастаҳои синтез кардашуда бо усу-

ли таҳлили элементӣ, спектри- ИС, РМП, ХМҚ муайян карда шуданд.

Калимаҳои калидӣ: 1,3-дихлоргидринглицерин, 1,3-диэфирҳои глицерин, 1,3-(алкокси)-2-формилоксипропан, 1,3-ди-(бутирилокси)-2- фуллереноксиатсетоксипропан, фуллерен C₆₀, бензол, толуол.

Обидов Чамшед Махмадназарович - н.и.х., муаллими калони кафедраи кимиёи биоорганикӣ ва физколлоидии МДТ “Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абӯалӣ ибни Сино”, Тел: 934-02-02-34. obidovjamshed@mail.ru.

Обидов Джамшед Махмадназарович - к.х.н., старший преподаватель кафедры биоорганической и физколлоидной химии ГОУ «Таджикского государственного медицинского университета имени Абуалиибни Сино». E-mail: obidovjamshed@mail.ru. Тел. 934.02.02.34

Obidov Jamshed Mahmadvazarovich - c.ch.s., Senior Lecturer of the Department of Bioorganic and Physical Colloid Chemistry, State Educational Institution “Avicenna Tajik State Medical University». E-mail: obidovjamshed@mail.ru. Tel: 934.02.02.34.

**ОМУӢЗИШИ БИОЛОГИЯ ВА ЭКОЛОГИЯИ ЛЕЙШМАНИОЗ****Разиков Ш.Ш.¹, Холбеков М.Ӣ.¹, Парвинаи З¹, Пирова Ш.².**

Кафедраи биологияи тиббӣ бо асосҳои генетикаи (мудири кафедра д.и.б., дотсент Холбеков М.Ӣ) МДТ «ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино»

Муҳимияти мавзӯ. Лейшмания - барангезандаи лейшманиоз ба ҳисоб меравад. Аввалин маълумотҳо дар бораи лейшманиоз дар асарҳои табибони Чини қадим ба назар мерасанд. Аввалин маълумотҳо дар Аврупо дар бораи лейшманиоз аз Рассела, ки соли 1756 ба он унвони «захми шарқӣ» дода буд, дастрас гардидааст. Шарҳи муфассали лейшмания (*Leishmania tropica*), ки боиси лейшманиози пӯст гардидааст, соли 1897 бори аввал аз ҷониби П.Ф. Боровский пешниҳод гардид. Намудҳои чинси *Leishmania* аксаран аз ҷиҳати морфологӣ комилан монанданд, ки таснифоти онҳо душвор мегардонад. Имрӯзҳо дар аксари адабиёти таълимии муосир таснифоти Ламсен (1974)-ро ба кор мебаранд, ки чор гурӯҳи барангезандаҳоро ҷудо кардааст:

1) гурӯҳи *L. tropica* (*L. tropica minor* ва *L. tropica major*) — барангезандаи лейшманиозҳои пӯсти Дунёи Қуҳан (Африка ва Осиё). Ба ин гурӯҳ ба қарибӣ муайяншуда *L. aethiops* – барангезандаи эндемии лейшманиози пӯст дар Эфиопияро шомил кардан мумкин аст;

2) гурӯҳи *L. mexicana* (*L. mexicana* зернамуди *mexicana*, *L. mexicana* зернамуди *amazoniensis*, *L. mexicana* зернамуди *pifanoi*, инчунин *L. mexicana* зернамуди *venezuelensis* ва шояд, *L. mexicana* зернамуди *garnhami*) – барангезандаи лейшманиозҳои пӯст ва интишорёфтаи пӯст аз Дунёи Қуҳан. Инчунин ба гурӯҳи мазкур *L. peruviana* ва *L. uta* – барангезандаҳои эндемии лейшманиозҳои пӯст дар ноҳияҳои баландкӯҳи Анд ва Кордилеро мутааллиқ медонанд;

3) гурӯҳи *L. Braziliensis* (*L. Braziliensis* зернамуди *braziliensis*, *L. Braziliensis* зернамуди *guayanensis*, *L. Braziliensis* зернамуди *panamensis*) – барангезандаи лейшманиозҳои пӯстӣ-луобии;

4) гурӯҳи *L. Donovanii* (*L. Donovanii* зернамуди *donovani*, *L. Donovanii* зернамуди *infantum*, *L. Donovanii* зернамуди *archibaldii*)

– барангезандаи лейшманиози вистсериалӣ.

Хусусиятҳои морфологӣ. Лейшмания ду марҳилаи инкишофро аз сар мегузаронад: амастиготӣ ва промастиготӣ.

Шакли қамчинакӣ (промастиготҳо) – се-рҳаракат буда, дар организми ҳашаротҳомил (москитҳо) инкишоф меёбад. Хучайра шакли дукро дошта, дарозии он ба 10–20 мкм мерасад. Кинетопласт дар қисми пеши хучайра ҷойгир шудааст; қамчинак 15–20 мкм дарозӣ дорад. Шакли промастиготӣ ба таври тақсимшавии дарозрӯя афзоиш меёбад.

Шакли беқамчинак (амастиготҳо) дар хучайраҳои шир-хӯрон паразитӣ мекунад; хучайраҳои амастигот байзашакл буда, дарозии 2–6 мкм доранд, таркибашон кариосома ва ядро дорад. Ядро он калон ва мудаввар буда, ҳангоми рангкунӣ бо рангкунандаҳои Романовӣ ва Гимза ситоплазма ранги кабудӣ бунафш, ядро ва кинетопласт ранги сурхӣ бунафшро мегирад. Бо тақсимшавии муқаррарӣ афзоиш меёбад.

Лейшманиозҳо ба гурӯҳи сироятҳои трансмиссивӣ, ки ҳомилонашон москитҳои чинси *Phlebotomus* ва *Lutzomyia* ҳастанд, мутааллиқ медонанд. Ҳомилон ҳангоми мақдани хун аз одамони бемор ва ҳайвонот сироят меёбад. Амастиготҳо дар рӯдаи москитҳо ба шакли промастиготӣ табдил меёбад, ки ба тақсимшавӣ оғоз мекунад ва пас аз 6-8 шабонарӯз дар ҳалқуми москит ҷамъ мешаванд. Ҳангоми газидани одам ё ҳайвон промасти-готҳо ба ҷароҳат афтада, ба хучайраи пӯст ё узвҳои дохилӣ – вобаста аз намуди лейшмания ворид мешаванд. Дар паҳн гаштани барангезандаи лейшманиоз нақши муайяно фаготситҳомебошанд. Пас аз ворид гаштан ба хучайраҳои ширхӯрон промастиготҳо ба амастиготҳо табдил меёбад.

Лейшмания (*Leishmania tropica*) – барангезандаи лейш-маниози пӯст мебошад. Лейшманиози пӯст (захми пендинӣ, алепӣ, бағ-



додӣ ё думали (фурункулаи шарқӣ) антропоозноз, бемории манбаи-табиӣ ба ҳисоб мераванд. Лейшманиози антропоознозӣ ё шаҳрӣ (бемории Боровский) (барангезанда – *L. tropica* зернамуди *major*) ва зоознозӣ ё сахроӣ (барангезанда – *L. tropica* зернамуди *tropica* ва *L. aethiopica*), лейшманиозро ҷудо мекунанд.

Резервуари табиӣ барангезанда — ҳояндаҳои хурд (муш, калламуш, муши регзор, юрмон, даманҳо). Ҳомилон — москитҳои *Phlebotomus papatasi* мебошанд. Лейшманиози пӯст дар тамоми мамлакатҳои иқлимашон хушки тропикӣ ва субтропикӣ паҳн шудааст.

Давраи инкубатсионӣ аз 2 то 5 моҳ идома меёбад. Бо ба анҷом расидани ин давра дар пӯст гирехчаҳо (папула) пайдо мешаванд. Васъшавии гирехҳои лимфавии мавзӣ мушоҳида мегарданд.

Папула захмдор мешаванд; қарри захмҳо бо бофтаҳои доначадор пӯшонда шудааст, канораҳо илтиҳобдоранд, ташаккулёбии иллатҳо дар назар аст. Вобаста аз барангезанда - ташаккулёбии захмҳои «хушк» (*L. tropica major*) ё «тар» (*L. tropica tropica*)-и бедард ба назар мерасад. Пас аз 3–12 моҳ васъшавии худрустаи ногаҳонӣ бо ҳосилшавии захми чуқури пигментӣ («муҳри иблис ё печать дьявола») мушоҳида мешавад.

Лейшмания (*Leishmania braziliensis*) — барангезандаи лейшманиозҳои пӯсту луобӣ мебошад. Лейшманиози пӯсту луобӣ (лейшманиози америкӣ, лейшманиози бинию ҳалқум, эспундия, бемории Бред) – гурӯҳи беморихое мебошанд, ки бо сабаби *L. braziliensis* зернамуди *braziliensis*, *L. braziliensis* зернамуди *guyanensis*, *L. braziliensis* зернамуди *panamensis*-ҳо пайдо мешаванд. Ба гурӯҳи алоҳида барангезандаҳои *L. peruviana* ва *L. Uta*-ро ҷудо мекунанд, ки дар ноҳияҳои баландкӯҳи Амрико боиси иллоти пӯст ва луобпардаҳо мегардад.

Симптомҳо ё аломатҳои аввалин пас аз 1-4 ҳафтаи газидани ҳомилон пайдо мешаванд, ки дар лейшманиози пӯст мавҷуд буд, монанд мебошад. Гоҳо зухуроти клиникӣ дар ҳамин марҳила ба охир мерасад. Дар аксари ҳолатҳо иллатҳои аввалин ба таври

прогрессӣ зиёд мешаванд. Иллатҳои таҳрибии бедарди даҳону бинӣ (аз 2 то 50 % ҳолатҳо) хос аст, ки дар қитъаҳои ҳамшафат бо пайдо гардидани захм дар забон, луобпардаи рухсора ва ковокии бинӣ паҳн мешаванд. Пайдо шудани иллат баъди аз якҷанд сол худ ба худ нест гардидани манбаҳои аввали имконпазир аст. Халалёбии миёнадевари бинӣ, коми сахт ва иллатҳои таҳрибии ҳалқум мушоҳида мешаванд. Беморӣ бо табларза, лоғаршавӣ ва сироятҳои такрорӣ бактериявӣ вобаста мебошад.

Лейшмания (*Leishmania donovani*) - барангезандаи лейш-маниози аҳшӣ (вистсериалӣ) мебошад. Лейшманиози аҳшӣ (бемории Лейшмен-Донован, кала-азар, табларзаи дум-дум), ки сабаби пайдоиши он *L. donovani* зернамуди *donovani*, лейш-маниози аҳшоии африқои шимолӣ (барангезанда - *L. donovani* зернамуди *archibaldii*) ва лейшманиози баҳри миёназамин-осиёи миёнагӣ (лейшманиози кӯдакона), ки сабаби пайдоиши он *L. donovani* зернамуди *infantum* мебошад. Хусусиятҳои клиникӣ ва эпидемиологӣ ба таври назаррас вобаста аз географияи беморӣ тағйир меёбад.

Дар ҳуҷайраҳои системаи ретикулоэндотелӣ (сипурз, чигар, мағзи устухон, гирехҳои лимфаавӣ) организми одам метавонад ҷойгир шавад. Промастиготҳои лейшмания дар маҷрои хун гардиш мекунанд ва микрофаҳҳои бофтаи мағзи устухон, сипурз, чигар, гирехҳои лимфавиро онҳоро мечабанд. Дар онҳо паразитҳо афзоиш меёбанд ва сабаби калоншавии чигару сипурз ва минбаъд атрофияи онҳо мегарданд. Камхунӣ, лоғаршавӣ, заҳролудшавӣ, хунравӣ дар рӯда ва диарея инкишоф меёбад. Одамоне, ки пигментатсияи пӯсташон сусттар аст дар рӯю сар доғҳои хокистарианг (ба форсӣ кала азар – таби сиёҳ)-ро мушоҳида кардан мумкин аст. Бемории бе муолиҷа аксаран боиси марг мегардад.

Лейшманияҳо як гурӯҳи паразитое мебошанд, ки асосан дар кишварҳои тропикӣ ва субтропикӣ бештар маълуманд; Мувофиқи маълумоти Ташкилоти Умумиҷаҳонии тандурустӣ лейшманиоз бештар дар 88 кишвари дунё ба қайд гирифта шудааст,



ки аз онҳо 72 ададашон ба кишварҳои рӯ ба тараққӣ дохил мешаванд.

Биология ва экологияи Лешманиози пӯст айни замон барои омӯзиш мувофиқ аст. Ин бештар ба муҳоҷирати фаъоли аҳоли (сафарҳои сайёҳӣ, сафарҳои тичоратӣ) алоқаманд аст, Паҳншавии лешманиози пӯст дар зиёда аз 98 кишвари рӯи олам ба қайд гирифта шудааст ва ҳамасола зиёда аз 350 миллион нафар тақрибан 10% аҳолии рӯи замин ба ин беморӣ гирифта мешаванд ва танҳо на беш аз 12 миллион нафар аҳоли [31] ҳисоб карда мешавад.

Маълумоти омори расмӣ оид ба натиҷаҳои паҳншавии ин бемории лешманиози пӯст дар Федератсияи Россия ба пуррагӣ маълум нест, зеро ин беморӣ ба рӯйхати шаклҳои барангезандагони ҳатмӣ дохил карда нашудааст. Бо вучуди ин, дар адабиётҳои сершумор бо номаҳои зиёд ҳамчун лешманиаҳо [5; 8; 9; 12; 16; 19; 20; 21;] ва лешманиозҳо [1; 2; 3; 6; 7] ба қайд гирифта шудаанд.

Маълумотое низ дар бораи барангезандагони лешманиозҳо байни солҳои 1991 то 2014 дар Федератсияи Россия мавҷуд аст [7; 9; 15; 19;] Таҳлили ин адабиётҳо шаҳодат медиҳад, ки Лешманиоз ба Россия бештар ба воситаи шаҳрвандони давлатҳои Исроил, Кипр, Арманистон, Узбекистон ва диг., ворид мегардад [22].

Таҳқиқотҳои мутахассисони хориҷӣ нишон медиҳанд, ки омилҳои этиологии бемории лешманиоз метавонад инчунин вирусҳои махсус бошанд [28]. Баъдтар дар ин самт рушди омӯзиши механизми таъсири вирусҳо ба пайдошавии бемории лешманиоз самти нави таҳқиқот пайдо шуд [29]. Натиҷаҳои таҳқиқот ба муайян гардидани як қисмати КРН-и вирус бо нишонаҳои генҳои он анҷом ёфт [30].

Леидмания як гурӯҳи васеи паразитҳо мебошад, ки аз организмҳои ҳайвонот аз

ҷумла ширхӯрон ба дигар организмҳо тавасути ҳашаротҳои хунмаке хусусан москитҳо, ки имрӯзҳо дар минтақаҳои гуногуни рӯи замин махсусан минтақаҳои гарм гардиш мекунанд интиқол дода мешаванд [32]. Маскитҳо аз хуни ширхӯрон ғизо мегиранд ва дар он дар як вақт метавонанд тухм гузоранд. Вақте ки шахс дар занҷири озуқаворӣ фаъол аст, сирояти он ба вуқӯъ меояд [23]. Манбаи табиӣ паразитҳо асосан ҳайвоноти хонагӣ сағҳо, хояндаҳо, гурба, инчунин каламушҳо мебошанд.

Сироят ба намудҳои патогенӣ, ки аз намудҳои патогении Лешмания вобаста аст ва ба бемориҳои музмини узвҳои дохилӣ оварда мерасонад. Шумораи аолии кишварҳои, ки аз Лешмания азият мекашанд ҳамеша сол аз сол мунтазам меафзояд. Дар айни замон муттахассисони соҳа маълумотҳои аз муоинаи беморон воридшударо ҳамчун хоришаки пӯст нишон медиҳанд [8; 16; 19; 20; 21;]. Танҳо як қисми ками муттахассисон ташхиси дурусти бемории сироятии лешманиоз мегузоранд [1; 2; 3; 33; 6].

Таҳқиқотҳои эпидемиологӣ нишон медиҳанд, ки дар кишварҳои, ки воқеаҳои сиёсӣ ва ҷарбӣ дар онҳо муътадил нестанд беназорати аҳоли аз набудани чораҳо оид ба пешгирӣ ва мубориза бо интиқолдиҳандаи бемории лешманиоз боиси паншавии ин бемориҳо то ба давлатҳои ҳамсоя гардад. Мисол Ҷумҳурии Исломии Афғонистон, ки солҳои зиёд дар онҳо муноқишаҳои сиёсӣ давом дорад ва ба паҳншавии лешманиози пӯст дар он ҷо ба таври зарурӣ ба қайд гирифта нашудаанд. Ҷумҳурии Тоҷикистон, ба Афғонистон ҳамсарҳад мебошад, ҳангоми омаду рафти шаҳрвандон дар нуктаҳои гумрукӣ ҳолати солимии онҳо аз ин намуди бемориҳои сироятӣ ба таври пурра муоина карда намешавад метавонад боиси паҳншавии ин беморӣ гардад.

Адабиёт

1. Александрова, О. К. Средиземноморско-среднеазиатский лейшманиоз у пациента 17 лет / О. К. Александрова, В. В. Лебедев, А. С. Лыжина, Н. Х. Тхакушинова, Л. В. Дубова // Детские инфекции. - 2008. - № 7 (3). - С. 68-71.
2. Баранец, М. С. Клинико-эпидемиологические особенности висцерального лейшманиоза в республике Крым / М. С. Баранец, Т. Н. Ермак, Е. Н. Понировский // Терапевтический



кий архив. - 2017. - № 89(11). - С. 100-104.

3. Богадельников, И. В. Висцеральный лейшманиоз. Клинический случай / И. В. Богадельников, Н. В. Лагунова, Л. В. Лукьянец, А. Н. Сюрин, Е. А. Крюгер // Здоровье ребенка. - 2014. - №3 (54). - С.159-162.

4. Бронштейн, А. М. Наблюдения зоонозного кожного лейшманиоза у московских туристов, посетивших Тунис, и их успешной терапии кетоконазолом / А. М. Бронштейн, Н. А. Малышев, И. В. Давыдова, В. П. Сергиев и Н. Г. Кочергин // Российский журнал кожных и венерических болезней. - 2015. - С. 54.

5. Добрев, Х. П. Дерматоскопическая находка и криотерапия / Х. П. Добрев, Д. Г. Ночева, Д. И. Вучев, Р. Д. Гранчарова // Folia Medica. -2015. - № 57(1). - С. 65-68

6. Джалилов, В. Ч. Эпидемиологическая ситуация по висцеральному лейшманиозу на территории Азербайджанской Республики в современный период / В. Ч. Джалилов // Семейная медицина. - 2017. - №5 (73). - С.107-109.

7. Лазарев, В. В. Случай висцерального лейшманиоза у ребенка, проживающего в северной Осетии / В. В. Лазарев, Б. З. Албегова, Е. В. Гамиева, И. Г. Гусоева // Медицинский вестник Юга России. - 2010. - №2. - С.77-79.

8. Заславский, Д. В. Верификация лейшманиоза кожи / Д. В. Заславский, Е. М. Андриенко, И. Ю. Александрова, Е. Л. Матвеева, С. Е. Семенова, М. Е. Зуев, А. А. Гайдук // Вестник дерматологии и венерологии. - 2014. - N 5. - С.91-95.

9. Исаева, М. С. Современные аспекты кожного лейшманиоза / М. С. Исаева, Т. О. Саидова // Научно-медицинский журнал «Вестник Авиценны». - 2016г. - №1. - С. 116-123.

10. Морозова, Л. Ф. Завозной лейшманиоз: дифференциальная диагностика и лечение / Л. Ф. Морозова и Н. И. Тумольская // Инфекционные болезни: новости, мнения, обучение. - 2014. - № 1. - С.48.

11. Морозов, Е. Н. Молекулярная диагностика паразитарных болезней / Е. Н. Морозов и К. Ю. Кузнецова // Инфекционные болезни: новости, мнения, обучение. - 2014. - № 1. - С. 37.

12. Мицура, В. М. Случай успешного лечения распространенной формы зоонозного кожного лейшманиоза / В. М. Мицура, Е. Л. Красавцев, И. А. Разуванова // Проблемы здоровья и экологии. - 2016. - №4 (50). - с.90-93.

13. Официальный сайт Роспотребнадзор [Электронный ресурс]. - Письмо Роспотребнадзора от 04.03.2015 № 01/2160-15-27 "О ситуации по лейшманиозам в Российской Федерации". - [rosпотребнадzor.ru](http://rosпотребнадзор.ru). - Режим доступа: <http://rosпотребнадzor.ru/upload/iblock/5d4/2015-leyshmanioz.pdf>.

14. Официальный сайт ФМС России [Электронный ресурс]. - Режим доступа: <https://мвд.рф/mvd/documents>.

15. Понировский, Е. Н. Эпидемиологическая ситуация по лейшманиозам в Российской Федерации: первые достоверные случаи местной передачи / Е. Н. Понировский, М. В. Стрелкова, В. Д. Завойкин // Медицинская паразитология. - 2015. - №3. - С. 34-36.

16. Рахматов, А. Б. Актуальные проблемы кожного лейшманиоза / А. Б. Рахматов и др. // Украинский журнал дерматологии, венерологии и косметологии. - 2014. - №3(54). - С. 63-69.

17. Руководство по ведению случаев и эпиднадзору за лейшманиозами в Европейском регионе ВОЗ / Gradoni L., Lopez-Velez R., Mokni M. - UN City: Всемирная организация здравоохранения Европейское региональное бюро-2018.

18. Рымаренко, Н. В. Клинический случай висцерального лейшманиоза у ребенка раннего возраста в Крыму / Н. В. Рымаренко, С. В. Усова, Е. А. Крюгер, С. П. Романенко, С. Т. Чветко // Крымский журнал экспериментальной и клинической медицины. - 2014. - том 4. - № 4(16). - С. 42-45.



- 19.Тумольская, Н. И. Клинические маски паразитарных болезней / Н. И. Тумольская, Н. Ю. Голованова, М. В. Мазманян, В. Д. Завойкин // Инфекционные болезни: новости мнения, обучение. - 2014. - №1. - С. 17-27.
20. Тихоновская, И. В. Кожный лейшманиоз: этиология, клиника, диагностика, лечение / И. В. Тихоновская, В. П. Адаскевич, В. О. Мяделец // Кожные и венерические болезни. - 2016. - С. 69-77.
- 21.Тищенко, Л.Д. О причинах развития резистентности при кожном лейшманиозе у детей в Йемене и новый метод их комплексного лечения с использованием полиоксидония и витаминов группы В / Л. Д. Тищенко, А. Х. Мушара, Р. Р. Атауллаханов, А. Л. Тищенко, Н. С. Сергеева, М. Ю. Кралин, Г. В. Малахов, Ф. С. Халаф, Рамваджон Пурнимасинг // Вестник РУДН, серия Медицина. - 2001. - №3. - С. 122-123.
- 22.McGwire, B. S. Leishmaniasis: clinical syndromes and treatment / B. S. McGwire, A. R. Satoskar // Q J Med. - 2014. - № 107. - P. 7-14.
- 23.Ueno, N. Receptor-mediated phagocytosis of Leishmania: implications for intracellular survival / N. Ueno, M. E. Wilson // Trends Parasitol. - 2012. - № 28. - P. 335-344.
- 24.Goto, H. Cutaneous and mucocutaneous leishmaniasis / H. Goto, J. A. Lauletta-Lindoso // Infect Dis Clin North Am. - 2012. - № 26. - P. 293-307.
- 25.ter Horst, R. Concordant HIV infection and visceral leishmaniasis in Ethiopia: the influence of antiretroviral treatment and other factors on outcome / R. ter Horst, S. M. Collin, K. Ritmeijer, A. Bogale, R. N. Davidson // Clin Infect Dis. - 2008. - № 46. - P. 1702-1709.
- 26.Okwor, I. The immunology of Leishmania/HIV co-infection / I. Okwor, J. E. Uzonna // Immunol Res. - 2013. - № 56. - P.163-171.
- 27.Control of the leishmaniasis: Report of a meeting of the WHO Expert Committee on the Control of Leishmaniases - WHO Technical Report Series 949. - Geneva, Switzerland, 2010. - P. 1-186.
28. Tarr, P. I. LR1: a candidate RNA virus of Leishmania / P. I. Tarr , R. F. Jr Aline , B. L. Smiley , J. Scholler , J. Keithly , K. Stuart // Proc Natl Acad Sci USA. -1988. - v.85(24). - P. 9572-9575.
29. Kariyawasam, R. Influence of leishmania RNA virus 1 on proinflammatory biomarker expression in a human macrophage model of american tegumentary leishmaniasis / R. Kariyawasam, J. Grewal , R. Lau, A. Purssell, B. M Valencia, A. Llanos-Cuentas, A. K. Boggild // J Infect Dis. -2017. - № 216(7). - P. 877-886.
30. Hajjarian, H. Detection and molecular identification of leishmania RNA virus (LRV) in Iranian Leishmania species / H. Hajjarian, M. Mahdi, M. Mohebali, K. Samimi-Rad, A. Ataei-Pirkooh, E. Kazemi-Rad, S. R. Naddaf, Raoofian R // Arch Virol. - 2016. - № 161(12). - P. 3385-3390.
31. Sosa, N. Randomized, double-blinded, phase 2 trial of WR 279,396 (paromomycin and gentamicin) for cutaneous leishmaniasis in Panama / N. Sosa, Z. Capiton, J. Nieto, M. Nieto, J. Calzada, H. Paz, C. Spadafora, M. Kreishman-Deitrick, K. Kopydlowski, D. Ullman, W.F. McCarthy, J. Ransom, J. Berman, C. Scott, M. Grogl // Am J Trop Med Hyg. - 2013. - № 89 (3). - P. 557-563.
- 32.Gholamian-Shahabad, M. R. Sandflies species composition, activity, and natural infection with Leishmania, parasite identity in lesion isolates of cutaneous leishmaniasis, central Iran / M.R. Gholamian-Shahabad, K. Azizi, Q. Asgari, M. Kalantari, M. D. Moemenbellah-Fard // J Parasit Dis. - 2018. -№42(2). - P. 209-215.
- 33.Mukhopadhyay, D. Post kala-azar dermal leishmaniasis: an unresolved mystery / D. Mukhopadhyay, J. E. Dalton, P. M. Kaye, M. Chatterjee // Trends Parasitol. - 2014. - № 30. - P. 65-74.
34. Blum, G. Treatment of cutaneous leishmaniasis among travelers / J. Blum, P. Desjeux, E. Schwartz, B. Beck, C. Hatz // J Antimicrob Chemother. - 2004. - Vol.53. - p. 158-166.



ИЗУЧЕНИЕ БИОЛОГИИ И ЭКОЛОГИИ ЛЕЙШМАНИОЗА

Разиков Ш.Ш.¹, Холбегов М.Ё.¹, Парвинаи З.¹, Пирова Ш.².

Кафедра медицинской биологии с основами генетики (заведующий кафедрой д.б.н., доцент Холбегов М.Ё) ГОУ «ТГМУ имени Абуали ибни Сино».

Лейшманиоз относится к группе трансмиссивных инфекций, переносчиками которых являются комары родов *Phlebotomus* и *Lutzomyia*. Беременные женщины заражаются при сосании крови больных людей и животных. Амастиготы в кишечнике комаров становятся промастиготами, которые через 6-8 дней начинают делиться и накапливаться в гортани. При укусе человека или животного промастиготы травмируются и попадают в клетки кожи или внутренние органы в зависимости от типа лейшманиоза. Фагоцитоз играет значительную роль в распространении лейшманиоза. Попадая в клетки млекопитающих, промастиготы становятся амастиготами.

Эпидемиологические исследования пока-

зывают, что в странах, где политическая и военная обстановка нестабильна, отсутствие контроля над населением из-за отсутствия мер профилактики и борьбы с переносчиками лейкемии приводит к распространению этих заболеваний в соседние страны. Например, Исламская Республика Афганистан, где уже много лет бушует политический конфликт, а распространение кожного лейшманиоза должным образом не документировано. Республика Таджикистан, граничащая с Афганистаном, не в полной мере проверяет состояние здоровья граждан на таможенных постах, что может привести к распространению заболевания.

Ключевые слова: Лейшмания, биология, цикл развития, экология, распространение.

STUDYING THE BIOLOGY AND ECOLOGY OF LEISHMANIASIS

Razikov Sh. Sh.¹; Kholbegov M.Yo.¹; Parvinai Z.¹; Pirova Sh.².

Department of medical biology with basics the of genetics (head of the department of d.b.s., associate professor Holbegov M.Yo) of SIE"ATSMU ".

Leishmaniasis belongs to the group of vector-borne infections, which are carried by mosquitoes of the genera *Phlebotomus* and *Lutzomyia*. Pregnant women become infected by sucking the blood of sick people and animals. Amastigotes in the intestines of mosquitoes become promastigotes, which after 6-8 days begin to divide and accumulate in the larynx. When bitten by a person or animal, promastigotes are injured and enter the skin cells or internal organs, depending on the type of leishmaniasis. Phagocytosis plays a significant role in the spread of leishmaniasis. Once in mammalian cells, promastigotes become amastigotes.

Epidemiological studies show that in

countries where the political and military situation is unstable, the lack of control over the population due to the lack of measures to prevent and control the transmission of leukemia leads to the spread of these diseases to neighboring countries. For example, the Islamic Republic of Afghanistan, where political conflict has been raging for many years, and the spread of cutaneous leishmaniasis has not been properly documented. The Republic of Tajikistan, bordering Afghanistan, does not fully check the health status of citizens at customs posts, which can lead to the spread of the disease.

Key words: Leishmania, biology, development cycle, ecology, distribution.



Разиков Шомаҳмад Шерович – профессори кафедраи биологияи тиббӣ бо асосҳои генетика; Тел. (+992) 935-07-99-28.

Разиков Шомаҳмад Шерович- профессор кафедры медицинской биологии с основами генетики. Тел. (+992) 935-07-99-28.

Razikov Shanomad Sherovich- Professor of the Department of Medical Biology with the basics of genetics. Tel. (+992) 935-07-99-28.

Холбеғов Мирзоҳамдам Ёрбеғович- мудири кафедраи биологияи тиббӣ бо асосҳои генетика. (+992) 934-26-81-10

Холбеғов Мирзоҳамдам Ёрбеғович - заведующий кафедрой медицинское биологии с основами генетики. Тел. (+992) 934-26-81-10

Kholbegov Mirzokhamdam Yorbegovich- Head of the Department of Medical Biology with the basics of genetics. Tel. (+992) 934-26-81-10

Парвинаи Зикриё – унвонҷуи кафедраи биологияи тиббӣ бо асосҳои генетика. Тел (+992) 907-44-64-44.

Парвинаи Зикриё- соискатель кафедры медицинской биологии с основами генетики. Тел (+992) 907-44-64-44.

Parvinai Zikrye- the applicant of the department of medical biology with the basics of genetics. Tel (+992) 907-44-64-44.

Пирова Шаҳодат Қувватовна – унвонҷуи кафедраи биологияи тиббӣ бо асосҳои генетика; Тел (+992) 888-80-14-43.

Пирова Шаҳодат Қувватовна— соискатель кафедры медицинской биологии с основами генетики. Тел (+992) 888-80-14-43.

Pirova Shahodat Kuvvatovna - The applicant of the department of medical biology with the basics of genetics. Tel (+992) 888-80-14-43.

СИСТЕМАИ ТАКМИЛДИҲИИ ОМУЗИШИ БЕФОСИЛАВИИ ДОНИШЧҶҶЁН ДАР КАФЕДРАҲОИ ЧАРРОҲӢ

Сайдалиев Ш.Ш., Назаров Ш.К., Назаров Ҳ.Ш., Ҳалимов Ҷ.С., Аюбов Ҷ.Қ.

Кафедраи бемориҳои чарроҳии №1 ба номи академик Қурбонов К.М.,

МДО «ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино»

Муқаддима. Тайи солҳои охир дар самти тибби муосир майлнамоӣ ба раванди нави инкишофдиҳии зехнии клиникаи донишҷӯён дар муассисаҳои омӯзиши тиббӣ ба мушоҳида мерасад. Ин ҳолат ба баланд бардоштани сатҳи мутахассисии донишҷӯёни тиббӣ, алалхусус дар кафедраҳои клиникаи донишгоҳ мусоидат менамояд. Кафедраи бемориҳои чарроҳии №1 ба номи академик Қурбонов К.М. дар базаи клиникаи ёрии таъҷилии тиббии чарроҳии пойтахти кишвар ҷойгир мебошад, ки базаи мазкур “локомотив”-и самти расонидани кумаки таъҷилии тиббӣ дар ҷумҳурӣ ба ҳисоб меравад ва он барои баланд бардоштани сатҳи мутахассисии донишҷӯён бешак таъсири назаррас мерасонад.

Зимни баҳодихӣ ба чараёнҳои гуногуни патологӣ мебояд на танҳо ба тағйиротҳои

мавзёӣ, балки ба тағйироти умумии организми бемор аҳамият дод [1,2,5]. Дар хама кафедраҳои клиникӣ, алалхусус дар самти чарроҳия, ба ҳар як ҳолати клиникӣ ба таври махсус баҳогузори анҷом меёбад, ки ин аз бешубҳа муҳим будани раванди системавии омӯзонидани донишҷӯён шаҳодат медиҳад [3,4].

Мақсади мақолаи пешниҳодгардида омӯзиши усулҳои дарсомӯзии бифосилавии донишҷӯён дар кафедраҳои чарроҳии донишгоҳ мебошад.

Мавод ва усулҳо: бо назардошти хусусиятҳои базаи клиникаи кафедра бо мақсади ташхисгузори ва табобати дурусту саривақтии беморон мо бо мутахассисони соҳаҳои гуногун якҷоя кор мебарем. Бештар инҳо духтурони узвҳои даруна, гинекологҳо ва



анестезиологу эҳёгарон мебошанд. Донишчӯён шуруъ аз лаҳзаи қабули беморон ва ташхисгузории беморӣ дар раванд фаъолона иштирок менамоянд, ки ин барои таҷрибаомӯзии онҳо ва баланд бардоштани савияи донишашон омили муҳим арзёбӣ мегардад. Онҳо дар раванди омӯзиши дарсҳо ба нигоҳубини беморон машғул мегарданд, ки дар ин асно ба чамъ намудани собиқаи беморӣ, баҳодихӣ ба аломатҳои сарирӣ ва ҳолати умумии бемор, натиҷагирӣ аз ҳулосаи таҳлилҳои озмоишӣ ва ташхисҳои дастгоҳӣ машғул мешаванд.

Натиҷаҳо. Мураккабии чараёнҳои патологияҳои ҷарроҳии узвҳои ковокии батн ба он асос мегардад, ки зимни ташхисгузорӣ ва табобати беморон аз дастгоҳҳои муосирӣ ташхисию табобатӣ – видеолапароскопия васеъ истифода намоянд. Бе шубҳа истифоданамоии чунин дастгоҳи боэътимоди тиббӣ, ки дар клиника ба таври васеъ мавриди истифода қарор дорад, кормандони ин базаи клиникӣ дорои таҷрибаи лозимаи истифодабарии он мебошад, барои саривақт гузоштани ташхиси беморӣ ва иҷро намудани амалиёти ҷарроҳии лозима ба таври мининвазивӣ кӯмак мерасонад. Яке аз бартариятҳои муҳими ин усул дар он аст, ки зимни ташхисгузории беморӣ дар ҳолатҳои лозима метавон дарҳол амалиётро ба усули табобатӣ-ҷарроҳӣ табдил намуд. Чунин таҷрибаи фардигардида имконият медиҳад, ки ҳаҷми харочотҳои бемори кам гардида вак-

ти бистарикунии онҳо низ кутох шуда қобилияти барқароркунии тезтарак гардаду нишондоди сифати ҳаётии беморон беҳтар шавад. Гардиши ҳаррӯзаи мудирӣ кафедра ва шахсони масъули клиника оид ба корҳои табобатӣ, мувофиқатнамоии ҳулосаи табоботи беморхона ва кормандони кафедраю мутахассисони лозимаи таклифшуда оиди табобати беморон боис гардид, ки миқдори аворизи баъдиҷарроҳӣ ва фавти беморон ба таври назаррас кам карда шавад. Яқоя бо духтурони таҷрибадор (ассистентон, дотсентон ва профессорон) донишчӯён, интернҳо, ординаторони клиникӣ, аспирантон ва докторантони Phd низ дар чараёни ташхисгузорию табобати беморон фаъолона иштирок менамоянд. Ин ҳолат бе шубҳа барои беҳтар намудани чараёни такмилдиҳии зехнияти клиникӣ ин табақаи омӯзандагон дар чараёни омӯзиши бефосилавӣ заминаи мусоидро фароҳам овард.

Ҳулоса. Натиҷаи ба дастовардаи ташхисгузорию табобати беморон дар кафедра, ки пайваста дар якҷоягӣ бо гурӯҳҳои дарсгиранда (донишчӯён, интернҳо, ординаторони клиникӣ, аспирантон ва докторантони Phd) ба роҳ монда шудааст, қобили қабул буда, барои баланд бардоштани сифати дарсасхуднамоии шогирдон ва беҳтарнамоии сатҳи касбияти онҳо мусоидат менамояд. Истифодаи васеи чунин намуди дарсгузаронӣ дар тамоми кафедраҳои клиникӣ дар замони муосир мувофиқи мақсад мебошад.

Адабиёт

1. Дмитриев Н. А. Непрерывное образование как основа формирования региональной системы непрерывного профессионального образования // Известия Тульского гос. ун-та. Гуманитарные науки. 2010. № 2. С. 467-473.
2. Жилина А. И. Модель управления непрерывным педагогическим образованием в современных условиях развития образования в России // Специфика педагогического образования в регионах России. 2012. № 1. С. 74-78.
3. Куценко И. И., Семенов Ф. В. Проблемы формирования у студентов медицинских вузов практических умений и навыков и некоторые пути их решения // Современ. проблемы науки и образования. 2009. № 4, Прил. № 1. С. 12-14.
4. Кенежбеков Б. Т. Методологические подходы к исследованию развития профессиональной компетентности специалиста // Профессиональное образование. 2004. № 5. С. 177-182.
5. Нагузе С. К., Гайворонская Т. В. Современные технологии для формирования базисных профессиональных компетенций у студентов Кубанского государственного медицинского университета // Медицинское образование и вузовская наука. 2012. № 2.



СИСТЕМА СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ НЕДИСТАНЦИОННОГО ОБУЧЕНИЯ СТУДЕНТОВ НА КАФЕДРЕ ХИРУРГИИ

Сайдалиев Ш.Ш., Назаров Ш.К., Назаров Ҳ.Ш., Халимов Ҷ.С., Аюбов Дж.К.

Результаты диагностики и лечения больных в отделении, которое проводится непрерывно совместно с группами обучающихся (студенты, интерны, клинические ординаторы, аспиранты и докторанты), являются приемлемыми и способствуют

улучшению качества самоподготовки студентов и повышению их профессионального уровня. Широкое использование этого типа обучения на всех клинических кафедрах в наше время является целесообразным.

THE SYSTEM OF IMPROVING NON-DISTANCE LEARNING OF STUDENTS AT THE DEPARTMENT OF SURGERY

SAIDALIEV S. SH., Nazarov Sh. K., Nazarov Kh.Sh., Khalimov Dz. S., Ayubov J. K.

The results of the diagnosis and treatment of patients in the department, which is carried out continuously together with groups of students (students, interns, clinical residents, graduate students and Ph.D. students), are acceptable and

contribute to the improvement of the quality of self-study of students and improvement of their professional level. it seems The widespread use of this type of teaching in all clinical departments in modern times is appropriate.

Сайдалиев Ширинҷон Шарифович- н.и.т., дотсенти кафедраи бемориҳои ҷарроҳии №1 ба номи академик Қурбонов К.М., МДТ «ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино». Тел.+992 918673601. E-mail: Aka.74@mail.ru

Назаров Шоҳин Қувватович- д.и.т., профессор, мудири кафедраи бемориҳои ҷарроҳии №1 ба номи академик Қурбонов К.М., МДТ «ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино». Тел.+992 935882636.

Назаров Ҳилолиддин Шарофович- н.и.т., дотсенти кафедраи бемориҳои ҷарроҳии №1 ба номи академик Қурбонов К.М., МДО «ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино». Тел.+992 900 500 303.

Ҳалимов Ҷумахон Саидович- н.и.т., ассистенти кафедраи бемориҳои ҷарроҳии №1 ба номи академик Қурбонов К.М., МДО «ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино». Тел.+992 935407517.

Аюбов Ҷамшед Қосимович- докторант Phd кафедраи бемориҳои ҷарроҳии №1 ба номи академик Қурбонов К.М., МДО «ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино». Тел.+992 505003194.

Сайдалиев Ширинҷон Шарифович, к.м.н., доцент кафедры хирургических болезней №1 имени академика К.Курбанова, ГОУ «ТГМУ имени Абу Али Ибн Сино». Тел.: +992 918673601. E-mail: Aka.74@mail.ru

Назаров Шоҳин Қувватович – д.м. н., профессор кафедры хирургических болезней №1 имени академика К.Курбанова, ГОУ «ТГМУ имени Абу Али Ибн Сино». Тел.+992 935882636.

Назаров Ҳилолиддин Шарофович - к.м.н., доцент кафедры хирургических болезней №1 имени академика К.Курбанова, ГОУ «ТГМУ имени Абу Али Ибн Сино». Тел.+992 900 500 303.

Ҳалимов Джумахон Саидович – к.м.н., ассистент кафедры хирургических болезней №1 имени академика К.Курбанова, ГОУ «ТГМУ имени Абу Али Ибн Сино». Тел.+992 935407517.

Аюбов Ҷамшед Қосимович - докторант Phd кафедры хирургических болезней №1 имени академика К.Курбанова, ГОУ «ТГМУ имени Абу Али Ибн Сино». Тел.+992 505003194.

Saidaliev Shirinjon Sharifovich - Candidate of Medical Sciences, Associate Professor of the Department of Surgical Diseases No. 1 named after Academician K. Kurbanov, State Educational Institution "TSMU named after Abu Ali Ibn Sino". Phone: +992 918673601. E-mail: Aka.74@mail.ru



Nazarov Shokhin Kuvvatovich - d.m. n., Professor of the Department of Surgical Diseases No. 1 named after Academician K. Kurbanov, State Educational Institution "TSMU named after Abu Ali Ibn Sino". Tel. +992 935882636

Nazarov Hiloliddin Sharofovich - Candidate of Medical Sciences, Associate Professor of the Department of Surgical Diseases No. 1 named after academician K. Kurbanov, State Educational Institution "TSMU named after Abu Ali Ibn Sino". Tel. +992 900 500 303.

Khalimov Dzhumakhon Saidovich - Candidate of Medical Sciences, Assistant of the Department of Surgical Diseases No. 1 named after Academician K. Kurbanov, State Educational Institution "TSMU named after Abu Ali Ibn Sino". Phone +992 935407517.

Ayubov Jamshed Kosimovich - PhD student of the Department of Surgical Diseases No. 1 named after academician K. Kurbanov, State Educational Institution "TSMU named after Abu Ali Ibn Sino". Phone +992 505003194.

ХИМОЯИ ФАРҲАНГИ МИЛЛӢ ДАР РАВАНДИ ЧАҲОНИШАВӢ

Салимов А., Шарипов А.

Донишгоҳи аграрии Тоҷикистон ба номи Ш. Шохтемур

Муҳиммият. Дар замони муосир бо пешрафти воситаҳои иттилоотӣ таъсиррасониҳои фарҳангӣ ба назар мерасанд, ки онро экспансияи фарҳангӣ унвон менамоянд, басуръат дар ҳоли афзоиш қарор дорад. Дар шароити глобаликунонӣ тасхири хоку марзҳои дигар тавассути фарҳанг сураат мегирад, ки ин шакли ғасбнамоии ҷадид мебошад. Давлатҳои алоҳида дар сиёсати хориҷии худ ҳамеша ба бахши экспансияи фарҳангӣ бисёр таъна намуда, тавассути воситаҳои мухталиф, аз ҷумла илм, системаи таълим, санъати кино онро дар амал татбиқ менамоянд. Тавассути ин амал дар гузариши забон ва фарҳанги миллӣ мусоидат менамоянд. Фарҳанги миллӣ маҳсули кории доимии андешаи чандин насли мардум аст, ки дар тӯли асрҳо фароҳам омадааст. Фикру ҳисси равшанфикрони ҳақиқӣ чавҳари фарҳанги миллиро дар худ дорад.

Равандҳои ҷаҳонишавӣ ва рушди технологияҳои иттилоотӣ коммуникатсионӣ сарҳади фарҳангии давлатҳои миллиро аз байн бурда истодааст. Дар ин раванд аксари фарҳангҳои миллӣ зери таъсири фарҳанги бегона қарор гирифтаанд, аз лиҳози сиёсӣ иҷтимоӣ барои таҳкими суботи сиёсӣ ва пояҳои давлатдорӣ миллӣ мушкилиҳои нав ба нав эҷод намуда истодаанд. Дар чунин шароит ҷиҳати ҳифзи симои фарҳангии ҷомеа коркарди механизмҳои

сиёсати фарҳангӣ ва ба таври самаранок дар амал татбиқ намудани он хеле муҳим мебошад.

Дар шароити ҷаҳонишавӣ аз таҳҷумҳои фарҳангӣ танҳо фарҳангҳои ҳастии худашонро ҳифз менамоянд, ки сиёсати фарҳангии ғайбӣ дар дохил ва хориҷи кишвар дошта бошанд. Агар воқеан, фарҳанг хориҷ аз кишвар рушд дода нашавад, барои он маҳдудҳои ҳудудӣ қоиладаро шавем, умри он кӯтоҳ мегардад. Ба ҳамин мазмун андешае роиҷ аст, ки агар давлат васеъ нашавад, он маҳв мешавад. Баъдан дар шароити муосир тасхири хокҳо нисбат ба тасхири мағзҳо қамаҳамият гардидааст. Сиёсати фарҳангӣ ва экспансияи фарҳангӣ маҳз баҳри тасхири марзҳо дар сиёсати хориҷӣ равона шудааст.

Бояд зикр кард, ки сиёсати фарҳангӣ ҳамчун воситаи ҳимояи фарҳанги миллӣ аз замонҳои қадим вучуд дошт. Аммо, ташаккули меъёрҳои асосии идоракунии равандҳои фарҳангии ҷомеа танҳо дар нимаи дууми асри XX ва ибтидои асри XXI дар аксари кишварҳои Аврупо ба вучуд омад. Инчунин, дар тӯли даҳсолаи охир, тавре ки мо дар таҷрибаи Иттиҳоди Аврупо мушоҳида мекунем, тамоюли тақвияти нақши фарҳанг дар муносибатҳои хориҷии давлатҳо, инчунин созмонҳои байналмилалӣ ва минтақавӣ ташаккул ёфтааст. Минбаъд дар кишварҳои мазкур сиёсати фарҳангӣ як навъ таконди-



ҳандаи рушд ва таҳкими фарҳанг бо кишварҳои дигар истифода бурда мешавад. Ҳатто дар шароити муосир фарҳанг ва сиёсати фарҳангиро яке аз воситаҳои асосии ташаккулдиҳии неруи нарм ва беҳтару хубтар намудани имичи давлат муаррифӣ месозанд.

Дар натиҷа муайян намудани истилоҳи “фарҳанг” ва баррасии ҳимояи фарҳанги миллӣ дар раванди ҷаҳонишавӣ ҳамчун зарур мебошад. Бояд қайд кард, ки дар байни муҳаққиқон то ҳол дар мавриди он ки мафҳуми “фарҳанг” ва дар натиҷа ҳосилаи он “сиёсати фарҳангӣ” чист андеша ва таърифи ягона вучуд надорад [10. С. 381]. Истилоҳи “фарҳанг” ҳатто дар заминаи фаҳмиши худ маъноҳои гуногун дорад. Чунин мафҳумҳо аз қабилӣ “муҳити фарҳангӣ”, “фазои фарҳангӣ” ва ғайра пайдо мешаванд, ки маънои як қатор шароити хоси мавҷудият, ташаккул ва фаъолияти шахсиятҳо ва гурӯҳҳои иҷтимоиро доранд [4. С.10]. Ҳамзамон қайд карда мешавад, ки муҳити фарҳангӣ торафт мағозаҳои китобфурӯшӣ, клубҳои шабона, марказҳои савдо ва боғҳои фарҳангӣ-фароғатӣ, технологияҳои иттилоотӣ ва дастгоҳҳои мобилиро иваз мекунад.

Агар дар бораи таҷрибаи муосири илмӣ пеш аз ҳама аврупоӣ ва амрикоӣ сухан ронем, пас илова бар маъноҳои асосии қаблан номбаршудаи истилоҳи «фарҳанг» боз чанд андешаи дигарро илова кардан лозим аст:

1) фарҳанг дар заминаи татбиқи сиёсати корпоративӣ ва нақши он дар баланд бардоштани арзиши дороиҳои ширкат;

2) фарҳанг дар заминаи фаъолияти ҷамъият, ки истеъмоли неъматҳои моддӣ ҳамчун арзиши асосии бартаридошта амал мекунад;

3) фарҳанг дар заминаи амният, ки хеле васеъ дарк мешавад ба монанди ҷамъиятӣ, шахсӣ, гигиенӣ, экологӣ, саноатӣ, молиявӣ ва ғ;

4) фарҳанг дар заминаи масъалаҳои муҳоҷират [3. С.184].

Ҷомеа, фарҳанг ва шахсият минбаъд рушд мекунад ва ин роҳ ҳамон қадар мушкилтар мешуд ва доираи фарқиятҳои гурӯҳӣ ва инфиродии он васеътар мешавад. Аз ин рӯ нуқтаи назар андешаи М.С. Каган чунин

аст, ки “таърихи фарҳанги ҷаҳонӣ бояд на ба тариқи диалектикӣ-материалистӣ, на аз ҷиҳати механикӣ-материалистӣ, на аз синергетикӣ-материалистӣ ва на аз ҷиҳати вулгарӣ-материалистӣ баррасӣ карда шавад [5. С. 93].

Фарҳанг таъсири омилҳои иҷтимоӣ-сиёсӣ ва дигарҳоро таҷриба карда, тибқи қонунҳои худ рушд карда, дар навбати худ ба вазъи ҷомеа ва фаъолияти зерсистемаи он таъсири назаррас мерасонад. Бидуни донишҳои ин қонунҳо, мушкilotи устуворӣ ва динамикаи муносибатҳои иҷтимоӣ иқтисодӣ дар ҷомеаро ҳал кардан мумкин нест. Маҳз фарҳанг метавонад, ки заминаи гуманистӣ ва баландшавии маънавии шахсро таҳким бахшад.

Нақши фарҳанг ҳанӯз дар сиёсати фарҳангии давлат ва эътирофи фарҳанг ҳамчун яке аз соҳаҳои муҳимтарин ва афзалиятнокӣ ҳаёти ҷомеа инъикос нашудааст. Ба андешаи А.И. Арнолдов, ҷомеаи муосир дарк намекунад, ки ба роҳи хатарноки сарфи назар кардани қонуни умумиҷаҳонии афзалияти фарҳанг дар рушди иҷтимоӣ гузаштааст. Муаллиф мавқеи илмиро оид ба ин қонуни иҷтимоӣ-фарҳангӣ ба миён гузоштааст. Ин маънои онро дорад, ки фарҳанг суботкорона ва устуворона ба маркази ҳаёти ҷамъиятӣ ҳаракат мекунад, ки дар фаъолият ва системаи хусусиятҳои инсонӣ аввалиндараҷа ба ҳисоб меравад [1. С.18-19].

Бояд қайд кард, ки раванди ҷаҳонишавӣ дар шароити муосир ба фарҳангҳои миллӣ таъсири худро мерасонад. Аз ин рӯ, зарурияти баланд бардоштани сатҳи рушди фарҳангии одамонро ба таври объективӣ тақозо мекунад. Сиёсати фарҳангии бошуурона, мақсаднок ва аз ҷиҳати иқтисодӣ асоснок бояд яке аз равандҳои ҳалқунанда дар шароити Тоҷикистон бошад. Ғайр аз ин, бояд барои раванди танзимкунандаи рушди фарҳанг ва қобилиятҳои инсон асоснок-намоии оқилона дошта бошад, зеро он бояд маҳз ба манфиати шахс ва тамоми ҷомеа амалӣ карда шавад.

Дар даҳсолаи охири асри XX мамлақати мо ба давраи тағироти кулӣ ҳамроҳ шуд, ки бо бӯҳрони амиқи фарҳанг ҳамроҳӣ ме-



кард. Роҳнамои ҷаҳонбинии идеологие, ки ҷомеаи Шӯравӣ аз он фахр мекард, норавшан гашт. Механизмҳои маъмулии иҷтимоӣ хангоми барҳам додани институтҳои кӯҳна, ки ба талаботи иқтисоди бозорӣ ҷавобгӯ нестанд, хароб карда шуданд. Дар зер таъсири ғояҳои демократӣ дар шуури ҷамъиятӣ, дарки зарурати гуногунии фарҳангҳо ва ҳамбастагии фарҳангӣ, имконияти алтернативии равандҳои баробари фарҳангӣ мустаҳкам карда шуд.

Барои ҷомеа аён мегардад, ки фарҳанг ба тариқи муайян самти равандҳои иҷтимоиро танзим мекунад. Раванди тағиротҳои иҷтимоӣ ва иқтисодии Тоҷикистонро мушоҳида карда, аз соҳаи иқтисод ба соҳаи фарҳанг гузаштани тамоюли муноқишаҳои иҷтимоӣ ба назар мерасад. Татбиқи ислоҳоти иҷтимоӣ ҳамеша талошҳои ҷиддии ташкилиро пешбинӣ мекунад. Пас барои фарҳанг тағироти иҷтимоӣ ҳамчун замина ба ҳисоб мераванд, ки рушди онро ҳавасманд менамояд. Аз ин рӯ, тағйири манфиатҳои ҷомеа дар давраи ноустуворӣ ба фарҳанг комилан табиӣ аст.

Раванди ҷаҳонишавӣ тарзи сифати зиндагӣ, дурнамои мавҷудият дар оянда, имкони гирифтани маълумот, омӯختани забон ва фарҳанг, дар ниҳоят худшиносӣ, ҳудогоҳӣ ва ҳатто хуввияти миллиро аз байн мебарад, ки ин ба таҷдиди ҷомеа таъсири амиқ расонда, ихтилофи ҷиддии фарҳангӣ ва иҷтимоиро ба вучуд меоварад. Он маҳсусан дар муносибатҳои байни одамон ва байни онҳое, ки реша дар фарҳанги кӯҳна доранд ва онҳое, ки муносибати навро ба тағиротҳои дар ҷомеа баамаломата ташаккул додаанд, равшан зоҳир менамояд. Худи фарҳанг қудрати рӯҳониест, ки ба баланд бардоштани шаъну шарафи зиндагӣ нигаронида шудааст. Зеро он барои баланд бардоштани сатҳи маънавӣ барои шахс замина фароҳам меорад ва бо кӯмаки дониш, анъана, идеал, арзишҳо рамзи амалҳоро ба вучуд меорад, муносибатҳои байни одамонро намуна месозад, муносибатҳои иҷтимоӣ ва фалсафӣ, самтҳои арзиш ва услуби тафаккурро муайян мекунад.

Вазифаҳои ҳокимияти давлатӣ муҳофи-

зати фарҳанги милли ва эҳёи он дар давлати милли мебошад. Аз ин рӯ фарҳанг бидуни қудрат наметавонад амал кунад. Ҳокимияти давлатӣ, ки суботро таъмин мекунад, хурӯчи инқилобро пешгирӣ мекунад ва бо ин амал барои рушди фарҳанг шароит фароҳам меорад. Дар асл, зиндагӣ ҳеч гоҳ ба ягон ҷаҳорҷӯба намерасид ва наметавонад расад. Ба андешаи Ю.М. Лотман “Манзараи воқеӣ хеле мураккабтар аст, тасодуфии тақдирҳои фардии инсон, гирдоби рӯйдодҳои таърихии сатҳи гуногун олами фарҳангро бо бархӯрдҳои ғайри қобили пешбинӣ пур мекунад” [6. С. 73].

Дар тӯли даҳсолаҳо, моделҳои сатҳи гуногуни ташаккули фарҳанг таҳия карда шуданд, ки гум шудани анъанаҳои аслии фарҳангро пешаки муайян кардааст. Дар ташаккули сиёсати давлатӣ дар соҳаи фарҳанг маҳз принципҳои ахлоқӣ аз қадимулайём дар заминаи фаъолияти эҷодӣ ва гуманистӣ ба роҳ монда шудаанд. Аз гуфтаҳои боло бармеояд, ки сиёсати фарҳангӣ дар ҷомеаҳои пасошӯравӣ ба тафсирҳои утилитарии фарҳанг асос ёфтааст, ки аз фаҳмиши фарҳангии ин падида ба кулӣ фарқ мекунад. Яқум, тафсирҳои утилитарии фарҳанг, дар муқоиса бо тафсирҳои илмӣ, ба ҳалли масъалаҳои амалӣ нигаронида шудаанд. Дуввум, онҳо ба истилоҳ, барномаҳои меъёрие мебошанд, ки фаъолияти амалиро ба арзишҳои идеологӣ ва ғайра равона мекунад. Сеюм, чунин нақшаҳои меъерӣ то ҳол амалан бо назарияи илмии фарҳанг алоқаманд нестанд ва ба ғояҳои оддӣ ва таҷрибаи эмпирикӣ ва бесамараи идорақунӣ дар соҳаи фарҳанг асос ёфтаанд [11. С. 40-41].

Дар ҳаракати фарҳангӣ ҳамеша пастиву баландиҳои имконпазир, бархӯрдҳо аксар вақт хеле ҷиддӣ ҳастанд. Бисёр сабабҳо ва решаҳои ноустуворӣ, бесарусомонӣ, номуташаккилӣ дар муносибатҳои иҷтимоӣ дар номуайянии вазъи фарҳангии муосир пинҳон карда шудаанд ва оқибатҳои фоҷиабори рушди яктарафаи соҳаҳои муайяни маънавӣ ва тамоми ҷомеа мебошанд. Равандҳои фарҳангӣ, на камтар аз равандҳои илмӣ, арзишҳои нав ба вучуд меоранд ва он чизҳоеро, ки қаблан ба онҳо талабот надоштанд, ба

амал меоранд. Воқеиятҳои иҷтимоӣ тағир меёбанд, тафсирҳои нави фарҳангӣ, парокандагии шаклҳои кӯхнаи зиндагӣ ва пайдоиши ангезаҳои навин ва ғайра.

Ташаккули арзишҳои маънавии инсон дар марҳилаҳои гуногун, дар соҳаҳои гуногуни ҳаёти онҳо сурат мегирад. Аз ин рӯ, сиёсати фарҳангиро бо риояи муттасилӣ, бо дарназардошти он мусбатҳое, ки дар рушди маънавии инсон ба даст омадаанд, муҳим аст. Инчунин доништан лозим аст, ки кадом арзишҳои фарҳангӣ рушд ё зуҳури онҳоро нагирифтаанд ва аз ин рӯ, чӣ бояд дар асоси манфиатҳои ҷомеа ташаккул ёбад. Азхудкунии арзишҳои фарҳангӣ дорои хусусияти гуногунҷабҳа, номуайян ва бисёрсатҳӣ мебошад. Аз ин рӯ, ташаккули онҳо дар ҷараёни сиёсати фарҳангӣ бояд интиҳобан ва ҳамзамон ҳамаҷониба, бо назардошти хусусиятҳои дарки шахс дар бораи арзишҳои маънавий, муносибат карда шавад.

Бояд қайд кард, ки консепсияи сиёсати фарҳангӣ бояд ба қонунҳои объективии рушди фарҳанг асос ёбад. Рафъи ин бӯҳрон бидуни таҳияи пояҳои муттаҳид ва муттасили консептуалии сиёсати муосири фарҳангӣ ва фаъолияти муассисаҳои фарҳангӣ ғайриимкон менамояд. Агар дар бораи тамоюлҳои манфӣ сухан ронем, пас инҳо бояд нишон дода шаванд:

- паҳншавии фарҳанги бегона;
- пайдоиши эҳтимолияти бархӯрди арзишҳо байни фарҳанг;
- гум кардани ғояи ягонаи миллӣ ва арзишҳои анъанавӣ;
- набудани ҳамкориҳои байниидоравӣ байни субъектҳои асосии татбиқи сиёсати фарҳангӣ;
- мураккабии ташкили сиёсати фарҳангии минтақавӣ ва ғ[8. С. 84].

Аз ин лиҳоз моро зарур аст, ки ҳадафҳои сиёсати фарҳангиро дар заминаи васеътари иҷтимоӣ фарҳангӣ муайян карда ва диққати аввалиндарачаро ба ин ҳолатҳо диҳем:

Якум, дар бораи робитаи фарҳанг бо рушди ҷаҳонӣ. Фарҳанг на танҳо соҳа, балки ҷанбаи муҳим ва ченаки равандҳои рушд мебошад.

Дуюм, ҷустуҷӯи арзишҳо ва дар давраи тақонҳои амиқ, ки ба ҳаёти иқтисодӣ ва ҳуди ҷомеа таъсири дарозмуддат доранд. Вазифаи сиёсати фарҳангӣ ташкили муҳоҷиса ва мусоидат ба ҳамҷоякунии ғайримусаллаҳи ғояҳо мебошад.

Сеюм, ташаккули ҷомеаи шахрвандӣ, ки дар он ҳуқуқҳои фардӣ ва ташаббусҳои гуногун рушд мекунанд.

Дарки муосири вазъи фарҳанг бо гуногунрангӣ ва рақобати ошкорои самтҳои гуногуни рушди он тавсиф карда мешавад. Дар ин вазъ амалҳои бисёр системаҳои идоравии фарҳанг маънои комилан дигар пайдо мекунанд. Онҳо субъектҳои мустақили сиёсати фарҳангӣ мешаванд. Аз ин рӯ, яке аз монеаҳои асосии роҳандозии сиёсати муассири фарҳангӣ огоҳии нокифояи аксарияти намояндагони созмонҳои эҷодӣ, ҷамъиятӣ ва идоравӣ дар соҳаи фарҳанг аз вазифаҳо ва имкониятҳои худ дар шароити муосир ва надоштани иттилооти илмӣ онҳо дар ин соҳа мебошад.

Яке аз ҳадафҳои асосии “сиёсати фарҳангӣ” -и марҳилаи муосир, ба андешаи мо, ин тағир додани ғояҳо дар бораи ҳадафҳо ва вазифаҳои он, ки дар ҷомеаи мо муқаррар карда шуда, ба мундариҷаи нав мутобиқ кардани он мебошад. Хусусияти гузариш дар он аст, ки барои фаъолияти модели кӯхнаи “сиёсати фарҳангӣ” шароит вучуд надорад ва барои “сиёсати фарҳангӣ” -и нав чунин шароит ҳанӯз пухта нашудааст ва танҳо модели нав ташаккул меёбад. Гузашта аз ин, тағиротҳо дар ҳудуди як намуди фарҳанг ба равандҳои шабеҳи тамоми дигар намудҳои фарҳанг таъсири объективӣ мерасонанд. Масалан, дар таҳияи консепсияи модернизм дар охири ибтидои асри XX ва таъсиси постмодернизм дар асри XX нишондиҳанда аст. Имрӯз, тавре ки маълум аст, постмодернизм бо самти плюралистӣ худ ба тамоми соҳаҳои фарҳанг: иқтисодӣ, сиёсӣ, бадеӣ, илмӣ, фалсафӣ, динӣ ва ғайра ворид шудааст.

Дар мавриди ҷаҳонишавӣ бошад, дар ин ҷо, пеш аз ҳама, ҷанбаи фазоии фарҳанг пешниҳод карда мешавад. Ягона савол ин аст, ки ин муттаҳидшавӣ дар асоси кадом фарҳанг сурат мегирад: ғарбӣ, шарқӣ, ам-



рикой, славянӣ ва ғайра. Ин мафҳумҳои ҷаҳонишавӣ дар адабиёти илмӣ ҷой гирифтаанд. Он дар ибтидо бо номи “ғарбсозӣ” ишора шуда буд, яъне ҷорӣ ва паҳн кардани фарҳанги Ғарб дар тамоми кишварҳои ҷаҳон. Эҷоди Иттиҳоди Аврупо ин равандро печидатар кард, зеро фарҳанги Амрико даъвоҳои худро дар бораи бунёди на танҳо Ғарб, балки тамоми ҷаҳон эълон дошт. Ҷаҳонишавӣ имрӯз ҳамчун амрикой шудан, ҳамчун ҷорӣ намудани арзишҳо, идеалҳо ва тарзи ҳаёти амрикой дар ҳама кишварҳо ба назар мерасад [7. С.37].

Бояд зикр кард, ки мавҷи зидди ҷаҳонишавӣ пеш аз ҳама дар кишварҳои Аврупои Ғарбӣ ба вучуд омадааст. Маҳз ин кишварҳо пеш аз ҳама таъсири тарзи ҳаёти амрикойро эҳсос карданд. Эътирозҳо алайҳи амрикойсозӣ дар амал ва зидди ҷаҳонишавӣ дар назария кишварҳои Ғарбро фаро гирифтаанд. Ҷаҳонишавӣ ҳамчун раванд маъноӣ беътиноӣ кардани хусусиятҳои фарҳангҳои миллӣ, вижагиҳои ташаккул ва рушди таърихии онҳоро дорад.

Дар чунин шароити зикршуда, тамоюлҳо ва равандҳои мухталифи ҷаҳонишавӣ ба ҷомеаи ватанӣ таъсири чидди мерасонад. Дар заминаи он манзараи нав ва ҳолати сифатан нав шакл гирифтааст, зухуроти ҷадид бо унвони нигилизми (ҳечгароии) миллӣ ба вучуд омадааст, ки он шаҳодати нобудшавии арзишҳои фарҳангиро дорад. Аз ин хотир, рӯ овардан ба иқдоми миллӣ баҳри ҳифзи фарҳанги миллӣ зарур мебошад. Фарҳанги миллӣ дарбаргирандаи тамоми арзишҳои миллат аст [9. С. 137].

Дар сиёсати хориҷӣ тоҷикикунонӣ алтернативаи чиникунонӣ (китайизатсия), русикунонӣ, англисизм бояд бошад. Дар кишварҳои дигар зарур аст марказҳои фарҳангӣ-забонӣ, ки дар густириши фарҳанги миллӣ мусоидат менамоянд, таъсис дода шаванд, то умри давлати миллиро дароз намоем. Ҳамчунин, имичи забони давлатиро тавассути усулҳои нав баланд бардошта, роҳҳои ҷалби забонумузонро эҷод намоем.

Шароити мавҷудаи ҳукмрони муосир, ки дар он тамоюлҳо ва падидаҳои мисли экспансияи фарҳангӣ, империализми фарҳангӣ

арзи вучуд менамоянд, бо дарназардошти шароити мусоиди тарғиботӣ, фарҳангҳои локалиро (маҳаллиро) дар худ фуру бурдаанд. Ҳолати мазкур низ ба ҷомеаи ватанӣ дахл дорад. Экспансияи фарҳангӣ ба фарҳанги миллӣ-тоҷикӣ таъсир расонидааст ва минбаъд таъсир мерасонад. Аз ин хотир, ҳифзи арзишҳои миллӣ дар шароити ҳукмронии экспансияи фарҳангӣ зарур аст. Аммо масъалаи асосӣ ва меҳварие, ки бисёриҳо дар муқобили он очизӣ ва нотавонӣ зоҳир менамоянд, ин бархӯрд бо равандҳо ва падидаҳои бегона дар зимни таъҷиб арзишҳои миллӣ мебошад. Аз ин нуқтаи назар, масъалаи хеле муҳим ва мушкил - ин роҳҳои мубориза бо ин гуна равандҳо ва падидаҳо дар зимни ҳифзи арзишҳои миллӣ маҳсуб мешавад. Очизӣ ва нотавонии фарҳанги миллӣ дар муносибат бо фарҳанг ва арзишҳои берунӣ, ки дар ҷомеаи ҷаҳонӣ ҳукмронӣ менамоянд, бараъло эҳсос мешавад. Роҳҳои ҳалли қазияи мазкур чиддӣ ба назар гирифта намешавад, чунки консерватор будан бо ҳифзи арзишҳои миллӣ далел аз қафомондагӣ буда, расидан ба сатҳи инкишофи баландро ба қавле қафолат намедихад. Ба ин хотир, пайвастан ба арзишҳои тамаддунҳои бегона далел аз муосир (модерн) буданро дошта, сабаби рушд эътироф мешавад.

Қайд намудан зарур аст, ки глобалистҳо пешниҳод менамоянд, ки агар фарҳангӣ ғарбиро қабул намоем, давлатҳои миллӣ рушд мекунанд. Аммо фарҳангери, ки дар раванди таърих миллатро ҳамроҳи намудааст, онро эҳё намоянд, рушд намекунанд. Ин андеша ба ҳама давлатҳои миллӣ таъсир расонидааст. Чунин сатҳи муносибат дар раванди ҷаҳонишавӣ нодуруст мебошад. Аммо чунин сатҳи муносибат дар ҷомеаи ватанӣ ҳукмронӣ менамояд, яъне ҳечгароии миллӣ мушоҳида мешавад. Бо дарки хуввиёти миллӣ, хотираи таърихӣ, шинохти иқтидори миллӣ, арзишҳои фарҳангӣ ва тамоми арзишҳои моддӣ ва маънавии ҷомеа, баҳри нигоҳдорӣ ва бақои умумияти миллӣ ва фарҳанги миллии он, дар шароити экспансияи фарҳангӣ, сиёсӣ ва иқтисодӣ ва зарурати бақорбарии иқдоми миллӣ - тоҷикикунонӣ амри зарурӣ аст.



Тоҷикикунонӣ ин падидаи иқдоми миллӣ баҳри милликунонии фарҳанги миллӣ буда, як навъ муносибати «бозгашт ба асли худ» маҳсуб мешавад, ки дар радифи равандҳо ва падидаҳои бегона дар шакли глокализатсия (маҳалликунонӣ) бояд сурат гирад. Тоҷикикунонӣ иқдоми сиёсӣ, иқтисодӣ, фарҳангии миллӣ-тоҷикӣ дар шароити глобализатсияи муносибатҳо баҳри ҳифзи арзишҳои миллӣ, ҳамчун варианти алтернативӣ дар муносибат бо пайомадҳои глобализатсия мебошад. Тоҷикикунонӣ ин милликунонии муносибатҳо, падидаҳо ва фазои ватанӣ мебошад, ки тавассути арзишҳои миллӣ, ки дар иқтисодии миллӣ нухуфтааст, амалӣ мешавад. Ин равандест, ки алайҳи нигилизми миллӣ самт гирифтааст ва як навъ баргашт ба худ мебошад. Тариқи амалишаваии иқдоми миллӣ - «тоҷикикунонӣ» ин «тарҳи миллӣ» ба шумор меравад. Тарҳи миллӣ - ин амсилаи фарогирандаи арзишҳои миллӣ, аз қабилӣ арзишҳои моддӣ ва маънавии миллӣ-тоҷикӣ, ки дар он ҳар падида ва ҳодиса бо муқаддасот ва дидгоҳи миллӣ мувофиқа карда мешаванд.

Дар шароити ватанӣ дар сатҳҳои мухталиф нигилизми миллӣ ба чашм мерасад. Ин албатта аз таъсири омилҳои мухталифи экспансияи фарҳангӣ-забонӣ ба амал омадааст. Барои амали намудани ин ҳадаф зарур аст, то сиёсати давлатӣ дар баҳши забон бисёр муассир бошад ва ниҳодҳои марбут ба забон рисолати худро дар густариши забон хуб дарк намоянд. Нахуст забони тоҷикӣ ба сифати забони давлатӣ бояд забони илм ва таҳқиқоти илмӣ буда, талабот ба он ба стандарт табдил ёбад. Барои амалӣ намудани он ҳирфавиёнт содиқ ба арзишҳои миллӣ ҷалб карда шаванд. Дуюм, забони тамоми хизматрасониҳо, лавҳаҳо бояд ба забони миллӣ бошанд ва ё ҳадди ақал фигураи миллӣ бошанд. Ниҳодҳои марбут ба забон ва баргардону тарҷума намудани арзишҳои воридшуда, то филму китоб қафо намонда, дар тоҷикнамоӣ мусоидат намо-

янд. Албатта, сатҳи тарҷума ва баргардон бояд олий бошад, то дар забон нуқс ворид нанамоянд. Вақте ин амалкардҳо дар таҳти сиёсати забонӣ натиҷа медиҳад, забони давлатӣ умри тӯлонӣ касб мекунад.

Тоҷикикунонии бахш ва соҳаҳои дигари ҳаёти миллӣ бо амалинамоии зинаи аввали иқдоми мазкур сурат мегиранд. Иқдоми мазкур бояд зина ба зина, мунтазам ва марҳалавӣ ба амал бароварда шавад. Иқдоми мазкур набояд барои муддати муайяни замоне нақшагирӣ карда шавад, балки бояд иқдоми ҳамешагии ҳаётӣ бошад.

Ҳамин тавр, бо амалинамоии иқдоми миллии мазкур шароите фароҳам мешавад, ки он фазои миллии инкишоф мебошад ва он барои ҳифзи Тоҷикистон ҳамчун давлати миллӣ хизмат менамояд.

Аз ин рӯ, моро зарур аст, ки сиёсати фарҳангӣ ва махсусан густариши фарҳанги миллиро дар дохил ва хориҷ аз ҷумлаи муҳимтарин манфиатҳои ҳаётии Ҷумҳурии Тоҷикистон маҳсуб мешавад зарур аст, инро дарк намоем. Коҳиш ёфтани ва аз байн рафтани фарҳанги миллӣ дар дохил ва хориҷи кишвар ин таҳдид ба вучуди миллат маҳсуб мешавад. Ба ин хотир, бояд сиёсати фарҳангӣ дар дохил ва хориҷи кишвар дар густариши давлати миллӣ мусоидат намоянд.

Ҳамин тариқ, яке аз вазифаҳои асосии давлати миллӣ ҳифзи асолати фарҳанги миллат аст. Чунин шароите бояд ба вучуд овард, ки унсурҳои омадаи фарҳанги имрӯзаи миллат хилофи моҳияти аслии он набошад, ба он созгорӣ пайдо кунад, онро хароб насозад, балки такмил диҳад. Сиёсати фарҳангии давлат пешрафти маънавии миллатро бо роҳи муайян медароварад, меросбарии таърихӣ ва рушди табиӣ онро таъмин менамояд. Ҳифзи фарҳангу забони миллӣ аз таҳҷуми фарҳанги бегона дар раванди чаҳонишавӣ ба хотири ҳимояи манфиатҳои миллӣ ва эҳёи фарҳангӣ миллӣ зарур мебошад.

Адабиёт

1. Арнольд А.И. Статус культурологии. М., 1995;
2. Астафьева О.Н. Культурная политика: теоритическое понятие и управленческая деятельность. М., 2010;



3. Chui A.C., Kwok C.C., Stephen Zhou G. National culture and the cost of debt // Journal of Banking and Finance. 2016. № 69;
4. Коптсева N.P., Luzan V.S., Razumovskaya V.A., Kirko V.I. The Content Analysis of the Russian Federal and Regional Basic Legislation on the Cultural Policy; 2010;
5. Каган М.С. Введение в историю мировой культуры. М., «Петрополис», 2003;
6. Лотман Ю.М. Культура и взрыв. М., Наука, 1992;
7. М. Шакурӣ. Истиклол ва худшиносии иҷтимоию маъанавӣ. Душанбе, 1999;
8. М. Саидзода. Густариши ахлоқи миллӣ- посух ба пайомадҳои ҷаҳонишавӣ. Душанбе, 2014.
9. Назриев К. Глобаликунонӣ ва ренесанси миллӣ. Душанбе, 2019.
10. Рерих Н.К. Из. 9бранное. М., Советская Россия, 1979;
11. Розин В. Культура и культурная политика. М., 1993;

ЗАЩИТА НАЦИОНАЛЬНОЙ КУЛЬТУРЫ В ПРОЦЕССЕ ГЛОБАЛИЗАЦИИ

Салимов А., Шарипов А.

Кафедра философии и политологии Аграрного университета Таджикистана.

В данной статье анализируются и рассматриваются вопросы защиты национальной культуры в процессе глобализации. Следует отметить, что в процессе глобализации каждой стране необходимо проводить культурную политику. Потому что глобализация имеет и негативные последствия. Его влияние более заметно в культуре национального государства. В условиях глобализации защититься от культурной агрессии могут только культуры, проводящие активную культурную политику внутри страны и за рубежом. Авторы данной статьи изучили и проанализировали данный вопрос на основе научной литературы. По мнению авторов, процесс глобализации разру-

шает культуру, самопознание, самосознание и даже национальную идентичность, что оказывает глубокое влияние на трансформацию общества и создает серьезные культурные различия. С этой точки зрения возрождение национальной культуры и защита ее от натиска инокультурных культур в процессе глобализации является приоритетной задачей культурной политики национального государства.

Ключевые слова: национальная культура, глобализация, культурная экспансия, национальное государство, язык, национальная идентичность, самопознание, национальные ценности, таджикизация, информационное общество, культурная политика

PROTECTION OF THE NATIONAL CULTURE IN THE PROCESS OF GLOBALIZATION

Salimov A, Sharipov A.

Department of Philosophy and Political Science of the Agrarian University of Tajikistan

This article analyzes and discusses the issues of protecting national culture in the process of globalization. It should be noted that in the process of globalization, each country needs to pursue a cultural policy. Because globalization has negative consequences. Its influence is more visible in the culture of the nation-state. In the context of globalization, only cultures pursuing an active cultural policy at home and abroad can protect themselves from cultural aggression. The authors of this article studied and analyzed

this issue on the basis of scientific literature. According to the authors, the process of globalization destroys culture, self-knowledge, self-awareness and even national identity, which has a profound impact on the transformation of society and creates serious cultural differences. From this point of view, the revival of national culture and its protection from the onslaught of foreign cultures in the process of globalization is a priority task of the cultural policy of the nation state.



Key words: national culture, globalization, cultural expansion, national state, language, national identity, self-knowledge, national

values, Tajikization, information society, cultural policy.

Салимов А, Шарипов А – омӯзгорони кафедраи ҷасафа ва сиёсатишиносии Донишгоҳи аграрии Тоҷикистон. Телефон: 904-41-49-87

Салимов А., Шарипов А. - преподаватели кафедры философии и политологии Аграрного университета Таджикистана. Телефон: 904-41-49-87

Salimov A, Sharipov A - teachers of the Department of Philosophy and Political Science of the Agrarian University of Tajikistan. Phone: 904-41-49-87

САБАБҲОИ ПАЙДОИШИ ЭНСЕФАЛОПАТИЯИ БУНЁДАШ СӢХТАГӢ ДАР КӢДАКОН

Саломзода Н. Р., Зокиров Р. Х., Азизова Ш. К.

Кафедраи анатомияи одам ва истилоҳоти тиббӣ лотинӣ ба номи Я. А. Раҳимов

Мубраи. Мо аз соли 1999 то соли 2013 хангоми пешбурди фаъолияти хеш дар шуъбаи бемориҳои сӢхтагии №5, ки ба БКШ мансуб аст, 80 кӯдаки гирифторм ба осеби бархоста аз сӢхтагиро муоина намудем. Оризаҳои системаи асаби марказӣ дар робита бо кӯдаконзимни мавҷудияти навъҳои густардаи сӢхтагӣ боиси ихтилолоти устувори мансуб ба иллатнокшавии сироятии СМА (менингит, энсефалит) мегардад, ки он баъзан бо марг поён хоҳад ёфт.

Тибқи маълумотҳои мо, басомади пайдоиши энселопатия дар кӯдакони гирифторм ба сӢхтагӣ аз 5% то 20% дакка меҳӯрад. Варамии мағзи сар ва таъсири токсини хоси сӢхтагӣ дар аснои мавҷудияти осебҳои токсинбунёд зимни шабонарӯзи 2-юм то 3-юми пас аз воқеъ гаштани навъҳои сӢхтагии осеб сабаби ихтилолоти неврологӣ баҳисоб мераванд. Мо хангоми шабонарӯзи нахустин дар аснои ба статсионор ворид гаштани беморон як навъ беқарорӣ, озурдагӣ ва ҳаяҷоннокиро ба мушоҳида гирифторм. Зимни рӯзҳои пасин хоболудӣ, мавҷуд набудани тавҷех, ҳолати ҳазён, аз қабилӣ галлютсинатсия, қайкунӣ, рагқашии мушакӣ, ҳатто қатъ ёфтани нафасқашӣ ба назар расид.

Ба сабаби мавҷуд будани сабабҳои гуногуне, ки хоси ҳар кадоми онҳост, як навъ амалияи клиникаи дақиқан тасвирёфта дида намешавад.

Хангоми муоинаи кӯдакони дорои осебҳои густардаи сатҳи пӯст, ки беш аз 40%-

роташкил меод, дар 15% мавридҳо инҳирофи рафторм, дар 30% мавридҳо ихтилоли дарк ва дар 55% мавридҳо шакли таркибии ихтилолоти равонӣ мушоҳида гашт. Нуктаи мазкур, пеш аз ҳама, ба ноустувории СМА дар кӯдакони хурдсол бастагӣ дорад.

Мақсади таҳқиқ. Ҳадафи мо фарогири таҳлили сабаҳои бешумори энселопатия дар кӯдакони гирифторм ба шаклҳои густардаи сӢхтагӣ, ҳамчунин баррасии патофизиологияи системаи канорӣ асаб, бахусус омилҳои мебошад, ки бо эҳсоси дард зимни пешомадани сӢхтагӣ ва ҳалалёбии ҳассосият робита дорад. Инчунин морфологияи системаи асаби канорӣ ва роҳҳои ҳассосиятнокшудаи интиқол ба ин қатор мебароянд.

Мавод ва усулҳои таҳқиқ. Дар шуъбаи бемориҳои сӢхтагӣ 80 кӯдаки бемори синнашон аз 3 то 8-солаи гирифторм ба осебҳои густардаи сӢхтагӣ муоина шуданд, ки асосан хусусияташон термикӣ (ба воситаи оби чӯш ва оташ) буда, ҳудудан аз 20 то 50% сатҳи пӯстро дар бар гирифтааст. Асосан таҳқиқоти мо ба зухуроти клиникаи оризаҳои системаи марказии асаб зимни мавҷудияти сӢхтагии густарда дар кӯдакон дахл дорад. Бо мақсади ошкор сохтани энселопатия аз электроэнселография (ЭЭГ) ҳамчун усули клиникаи муоинаи беморони гирифторм ба сӢхтагӣ истифода бурдем. Аз миёни 80 бемори зери муоина дар мавриди 15-тояшон, ки синнашон аз як то се солро ташкил меод, мавҷҳои диффузии ҳаракаташон



оҳистаи ҳамроҳ бо қитъаҳои хоси қачхатае сабт ёфт, ки бо дараҷаи вазнинии сӯхтагӣ бахубӣ мутаносиб афтадаанд.

Тағйиротҳои мазкур ба муддати аз 3 то 10 рӯз дар кӯдакони гирифтори гидросефалия ба сабт расида, тибқи маълумотҳои клиникии мо, дар робита бо кӯдакони синнашон нисбатан калонтар (аз 5 то 8-сола) қафомонии аклонӣ дар қиёс бо ҳамсолонашон мушоҳида гашт. Сабабҳои энцефалопатияи бунёдаш сӯхтагӣ дар кӯдакон омилу ангеаҳои гуногун дошта метавонанд.

Натиҷа. Гипоксия, атсидоз, ҳолати шок-зимни марҳалаи ибтидоӣ нақши муҳим дошта метавонанд. Пасонтар зимни масмумшавии шадиди бунёдаш сӯхтагӣ аз миёни 80 бемори зерӣ мушоҳида дар робита бо 15 кӯдаки бемор — бар иловаи татбиқи терапияи инфексионӣ дезинтаксикатсионӣ, — боз дар мавриди хуруҷи рағқашӣ ва варами мағзи сар ҳамчунин гипогидрататсия, гипонатрения, гипокалиения, гипоалбуненияро амалӣ гардондем, ки аз тариқиробитаи захмҳои бунёдашон сӯхтагӣ бо плазморея, халалёбии тавозуни обу электролит, баландшавии таби бадан ва сепсис бастагӣ доранд.

Терапияи бемории бунёдаш сӯхтагӣ, ки истифодаи препаратҳои мавзей, воёи зар-

бавии антибиотику анестезияро дар бар дорад, ҳамчунин боиси мушкилоти неврологӣ шуда метавонад.

Хулоса. Ҳамин тариқ, ихтилоли роҳҳои ҳассосу интиқолдиҳандаи Гол аз самти пойҳо ва Бурдах аз самти дастҳо мушоҳида гашт. Тағйини препаратҳои, ки интиқоли импульсро беҳтар хоҳанд сохт, ба беморони мазкур ногузир менамояд. Дар қитъаи шохазании нӯги асабҳо аз бофтаҳои гуногун ба роғи танаи асаб гузаштани моддаҳо воқеъ мегардад. Ҳақиқатан, дар ин ҷо монетаи наздиасабӣ аз ҷиҳати анатомӣ ниҳоят нозук шуда, пардаи тунуку лавҳачаии фибриллярӣ Генлеро ба вучуд меорад. Пардаи мазкур фазои ба чашм намоёни(-и Кей ва Ретсиус аз соли 1875)-ро маҳдуд менамояд, ки фазои мазкур онро аз пардаи Шван ҷудо сохта, то поёни нахҳои алоҳидаи асаб паҳн хоҳад гашт. Зимни мавҷудияти захмҳои густардаи бунёдашон сӯхтагӣ ва токсини сӯхтагӣ ҳамаи бофтаҳои номбаршудаи асабу пардаҳои он иллатнок мешаванд.

Муоинаи ҷиддию лаборатории тавозуни обу электролит ва сафеда, ҳамчунин назорат аз болои хуруҷи сироят имкон медиҳад, то ин ки аз оризаҳои системаи марказии асаб канорагирӣ шавад.

Адабиёт:

1. В. К. Сологуб. «Лечение обожженных на этапах медицинской эвакуации.» (Москва, 1979 г. ст.64-70).
2. П. Ф. Левицкий «Патофизиология» (Москва, Геотар, Медика, 2006 г. ст. 405-406).
3. Х. Ф. Карвайл, Д. Х. Паргис. «Ожоги у детей» (Москва, 1990 г. ст. 379-386).
4. А. Д. Адо. В.В. Новецкий. «Патологическая физиология» (Томск, 1994 г. ст. 105-174).
5. Ф. А. Абдурахманов. «Атлас - учебник по функциональной анатомии человека», г. Душанбе, 2017 г. ст. 109-112.

ПРИЧИНЫ ВОЗНИКНОВЕНИЯ ОЖГОВОЙ ЭНЦЕФАЛОПАТИИ У ДЕТЕЙ

Салом-заде Н. Р., Зокиров Р. Х., Азизова Ш. К.

Кафедра анатомии человека имени Я. А. Рахимова

Резюме: Таким образом, отмечены нарушения чувствительных проводящих путей Голля от нижних конечностей и Бурдаха от верхних конечностей. Переход различных веществ из тканей в щели нервного ствола происходит в области концевых разветвлений нерва. Действительно, здесь периневральный

барьер анатомически крайне истончается, образуя тонкую пластинчатую фибриллярную оболочку Генле. Это оболочка ограничивает хорошо заметное лимфатическое пространство (Кей и Ретциус 1875 год), отделяющее ее от швановской оболочки и распространяется до окончаний отдельных нервных



волокон. При обширных ожоговых ранах и ожогового токсина поражаются все перечисленные нервные ткани и его оболочки.

Ключевые слова: ожог, боль, шоковое состояние, судороги, отёк мозга, энцефалопатия

CAUSES OF BURN ENCEPHALOPATHY IN CHILDREN

Salom-zoda N.R., Zokirov R.H., Azizova Sh.K.

Department of Human Anatomy named after Y. A. Rakhimov

Result. In the initial period, hypoxia, acidosis and shock may play an important role. Later during acute burn toxicity in 15 children from 80 monitored patients, in addition to infectious and disinfection therapy, hypohydration, hyponatremia, hypokalemia, hypoalbuminemia associated with plasmorrhhea through the burn wounds, with disruption of water-electrolytic balance, increase of body temperature and

sepsis led to the development of convulsions and brain swelling.

Burn disease therapy, including the use of topical drugs, special shock doses of antibiotics and anesthesia, can also lead to neurological problems.

Keywords: burn, pain, shock state, convulsions, cerebral edema and encephalopathy.

Literature:

Саломзода Н.Р. - муаллимаи калон, кафедраи анатомияи одам ва истилоҳоти тиббӣ лотинӣ ба номи Я.А. Раҳимов. Телефон: +992919034022, E-mail: salomzoda.nm@gmail.com

Зокиров Р. Ҳ. - номзади илмҳои тиб, мудирӣ кафедраи анатомияи одам ва истилоҳоти тиббӣ лотинӣ ба номи Я. А. Раҳимов, ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино, Тел: +992 900216767. E-mail: rahmatulloZokirov@mail.ru

Азизова Ш. Қ. - ассистенти кафедраи анатомияи одам ва истилоҳоти тиббӣ лотинӣ ба номи Я. А. Раҳимов, ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино, . Тел: +992 933933751

Саломзода Наим Рахимович - старший преподаватель кафедры анатомии человека ТГМУ. Тел: +992 919034022. Электронная почта: salomzoda.nm@gmail.com.

Зокиров Раҳматулло Ҳомидович - кандидат медицинских наук, заведующий кафедрой анатомии человека и терминологии латинской медицины имени Я. А. Рахимова ТГМУ имени Абуали ибн Сино. Тел: +992 900216767.

Электронная почта: rahmatulloZokirov@mail.ru.

Азизова Шоира Курбоназаровна - ассистент кафедры анатомии человека и терминологии латинской медицины имени Я. А. Рахимова ТГМУ имени Абуали ибн Сино.. Тел: +992 933933751

Salomzoda Naim Rahimovich - Senior Lecturer. Department of Human Anatomy, ATSMU. Tel: +992 919034022. Email: salomzoda.nm@gmail.com.

Zokirov Rahmatullo Homidovich - Candidate of Medical Sciences, Head of the Department of Human Anatomy and Terminology of Latin Medicine named after Ya. A. Rakhimov ATSMU named after Abuali ibn Sino. Tel: +992 900216767. E-mail: rahmatulloZokirov@mail.ru

Azizova Shoira Kurbonazarovna - Assistant of the Department of Human Anatomy. Tel: +992 933933751



2 –ЭФИРҲОИ ДИОЛОВИИ КИСЛОТАИ ЛИНОЛЕВӢ ВА УРСОДЕЗОКСИХОЛЕВӢ ВА ОМУӢЗИШИ ХОСИЯТҲОИ ЛИТОЛИКИИ ОНГҲО

Самандаров Н. Ю.

Пажӯҳишгоҳи илмӣ-таҳқиқоти МДТ, МД «Пажӯҳишгоҳи гастроэнтерологияи Ҷумҳурии Тоҷикистон».

Муҳиммият. Тибқи маълумоти ТУТ дар 20 соли охир дар курраи Замин тамоюли назарраси зиёд шудани миқдори бемориҳои чигар ба назар мерасад, ки боиси дараҷаи баланди фавти аҳоли мегардад. Дар солҳои охир дар ҷаҳон миқдори беморони гирифтори бемориҳои гуногуни гепатобилиарӣ аз 2млр нафар зиёд шудааст. Дар кишварҳои ИДМ ҳамасола то 1 млн одами гирифтори ин ё он бемории чигар ба қайд гирифта мешавад. Барои иҷро кардани ин таҳқиқот вазифаҳои зеринро ҳаллу фасл бояд кард:

- ҳосил кардани эфирҳои метилии кислотаҳои сафро ($C_{23}H_{39}COOH$) ва олии чарбӣ бо мақсади истифода кардани онҳо ба сифати намунаҳои эталонӣ;

- пайдо кардани шароити муайянкунии ғализати метилии кислотаҳои сафро ($C_{23}H_{39}COOH$) ва олии чарбӣ дар зардоби хуни беморони гирифтори бемориҳои гуногуни чигар;

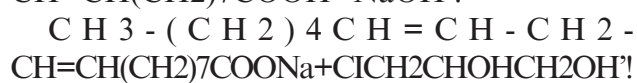
Қоркарди усулҳои муассиртарини баъзе кислотаҳои ҳосилавии олии чарбӣ дар заминаи истифода кардани гурӯҳи карбоксилӣ онҳо, инчунин муайян кардани таркиби онҳо дар соҳаи такмил додани усулҳои иташхис, табобат ва профилактикаи бемориҳои нисбатан паҳншударин самтҳои навро меушояд. Ба ин гурӯҳ метавон бемории санги талхаро дохил кард.

Аз ҳамин сабаб ҷустуҷӯи препаратҳои ҳалкунандаи санги талхадон ва роҳҳои талхагузар мувофиқи мақсад доништа мешавад. Мутаассифона имрӯз ягон доруи литолитикии дар тибби амалӣ истифодашаванда ба ҳадди пурра талаботро қонеъ намегардонад, гарчанде дар солҳои охир миқдори доруҳои литолитикӣ ва гепатомухофизаткунанда аз ҳисоби препаратҳои синтетикӣ ва ҳам воситаҳои табиӣ зиёд шудааст.

Олами рустаниҳо – ин сарчашмаи офаридаи табиат аст, ки барои ба даст овардани воситаҳои муолиҷавӣ нисбатан дастрас асту арзонтар.

Маълум аст, ки дар рағфани донаҳои ангур 78% кислотаи линолевӣ мавҷуд аст. Мо ин методикаро ба роҳ мондаем ва дар навбати аввал аз донаҳои ангур дар дастгоҳи Сокслетапутем экстрагированиегексан кислотаи линолевиро ҷудо кардем.

Синтезҳои мақсаднокро барои ба даст овардани моддаи дорои хосиятҳои линолевӣ идома дода, мо бо истифода аз гурӯҳҳои карбоксилӣ якҷанд аксуламалҳои кислотаҳои олии чарбиро иҷро намудем. Минбаъд, мо синтези пропан 1,2 – эфири диоловии кислотаи линолевӣ бо монохлор – глицеринро аз рӯи схемаи зерин иҷро намудем:



Экспериментҳо оид ба ошкор соختани шароитҳои нисбатан муносиби гузаронидани ин аксуламал нишон дод, ки вайро дар муҳити метанола дар ҳарорати 65-70°C гузаронидан лозим аст. Давомнокии аксуламал 7-8 соат аст. Ҷунин шароит хориҷшавии хуби (92%) пропанро – 1,2 – эфири диоловии кислотаи ого линолеви таъмин мекунад ва маҳсулоти дараҷаи тозагиаш баландро ҳосил мекунад.

Сохтори эфири ҳосилшуда бо усули ИК спектроскопия ва унсурҳои таҳлил тасдиқ карда шуд. ИК – спектри ин пайвастагӣ дорои хусусиятҳои пайдо шудани хатҳои интенсивии ҷаббидан дар мавзеи мансуб ба тардидҳои валентии гурӯҳҳои гидроксилӣ мебошад (3150 – 3460 см) [1,2,3].

Дар солҳои охир ҷунин воситаҳои гипохолестеринемика ва талхарон пайдо шудаанд, ки ба литогенияи талха ҳангоми бемориҳои санги талха, ҳамчунин фаъолнокии зиддимикробӣ зоҳир мекунад.



Коркарди усулҳои нисбатан муносиби ҳосил кардани стероидҳои ҳосилавӣ, намуни кислотаҳои талха (сафровӣ), ҳамчунин кислотаҳои олиии чарбӣ дар асоси истифодаи онҳо $-COOH > C = O$ гурӯҳҳои гидроксили ва эфири, ки самтҳои нав дар соҳаҳои химия ва фармако-биохимиявӣ самтҳои навро мекушоанд, ки имконият медиҳанд барои генотерапия ва ҳам гематология ба таври мақаднок препаратҳои нав сохта шаванд. Як гурӯҳи муҳаққикон ақсуламали гидролизи гурӯҳи эпоксидаҳо дар гурӯҳи молекулаҳои эфири липидӣ $3\alpha, 7\alpha$ – дигидрокси – 5β - кислотаи холановӣ мавриди омӯзиш қарор додаанд. Муқаррар карда шудааст, ки ҳангоми коркарди маҳлули 20%-и карбонатаи натрий пайвастигии охири дар ҳарорати 30 -40°C ба пропани 1,2 – эфири диоловии 3 - кислотаи холановӣ табдил меёбад.

Муаллифон инро дар назар доранд, ки аз 45% пропан 1,2 – эфири диоловии кислотаи пеларгоновӣ ва 10% пропан – 1,2 – эфири диоловии 3 - кислотаи холановӣ препарати комплекси ҳосил карда шуд, ки онро «Трион» номиданд. Баъди ин он омехтаҳо бо мақсади омӯختани қобилияти ҳал кардани санги холестерин истифода намуданд. Маҳлули «Трион» - (in vivo) ва (in vitro) назар ба монооктаноини маълуми маъруф фаъолнокии литолитикиро беҳтар зоҳир мекунад.

Ҷадвали 1.- Ҳалшавандагии сангҳои холестеринӣ дар ҳарорати 37°C дар маҳлулҳои органикӣ.

№	Номи рустани	2/100мл
1	Монооктаноин	11,7
2	Трионин	10,3
3	Алкули октанӣ	17,2
4	Алкули этилӣ	3,2
5	Пропан – 1,2 – эфири диоловии кислотаи линолевӣ.	5,3

Бо мақсади дақиқ кардани суръати ҳалшавии сангҳои холестеринӣ дар маҳлули пропан – 1,2 – эфири диоловии кислотаи линолевӣ дар муқоиса аз препарати дар таҷрибаи клиникаҳои хориҷӣ истифодашавандаи маҳлули 50%-и ҳолати натрий, трион ва монооктаноин, ки таҳти шифри [CAMPUL - 8210] ёд мешавад, силсилаи экспериментҳо

Қайд кардан муҳим аст, ки эфирҳои дар боло зикршуда аз ҷиҳати сангҳои холестериниро дар талхадон ва роҳҳои талхарон ҳал карданашон, ҳамчунин аз ҷиҳати захрогинии худ, аз пайвастигии 1,2 – эфири диоловии кислотаи линолевӣ [in vitro] ақиб меонад.

Дар ибтидо таҳлили муҳтавои холестерини санги бисёртегаи талха, ки қутраш 1-1,5 см буд, таҳлил карда шуд, онҳо аз ҷиҳати масса ба 9 адад ҷудо карда шуданд. Массайи миёнаи сангҳо 200 мг буда, фарқиати миёнаи фоизи массаи сангҳо 9 мг (36%) буд. Концентратсияи муҳтавои холестерин дар сангҳо бо усулҳои газохроматографикӣ муайян карда шуд.

Концентратсияи миёнаи холестерин 87,2%-и массаи сангро ташкил дод. Ба сифати стандарти дарунӣ аз маҳлули триоксан истифода гардид.

Омӯзиши муқоисавии суръати ҳалшавии санг дар пропан – 1,2 – эфири диоловии кислотаи линолевӣ бо препаратҳои дигари маъруф гузаронида шуд.

Дар ҷадвал миқдори сангҳои ҳалшудаи холестеринӣ ба 100мл бо маҳлулҳои гуногун дар ҳарорати 37°C оварда мешавад.

Дар ҷараёни гузаронидани эксперимент барои ҳал кардани сангҳои холестеринии талхадон бо назардошти захрогинии доруҳои истифода шаванда муайян карда шуд, ки истифода намудани маҳлули коркардшудаи мо пропан – 1,2 – эфири диоловии кислотаи линолевӣ аз ҳама беҳтар аст.

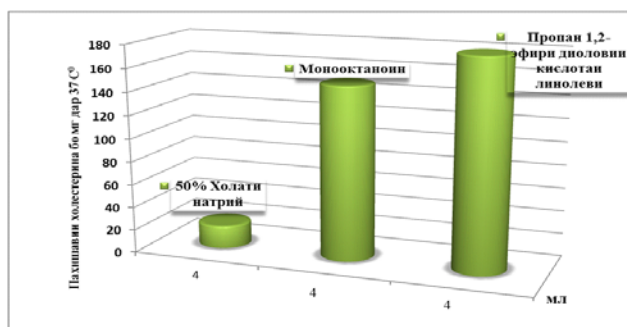
гузаронида мешаванд (расми 1).

Пас аз гузаронидани эксперименти литоликӣ, (in vitro) муқаррар карда шуд, ки сангҳои холестеринии талхадон дар маҳлули монооктаноин дар маҳлул дар 192 соат ҳал мешавад, ҳалшавӣ дар маҳлули пропан – 1,2 – эфири диоловии кислотаи линолевӣ дар 33 соат аст, дар маҳлули 50%-и ҳолати натрий



дар 576 соат майдашавӣ сар шуд.

Пропан – 1,2 – эфири диоловии кислотаи линолевӣ аз препаратҳои маъруф бо хусусиятҳои индифферентнокии худ нисбат ба бофтаҳо фарқ мекунад, таъсири ангезандагӣ ва аксуламалҳои илтиҳобӣ ҳангоми бевоситаи ворид кардан ба роҳҳои талхарон дар он дида намешавад. Маҳлули пропан – 1,2 – эфири диоловии кислотаи линолевӣ сангҳои холестериниро хуб намнок мекунад ва дар пайвастагӣ бо талха эмулсияи майда кардашударо ба вучуд меорад.



Расми 1.- Ҳалшавандагии холестерин дар маҳлули холати натрий, монооктаноин ва пропан – 1,2 – эфири диоловии кислотаи линолевӣ.

Таҳқиқоти гузаронидашудаи мо нишон медиҳад, ки пропан – 1,2 – эфири диоловии кислотаи линолевӣ препаратҳои маъруф бартари зиёд дорад: (СAMPUL– 8210) ва сангҳои холестеринии талхаро хуб ҳал мекунад (расми 1).

Маълумотҳои эксперименталӣ ва клиникӣ тог ин замон чамъоваришуда аз он гувоҳӣ медиҳанд, ки кислотаҳои урсодезокси-холевӣ таъсири гепатопротекторӣ, анти-холестатикӣ, иммуномоделкунандагӣ, гипо-холестеринемӣ, лито литиикӣ ва антиапоп-тикӣ доранд. Ин ипрепарат ҳангоми гепатитҳои музмин ва шадиди дорои этиологияи гуногун, аз ҷумла вирусӣ ва аутоиммунӣ истифода карда мешавад. Ин доруро ҳангоми бемориҳои ҷигар, ки онҳоро холестаза ба вучуд овардааст ё ҳамооҳӣ мекунанд, таъйин намудан мувофиқи мақсад аст.

Таъсири гепатопротекторҳо ба барқарорсозии гомеостаз дар ҷигар, баланд бардоштани устувории он нисбат ба таъсири омилҳои патогенӣ, муътадил сохтани фаъ-

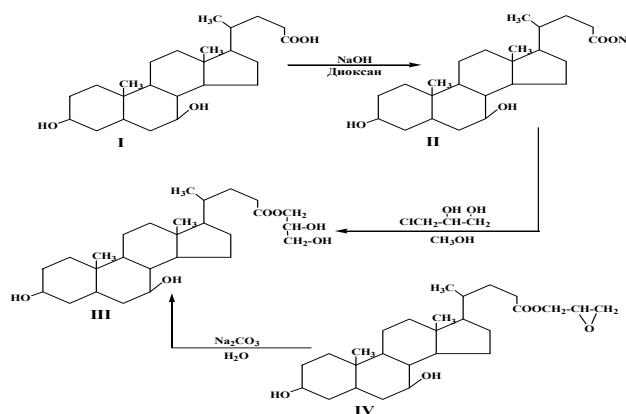
олнокии функционалӣ ва стимулятсияи протсессҳои регенератсия дар ҷигар равона карда шудааст.

Дар гепатология препаратҳои «Урсодифалк» ба таври васеъ истифода мешавад. вайро ба сифати воситаи гепатопротективӣ ба кор мебаранд [2].

Дар ин маврид зикр кардан лозим аст, ки вазифаи таҳқиқоти гузаронидашуда пайдо кардани роҳҳои истифодаи кислотаҳои табиӣ талха бо мақсади ба даст овардани пайвастагиҳои фаъоли биологӣ барои табобати як қатор бемориҳои ҷигар муносиб мебошад.

Нейтрализатсияи кислотаи урсодезокси-холевӣ бо роҳи баҳамтаъсиррасонии вай бо гидроксиди натрий дар маҳлули Диксон амалӣ карда шуд.

Дар робита бо ин, мо синтези пропан – 1,2 – эфири диоловии кислотаи урсодезокси-холевӣ (III)-ро бо роҳи баҳамтаъсиррасонии намаки натрий мувофиқи кислотаи талха (II), бо α– монохролгидрини глитсериназ рӯи схема зерин амалӣ сохтем; [4,5]



ИК- спектри пайвастагии (I-IV) дорои хусусиятҳои хатҳои интенсивии ҷаббидан дар мавзёҳои марбут ба мавҷҳои валентии гурӯҳҳои гидроксилӣ (3150-3450см⁻¹) мебошад.

Барои он, ки хосиятҳои фармакологӣ ва биохимиявӣ препаратҳои синтезшудаи пропан – 1,2 – эфири диоловии кислотаи урсодезокси-холевӣ (III) таҳқиқ карда шавад, ба таври муфассал ва ҳамаҷониба сохтор ва тозагии он бояд муқаррар карда шавад. Дар робита бо ин, мо барои тасдиқ кардани сохтори як қатор пайвастагиҳои синтезӣ дар баробари усулҳои

тахлили унсурии ПМР- спектроскопия истифода шуд.

Дар ПМР – спектрҳои ипайвастагиҳои (I,II,III) сигналҳо дар доираи 0,68-0,70 м.д ва 0,9-1,00 м.д дар намуди синглети эквивалентии 3Н ва 6Н протонҳо мавҷуд аст, ки мо онҳоро ба гурӯҳҳои 21,18,19 метили дохил кардем. Сигналҳо дар намуди мултиплет дар мавзеи 1,0-2,0 м.д дапр намуди мултиплет.

Барои пайвастагии (I,II) сигналҳои протонии гурӯҳи ОН зоҳир шудан дар мавзеи 3,6 м.д., ва якуми онҳо (I) ин сигнал омехта шудааст дар мавзёҳои 3,7 ва 4,0 м.д., зеро протонҳои метилени С-25, 27 дар мавзеи 3,5- 3,7 м.д, дида шуданд, дар расми 2, 3, 4 ПМР- спектрҳои 3б,7в- дигидрокси-5в- кислотаи холановой ва эфири метили он, инчунин пропан-1,2-эфири диоловӣ оварда шудааст.

Бояд зикр кард, ки таҳқиқот, асосан ба мавқеи омӯзиши хосиятҳои талхаронӣ, геполипидемикӣ, гипохолестеринемикӣ, гепатопротектирӣ ва лито литикӣ, ҳамчунин таъсири он ба хусусиятҳои тағйироти баъзе параметрҳои биохимиявӣ равона шудааст.

Дар айни замон мухтавои мухтавои кислотаҳои синтетики чарбӣ (КСЧ) то 3 маротиба ($P, < 0,001$) ва концентратсияи фосфолипидҳо – тақрибан то 3,5 маротиба ($P, 0,001$) кам шудааст. Ҳамчунин дар ҳайвоноти таҷрибавӣ то 3,5 маротиба ХХК ($P, 0,01$) кам шудааст.

Пропан – 1,2 – эфири диелевии кислотаи урсодезоксихолеви дар дозаи 50 мг/кг массаи бадан, 1 маротиба дар як рӯз ба муддати 6 моҳ ба ҳама параметрҳои зикршудаи нишондиҳандаҳои биохимиявӣ ворид кардашуда сади

роҳи пайдошавии ихтилолҳои химизми талха мегардад, ки дар асари истифода кардани ХГЛД пайдо шудаанд.

Таҳти таъсири препарат концентратсияи холестерин дар таркиби талха ба ҳисоби миёна то 4,1 0,06 ммол/л дар муқоиса аз 9,4 0,02 ммол/л дар ҳайвоноти табобатнашуда кам шудааст. Мухтавои маҷмӯи кислотаҳои талха (КСЧ) таҳти таъсири пропан – 1,2 – эфири диелевии кислотаи урсодезоксихолеви ба ҳисоби миёна то 5,6 0,18 г/литр (дар ҳайвоноти табобатнашуда 3,1 0,020) баланд шудааст.

Концентратсияи фосфолипидҳои умумӣ дар таркиби талха дар хомякҳои (hamster) то 3 маротиба афзуда, мухтавои билирубин то 65,6 % кам шудааст, ХХК таҳти таъсири препарат зиёд шудааст.

Кислотаи урсодезоксихолеви аз рӯи ҳама нишондиҳандаҳои омӯхташаванда нисбат ба пропани худ - 1,2 – эфири диоловӣ таъсири нисбатан суттар дошт. Ба ҳисоби миёна ин нишондиҳандаҳо чунин буданд: таъсири гипохолестеринемикӣ – то 60%; баланд шудани КСЧ –то - 5 маротиба; концентратсияи фосфолипидҳо – то 2 – маротиба; ХХК - то 8 – маротиба.

Концентратсияи билирубин дар таркиби талҳои ҳайвоноте, ки урсодфалк қабул кардаанд, то 8,3 0,03 ммол/л мерасад, ки ин аз хомякҳои (hamster) табобатнашуда паст аст.

Ҳамин тартиб, синтез кардани – 1,2-эфири диоловии кислотаи урсодезоксихолеви ҳангоми холелитиази эксперименталӣ таъсири фаъоли табобатӣ зоҳир мекунад ва аз ҷиҳати таъсирбахшӣ аз «Урсодфалк» паст нест, балки бартарӣ дорад [6,7,8,9,10,11,12, 13,14].

Ҷадвал. Химизми талха дар хомякҳо (hamster) дар давоми 6 моҳ бо парҳези холитогенӣ-гиперлипидемӣ (ПГДЛ), табобатшуда бо «Урсодлит» ва «Урсодфал» (n=5 hamster дар ҳар як гурӯҳ)

Силсилаи таҷрибаҳо ва дозаҳои мг/кг массаи бадан	Нишондиҳандаҳои химизми талха $M \pm m$ $p <$				
	Холестерини умумӣ, ммол/л	Билирубини умумӣ, ммол/л	Суммаи кислотаҳои талха г/л	фосфолипидҳои умумӣ г/л	Таъсири коэффисенти холато-холестринӣ)
1. Интақтӣ	6,7±0,001	7,3±0,02	3,1±0,023	2,9±0,02	0,46±0,0004
2. Контроли ПГЛД	9,4±0,02 0,01	11,4±0,001 0,001	1,1±0,05 0,001	1,3±0,01 0,001	0,11±0,016 0,001
3. ПГЛД+ «УРСОСЛИТ» 50 мг/кг 1-маротиба дар як рӯз давоми 6 моҳ	4,1±0,06 0,001	7,9±0,13 0,001	5,6±0,18 0,001	3,81±0,04 0,001	1,36±0,002 0,001
4. ПГДЛ+УДХК 50 мг/кг 1 маротиба дар як рӯз давоми 6 моҳ	5,2±0,04 0,01	8,3±0,03 >0,2	4,7±0,06 >0,2	2,7±0,01 >0,2	0,9±0,03 >0,2

Хулоса, дар даҳсолаи охир кислотаҳои чарбӣ ва талха, ҳамчунин холестерин та-

ваҷҷуҳи таҳқиқотчиёни соҳаҳои гуногуни-илми биохимияро ба худ ҷалб кардааст. Бо



шарофати спектри васеи фаъолнокии содаи биологӣ, хусусиятҳои сохторӣ, басомади баланд ва дастрасии онҳо аз маводи ибтидоии перспективии таҳқиқоти биохимиявӣ иборат аст.

Дар мароҳили муосири инкишофи проблемаи ташхис ва самаранокии табобати бемориҳои гуногуни чиар, талхадон, чарбсорӣ ва як қатор бемориҳои дигари чигар, ва оризаҳои сершумору вазнини онҳо, ба таври ниҳой ҳаллу фасл нашудаанд ва то ҳанӯз таваҷҷуҳи доираи васеи биохимикҳо, клинитсистҳо ва таҳқиқотҳои илмиро талаб мекунад. Аз ҳамин сабаб, усулҳои ташхис ва табобати бемориҳои санги талха ва дигар патологияҳои чигар омӯзиши чиддитари протсессҳои биохимиявиро талаб мекунад, ки дар он холестерин, кислотаҳои талха, инчунин кислотаи чарбӣ иртиботи мутақобила доранд.

Бо назардошти ин метаболизми холестерол, кислотаҳои талха ва кислотаи чарбӣ дар талха ва зардоби хуни беморони дорои бемориҳои гуногуни чигар, инчунин шинохтани тағйиротҳои муҳтавои холестерол, кислотаҳои талха ва кислотаи чарбӣ таҳти таъсири препаратҳои нав дар организм аз ҷиҳати таҳқиқотҳои биохимиявӣ ва ҳам барои тибби амалӣ вазифаи актуалӣ маҳсуб мешаванд.

Барои гузаронидани таҳқиқотҳои биологӣ оид ба омӯзиши муҳтавои кислотаҳои талха ва кислотаи олии чарбӣ, ҳамчунин холестерин дар талха ва зардоби хун бо усули хроматографияи газу моеъ доштани на-

мунҳои эталонии ҳама кислотаҳои талха зарур аст, зеро таҳқиқоти муҳтавои кислотаҳои талха ва таносуби онҳо дар талха ва зардоби хун барои баҳогузорӣ ба ҳолати функционалии гепатосидҳо аҳамияти бузургии ташхисӣ доранд.

Вобаста аз ин, бо мақсади муайян кардани муҳтавои кислотаҳои талха ва кислотаи чарбӣ дар объектҳои биологӣ бештар намунаҳои эталонии эфирҳои метили онҳо ва атсетат ва селили ҳосилаҳо бо мақсади сохтани графикҳои калибрӣ истифода мекунам.

Дар робита аз ин, мо дар марҳалаи аввал синтези як қатор кислотаҳои талха ва эфирҳои метили дахлдори онҳоро анҷом додем. Намунаҳои кислотаҳои талха ва кислотаи чарбӣ ба қадри зарурӣ тоза буданд, акнун дар бораи онҳо препаратҳои эталонӣ пешниҳод кардан мумкин аст, ки ҳангоми муайянкунаии имикдорӣ дар хун бо усули хроматографияи газу моеъ барои намунаҳои стандартӣ истифода шудаанд.

Пахншавии густурдаи бемориҳои чигар ва душвориҳои ташхиси онҳо, водор месозанд, ки усулҳои нисбатан боэътимод ва иттилотнокӣ ташхисӣ ҷустуҷӯ карда шаванд. Аз ҳамин сабаб муайянкунии миқдори кислотаҳои талха, ҳамчунин холестерин ва дигар компонентҳо дар талха ва дар пешоб аҳамияти бузургии ташхисӣ ва баҳодихӣ ба самаранокии табобат, инчунин баррасии тағйироти муҳтавои стероидҳои нишондодашуда дар организм таҳти таъсири препаратҳои гуногунро касб мекунам.

АДАБИЁТ

1. Кадыров А.Х. Исследование гепатопротективных холелитолитических свойств «Урсослит»-А.Х. Кадыров, Н.Ю. Самандаров, Ш.А. Кодиров, Б.Х. Махкамова. // «Медицинская наука и образование» материалы 62-ой годичной научно-практической конференции ТГМУ им. Абуали ибн Сино, посвященной 20-летию Конституции Республики Таджикистан. Душанбе, 2014г Стр. 218-219.
2. Патент РТ № ТЈ 525. Способ к диагностике жировой болезни печени. А.Х. Кадыров, Г.К. Мироджов, М.Н. Худжамуродов, Н.Ю. Самандаров, А.А. Кодиров, М.К. Абдурахимова, М.П. Султонмамадова. Зарегистрировано в Государственном реестре изобретений Республики Таджикистан от 4.09.2012.
3. Кадыров, А.Х. Газохроматографическое оценки сывороточное высших жирных кислот у больных жировой болезни печени / А.Х. Кадыров, С.С. Саидов, М.К. Абдурахимова, Н.Ю. Самандаров // Международный научно-исследовательский журнал ISSN 2303-9868 №4(11) Часть1 Екатеринбург 2013 С. 50-53.



4. Самандаров Н.Ю. Изменение содержания желчных кислот при лечении жировой болезни печени. Самандаров Н.Ю. Кодиров А.Х., Холов Е.К. «Авчи зухал», № 4, 2018. –С.73-78.
5. Кадыров, А.Х. Газохроматографическое определение высших жирных кислот в сыворотке крови здоровых лиц и больных с метаболическим синдромом / А.Х. Кадыров, А.К. Сайфуддинов, А.А. Кодиров, Е.К. Холов.// Состояние и перспективы развития биохимии в Таджикистане-Душанбе, 2009.-С.70-73.
6. Патент РТ № ТЈ 525. Способ к диагностике жировой болезни печени. А.Х. Кадыров, Г.К. Мироджов, М.Н. Худжамуродов, Н.Ю. Самандаров, А.А. Кодиров, М.К. Абдурахимова, М.П. Султонмамадова. Зарегистрировано в Государственном реестре изобретений Республики Таджикистан от 4.09.2012.
7. Кадыров, А.Х. Газохроматографическое оценки сывороточное высших жирных кислот у больных жировой болезни печени / А.Х. Кадыров, С.С. Саидов, М.К. Абдурахимова, Н.Ю. Самандаров // Международный научно-исследовательский журнал ISSN 2303-9868 №4(11) Часть1 Екатеринбург 2013 С. 50-53.
8. Патент РТ № ТЈ 524 Способ к диагностике жировой болезни печени /А.Х. Кадыров, Г.К. Мироджов, М.Н. Худжамуродов, Н.Ю. Самандаров, А.А. Кодиров, М.К. Абдурахимова, М.П. Султонмамадова.// Зарегистрировано в Государственном реестре изобретений Республики Таджикистан от 4.09.2011 г.
9. Подымова, С.Д. Жировой гепатоз. Неалкогольнойстеатогепатит (эволюция представлений о клинико-морфологических особенностях, прогнозе, лечении). /С.Д. Подымова // Тер. Архив, 2006. № 4с.32-38.
10. Н.Ю.Самандаров, Б.Х.Махкамова, М.А.Аскарлова, Н.Б.Бораджабова. Определение содержания жирных кислот в желчи у хомяков под влиянием “Урсослита” и “Урсофалька” при экспериментальном холелитиазе методом ГЖХ. Мат.год. 66-ой научно-практической конференции ТГМУ им. А.И. Сино «Роль и место инновационных технологий в современной медицине» 23 ноября 2018г. .Душанбе, стр. 377-378.
11. Кадыров А.Х. Исследование гепатопротективных холелитолитических свойств «Урсослит»-А.Х. Кадыров, Н.Ю. Самандаров, Ш.А. Кодиров, Б.Х. Махкамова. // «Медицинская наука и образование» материалы 62- ой годичной научно-практической конференции ТГМУ им. Абуали ибн Сино, посвященной 20-летию Конституции Республики Таджикистан. Душанбе, 2014г Стр.218-219.
12. Получений и изучение холелитических гипохолестеринических и желчогонных свойств пропан 1,2-диолового эфира 3б,7в-дигидроксихолановой кислоты. Наука и инноватсия ТНУ. №1. 2020. стр. 79-85.
13. Патент РТ № ТЈ 583. Зарегистрировано в Государственном реестре изобретений Республики Таджикистан от 2013г. А.Х. Кадыров, Г.К.Мироджов, Б. Х. Махкамова Н.Ю. Самандаров, М, П. Султонмамадова, М.К. Абдурахимова, Ш,А. Кадилов Пропан-1,2- -диолвый эфир 3б,7в-дигидроксихолановой кислоты в качестве холелитической и гипохолестериническое средства.
14. Самандаров Н.Ю., Абдуллозода С.М., Кодиров А.Х.Рахимова Х.С. Синтез исследование изопропиловых эфиров холановых кислот. “Наука и мир”№3 2020г. г. Волдоград. РФ.
15. Самандаров Н.Ю. Кодиров А.Х., Давлатова Г.Х. Гепатопротективного свойства нового растительного сбора “Гепосаф” при экспериментальном токсическом гепатите, вызванном ССL₄. Проблемы гастроэнтерологии №1 2021. –С.52-56.



ПОЛУЧЕНИЕ ПРОПАН – 1,2 – ДИОЛОВЫХ ЭФИРОВ ЛИНОЛЕВОЙ И УРСОДЕЗОКСИХОЛЕВОЙ КИСЛОТ И ИЗУЧЕНИЕ ИХ ЛИТОЛИЧЕСКИХ СВОЙСТВ

Самандаров Н. Ю.

Научного –исследовательский института Таджикский национальный Университет ГУ «Институт гастроэнтерологии Республики Таджикистан»

В последние годы вопрос о правильном диагностике и плодотворном лечении многих заболеваний печени, желчевыведительной системы, ожирения и многих других патологии печени, и их многочисленных и послеоперационной состоянии, опасных для жизни пациентов, остаётся более важным вопросами и требует более высокой внимание биохимиков, практической врачей и других специалистов. Для решение этого необходимо искать более подходящие методы диагностике и эффективного лечения разновидности болезней печени требуется исследовать и охарактеризовать взаимосвязи между холестерина, желчных кислот, а также высшими жирных кислот.

Для этого изучение взаимосвязь между холестерином, желчных кислот и жирных кислот в некоторых биологических объектах у больных с гепатобилиарными патологиями, а также установление концентрации этих компонентов при использование их различных соотношениях новых других медикаментов во время лечения считаются одной из важнейших задачи, как в усовершенствовании биохимических методов исследования и внедрение этих результатов в медицинской.

Ключевые слова; гепатопротективных средств, гепатобилиарными патологиями, желчных кислот, жирных кислот, высшим и жирных кислот, биологических объектах, биохимических методов исследований, ИК спектроскопии.

OBTAINING PROPANE - 1,2 - DIOL ETHERS OF LINOLIC AND URSODEOXYCHOLIC ACIDS AND STUDYING THEIR LITHOLIC PROPERTIES

Samandarov N. Yu.

Scientific Research Institute Tajik National University State Institution “Institute of Gastroenterology of the Republic of Tajikistan”

In recent years, the question of the correct diagnosis and fruitful treatment of many diseases of the liver, biliary system, obesity and many other liver pathologies, and their numerous and postoperative conditions, dangerous for the life of patients, remains a more important issue and requires higher attention of biochemists, practical doctors and other specialists. To solve this, it is necessary to look for more suitable methods for the diagnosis and effective treatment of a variety of liver diseases, it is required to investigate and characterize the relationship between cholesterol, bile acids, and higher fatty acids.

For this, the study of the relationship between cholesterol, bile acids and fatty acids in some biological objects in patients with hepatobiliary pathologies, as well as the establishment of the concentration of these components using their various ratios of new other medications during treatment are considered one of the most important tasks, as in the improvement of biochemical methods research and implementation of these results in medical.

Key words; hepatoprotective agents, hepatobiliary pathologies, bile acids, fatty acids, higher and fatty acids, biological objects, biochemical research methods, IR spectroscopy.

Самандаров Насрулло Юсупович. - номзади илми химия. ходими илми Институти тадқиқотии ДМТ. +993937303350. nasrullo.samandarov@mail.ru

Самандаров Насрулло Юсупович. - к.х.н. главного научный соотрудника НИИ ТНУ. +993937303350. nasrullo.samandarov@mail.ru

Samandarov Nasrullo Jusupovic. - к.х.н. главного научный соотрудника АИИС ТНУ. +993937303350. nasrullo.samandarov@mail.ru

ПАҲНШАВИИ БЕМОРИИ АЛСГЕЙМЕР

О.М.Шахсуфбекова

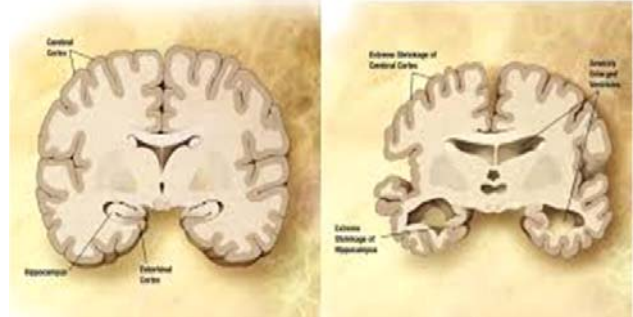
Кафедраи биологияи тиббӣ бо асосҳои генетикаи МДТ "ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино" Душанбе, Ҷумҳурии Тоҷикистон

Муҳимият. Солҳои охир дар дунё беморие бо номи Синдроми Алсгеймер дар байни пиронсолон паэн гашта истодааст, ки ҷомеаи ҷаҳониро ба таҳлука овардааст. Ин беморӣ яке аз намудҳои маъмули деменсия (ноқисулакӣ) мебошад. Дар байни бемороне ки бо нуқсонҳои деменсия ташхис шудаанд, 60- 70% онҳо бемории Алсгеймердоранд. Ин бемории музмини нейрогенеративӣ мебошад, ки рӯз аз рӯз инкишоф ёфта истодааст. Агар дар дунё соли 2014, 36 млн нафар ба ин беморӣ ташхис шуда бошанд, дар соли 2018 ин адад ба 50 млн. расидааст. Дар соли 2050 ин беморӣ 4 маротиба меафзояд. Эҳтимолияти пешгирии он дар назар аст. Бори аввал ин беморӣ аз тарафи психиатри олмонӣ Алоис Алсгеймер дар соли 1907 муайян карда шуда буд. Беморӣ бо номи у гузошта шуд. Беморӣ одатан дар байни одамоне аз 45- 65- сола боло ва ё фардӣ муайян шудааст, чунки аввалин гирифтори ин беморӣ, ки олим Алсгеймер маълум намуд, шахси 30- сола буд. Беморӣ дар натиҷаи зарарёбии ду омили асосӣ дар системаи асаб, ки ба тағирёбии фаъолияти ҳаётии функционалии мағзи сар оварда мерасонад.

- Ҷамъшавии сафедаҳои амилоидӣ ва ҳосилшавии лавҳачаҳо дар мағзи сар.

- Табдилёбии ҳуҷайраҳои асаб ба тубчаҳои нейрофибрилярӣ.

Ин беморӣ чун қоида аз нишонаҳои ноаён, вале дар муддати вақт авҷгиранда иборат аст. Дараҷаи бармаҳал: нишонаҳои аввалин ё бармаҳали ин беморӣ хеле зиёд аст, лекин кам одамоне ҳастанд, ки ба ин беморӣ диққати махсус медиҳанд. Ба нишонаҳои бармаҳали ин беморӣ фаромушхотирии ботадрич (аз ёд баровардани доруҳо, газро хомӯш кардан), паст шудани қобилияти шомма, сустшавии шунавоӣ, вайроншавии психоэмотсионалӣ. Дараҷаи вазнин: вайроншавии вазифавии организм (аз ҳаракат боз мондан, вайроншавии фурубарӣ).



Расми 1. Мағзи сари шахси солим (аз чап); Мағзи сари атрофияшудаи шахси бемор бо Алсгеймер (аз рост)

Олимони Амрико аз штати Флорида таҷрибаҳоеро гузаронидаанд, ки микромавҷҳои ба мавҷҳои ба телефон монанд метавонанд ки ин бемориро аз байн баранд, аммо олимони Россия ин хусусият доштани телефони мобилиро рад карданд. Онҳо таъсири телефони мобилиро баръакси гуфтаҳои олимони амрикоӣ мешуморанд. Онҳо пешниҳод карданд, ки дар одамоне, ки ба Алсгеймер майли генетикӣ доранд, радиатсияи телефонҳои мобилӣ метавонад ин бемориро аллакай дар ҷавонӣ ба вучуд орад. Шояд дар оянда ба ин мушкилот дучор шудан дар назар аст. Вақти он расидааст, ки дар сари ин масъала андешидан зарур меояд. Ислоҳи пешакӣ ба дарозумрии беморон имконият медиҳад. Тавре Жибек Жолдсова қайд мекунад, нигоҳубини гирифтори ин беморӣ ба гаронии калони маънавӣ, эҳсосӣ, ҷисмонӣ ва моддӣ таъсири манфӣ мерасонад. Ҳолати ногувор, душвор ва аламовар дар бемории Алсгеймер ин аст, ки шахсияти худро аз даст медиҳӣ.

Мақсади тадқиқот: Омӯхтани сабабҳои паҳншавии беморӣ ва фаҳмидани ҳолати муқоисаи он бо нишондиҳандаҳои умумичахонӣ. Таҳлили дараҷаи паҳншавии бемории Алсгеймер ва ҷустуҷӯи роҳҳои пурсамари пешгирии бемории Алсгеймер дар Ҷумҳурии Тоҷикистон.



Мавод ва усулҳои тадқиқот. Маводи тадқиқотӣ пурсишнома (тест) мебошад, ки мустақилона бо ду забон тайёр карда ва дар байни аҳолии гузаронида шуд. Дар тадқиқот 100 нафар одамони синну солашон аз 55 боло ки бо касбу кори гуногун машгуланд, иштирок намуданд. Иштирокчиён бо тарзи тасодуфӣ интихоб карда шуданд ва дар бораи ин беморӣ бо онҳо маълумот дода нашуд. Дар пурсишнома ному насабишахснавиштана мешавад, фақат синнусолвакасбукоркайд карда шуд. Намунаҳои тест мухтасаран дар ин ҷо қайд карда шудааст.

Ба шахсони тадқиқшаванда ҳафт савол пешниҳод карда шуд, ки ба баъзе саволҳо дар муддати 1 дақиқа ҷавоб гардонида мешуданд. Ба ҷавоби дуруст 5- ҳол, ҷавоби нодуруст 0-ҳол, ба боқимонда ҷавобҳо мувофиқи меъёри иҷроиш ҳолгузорӣ карда шудаанд. Ҷавобҳо аз ин шахсони номбурда дастнавис талаб карда шудаанд

Санҷиш

1. Се калимаро, ки ба ҳамдигар алоқамандӣ надорад номбар кунед: собун, шамъ, себ.

2. Лавҳаи соатро гирд кашед, ки акрабаки он соат ним та кам чор (15.30) ё 16.40 нишон диҳад.

3. Даҳонӣ моҳҳои фаслҳои солро баръакс бо тартиб номбар кунед?

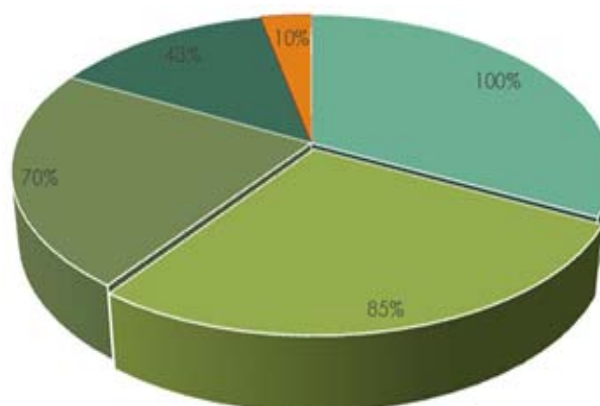
4. Дар варақ аз адади 100 дар 3 сония 5 боррақами 7-ро тарҳ кунед. Мисол: 100-5-5-5-5-5=80

5. Дар 1 дақиқа номгуи 14-16 предметро номбар кунед, ки ба як мавзӯ тааллуқ дошта бошанд.

6. Дар 1 дақиқа 14 калимаро номбар кунед, ки ҳарфи аввалашон якхела бошад.

7. Се калимаро фикр кунед, ки дар аввали суҳбат истифода бурдед.

Натиҷаҳои тадқиқот: Аз рӯи натиҷаҳои тадқиқот чунин нишондодҳо пешниҳод карда мешаванд: аз рӯи санҷиш 5 нафар -100%, 50 нафар –дар ҳудуди 85%, 15 нафар дар ҳудуди 70%, 20 нафар дар ҳудуди 43%, 10 нафар дар ҳудуди 10% аз ӯҳдаи санҷиш баромаданд. Мувофиқи ин нишондод аз 100 нафар 10%-и иштирокчиён метавонанд гирифтори ин беморӣ бошанд.



Расми 2. Диаграмма аз рӯи фоизи иҷроиш.

Хулоса. Ин маводи тадқиқотӣ табибонро бештар ба пешгирии ин беморӣ равона месозад ва дигар намудҳои ташхис ва пешгириро муайян хоҳад кард. Барои бо кадрҳои кофӣ аз мушкilot эҳтиёт кардан, дар ёддоштан зарур аст, ки беморӣ бештар аз рафтори одам муайян карда мешавад. Аз ин сабаб, риоя кардани меъёри дурусти ҳӯрок, нигоҳдории тонуси муайяни мушакҳо, хондани китобҳо, истифодаи дурусти телефонҳои мобилӣ ва майнаи сарро кор фармудан лозим аст.

Адабиёт

1. Богданов Р.Р. Когнитивные и аффективные расстройства на ранних стадиях болезни Паркинсона. | Богданов Р.Р., Борисова С.Ю., Котов С.В. // Альманах клинической медицины. 2015 .
2. Дамулин И. В. Болезнь Альцгеймера: некоторые клинические и терапевтические аспекты // Consilium medicum. 2004. Т. 6. № 8. С. 14-16. ны. 2015. 39: 90-96.
3. Коровайцева Г. И., Григоренко А. П. и соавт. Молекуляр-ның основы болезни Альцгеймера // В кн. Болезнь Альцгеймера и старение. Материалы III Российской конференции. Под ред. С. и. Гавриловой. -М., Пульс, 2003. С. 32-35.
4. Сушкова М.О., Котов С.В., Якушина Т.И., и др. Нарушения когнитивных функций при рассеянном склерозе: ассоциация с активностью воспалительного процесса и степенью выраженности инвалидизации. Альманах клинической медицины. 2015. 39: 115-120.



5 .Kryscio, R. J., Abner, E. L., Caban-Holt, A., Lovell, M., Goodman, P., Darke, A.K., *etal.* Association of Antioxidant Supplement Use and Dementia in the Prevention of Alzheimer's Disease by Vitamin E and Selenium Trial (PREADViSE). JAMA Neurol. 2017 May 1; 74 (5): 567–73.

РАСПРОСТРАНЕНИЕ БОЛЕЗНИ АЛЦГЕЙМЕРА

О.М.Шахсуфбекова

Кафедра медицинской биологии с основами генетики ГОУ "ТГМУ имени Абуали ибни Сино"; Душанбе Республики Таджикистан

Резюме

Данная статья посвящена изучению, распространенности и основным причинам болезни Альцгеймера в Республике Таджикистан. По результатам анализа литературы и специальных тестов выявляются люди, предрасположенные к заболеванию, особенно в молодом возрасте. Не исключено, что эта проблема возникнет в будущем. Пора подумать об этом. Ранняя коррекция позволяет продлить жизнь пациентам. В наше время основной причиной распрост-

ранения болезни Альцгеймера считается чрезмерное использование мобильных телефонов. Результаты исследования позволят врачам больше сосредоточить внимание на профилактику этого заболевания и выявлять другие виды диагностики и профилактики. Чтобы адекватно решить проблему, важно помнить, что болезнь в большей степени определяется поведением человека.

Ключевые слова. Альцгеймер, деменция, болезнь, амилоидные белки, нервная система, головной мозг.

DISTRIBUTION OF ALZHEIMER'S DISEASE

O. M. Shakhshufbekova

Department of medical biology with basics of genetics, State Educational Institution "TSMU named after Abuali ibni Sino"; Dushanbe of the Republic of Tajikistan

Summary

This article is devoted to the study, prevalence and main causes of Alzheimer's disease in the Republic of Tajikistan. According to the analysis of the literature and special tests, people prone to the disease are identified, especially at a young age. It is possible that this problem will be encountered in the future. It is time to think about this. Early correction allows for longevity of patients. In modern times, the

main cause of the spread of Alzheimer's disease is considered to be excessive use of mobile phones. The results of the study will focus doctors more on the prevention of this disease and will identify other types of diagnosis and prevention. To take adequate care of the problem, it is important to remember that the disease is more determined by human behavior.

Keywords. Alzheimer's, dementia, disease, amyloid proteins, nervous system, brain.

Шахсуфбекова Оимниссо Мамадназаровна – н.и.б., муаллими калони муассисаи таҳсилоти ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино, Душанбе, ҚТ. E-mail. n.10.03.1962@mail.ru, тел.992935767621

Шахсуфбекова Оимниссо Мамадназаровна-к.б.н., старший преподаватель кафедры медицинской биологии с основами генетики Государственного образовательного учреждения "Таджикского государственного университета имени Абуали ибни Сино"; Душанбе, Республики Таджикистан. E-mail. n.10.03.1962@mail.ru, тел.992935767621

Shahshufbekova Oimnisso Mamadnazarovna - candidate of biological sciences, senior lecturer Department of medical biology with basics of genetics, SEI "TSMU named after Abuali ibni Sino", Dushanbe, Republic of Tajikistan. E-mail. n.10.03.1962 @ mail.ru, tel. 992935767621

ҚОИДАҲОИ ҚАБУЛИ МАҚОЛАҲО
Муаллиф бояд ҳангоми ба идораи маҷаллаи "Авчи Зухал"
Пешниҳод намудани мақола ҚОИДАҲОИ зеринро риоя кунад:

1. Мақола бояд дар компютер бо истифода аз барномаи VS Word 6,0-7,0 хуруфи андозааш 14 Times New Roman Tj, ҳошияҳо 2,5 см ва фосилаи байни сатрҳо 1,5 мм хуруфчинӣ ва дар ду нусха дар як тарафи варақ чоп карда, бо ҳамроҳии шакли ҳатмии электрони мақола пешниҳод гардад.

2. Мақолаҳои оригиналие, ки ба мушоҳидаҳои чудагонаи таҷрибаҳои амалӣ бахшида шудаанд, бояд аз 12 саҳифа зиёд набоянд.

3. Пешниҳод кардани Шохиси УДК (индекси мазкурро аз дилҳо китобхонаи илмӣ дастрас намудан мумкин аст).

4. Мақолаҳои хулосавӣ бояд муфассал, фаҳмо ва мушаххас бошанд. Маълумотномаи адабиёт бояд маълумотҳои танҳо ба ҳамин мақолаи баррасишаванда марбутро дар бар гирад. Ҳаҷми мақола бояд аз 12 саҳифа зиёд набояд. Иқтибосҳои библиографӣ на бештар аз 50 номгӯ бошанд, дар матн рақамҳо дар қавсайни квадратӣ □ оварда мешаванд. 5. Мақолаҳои илмӣ бе тақриз қбул карда намешаванд. Дар тақриз аслият, муҳиммият, мубрамият ва қаблан чоп нашудани мақола бояд зикр шавад.

6. Дар аввали мақола унвони он (бо хуруфи Caps Lock сиёҳ), ному насаби муаллиф (ним-сиёҳ), номи ҳуқуқи муассиса оварда шавад. Дар охири мақола бо ду забон (русӣ ва англисӣ) маълумот дода шавад. Агар шумораи муаллифон аз 4 нафар зиёд бошад, саҳми ҳар як муаллифро дар таълифи ин мақола додан зарур аст.

7. Мақола бояд бобҳои зеринро дошта бошад: реферат (резюме), калимаҳои калидӣ, муҳиммият (дар ҳаҷми на бештар аз 1 саҳифа), мақсад, мавод ва усули таҳқиқ, натиҷаҳо ва баррасии онҳо, хулоса, номгӯи адабиёт, суроға барои мукотибот. Аннотатсия (резюме) бояд мазмуни мақоларо дар шакли фишурда ифода кунад. Дар асоси аннотатсия калимаҳои калидӣ на камтар аз 7 то 10 калима ё ибора нишон дода шаванд.

8. Ҳамаи формулаҳо бояд ба таври ҷиддӣ санҷида шуда ва дуруст бошанд. Агар маълумотҳои бо рақам ифодакардашуда зиёд бошанд, онҳоро дар шакли ҷадвал ворид кардан зарур аст. Ҷадвалҳо, диаграммаҳо ва расмҳо бояд мӯъҷаз, ифодаҳо возеҳу равшан, бе ихтисора ва ба забони тоҷикӣ бошанд.

9. Иллюстратсия (ороиш) -ҳо бояд дақиқу возеҳ ва мушаххас бошанд, овардани шарҳ ва ифодаҳои тартибӣ (бо ҳарф ё рақам) ва навиштаҷоти зерин расмҳо ҳатмист.

10. Номгӯи адабиёт дар мақолаҳои оригиналӣ бояд аз 20 адад бештар набояд, рақамгузори сарчашмаи адабиёт мувофиқи тартиби дар матн иқтибосшудани онҳо оварда шавад. Рӯйхати адабиёти истифодашуда бояд дар асоси талаботи ГОСТ 7.1-2003 ва ГОСТ 7.0.5-2008 таҳия гардад. Масъулияти дуруст будани маълумот танҳо ба уҳдаи муаллиф вогузор мешавад.

11. Маълумот дар бораи муаллиф ё муаллифони мақола (ҷойи кор ва вазифаи муаллиф, суроға, телефонҳо барои тамос, почтаи электронӣ) дар шакли пурра бо се забон (тоҷикӣ, русӣ, англисӣ) оварда шавад. Ҳаммуаллифӣ бояд аз се нафар зиёд набояд.

12. Талаботи имлои забони тоҷикӣ ба таври қатъӣ риоя карда шавад.

13. Мақолаҳои қаблан дар нашрияҳои дигар чопшуда қабул карда намешаванд.

14. Идораи маҷалла ҳуқуқи тақриз ва таҳрири мақоларо дорад.

**Мақоларо ба суроғаи зерин фиристонед: 734025, Ҷумҳурии Тоҷикистон,
ш. Душанбе, хиёбони Рӯдакӣ-139, МДТ «ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино»,**

Идораи маҷаллаи "Авчи Зухал"

*Ба чопаш 29.08.2022 имзо шуд. Андозаи 60x84 ¹/₁₆.
12 ҷузъи чопӣ. Адади нашр 100 нусха.*