



САРДАБИР

д.и.т.

Мухаббатов Циёнхон Қурбонович

**Қонишини сардабир ва
мухаррири масъул**

н.и.ф., дотсент

Юсуфов Абдулло Исмоилович

ҲАЙАТИ ТАҲРИРИЯ

Ибодов С.Т. - д.и.т., профессор
Ҳакназарова 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.Қ. - 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

ШҶРОИ ТАҲРИРИЯ

Гадоев Б.Ш.,
Қурбонбекова П.Қ.,
Носирӣ Қ.Н.,
Қаландаров Ё.Қ.,
Ишонқулова Б.А.,
Қурбонов С.С.,
Қурбонов Қ.М.,
Раззоқов А.А.,
Раҷабов У.Р.,
Султонов Ш.Р.,
Ҳокироев Т.З.,
Шарофова Н.М.,
Шерматов Д.С.,
Юлдошев У.Р.

АВҶИ ЗУҲАЛ

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

Мачаллаи илмӣ - амалӣ

Ҳар се моҳ чоп мешавад.

21-июни соли 2010 таъсис ёфтааст.

Нашри ҷорӣ:

№ 3 (40) 2020

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

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

Санаи аз нав ба кайдгирӣ 19.03.2018, 051/ МҚ-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

к.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
Рахмонов Э.Р. - д.м.н., доцент
Саидов Ё.У. - д.и.т., доцент
Миралиев С.Р. - д.м.н., доцент
Азизов Г.Дж. - д.м.н.
Субхонов С.С. - к.м.н., доцент
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.,	Раззоков А.А.,
Курбонбекова П.К.,	Раджабов У.Р.,
Носири К.Н.,	Султонов Ш.Р.
Каландаров Ё.К.,	Хокироев Т.З.,
Ишонкулова Б.А.,	Шарофова Н.М.,
Курбонов С.С.,	Шерматов Д.С.,
Курбонов Дж.М.,	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:
№ 3 (40) 2020**

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

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

АДРЕС РЕДАКЦИИ:

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



МУНДАРИЧА

ҶАРРОҶӢ

Назаров Ҳ.Ш., Сараев А.Р., Сайдалиев Ҷ.М., Саидова Ф.Ф. Табобати беморони гирифтори бемориҳои ҷарроҳӣ ва гинекологии узвҳои ковокии батн зимни ҷой доштани перитонит.....	5
Муҳаббатов Ҷ.Қ., Гулов М.Қ., Амиров Ш.Р., Расулова С.И. Фаромадани рӯдаи рост дар занҳо.....	10
Абдулқайюм Ҳакимӣ, Абдулалӣ Яъқубӣ, Қурбонов Қ. М. Муқоисаи мизони авд (ретсидив) ва оризаҳои баъд аз амали total and subtotal thyroidectomy дар дармони ҷарроҳии multinodular goiter пайдошуда.....	16

УРОЛОГИЯ

Абдувоҳидов А.А., Саъдуллоев Ф.С., Салимов Х.Ғ., Умаров М.М. Табобати дисфунксияи эректилӣ дар беморони гирифтори простатити музминиабakterиалӣ.....	21
--	----

АНЕСТЕЗИОЛОГИЯ

Аҳмедов Ҷ.А., Давлатзода Б.Х., Кодиров А.Р. Усулҳои табобати инфузионию-трансфузиони дар ҳолати терминалӣ.....	26
--	----

СТОМАТОЛОГИЯ

Бурҳонов С.Б., Воҳидов А.В., Қосимов М.М. Таъсири камхунии ба камбудии оҳанвобаста ба ҳолати пардаи луобии ковокии даҳон ва забони занҳои ҳомила.....	29
---	----

БЕМОРИҶОИ ЛОР

Холматов Ҷ.И., Кузовков В.Е., Мухамедова М.С., Махамадиев А.А. Оид ба саволи имплантатсияи кохлеарӣ ҳангоми нӯқсонҳои гӯши дохила.....	34
--	----

БЕМОРИҶОИ ДАРУНӢ

Шарипова Х.Ё., Абдуллаев Ф.Н., Султонов Х.С. Хатари пайдо шудани резистентнокӣ ба табобат ва бемориҳои сереброваскулярӣ дар беморони мубтало ба фишорбаландии шарёнӣ.....	40
Саидов Ё.У., Ҳасанзода С.М., Охонова О.Д. Арзёбии комплекси ҳолати системаи кардиоваскулярӣ дар беморони гирифтори артрити ревматоидӣ то саршавии табобати назоратшаванда, ки дар заминаи принципҳои "treattotarget - t2t" - "табобат то расидан ба ҳадаф" сохта шудааст.....	46
Ҳочиева Г.Б., Уроқов К.З., Ҳ. М. Ёсин, Шамсов А.Т. Таъхиси муқоисавии гипертрофияи меъдачаи чапи дил бо ёрии усулҳои маъмул дар беморони фишорбаландии шараёнии шахсони пиронсол.....	55

БЕМОРИҶОИ СИРОЯТӢ

Саидмуродова Г.М., Мамадҷонова Г.С., Ҷонибеки Р.И. Солиев А.А. Нишондиҳандаҳои клиникӣ ва иммунологии сирояти вимо дар кӯдакон бо назардошти роҳҳои сироятёбӣ.....	60
Ризоев Ҳ.Ҳ., Кенчаева И.А. Хусусиятҳои бемористонии уфунатҳои чиркӣ-септикӣ ва муҳити микробӣ дар бемористонҳои соҳти ҷарроҳӣ.....	64

ПСИХИАТРИЯ

Идрис Анвар, Абдулматин Идрок. Дарёфти чигунагии вобастагӣ ба маводи муҳаддир назди муътодини (одаткардаҳои) шифохонаи ҳазорбистари "Ибни Сино".....	70
--	----

**ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИЯ**

- Қосимов А.М., Нуралиев М.Д., Хомидов М.Ф.** Самаранокии клиникии табобати ултрабу-
нафши беморони гирифтори витилиго.....74
- Қосимов О.И., Муниева С.Х., Хомидов М.Ф., Нуралиев М.Д.** Ҳомилагӣ ва хадшаҳои кело-
идӣ.....77

ПЕДИАТРИЯ

- Абдуллаева Н.А., Хайдарова О.Ф., Нуров Р.М.** Зухуроти эпидемиологтву клиникии фос-
фат-диабет дар кӯдакон.....81
- Рахматуллоева З.Р., Умарова З.К., Хайдарова С.Ф., Ходчаева З.Г.** Зухуроти клиникии
сирояти ситомегаловирусӣ дар кӯдакон.....83
- Хочаева Н.Н., Исмоилов К.И., Мухаммаднабиева Ф.А., Хусенова М.С.** Таъсири муолиҷаи
тасҳеҳкунандаи масуният ба ҳолати солимии кӯдакони гирифтор ба камхунии норасоии
оҳан.....87
- Бабаева Л.А., Раҳимов Т.И., Қосимова П.В., Астанақулов С. Р., Қурбонов Қ. М.** Пиело-
нефрит дар кӯдакон.....91
- Расулова С.А.** Дараҷаи тазомунии нишондодҳои масунияти хос ва ғайрихос дар кӯдако-
ни гирифтори гипотрофия.....105

ТИББИ ОИЛАВӢ

- Носирова М.П., Ёдгорова М.Дж., Асфияева Х.М.** Ҷанбаҳои тиббиву иҷтимоии реабилит-
атсияи кӯдакони маъҷуб дар фаъолияти амалии табиби оилавӣ.....112

БЕҲДОШТ

- Нушервон Б.Х., Бабаев А.Б.** Омӯзиши ҳолати саломатӣ ва беморшавии ронандагони на-
қлиёти автомобиллии мусофиркаш.....116
- Мухаммад Сиддиқ Рауф, Нуров Р.М.** Баррасии эпидемиологии беморони қалбӣ-уруқии
(дилу рағҳо) бистарӣ дар бемористонҳо.....119

ҒАЙРИТИБӢ

- Муродова М.К., Муродова С.К.** Забони лотинӣ дар ҷаҳони муосир.....127
- Зулфониён Р.Р.** Шарҳи номвожаи Саразм.....129
- Аз ҳаёти олимони маъруф. Закариёи Розӣ.....137**
- Чашнвора.....140**



ҚАРРОҲӢ

ТАБОБАТИ БЕМОРОНИ ГИРИФТОРИ БЕМОРИҲОИ ҚАРРОҲӢ ВА ГИНЕКОЛОГИИ УЗВҲОИ КОВОКИИ БАТН ЗИМНИ ҚОЙ ДОШТАНИ ПЕРИТОНИТ

Ҳ.Ш. Назаров, А.Р. Сараев, Қ.М. Сайдалиев, Ф.Ф. Саидова

Кафедраи бемориҳои қарроҳии №1 (мудири кафедра д.и.т., профессор Ш.Қ. Назаров)-и ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино

Муҳиммият. Яке аз масъалаҳои муҳиме, ки дар қарроҳии абдоминалӣ зимни гузаронидани амалиёт дар беморони гирифтори перитонит ҳар як мутахассисро ба андешидан водор месозад, ин зудтар барқарор намудани ҳаракатнокии рӯдаҳо дар марҳалаи барвақтии баъдичарроҳӣ мебошад [2;4;7]. Вобаста ба дараҷаи вазнинии протсессҳои илтиҳобӣ дар сифоқпарда давомияти барқароргардии ҳаракати рӯдаҳо дар марҳалаи барвақтии баъдичарроҳӣ гуногун мебошад, чун ин ҳолат ба инкишофёбии фалачи рӯдаҳо боис мегардад [1;3;8]. Дар ҳолати давомёбии перитонит ва дурусту саривақт нагузаронидани табобати лозима инкишофёбии фалачи рӯдаҳо зиёд гардида, хатари зиёдшавии фишори дохилибатнӣ ва авҷгирии захролудшавии организмро дучанд зиёд менамояд, ки он оқибат ба вайроншавии хунгардиш дар узвҳои ковокии батн, инкишофёбии сепсиси абдоминалӣ ва норасогии бисёрӯзвӣ боис мегардад [5;6]. Ин аст, ки дар чунин беморон нишондиҳандаи басомади фавти беморон баланд буда, тибқи маълумоти адабиёти қойдошта он ба 43 - 69 % мерасад [3;5;8].

Ғайр аз ин, зимни ба таври лозима нагузаронидани табобати баъдазқарроҳӣ, дар марҳилаи баъдичарроҳӣ перитонит давом ёфта чараёни илтиҳобии сифоқпардаи паритеталӣ ва виссералӣ боиси як қатор оризаҳо аз қибели - думалҳои дохилибатнӣ, пайдошавии ҳадшаҳо байни ҳалқаҳои рӯда ва девораи шикам, ногузарогии лиҳомии рӯдаҳо ва ғ. мегарданд, ки дар баъзе мавридҳо гузаронидани қарроҳии такрориро тақозо менамоянд [1;2;4;7].

Маҳз чунин нишондиҳандаҳои баланди оқибатҳои нохуши перитонит аст, ки мутахассисонро водор месозад то чихати саривақт ташхисгузори бемориҳои узвҳои

ковокии батн ва усулҳои табобати перитонити қойдошта роҳҳои нави натиҷабашро ҷустуҷӯ намоянд.

Мақсади тадқиқот: беҳтар кардани натиҷаи табобати бемориҳои қарроҳии узвҳои ковокии батн зимни қойдоштаи перитонит.

Мавод ва усулҳои тадқиқот. Дар мақолаи илмии пешниҳодгардида натиҷаи ташхисгузорӣ ва табобати 76 бемори гирифтори бемориҳои қарроҳии узвҳои батн бо оризаи перитонит, ки тули 2 соли охир дар шӯъбаҳои қарроҳии Муассисаи давлатии беморхонаи клиниқии ёрии таъҷилии тиббии шаҳри Душанбе барои гирифтани табобати лозима бистарӣ гардидаанд, мавриди омӯзиш қарор дода шуда аст. Синну соли беморон аз 17 то 74 солро ташкил намуд. Қисмати асосии беморонро шахсони қобилияти коридошта, ки синну солшон аз 21 то 54 сола буданд ташкил дод - 58 (76,3%). Миёни беморон бартариати занон ба мушоҳида расид, ки шумораи онҳо - 47 (61,8%) - ро ташкил намуданд. Мардон дар 29 (38,2%) ҳолат вохӯрданд. Миёни бемориҳо, ки сабагори бистаригардии беморон гардидаанд бартариати аппендцитити шадид ва ногузарогии шадиди рӯдаҳо муаян гардид (ҷадвали 1).

Зимни гузаронидани тадқиқот танҳо бемороне ба инбат гирифта шуданд, ки дар онҳо перитонити серозию-фибринозӣ (n=34) ва фибринозую-фасодӣ (n=42) қойдоштанд. Дар 23 (30,3%) бемор перитонити мавзей ва дар боқимонда 53 (69,7%) ҳолат бошад перитонити паҳнғашта муаян карда шуд. Бо мақсади баҳогузори дуруст ба натиҷаи бадастоварда ва ҳулосабарории лозимаи муқоисавӣ вобаста ба равиши табобат ҳамаи беморон ба 2 гурӯҳ тақсимбандӣ гардиданд. Ба гурӯҳи асосӣ (гурӯҳи 1) 41 (53,9%) беморе шомил буданд, ки ба онҳо



зимни гузаронидани табобат аз маҳлули 0,02%-и "декасан" истифода бурда шуда, ба гурӯҳи муқоисавӣ (гурӯҳи 2) бошад 35 (46,1%) беморе шомиланд, ки ба онҳо шустани ковокии батн бо усули ананавӣ (исти-

фодаи маҳлули 0,02%-и фурациллин) гузаронида шуд. Мавриди зикр аст, ки аз ҷиҳати синну сол, ҷинсият, дараҷаи вазнини ва хусусияти перитонит нишондодҳо дар ҳарду гурӯҳ якхел ба инобат гирифта шудаанд.

Ҷадвали №1

Номгӯи беморӣҳо, ки сабабгори инкишофи перитонит гардидаанд

№	Номи беморӣ	Шумораи беморон	%
1	Аппендитисити шадид	27	35,5
2	Ногузароги шадиди рӯдаҳо	23	30,3
3	Салпингофарити фасодӣ	14	18,4
4	Суроҳшавии захми меъда ва рӯдаи дувоздаҳангушта	10	13,2
5	Суроҳшавии рӯдаи борик	2	2,6

Дар беморони гурӯҳи асосӣ баъд аз баргараф намудани манбаи беморӣ ва шустани ковокии шикам тавассути маҳлули зиддиуфунӣ 0,02% фурациллин то тоза шудани он иловатан бо маҳлули 0,02%-и зиддиуфунӣ "ДЕКАСАН" ковокии батн шуста мешавад. Дар марҳалаи баъдичарроҳӣ бошад, бо мақсади гузаронидани шустушӯи фраксионии перитонеалӣ (фракционный перитонеальный лаваж) 200 мл 0,02% маҳлули декасан ҳамарӯза ба мӯҳлати 3-5 шабонарӯз истифода бурда мешавад. Зимни истифода бурдани маҳлул, бо назардошти он, ки маводи мазкур таъсири худро зимни гарм буданаш беҳтар нишон медиҳад қабл аз вориднамоияш ба ковокии батн (ё ҳангоми шустушуи дохиличарроҳии батн) онро то дараҷаи 380С гарм менамоянд.

Мебояд қайд намуд, ки навобаста аз таъсири зиддимикробӣ, зиддивирӯсӣ, зиддисодатаринҳо ва антифунгинӣ доштани маҳлули декасан инчунин он таъсири зиддиилтиҳобӣ ва зиддиташанучии хуберо доро мебошад, ки ин ҳолат барои беҳтар гардидани натиҷаи табобат дар беморон перитонитдошта хело аҳамияти бузург дорад.

Дар беморони гурӯҳи муқоисавӣ амалёти шустани батн танҳо тавассути маҳлули антисептикии 0,02% фурациллин ба роҳ монда шуд. Табобати инфузионии қаблазчарроҳӣ ва баъдазчарроҳӣ дар ҳарду гурӯҳи беморон якхел гузаронида шуд.

Баҳогузорӣ ба дараҷаи вазнинии перитонит аз руи индекси перитонит (ИП) гузаро-

нида шуд, ки дар 23 (30,3%) бемор ИП то 21 хол, дар 48 (63,1%) бемор аз 21 то 29 хол ва дар боқимонда 5 (6,6%) бемори боқимонда бошад ИП аз 29 хол зиёдтарро ташкил намуданд.

Ба ҳамаи беморон таҳлили умумӣ ва биокимиявии хуну пешоб, рентгенографияи кивокии шикам ва қафаси сина, ТУС ковокии батн, инчунин бо мақсади гузаронидани табобати дурусти зиддимикробӣ таҳлили бактериологии маҳлули дар ковокии батнбуда гузаронида шуд.

Натиҷаҳои ба дастамада бо истифодаи тмаҳаки Стюдент коркарда карда шуда, фарқият зимни баробар будани он ба $p < 0,05$ оморан дақиқ баҳогузорӣ гардид.

Натиҷаҳо ва баррасии онҳо. Бо мақсади баҳогузори дурусти муқоисавӣ ба натиҷаҳои ба дастамада дар ҳарду гурӯҳи беморон ва муайяннамоии натиҷанокии истифодабарии маҳлули декасан дар беморони перитонитдошта дар марҳалаи барвақтии баъдичарроҳӣ муайяннамоии ҳолати беморон вобаста ба нишонаҳои сариву (ҷад. 2) таҳлилӣ (ҷад. 3) ва натиҷаҳои ташхисҳои дастгоҳӣ гузаронида шуд.

Зимни баҳогузорӣ ба аломатҳои сариву дар марҳалаи барвақтии баъдичарроҳӣ зудтар ба ҳолати нормалӣ баргаштани нишондодҳо дар беморони гурӯҳи якум ба мушоҳида расид, ки номгӯ ва натиҷаи онҳо дар ҷадвали 2 ба тариқи муфассал пешниҳод гардида аст.



Чадвали №2

Натиҷаҳои бадастомадаи аломатҳои сарирӣ дар марҳилаи барвақтии баъдичарроҳӣ аз рӯи гурӯҳбандии беморон (n=76)

Аломати сарирӣ	Миқдори беморон вобаста ба шабонарӯзи баъди-чарроҳӣ дар гурӯҳи асосӣ (n=41)			Миқдори беморон вобаста ба шабонарӯзи баъди-чарроҳӣ дар гурӯҳи муқоисавӣ (n=35)		
	1-ум	3-юм	5-ум	1-ум	3-юм	5-ум
Набз >90	41 (100%)	17 (41,5%)	3 (7,3%)	35 (100%)	16 (45,7%)	5 (14,3%)
Хушкии даҳон ва қарҳи болон забон*	34 (82,9%)	9 (21,9%)	1 (2,4%)	29 (82,8%)	13 (37,1%)	3 (8,6%)
Пайдошавии ҳаракати рӯдаҳо	3 (7,3%)	37 (90,2%)	41 (100%)	2 (5,7%)	29 (82,8%)	35 (100%)
Баромадани бод	2 (4,9%)	33 (80,5%)	41 (100%)	2 (5,7%)	26 (74,3%)	35 (100%)
Дамиши шикам	41 (100%)	23 (56,1%)	3 (7,3%)	35 (100%)	27 (77,1%)	6 (17,1%)
Ихрочот аз мисмори дар меъдабуда	32 (78%)	12 (29,5%)	1 (2,4%)	28 (80%)	13 (37,1%)	2 (5,7%)

Эзоҳ: * - ҳолати намнок будани забон ва каме боқӣ мондани сафедӣ дар болои забон аз баҳогузори истисно мебошад.

Мавриди зикр аст, ки дар шахсони перитонитдошта, ки давомнокии он аз 2-4 соат зиёд набуда, перитонит мавзёи баҳогузори гардид, ин хушкии даҳон ва пӯшидашавии болои забон бо қарахша ба назар нарасид. Ҳамзамон дар шахсони перитонити мавзёи дошта, ки давомнокии он аз 2-4 соат зиёд набуда, мисмори дар меъда гузошташуда

баъд аз ба хӯш омадани бемор гирифта шуд.

Бо мақсади баҳогузори ба ҳолати динамикии қараёни илтиҳобӣ ва эндотоксикоз вобаста ба усули табобати гузаронидашуда таҳлилҳои лозимаи озмоишӣ гузаронида шуд, ки натиҷаи онҳо низ аз бартарияти усули пешниҳодгардида шаҳодат доданд (ҷадвали 3).

Чадвали №3

Натиҷаҳои бадастомадаи таҳлилҳои озмоишӣ дар марҳилаи барвақтии баъдичарроҳӣ аз рӯи гурӯҳбандии беморон (n=76)

Номгӯи нишондод	Шабонарӯзи баъди-чарроҳӣ дар гурӯҳи асосӣ		Шабонарӯзи баъди-чарроҳӣ дар гурӯҳи муқоисавӣ	
	3-юм	5-ум	3-юм	5-ум
Лейкоситоз*	10±2	8±1,5	11±1,5	9±2
ИЛЗ* (индекси лейкоцитарии захролудшавӣ)	4,5±2	1,7±1,5	6,3±2	2,2±1,3
МММ* (молекулаи массаи миёна)	0,34±0,05	0,25±0,03	0,53±0,04	0,29±0,05

Эзоҳ: * - дар шахсони перитонити мавзёидошта, ки давомнокии он то 4 соатро ташкил менамуд тағйиротҳои назаррас дар нишонаҳои озмоишӣ ба мушоҳида нарасид.

Зимни баҳогузори дастгоҳӣ ба натиҷаи табобат дар марҳилаи барвақтии баъдичарроҳӣ ТУС ба тариқи динамикӣ истифода бурда шуд, ки зимни гузаронидани он мавҷуд будан ва ё набудани ҳаракати рӯдаҳо, васеъ будан ва ё набудани ҳалқаи рӯдаҳо, мавҷуд будан ва ё набудани моеъи озод дар ковокии батн муаян карда шуд. Маълум гар-

дид, ки дар беморони гурӯҳи асосӣ пайдошавии ҳаракати рӯдаҳо ва ба меъёр наздик гардидани ҳаҷми ҳалқаи рӯдаҳо ба ҳисоби миёна 2-4-юм шабонарӯзро ташкил намуд, дар ҳоле, ки ин нишондод дар беморони гурӯҳи муқоисавӣ 3-6-ум шабонарӯзро дар бар гирифт. Мебоёд қайд намуд, ки ин нишонаҳои зикргардидаи дастгоҳӣ вобаста ба



намуд ва давомнокии перитонит зохирша-виашон тағйир ёфта, асосан дар беморони перитонити паҳнғаштаи давомнокиаш аз 48 соат ба мушохида расида, бештар давом ёфтанд. Таносуби давомёбии мавҷудияти моеъи озод дар дохили батн миёни ин ду гурӯҳи беморон зимни гузаронидани ТУС ба 3-4 шабонарӯз бар 5-6 шабонарӯз рост омад.

Дар натиҷаи баҳогузорӣ ба басомади аворизи баъдичарроҳӣ бартарияти онҳо миёни беморони гурӯҳи муқоисавӣ ошкор карда шуд, ки миқдори онҳо дар беморони гурӯҳи асосӣ 4 (9,7%) ва дар гурӯҳи муқоисавӣ бошад 6 (17,6%) -ро ташкил намуд. Аз ин шумора миёни беморони гурӯҳи асосӣ дар 2 (4,9%) ҳолат фасодгирии захми баъдичарроҳӣ, дар - 1 (2,4%) ҳолат nobасомонии нопурраи кӯкҳои анастомози дар рӯда гузошташуда ва дар 1 (2,4%) ҳолати боқимонда бошад думали коси хурд мушохида гардид. Дар 3 ҳолати аввал табобати консервативӣ бо натиҷаи мусбӣ гузаронида шуда, дар бемори думалдошта дар зери назорати ТУС тоза ва обияташнамоеи ковокии думал бо натиҷаи мусбӣ гузаронида шуд. Дар беморони гурӯҳи муқоисавӣ бошад дар 2 (5,7%) ҳолат фасодгирии захми баъдичарроҳӣ, дар 2 (5,7%) ҳолат nobасомо-

нии нопурраи кӯкҳои анастомози дар рӯда гузошташуда, дар 1 (2,9%) ҳолат ногузарогии шадиди барвақтии лихомии рӯдаҳо ва дар 1 (2,9%) боқимонда бошад норасогии бисёрузвӣ ба мушохида расид. Дар 1 (2,9%) ҳолати nobасомонии кӯкҳои анастомоз ва дар 1 (2,9%) бемори гирифтори ногузарогии лихомии рӯдаҳо амалиёти релапаротомия гузаронида шуда, дар бемори nobасомонии кӯкҳо дошта амалёти гузоштани колостома ва дар бемори ногузарогии лихомӣ дошта бошад амалиёти буриши лихом, тоза ва обияткашнамоеи батн гузаронида шуд. Дар 1 (2,9%) ҳолате, ки норасогии бисёрузвӣ инкишоф ёфт фавти бемор ба мушохида расид.

Хулоса. Ҳамин тариқ, истифодаи маҳлули 0,02% декасан зимни гузаронидани амалиёти ҷарроҳӣ дар беморони перитонитдошта боиси кам гардидани басомади оризаҳои илтиҳобию фасодии баъдичарроҳӣ мегардад. Хусусияти зиддилтиҳобӣ ва зиддиташанучии маҳлули декасан ба бехтар гардидани ҷараёни барқароргардии фаолияти рӯдаҳо мусоидат менамояд, ки он дар навбати худ ба зудтар барқароргардии қобилияти кори бемор ва кам гардидани шумораи рӯзҳои бистаригардии онҳо боис мегардад.

Адабиёт

- 1) Бебуришвили А.Г. Этапный лапароскопический адгезиолизис с применением противоспаечных барьерных средств / А.Г.Бебуришвили, [и др.] // Эндоскопическая хирургия. - 2010. - № 1. - С. 20-24.
- 2) Заневский В.П. Нарушения моторно-эвакуаторной функции кишечника после внутрибрюшных операций / В.П. Заневский, А.Е. Кулагин, И.М. Ровдо//. - Минск БГМУ, 2011.-20с.
- 3) Газиев З.Х. Современные технологии в диагностике и лечении послеоперационного перитонита: Дис. канд. мед. наук. - Душанбе, 2019. - 126 с.
- 4) Лечение распространенного гнойного перитонита / Б.С. Суковатых [и др.] // Хирургия - 2012. - №9. - с.42-47.
- 5) Савельев В.С. Перитонит и эндотоксиновая агрессия / В.С. Савельев, В.А. Петухов - М.: 2012. - 326с.
- 6) Cheatham M.L. Abdominal compartment syndrome: pathophysiology and definitions / M.L. Cheatham// Scand. J. Trauma Resusc. Emerg. Med. - 2009. - №17. - P.10-43
- 7) Hartl, W. Secondary peritonitis / W. Hartl, D. Kuppinger, M. Vilsmaier // Zentralbl. Chir. - 2011. - V. 136, №1. - P. 11 -17.
- 8) Theunissen C., Cherifi S., Karmali R. Management and outcome of high-risk peritonitis: a retrospective survey 2005-2009 / C.Theunissen, S. Cherifi, R. Karmali// Int. J. Infect. Dis. 2011. Vol. 15, № 11. P. 769-773.



ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ С ХИРУРГИЧЕСКИМИ И ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ОРГАНОВ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ В УСЛОВИЯХ ПЕРИТОНИТА

Х.Ш. Назаров, А.Р.Сараев, Дж.М. Сайдалиев, Ф.Ф.Саидова

Кафедра хирургических болезней №1 (зав. кафедра д.м.н., профессор Ш.К. Назаров)
ТГМУ имени Абӯали ибни Сино

Несвоевременное и неадекватно выполненное лечение перитонита приводит к развитию пареза кишечника и расширением её петель, что сопровождается повышением внутрибрюшного давления и нарушением кровообращения в органов брюшной полости. Эти обстоятельства способствуют усугублению итоксикации организма, повышению риска развития абдоминального сепсиса и полиорганной недостаточности. Это может обусловить повышение летальности у данной категории больных, что по данным литературы составляет 43 - 69 % случаев.

В представленной статье приведены результат диагностики и лечения 76 больных с хирургическими заболеваниями органов брюшной полости осложнившихся перитонитом. Все больные были разделены на 2 группы. В основную группу вошли 41 (53,9%) больных, которым в ходе лечения был использован 0,02% раствор "декасан" , в то время как контрольную группу составили

35 (46,1%) больных, которым лечение было проведено традиционным методом (промывание брюшной полости 0,02%-раствором фурациллина).

С помощью раствора декасана, обладающего антисептическим, противовоспалительным и спазмолитическим действием авторам удалось значительно снизить выраженность воспалительного процесса в брюшной полости и уменьшить сроки восстановления функции кишечника, что в свою очередь способствует снижению частоты послеоперационных гнойно-воспалительных осложнений.

Использование раствора декасана для промывания брюшной полости у с перитонитом способствует улучшению результатов проведенного лечения и ранему восстановлению трудоспособности пациентов.

Ключевые слова. хирургические заболевания, перитонит перистальтика кишечника, послеоперационные осложнения.

TREATMENT OF PATIENTS WITH SURGICAL AND GYNECOLOGICAL DISEASES OF THE ABDOMINAL CAVITY ORGANS IN CONDITIONS OF PERITONITIS

H.SH. Nazarov, A.R. Saraev, J.M. Saydaliev, F.F. Saidova

Chair of surgical illnesses №1 (head of chair, d.m.s., professor SH.K.Nazarov)
TGMU by the name of Abuali ibni Sino

Urgency. Untimely and incorrect treatment of peritonitis leads to the development of intestinal paresis and expansion of its loop, which increases intra-abdominal pressure and violations of blood circulation in the abdominal cavity. The above circumstance contributes to the deterioration of intoxication of the body, which increases the risk of developing abdominal sepsis and multiple organ failure. This will cause a high rate of death in this category of patients, which according to the literature is 43-69 % of cases.

The purpose. Improvement of the result of treatment of patients with surgical diseases of

the abdominal cavity complicated by peritonitis

Material and methods. The article presents the results of diagnostics and treatment of 76 patients with surgical diseases of the abdominal cavity complicated by peritonitis. All patients were divided into 2 groups. The main group consisted of 41 (53.9%) patients who used 0.02% decasan solution during the treatment of bila, while the control group included 35 (46.1%) patients who were treated with traditional methods of bila (using 0.02% furatcillin solution).

Result. Using a solution of dekatan - having antiseptic, anti-inflammatory and



antispasmodic effect, the authors were able to significantly reduce the inflammatory process in the abdominal cavity and improves the process of recovery of bowel function, which in turn reduce the frequency of postoperative purulent complications vospalitel'naya.

Conclusion. The use of the solution proved during abdominal lavage in patients with peritonitis helps to improve the result of treatment and earlier recovery of patients.

Key words: surgical disease, peritonitis peristalsis of the intestine, postoperative complications.

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

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

Nazarov Hiloliddin Sharofovich, assistant to chairs of surgical illnesses №1 Tadjik state medical universities by the name of Abuali ibni Sino, E.mail: hiloliddin.nazarov@mail.ru, ph.: 900-50-03-03.

ФАРОМАДАНИ РҶДАИ РОСТ ДАР ЗАНҲО

Ҷ.Қ.Муҳаббатов, М.Қ.Гулов, Ш.Р.Амиров, С.И.Расулова

Кафедраи ҷарроҳии умумии №1 (мудири кафедра н.и.т., дотсент Боймуродов О.С.) -и ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино

Муҳиммият. Афтидани рӯдаи рост (АРР) дар миёни ҳама бемориҳои рӯдаи ғафс 5,2 - 9% ҳолатро ташкил медиҳад [1,2]. Ягона усули табобати АРР ҷарроҳӣ ва усулҳои мвҷуд-буда вобаста аз дасраскунӣ ва муносибатҳо ба гурӯҳи ждастраскунӣ ба воситаи шикам ва чатан ҷудо мешаванд, аз рӯйи усулҳои ҷарроҳӣ ҷарроҳӣҳои маҳкамкунанда ва ре-зексиониро ҷудо мекунанд [3]. Дар даҳсо-лаҳои охир учсули лапароскопӣ мавриди истифода қарор дода шудааст [4,5,6,7,8].

Усули аз ҷиҳати техникӣ сода ва осон иҷро-шавандаи ҷарроҳӣҳои абдоминалӣ ҷарроҳии Кюммел - Зеренин мебошад, аммо дар ҳола-тҳои алоҳидаи давраи пас аз ҷарроҳӣ ретси-дивии АРР 15-17,9%-ро ташкил медиҳад, дар шахсони бо усули Уэллс ҷарроҳишуда рет-сидиви беморӣ дар 12-14% ба мушоҳида мерасад. Оризаҳои нисбатан зиёд пас аз ҷар-роҳии Делорм ба мушоҳида мерасанд, ки то 34,4% ҳолатро ташкил медиҳанд. Пайдо шудан ва қувват гирифтани қабзият пас аз ҷарроҳии Кюммел - Зеренин тибқи маълумо-тҳои гуногун то 42,9% аст, пас аз ҷарроҳии Уэллс бошад, вай ба 79,3% баробар мешавад. Беҳтар шудани норасоии сфинктери мақъад (НСМ) пас аз ҷарроҳӣ дар 42 -63%-и бемо-рон ба қайд гирифта шудааст [9,10,11,12].

Сабаби пайдо шудани ретсидиви бе-морӣ ва дигар натиҷаҳои ғайри қанотбах-ши пас аз ҷарроҳиро муаллифони баъзе та-ҳқиқотҳо бо он вобаста медонанд, ки та-нҳо дар 15%-и беморон АРР -и ҷудогона ба назар мерасад, дар қисми асосии беморон бошад, АРР бо ихтилоли транзит дар 17%-и ҳолатҳо дида мешавад, дар 30-90%-и ҳола-тҳо вай бо ихтилоли сфинктери мақъад (ИСМ) ва зухуроти гуногуни синдроми афтидани чатан ва пролапси гениталӣ - 40-60% [13,14,15] ҳамроҳ мешавад. Ҳатто пас аз ҷарроҳии омехта миқдори ретсидивҳои беморӣ, ИСМ (ихтилоли сфинктери мақъ-ад), ихтилолҳои гуногуни транзит аз рӯдаҳо ва норасоии мушакҳои қабри кос беморон ва табибони амалиро қаноатманд намесозад [16].

Мувофиқи маълумоти адабиёти илмӣ дар хусуси таъсири АРР ба пассаж дар рӯдаи ғафс, норасоии сфинктери мақъад ва пайдо шудани САЧ (синдроми афтидани чатан) маълумот ва иттилоот дода шудааст ё онҳо бо синну сол ё чинс вобаста қарда шудаанд, махсусан дар занҳо назар ба мардҳо вай 4-5 маротиба бештар дида мешавад ва ба тавл-луд қардан ба сустшавии дастгоҳи мушакҳо -бандакҳои чатан майл дорад.



Мақсади таҳқиқот. Гузаронидани таҳлили чараёни клиники АРР дар занҳои гурӯҳҳои гуногуни синнусолӣ барои интиҳоб кардани ҳаҷми ҷарроҳӣ ва бо мақсади беҳтар сохтани натиҷаҳои дури табобати ҷарроҳӣ.

Мавод ва усулҳои таҳқиқот. Таҳқиқ ва табобати ҷарроҳӣ кардани 114 бемори дорои АРР дар пойгоҳи кафедраи бемориҳои ҷарроҳии "1-и ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино дар давраи солҳои 2010-2020.

Бо мақсади амалӣ сохтани вазифаҳои дар пеш гузошташуда, ҳамаи беморон вобаста аз синну сол ба 3 гурӯҳ ҷудо карда шуданд: дар гурӯҳи якум 55 бемори ҷавон (занҳо, ки ёбешавҳар буданд, ё назида буданд), гурӯҳи дуюм -30 нафар (занҳои синну соли репродуктивӣ) ва гурӯҳи сеюм 29 нафар занҳои калонсол буданд.

Дараҷаи II-и АРР дар - 49 (42,9%) беморон, дараҷаи III - дар 65(57,1%) беморон ба қайд гирифта шуд. Таснифи клиники дар НМИЦ колопроктологияи ба номи А.Н.Рижих (соли 1972) истифода карда шуд.

Дар ҳамаи беморон усулҳои таҳқиқоти клиникӣ-лабораторӣ, инструменталӣ то ва пас аз ҷарроҳӣ мувофиқи протоколҳои таҳияшуда барои беморони дорои АРР гузаронида шуд.

Натиҷаҳои таҳқиқот ва баррасии онҳо. Аз анамнези беморӣ муайян карда шуд, ки аксари бештари беморони гурӯҳи I саршавии бемориашонро ба даврони кӯдакӣ алоқаманд мекунанд. Дар 44 бемори гурӯҳи I дараҷаи II-и ИСМ (27,3% и 58,2% соотваственно) ба назар расид. Дар ҳамаи беморони гурӯҳи якум хусусияти маҳдуди ИСМ ба мушоҳида расид ва амалимаҳфузмондаи дефексия муайян карда шуд (ҷадвали 1).

Ҷадвали 1

Зухуроти клиникии АРР

Синну сол	Гурӯҳи якум		Гурӯҳи дуюм		Гурӯҳи сеюм		Ҳамагӣ	
	Мутлақ	Бо %	Мутлақ	Бо %	Мутлақ	Бо %	Мутлақ	Бо %
Дараҷаи АРР								
II	44	80,0	9	30,0	6	20,7	59	51,8
III	11	20,0	21	70,0	23	79,3	55	48,2
Фаза								
Компенсатсия	36	65,5	11	36,7	8	27,6	55	48,2
Декомпенсатсия	19	34,5	19	63,3	21	72,4	59	51,8
Дараҷаи ИСМ								
I	15	27,3	5	16,6	2	6,9	22	19,4
II	29	52,7	14	46,7	6	20,7	49	42,9
III	11	20,0	11	36,7	21	72,4	43	37,7
Дисфунксияи ВС ПК								
Ҳа	6	11,1	11	36,7	23	79,3	40	35,1
Не	-	-	-	-	-	-	-	-

Аз ҷумлаи беморони гурӯҳи II 31 нафар саршавии беморию бо синну соли кӯдакӣ иртибот додаанд. Дар 12 бемор бошад, беморӣ хусусияти иктисобӣ (пайдошуда) дошт ва сабабшро ба иҷро кардани корҳои вазнини ҷисмонӣ ва таваллудкунӣ (4-5 маротиба зоидан) алоқаманд меҳисобиданд. Дараҷаи III-и афтидани рӯдаи рост (АРР) дар 53(62,2%) ҷой дошт, бартарии дараҷаи вазнинии III -и ихтилоли сфинктери мақъад (ИСМ) ба мушоҳида расид, ихтилоли механизми нигоҳ дошта натавонистани муҳтавои рӯдаҳо ва набудани амали дефексия, дар аксари бештари мавридҳо хангоми хоб му-

айян карда шуд.

Таҳлили нишондиҳандаҳои объективӣ нишон доданд, ки сусти шудани рефлексии мақъад дар 50(80,6%)-и беморон, вайрон шудани тонуси сфинктери дарунӣ ванргоҳдорӣ дар ҳамаи беморон ҷой доранд. Вобаста аз ин, дар 25,9%-и беморони ин гурӯҳ ИСМ хусусияти омехта дошт, яъне дар баробари патологияи органикӣ, тағйиротро дар патологияи асабиву рефлектории сфинктери мақъд низ ошкор намуданд.

Дар гурӯҳи сеюми беморон-беморӣ дар 36,6% ҳолат дар давраи кӯдакӣ сар шуда ва дар 63,4% - генези пайдошуда дошт. Дар



аксари бештари беморон фазаи декомпенсационии АРР (72,4%) ва декомпенсатсияи қобилияти захиравӣ-кашишхӯрии дастгоҳи мушаққову бандақҳои дастгоҳи маҳкамкунандаи рӯдаи рост бо зухуроти дараҷаи III-и ИСМ (87,7%) ба қайд гирифта шуд. Аз миқдори умумии беморон (45) дар 37 (82,2%) ҳолат дисфунксияи сфинктери дарунии рӯдаи рост муайян карда шуд. Дар 38(61,3%)-и беморон шакли органикии ИСМ бар шаклҳои функционалии беморӣ бартарӣ дошт. Натиҷаҳои таҳқиқот нишон доданд, ки зиёд шудани миқдори лаҳзаҳои нигоҳ надоштани наҷосат, хурд шудани ҳаҷми ампулаи рӯдаи рост ва возеҳии миқдори дефлексия (қазои хочат) дар беморони гурӯҳи сеюм назар ба гурӯҳҳои якум ва дуҷум бартарӣ доштанд.

Омӯхтани ҳолати функционалии мушаққҳои сфинктери рӯдаи рост нишон дод, ки ихтилолҳои маҳдуди ҳолати функционалии сфинктери берунӣ ҳамагӣ дар 37,7% ҳолат дар беморони гирифтори дараҷаи II-и АРР дар фазаи компенсатсия ва дар занҳои ҷавон ҷой дорад. Дар 62,3% ҳолати боқимонда ихтилоли қобилияти кашиишхӯрии сфинктери берунӣ дар якҷоягӣ бо фаъолнокии рефлектории сфинктери дарунии рӯдаи рост ба қайд гирифта шуд. Шакли таркибӣ ё омехтаи ИСМ дар беморони дорои дараҷаҳои II ва III-и АРР дар фазаи декомпенсационӣ дар 21,2% зани миёнасол ва дар 42,1% зани калонсол дида шуд.

Дар давраи пасазҷарроҳӣ дар 10(18,4%) беморони гурӯҳи якум муҳлати ҳаракаткунии контраст дар рӯдаи ғафс зиёда аз 72 соатро ташкил дод ва хусусияти оҳиста-транзитории қабзият муқаррар карда шуд. Дар гурӯҳҳои беморони синну соли миёна ва калонсол, ки муҳлати ҳаракатнокии контраст дар рӯдаи ғафси онҳо зиёда аз 72 соат буд, мутаносибан дар 46,7% ва 65,5%-и беморон ба мушоҳида расид. Дар ин беморон хангоми ҳар як ҳомилиагӣ қабзияти гестационӣ ба амал меомад ва пас аз таваллуд то 8-9 моҳ давом мекард, ки ин пассажро дар рӯдаи ғафс бад месохт. Таҳқиқоти функсияи тахлиявии (эвакуатории) рӯдаи рост дар 45(39,6%) ҳолат дараҷаҳои мухта-

лифи ихтилолотро дар шакли дефлексияи инсидодӣ (обструктивӣ) дар шахсони дорои ректоселе - дар 15 ҳолат ва дорои ректоселе ва систоселе дар 30 ҳолат нишон дод.

Дар синну соли ҷавонӣ шаклурологӣ-гкногкни нигоҳ дошта натавонистани пешоб ва патологияҳои проктологӣ-проктит (проктосигмоидит) ҳамагӣ дар 12,7% ҳолат дида шуд. дар гурӯҳҳои дуҷум ва сеюм (гурӯҳҳои миёнасол ва калонсолон) бо калон шудани синну соли беморон, зиёд шудани миқдори таваллудкуниҳо, иҷро намудани корҳои вазнини ҷисмонӣ зиёд шудани миқдори беморони дорои зухуроти клиникаи САЧ (синдроми афтидани чатан) (ректоселе, афтидани бачадон) мутаносибан дар 26,6% ва 41,4% ҳолат, проктит (проктосигмоидит), реши солитарии рӯдаи рост дар 30,6% ва 49,8% ва шаклҳои гуногуни нигоҳ дошта натавонистани пешоб муайян карда шуд.

Дар клиникаи мо барои табобати ҷарроҳии АРР ҷарроҳии Кюммел-Зеренин дар модификатсияи клиникаи мо, яъне бо истифода аз тӯри капронӣ дар девораи пеши рӯдаи рост гузаронида шуд. Тактикаи табобати ҷарроҳӣ дар шахсони синну соли ҷавон аз гузаронидани табобати якмарҳилагӣ (76,4%) - ректопексия, ҷарроҳии Кюммел-Зеренин дар модификатсияи клиника иборат буд, зеро фазаи компенсационии АРР, марҳилаҳои аввали патологияҳои урологӣ ва проктологӣ ҷой доштанд (ҷадвали 2). Дар 12,7% ҳолат ислоҳи якмарҳилагии омехтаи АРР ва дар 6(10,9%) беморон амалиёти ҷарроҳии думарҳилагӣ анҷом дода шуд. Барои ислоҳи дисфунксияи моторӣ-эвакуатории рӯдаи ғафс ва ИСМ дар беморони ин гурӯҳ табобати консервативӣ иҷро карда шуд. Дар беморони синну соли миёна дар 63,3%-и ҳолатҳо амалиёти ҷарроҳии якмарҳилагии ректопексия, ҷарроҳии Кюммел-Зеренин дар модификатсияи клиника, дар 21,8% амалиёти ҷарроҳии якмарҳилагии омехта (ректопексия, ҷарроҳии Кюммел-Зеренин дар модификатсияи клиника ва ислоҳи чатани ректосел ва сфинктеролеваторопластикаи пеш) гузаронида шуд. Дар 5(14,9%) ҳолат - ислоҳи бисёрмарҳилагии АРР ва ИСМ ва



нигоҳ дошта натавонистани пешоб ба кор бурда шуд.

Дар гурӯҳи сеюми беморон табобати чарроҳии якмарҳилагӣ ҳамагӣ дар 17,2%-и беморон сурат гирифт, дар беморони боқимонда бинобар декомпенсатсияи қобилияти захиравӣ-кашишхӯрии дастгоҳи мушакӣ- бандакии мушакҳои ЗАПК бо зухуроти клинӣ дараҷаи III-и ИСМ, САЧ (ректоселе, афтидани бачадон) ва қабзият дар марҳалаи декомпенсатсия амалиётҳои чарроҳии думарҳилагӣ ва бисёрмарҳилагӣ (82,8%) иҷро карда шуданд. Амалиёти чар-

роҳии Кюммел-Зеренин (9) ва чарроҳии Кюммел-Зеренин дар модификатсияи клиникаи мо (28) амалиёти бартарифсозии фазои Дугласовро пурра карданд. Дар 7 ҳолат чарроҳӣ бо усули Костин, яъне сигмопексия бо гузоштани тӯри капронӣ дар девораи пеши он ва маҳкам кардан дар қанотҳои устухони тигигоҳ иҷро карда шуд. Дар аксари бештари беморони дорои АРР дар якҷоягӣ бо дигар патологияҳо- ректопексия бо резексии рӯдаҳои сигмашакл ё рост, ё комбинатсия бо ислоҳи чатании норасоии мушакҳои қаъри кос муттаҳид карда шуданд.

Ҷадвали 2

Хусусиятҳои чарроҳии гузаронидашуда (n-114)

Гурӯҳ	Гурӯҳи якум		Гурӯҳи дуюм		Гурӯҳи сеюм		Ҳамагӣ	
	Мик. мулт.	Бо %	Мик. мулт.	Бо %	Мик. мулт.	Бо %	Мик. мулт.	Бо %
Якмарҳилагӣ (якҷағғӣ)	42	76,4	19	63,3	5	17,2	66	57,9
Якмарҳилагии омехта	7	12,7	6	20,0	8	27,6	21	18,4
Думарҳилагӣ (дуҷағғӣ)	6	10,9	3	10,0	10	34,5	19	16,6
Бисёрмарҳилагӣ	-	-	2	6,7	6	20,7	8	7,1
Ҳамагӣ	55	100	30	100	29	100	114	100

Баҳогузори ба натиҷаҳои табобати чарроҳии беморони гирифтори АРР тибқи меъёрҳои дар НМИЦ колопроктологияи ба номи А.Н.Рижих сурат гирифт. Баҳогузори муваққати гурӯҳҳои омӯхташаванда аз рӯи ин нишондодҳо гузаронида шуд: набудани ретсидиви беморӣ, дисфунксияи моторӣ-эвакуатории рӯдаи ғафс ва барқарорсозии ИСМ. Дар давраи дури пасазчарроҳӣ ретсидиви афтидани рӯдаи рост (АРР) дар 11(9,65%) бемор ва афтидани пардаи луобии канали мақъад дар 2(2,28%) ҳолат ба кайд гирифта шуд.

Ретсидиви беморӣ дар беморони синну соли миёна (4) ва калонсол (7) ба мушоҳида расид. Дар 9(7,9%) ҳолат дисфунксияи моторӣ-эвакуатории рӯдаи ғафс нигоҳ дошта шудааст, аммо нишонаи ҳассосият ва ҳаҷми бавучудоварандаи амали дефексия беҳтар гаштааст. Норасоии сфинктери мақъад дар 87,7%-и беморон беҳтар шудааст, дар 9(7,8%) ҳолат то дараҷаи I ва дар 5(5,3%) - то дараҷаи II паст шудааст. Ғайр

аз ин, дар ин гурӯҳи беморон дар 13,1% дисфунксияи сфинктери дарунии рӯдаи рост маҳфуз мондааст, ки барои онҳо табобати комплексии консервативӣ гузаронида шудааст.

Хулосаҳо

1. Омӯхтани ҳолатҳои функционалии мушакҳои сфинктери мақъади рӯдаи рост дар занҳои дорои АРР нишон дод, ки ихтилолҳои маҳдуди ҳолатҳои функционалии мушакҳои сфинктер дар 37,7% дида мешавад, дар 62,3% - маврид ихтилоли қобилияти кашӣшхӯрандагии мушакҳои сфинктери берунӣ ва фаъолнокии рефлектории сфинктери дарунии рӯдаи рост, яъне шакли омехтаи ИСМ мавҷуд аст.

2. Ректопексияи интраабдоминалӣ дар синну соли ҷавонӣ, дар якҷоягӣ бо ислоҳи чатании норасоии мушаки қаъри кос- дар синну соли миёна, чарроҳӣҳои чатании бисёрмарҳилагӣ дар синну соли калонсолон натиҷаҳои дури табобати чарроҳии афтидани рӯдаи рост занҳо беҳтар мегардад.



АДАБИЁТ

1. Возможности комплексного лечения выпадения прямой кишки/С. С.Гайворонская, С.В.Васильев и др. //Вестник хирургии - 2007 - №2(166) - С 100-102.
2. Войнов М. А. Хирургические методы лечения выпадения прямой кишки (обзор литературы) / М. А. Войнов // Колопроктология. - 2013. - № 4 (46). - С. 41-47.
3. Клиника, диагностика и лечение больных с выпадением прямой кишки / Г.И.Воробьев, Ю. А.Шельгин, Л.П.Орлова// Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. - 1996. - №6(1). - С. 78-82.
4. Опыт ректосакропексии в лечении больных выпадением прямой кишки/ А. Ю.Титов, О. М.Бирюков, О. Ю.Фоменко, А. А.Тихонов, М. А. Войнов // Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии и колопроктологии -2015.-Т. 25. -№1.-С. 43-48.
5. Сравнение отдаленных результатов лапароскопической и открытой задне-петлевой ректопексия при лечении больных с выпадением прямой кишки / С.А.Фролов, Л.А.Благодарный, А.И.Мусин // Астраханский медицинский журнал. - 2011 год. - Том 6. - №1. - .С. 68 - 69.
6. Суханов А.А. Ранняя профилактика и лечение дисфункции тазового дна. Масштаб заболевания в современном мире/ А.А.Суханов, И.И. Кукарская// Уральский медицинский журнал.- 2018.-N 6.-С.107-117.
7. Характер морфологических и нейрофизиологических изменений у женщин с синдромом опущения промежности/ Ю. А.Шельгин, А. Ю.Титов, А. Б.Шехтер, А. А.Мудров и др. // Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии и колопроктологии. - 2014. - Т. 24. - № 1. - С. 71-82.
8. Ashari L.H., Lumley J.W., Stevenson A.R., Stitz R.W. Laparoscopically-assisted resection rectopexy for rectal prolapse: ten years' experience // Dis Colon Rectum. - 2005. - Vol. 48.- №5, - P. 982-7.
9. Naahr C., Jakobsen H.L., Gogenur I. Robot-assisted rectopexy is a safe and feasible option for treatment of rectal prolapse // Dan Med J. - 2014. - Vol. 61. - №5. - P. A4842.
10. Sajid M.S., Siddiqui M.R., Baig M.K. Open vs laparoscopic repair of full-thickness rectal prolapse: a re-meta-analysis // Colorectal Dis. - 2010. - Vol. 12. - № 6. - P. 515-25.
11. Zittel T.T., Manncke K" Haug S., Schafer J.F., Kreis M.E., Becker H.D., Jehle E.C. Functional results after laparoscopic rectopexy for rectal prolapse // J Gastrointest Surg. - 2000. - Vol. 4, - №6, -P. 632-41.
12. Makineni H., Thejeswi P., Rai B.K. Evaluation of Clinical Outcomes after Abdominal Rectopexy and Delorme's Procedure for Rectal Prolapse: A Prospective Study // J Clin Diagn Res. - 2014. - Vol. 8. - № 5. - P. NC04-7.
13. Senapati A., Gray R.G., Middleton L.J., Harding J., Hills R.K., Armitage N.C., Buckley L., Northover J.M., Group P.C. PROSPER: a randomised comparison of surgical treatments for rectal prolapse//Colorectal Dis. - 2013. - Vol. 15. -№7, -P. 858-68.
14. Lee J.L., Yang S.S., Park I.J., Yu C.S., Kim J.C. Comparison of abdominal and perineal procedures for complete rectal prolapse: an analysis of 104 patients // Ann Surg Treat Res. - 2014. - Vol. 86. - № 5. - P. 249-55.
15. Cadeddu F., Sileri P., Grande M., De Luca E., Franceschilli L., Milito G. Focus on abdominal rectopexy for full-thickness rectal prolapse: meta-analysis of literature // Tech Coloproctol. - 2012, -Vol. 16, -№ 1, -P. 37-53.
16. Seon-Young P., Sung-Bum C., Chang-Hwan P., Jae-Kyun J., Young-Eun J., Hyun-Soo K., Sung-Kyu C., Jong-Sun R. Surgical Correction Is Ineffective for Improvement of Dyssynergic Defecation in Patients With Rectal Prolapse // J Neurogastroenterol Motil. - 2013. - Vol. 19.- № 1. -P. 85-89.



ВЫПАДЕНИЕ ПРЯМОЙ КИШКИ У ЖЕНЩИН Д.К.Мухаббатов, М.К.Гулов, Ш.Р.Амиров, С.И.Расулова

У женщин с ВПК с возрастом отмечается нарастание моторно-эвакуаторной дисфункции толстой кишки, снижение резервно-сократительной способности мышечно-связочного аппарата мышц ЗАПК, клиническое проявления СОП, урологические и проктологические патологии. Изучение функционального состояния мышц анального сфинктера прямой кишки у женщин с ВПК показало, что изолированное нарушение функционального состояния наружного сфинктера выявлено в 37,7% случаев и в 62,3% - сочетанное нарушения сократительной способности мышц наружного сфинк-

тера и рефлекторной активности внутреннего сфинктера прямой кишки, т.е. смешанная форма НАС. Интраабдоминальная ректопексия в молодом возрасте, в комбинации с промежностным коррекцией недостаточности мышц тазового дна - в средней, многоэтапные промежностные операции - в пожилом возрасте улучшают отдаленные результаты хирургического лечения выпадения прямой кишки у женщин.

Ключевые слова: выпадение прямой кишки, дисфункция толстой кишки, ректопексия, недостаточности анального сфинктера, хирургическое лечение, отдаленные результаты.

IMPROVEMENT OF LONG-TERM RESULTS OF SURGICAL TREATMENT OF PATIENTS WITH RECTAL LOSS IN WOMEN

D.K.Muhabbatov, M.Q. Gulov, Sh.R. Amirov, S.I. Rasulova
Chair of General Surgery №1 ATSMU named after Abualibni Sino

According to the researches, in women with rectal prolapse depends on their ages, there is an increase in motor-evacuation dysfunction of the colon, a decrease in the reserve contractility of the muscles-ligamentous apparatus of the ZAPK(LAR) muscles, clinical manifestations of SOP, urological and proctological pathologies. The study of the functional state of the muscles of the anal sphincter of the rectum in women with VPK shows that an isolated violation of the functional state of the external sphincter was detected in 37.7% of cases and in 62.3% - a

combined violation of the contractility of the muscles of the external sphincter and reflex activity of the internal sphincter of the rectum, mixed form of US. Intra-abdominal rectopexy at a young age, in combination with perineal correction of pelvic floor muscle insufficiency - in the middle, multi-stage perineal surgery - in old age improve the long-term results of surgical treatment of rectal prolapse in women.

Key words: rectal prolapse, colon dysfunction, rectopexy, anal sphincter insufficiency, surgical treatment, long-term results.

Мухаббатов Джиёнхон Курбонвич - д.м.н., профессор кафедры; 734032, г. Душанбе, ул. Борбад, д.54, кв.66, тел.: +992918612808, e-mail: mukhabbatov67@mail.ru.

Mukhabbatov Dzhiyonkhon Qurbonovich -- professor of the department; 734032, Dushanbe, 54 Borbad St., apartment 66, tel.: + 992918612808, E-mail: mukhabbatov67@mail.ru.



МУҚОИСАИ МИЗОНИ АВД (РЕТСИДИВ) ВА ОРИЗАҲОИ БАЪД АЗ АМАЛИ TOTAL AND SUBTOTAL THYROIDECTOMY ДАР ДАРМОНИ ЧАРРОҲИИ MULTI-NODULAR GOITER ПАЙДОШУДА

Абдулкаюм Ҳакимӣ, Абдулалӣ Яъқубӣ¹, Қурбонв Қ. М.2.

Факултети тиббии Донишгоҳи Балх, Ҷумҳурии Исломии Афғонистон;

2. ДМТ, кафедраи эпидемиология ва бемориҳои сироятӣ.

Муҳимият. Multi-nodular goiter (MNG) - и гайритоксинии патологӣи тироидии паҳншуда мебошад, ки бо афзоиши синну сол, мизони бурузи он афзоиш меёбад. Факторҳои муҳитӣ мисли goitergen-ҳо, сӯйи тағзия, доруҳо, теронидити, факторҳои генетикӣ ва чинсияти муаннас дар эҷоди он дахил аст (1-83) (1-139). Goiter (чоғар) дар ҳоли рушд бар сохтмонҳои гарданосори фишорӣ дорад ва сабаби дисфагия, сурфа, тангии нафас, фишор бар рағҳои бузурги сару гардан ва ба таври номаълум инсидоди роҳи ҳавоӣ мегардад (3-332). Бурузи алоими инсидодӣ масоили марбут ба зебӣ (Cosmetic) ва вучуди бадҳимӣ, ҷузви индексҳои чарроҳии Multi-nodular goiter ҳастанд (4-879). чарроҳӣ ба сурати тотал (умумӣ) ё субтотал вобаста ба вусъати даргирӣ ва қазовати болинии чарроҳӣ қобили анҷом аст. Интиҳоби равиши амал дар беморони MNG ҳамчунон мавриди баҳс ва ихтилоф аст. Равиши субтотал бо такроршавии бештар ва лизо ниёз ба амали муҷадад ва афзоиши аворизи ношӣ аз он, вале бо аворизи баъд аз амал камтаре ҳамроҳ аст ва дар ивази thyroidectomy тотал бо такроршавии камтар, аммо аворизи бештар ҳамроҳ аст (5-49)(6-171). Тамоил ба тотал thyroidectomy дар ҳоли ҳозир рӯ ба афзоиш аст ва бо пешрафти техникҳои чарроҳӣ метавонад ба сурати мутмаин ва беҳатар ва бо аворизи кам анҷом шавад (4-7) (8-602). Аворизи паҳнфатаи чарроҳии тироид гематом, осеб ба *nervus laryngeus recurrens* (асаби баргардандаи ҳанҷара), гепопаротероидӣ ва гипокальсимиагузорӣ мебошанд (9-24).

Эҳтимоли осеб дидани *nervus laryngeus recurrens* дар дастҳои чарроҳӣ ботачриба камтар аз 1% аст (10-624).

Равиши кор. Дар ин мутолиа, дар асоси маводи солҳои 1391-1392 (2013-2014) анҷом шуд, 104 бемор бо - MNG, ки ҳамагӣ дар солҳои қабл аз 2007 дар бемористони омӯ-

зишӣ таҳти амали чарроҳии thyroidectomy қарор гирифта буданд, ва тамоми иттилооти демографӣ, болинии, озмоишгоҳӣ, тасвирбардорӣ баъд аз амали чарроҳӣ ва осебшиносии онҳо дар бойгонии баҳши чарроҳӣ мавҷудбуда ва пайгирии баъд аз амал камтар аз 5 сол надохтанд, вориди мутолиа шуданд.

Вучуди уфунат ба сурати ниёз ба дренажи захм ва на ба таҷвизи антибиотик, таъриф шуд. Вучуди гематом дар сурати ниёз ба мудохилаи тиббӣ ё чарроҳӣ сабаб гардид беморон баъд аз хотимаи амал ба таври рутинӣ (маъмулӣ) тавассути мутахассиси беҳушӣ чарроҳӣ аз назари вазъияти танибҳои савтӣ мавриди баррасӣ қарор гирифта буданд. Қасоне, ки хушунат ё гирифтагии садо баъд аз амал доштанд. Ба мутахассиси гӯш ва ҳалқу бинӣ ҷиҳати мушовара боз гардонда шуданд ва натоиҷ дар парвандаи беморон сабт шуда буд. Осеби *nervus laryngeus recurrens* бар асоси гузориши мутахассиси беҳушӣ ва гӯш ва ҳалқу бинӣ ва низ доимӣ ё гузаро будани он бо асос қарор додани боза замони шашмоҳа мушаххас шуд. мушкил тарин қисмати мутолиа, баррасии такроршавӣ (ъавд) буд. Дар мутолиоти мухталиф ламси ғудда бо қивоми нодул (гирех), бозгашти шикоятҳои бемор ё меъёрҳои сонопрофик тибқи мутолиаи Miscoli истифода шудааст.

Натоиҷ. Дар ин мутолиа парвандаи 104 бемори мубтало ба multi nodular goiter -и хушхим (хушсифат) шомили 75 зан ва 29 мард бо меъёрҳои вуруд ва фокиди меъёрҳои хуруҷи мутолиа, ки ба баҳши чарроҳии бемористон мурочиат намудаанд, мавриди баррасӣ қарор гирифт. Иттилооти демографӣ беморон дар ҷадвали як намоиш дода шудааст. Беморон ба ду гурӯҳи шомили 52 бемор, ки таҳти Totalthyroidectomy (34 зан ва 11 мард) ва 52 нафар, ки таҳти



Subtotalthyroidectomy (41 зан ва 11 мард) қарор гирифтанд, тақсим шуданд. Синну соли миёнаи беморон 32-45 сол (42-45 сол дар гурӯҳи Totalthyroidectomy ва 46-85 сол

дар гурӯҳи Subtotalthyroidectomy) буд. Тӯли муддати пайгирӣ ба ҳисоби миёна 72 (64-89) моҳ ва дар беморони бо Subtotalthyroidectomy 87 (62-88) моҳ буд.

Ҷадвали 1- Иттилооти демографики беморон

P Value	Subtotalthyroidectomy	Totalthyroidectomy	Кулл	
5% >	52	52	104	Миқдори беморон
	46-85	42-45	32-45	Синну соли миёна

Ҷадвали 2.- Мизони аворизи анвои амали чарроҳӣ ва мизони аъвди (такроршавии) беморӣ дар ҳар равиш.

P Value	Subtotalthyroidectomy	Totalthyroidectomy	Кулл	
NS*	1	1	2	Осеби асаби гузаро
NS	0	0	0	Осеби асаби доимӣ
NS	1	2	3	Гепопаратеридизми гузаро
NS	0	0	0	Гепопаратеридизми доимӣ
5% <	8	0	8	Ъавд (такроршавӣ)
NS	0	0	0	Муртолтитӣ
NS	1	0	1	Гематома
NS	0	0	0	Уфунати захм
NS	78(62-88)моҳ	72 (64-80) моҳ	74 (62-88)	Муддати пайгирӣ
NS	2/5(2-7) рӯз	2/9 (2-6)	2/7	Бистарии бемористон

Осеби асаби гузаро дар як бемор бо Totalthyroidectomy ва як бемор бо Subtotalthyroidectomy мушоҳида шуд, ки тафовути маънодори байни ду гурӯҳ мушоҳида нагардид ($P>0,05$). Осеби асаби доимӣ дар ҳеҷ гурӯҳе аз беморон ёфт нашуд.

Гепопаратеридизми гузаро дар ду бемори Totalthyroidectomy ва як бемори Subtotalthyroidectomy ёфт шуд, ки тафовут дар байни ду гурӯҳ вучуд надошт ($P>0,05$). Гепопаратеридизми доимӣ дар ҳеҷ гурӯҳе аз беморон ёфт нашуд.

Ҳисоби миёнаи бистарии беморон дар бемористон 2/7 (2-7) рӯз буд, ки дар гурӯҳи беморони бо Totalthyroidectomy 2/9 (2-6) рӯз ва дар беморони бо Subtotalthyroidectomy 2/5 (2-7) рӯз сабт гардида буд, ки дар байни беморони бо Totalthyroidectomy болотар аз беморони бо Subtotalthyroidectomy будааст, аммо тафовути маънодоре надоштааст ($P>0,05$).

Дар мутолиаи ҳозир дар беморони multi nodular goiter -и хушхим (хушсифат), ки таҳти амали чарроҳии totalthyroidectomy ё subtotalthyroidectomy қарор гирифта буданд, мизони ёвди (такроршавии) беморӣ дар subtotalthyroidectomy ба таври маънодоре боло буд, дар ҳоле, ки тавовути маъ-

нидор дар бурузи гепопаратеридизми гузорӣ ва доимӣ ва осеби асаби laryngeus recurrens ба сурати гузорӣ ва доимӣ байни ду равиши чарроҳӣ мулоҳиза нашуд. Аз он ҷо, ки чарроҳӣ дар як бемористони донишгоҳӣ бо мурочиаткунандагони зиёд ва тавассути чарроҳони дорои таҷриба ва маҳорати чарроҳии кофӣ анҷом шудааст, як далели набудани тафовути маънидор дар авориз дар ду равиш, метавонад ношӣ аз ин масъала бошад ва мумкин аст натоиҷи ҳосила дар марокази ғайридонишгоҳӣ ва дар саҳти шаҳристонҳои кӯчактар бо теъдоди маҳдуди беморон ва эҳтимолан таҷрибаи маҳдудтари чарроҳон дар чарроҳии thyroide, мутафовит бошад, ки ин масъала ниёз ба ба анҷоми мутолиоти муносиб бо ин шароит дорад. Дар як мутолиаи муруре тавассути Rayes ва ҳамкорон дар соли 2014 дар тайи пайгирии тӯлонии касоне, ки subtotalthyroidectomy шуда буданд, такроршавии гирехҳо (nodular) дар 4/7-14%-и беморон дида шуд (13-178). Дар мутолиаи ҳозир ин рақам 15,4% мебошад (8 маврид аз 52 бемори subtotalthyroidectomy). Мизони гепопаратеридизмии доимӣ ба дунболи totalthyroidectomy аз 0,5% дар марокази таҳассусӣ то 10% дар як мутолиаи мақтаъӣ (охирин) му-



тафовит будааст. Ин ориза дар равиши чаррохии thyroidectomy яктаарафа бо резексияи subtotal-и тарафи муқобил (равиши Dunhill) дар ҳудуди 2,1% гузориш шуда буд. Нависандагон дар поён ба ин натиҷа расиданд, ки totalthyroidectomy хатароти қобили мулоҳиза дорад ва бояд фақат дар сурате, ки endokSION анҷоми он таври дақиқ арзёбӣ шуда бошад, анҷом шавад.

Сао ва ҳамкорон дар як метаанализ дар соли 2014, ки муқоисаи қорӣ ва бехатар будани totalthyroidectomy (шомили thyroidectomy Neartotal) бо subtotalthyroidectomy чиҳати дармони multi nodular goiter пардохтааст, нишон медиҳад, ки totalthyroidectomy бо мизони такроршавии камтари nodular ва мизони болотари гепопаратеридизми гузаро ҳамроҳ аст, вале байни subtotalthyroidectomy ва totalthyroidectomy тафовути маънодоре дар мизони фалаҷаи доимии асаби баргардандаи ханҷара (nervus laryngeus recurrens) ва мизони гепопаратеридизми доимӣ намешавад, ки то

ҳудуди зиёде бо натоиҷи мутолиаи ҳозир мутобиқат дорад (14-631).

Натиҷагирӣ. Натоиҷи мутолиа нишон дод, ки гарчи ба лиҳози аворизи гузаро ва димӣ баъд аз амали тафовуте байни ду гурӯҳ вучуд надорад, вале мизони аъвди беморӣ дар subtotalthyroidectomy ба таври маънодоре бештар аст. Бо таваҷҷуҳ ба нақши таҷриба ва маҳорати чарроҳ дар бурузи авориз ва низ аъвди (ретсидиви) беморӣ ва аз он ҷо, ки мутолиаи ахир дар як маркази донишгоҳӣ бо теъдоди бемори боло ва таҷрибаи бештари чарроҳон анҷом шудааст, метавон дар беморони multi nodular goiter -и хушхим (хушсифат), ки кондиди амали чарроолхӣ ҳастанд, totalthyroidectomy-ро ба унвони равиши дармонии интиҳобӣ дар марокази донишгоҳӣ бо таҷрибаи кофӣ дар ин замина, тавсия намуд, вале таъмими ин тавсия ба марокази ғайридонишгоҳӣ бо таҷоруби болинии камтар, ниёз ба ба анҷоми мутолиоти муносиб дорад.

АДАБИЁТ

1. Plaza CP. Thyroid, Parathyroid and Adrenal. In: Brunicaardi FC, Anderson DK, Billiar TR, et al. Schwartz's Principles of Surgery. 9th ed. The McGraw-Hill Companies, USA: 2010.2613-2615.P 283
2. Martinez JH, Palermo C, Gonzalez FF, Laboy I. Overview of thyroid physiology: an essential for understanding familial euthyroid multinodular goiter. Bol Asoc Med P R 2013;105(2):68-71.
3. Mitsuma T. Endocrinological approach to symptoms and diagnosis of goiter. Nihon Naika Gakkai Zasshi 1991 Mar 10;80(3):332-336.
4. Knudsen N, Laurberg P, Perrild H, V?low I, Ovesen L, J?rgensen T. Risk factors for goiter and thyroid nodules. Thyroid 2002; (12):879-888.
5. Mamchych VI, Pogorielov OV, Voskobo?nik OIu. Modern aspects of nodular goiter surgical treatment. Klin Khir 2012 Oct;(10):49-52.
6. Rayes N, Seehofere D, Neuhaus P. The surgical treatment of bilateral benign nodular goiter:balancing invasiveness with complications. Dtsch Arztebl Int 2014 Mar;(10):171-178.
7. Wilson C. Surgery: benign thyroid disease-total or subtotal thyroidectomy? Nat Rev Endocrinol.2011;(1):4.
8. Rafferty MA, Goldstein DP, Rotstein L, Asa SL, Panzarella T, Gullane P, et al. Completionthyroidectomy versus total thyroidectomy: is there a difference in complication rates? An analysis of 350 patients. J Am Coll Surg 2007 Oct;205(4):602-607.
9. Burge MR, Zeise TM, Johnsen MW, Conway MJ, Qualls CR. Risks of complication followingthyroidectomy. J Gen Intern Med 1998 Jan;13(1):24-31.
10. Jeannon JP, Orabi AA, Bruch GA, Abdalsalam HA, Simo R. Diagnosis of recurrent laryngealnerve palsy after thyroidectomy: a systematic review. Int J Clin Pract 2009 Apr;63(4):624-629.
11. Shiryazdi SM, Kargar S, Afkhami-Ardekani M, Neamatzadeh H. Risk of postoperative hypocalcemia in patients underwent total thyroidectomy, subtotal thyroidectomy and



lobectomy surgeries. Acta Med Iran 2014;52(3):206-209.

12. Berri T, Houari R. Complications of thyroidectomy for large goiter. Pan Afr Med J 2013 Dec11;16:138.

13. Rayes N, Seehofer D, Neuhaus P. The surgical treatment of bilateral benign nodular goiter balancing invasiveness with complications. Dtsch Arztebl Int 2014; 111(10):171-178.

14. Cao H, Han J, Zhang D, Yu Z, Wang M, Jiao Z. Meta-analysis of total thyroidectomy for multinodular goiter. Zhong Nan Da Xue Xue Bao Yi Xue Ban 2014; 39(6):625-631.

15. Agarwal G, Agarwal V. Is total thyroidectomy the surgical procedure of choice for benign multinodular goiter? An evidence-based review. World J Surg 2008;32(7):1313-1324.

16. Tezelman S, Borucu I, Senyurek Giles Y, Tunca F, Terzioglu T. The change in surgical practice from subtotal to near-total or total thyroidectomy in treatment of patients with benign multinodular goiter. World J Surg 2009; 33(3):400-405.

17. Pappalardo G, Guadalaxara A, Frattaroli FM, Illomei G, Falaschi P. Total compared with subtotal thyroidectomy in benign nodular disease: personal series and review of published reports. Eur J Surg 1998; 164(7):501-506.

18. Thomusch O, Sekulla C, Dralle H. Is primary total thyroidectomy justified in benign multinodular goiter? Results of a prospective quality assurance study of 45 hospitals offering different levels of care. Chirurg 2003; 74(5):437-443.

19. Osmolski A, Frenkiel Z, Osmolski R. Complications in surgical treatment of thyroid disease. Otolaryngol Pol 2006; 60(2):165-170.

СРАВНЕНИЕ ЧАСТОТЫ РЕЦИДИВОВ И ОСЛОЖНЕНИЙ ПОСЛЕ ТОТАЛЬНОЙ И СУБТОТАЛЬНОЙ ТИРЕОИДЕКТОМИИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ МНОГОУЗЛОВОЙ ЗОБНОЙ ХИРУРГИИ

Абдулкаюм Хакими, ассистент медицинского факультета университета г. Балх, Исламской Республики Афганистан.

Резюме.

Актуальность. Хирургическое вмешательство является основным вариантом лечения многоузловой зоба, но вопрос о его расширении вызывает споры из-за риска рецидива и послеоперационных осложнений. Поэтому мы решили сравнить эти проблемы между субтотальной и тотальной тиреоидэктомией как хирургическим лечением многоузловой зоба.

Методы исследования: это перекрестное ретроспективное исследование проводилось в период с 2011 по 2012 год. В исследование были включены 104 пациента с доброкачественным многоузловым зобом (52 в общей сложности и 52 в промежуточных группах), оперированных до 2006 года в клинической больнице. Сравнение частоты рецидивов и хирургических осложнений между двумя

группами. $P < 0,05$ считалось значимым.

Результат: средний возраст пациентов составил 45,3 года. Средняя продолжительность наблюдения составила 74 месяца. В группе 8 пациентов (15,4%) и ни у одного пациента в общей группе не было рецидива зоба ($p < 0,05$). Между двумя группами не было значительных различий в преходящем и постоянном гипопаратиреозе, преходящем и постоянном рецидивирующем параличе гортанного нерва, смертности, гематоме, раневой инфекции и продолжительности пребывания в больнице.

Заключение: Тотальная тиреоидэктомия как процедура выбора при многоузловой зобе рекомендуется в образовательных больницах с опытными хирургами.

Ключевые слова: многоузловой зоб, тиреоидэктомия, рецидив, осложнение.



COMPARISON OF RECURRENCE RATE AND COMPLICATIONS AFTER TOTAL AND SUBTOTAL THYROIDECTOMY IN THE TREATMENT OF MULTI-NODULAR GOITERSURGERY

Abdul Qayum Hakimi Dr. teacher at Balkh Medical Faculty Balkh University

Abstract

Introduction: Surgery is an option for multinodular goiter (MNG), but extension of surgery is controversial due to risk of recurrence and post operative complications. So, we decided to compare these problems between subtotal (ST) and total (TT) thyroidectomy as surgical treatment of MNG.

Methods: This cross-sectional retrospective study was done between 2011-2012. 104 patients with benign MNG (52 in TT and 52 in ST groups) that operated before year 2006 in Educational Hospital, were enrolled. Rate of recurrence and surgical complications compared between two groups. $P < 0.05$ considered significant.

Result: Mean age of patients was 45.3 years. Mean duration of Follow up was 74 months. 8 patients in ST group (15.4 %) and no patient in TT group had recurrence of goiter ($p < 0.05$). There was no significant differences in transient and permanent hypoparathyroidism, transient and permanent recurrent laryngeal nerve palsy, mortality, hematoma, wound infection and hospital stay duration between two groups.

Conclusion: Total thyroidectomy as procedure of choice for multinodular goiter is recommended in Educational Hospitals with experienced surgens.

Key words: Multinodular Goiter, Thyroidectomy, Recurrence, Complication.

Абдулкаюм Хакими, ассистент медицинского факультета университета г. Балх, Исламской Республики Афганистан. Address: District 3 Mazar_e_Sharif, Balkh, Afghanistan, Phone: +93 (0) 728 489 000, Email: dr.qayum@gmail.com

Abdul Qayum Hakimi Dr. teacher at Balkh Medical

Faculty Balkh University; Address: District 3 Mazar_e_Sharif, Balkh, Afghanistan, Phone: +93 (0) 728 489 000, Email: dr.qayum@gmail.com



УРОЛОГИЯ

ТАБОБАТИ ДИСФУНКСИЯИ ЭРЕКТИЛӢ ДАР БЕМОРОНИ ГИРИФТОРИ ПРОСТАТИТИ МУЗМИНИ АБАКТЕРИАЛӢ

А.А. Абдувоҳидов^{1,2}, Ф.С. Саъдуллоев^{2,3}, Х.Ф. Салимов², М.М. Умаров.

1. Бемористони "Ибни Сино" 2. Кафедраи урологияи ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино.
3. МД "Маркази ҷумҳуриявии илмию клиникӣи урологӣ"
(мудири кафедра д.и.т., профессор Шамсиев Ҷ. А.).

Муҳиммият. Аз рӯи нишондодҳои эпидемиологӣ простатити музмин, алалхусус маншааш абактериалӣ бемории паҳншудаи урологӣ ба шумор меравад [1-3]. Илтиҳоби дарозмуддат дар простат худ боиси сарзании оризаҳои простатити музмин аз қабилӣ дисфунксияи эректилӣ ва репродуктивӣ мегардад. Ин таъғиротҳо метавонад таъсири манфии худро ба ҳолати психосоматикии беморон, хусусан мардони ҷавони қобилияти меҳнатӣ фаъолдошта, расонад ва боиси кошташавии сифати ҳаёти онҳо гардад [4-6]. Таҳлили тадқиқотҳои илмию олимони соҳаи урологӣ нишон медиҳад, ки аз 20 то 40 % мардон гирифтори простатити музмин мебошанд. Дар навбати худ простатити музмини абактериалӣ бошад, қариб 90% - и простатити музминро ташкил медиҳад [1-12]. Аз ин хотир таваҷҷӯҳи зиёди олимони соҳа ба мушаххаснамоии ташхис ва табобати беморони гирифтори простатити музмини абактериалӣ ва аворизи он равона карда шудааст.

Дисфунксияи эректилӣ дар беморони гирифтори простатити музмин дар радифи дигар аломатҳои простатит аз қабилӣ ихтилоли пешобронӣ ва дард, муҳим арзёбӣ мешавад. Дар аксари мавридҳо сабаби мурочиати бемори гирифтори простатити музмин ба табиби уролог ин ихтилолотӣ чинсӣ мебошад [7,9,11]. Ҳамзамон қобили қайд аст, ки вайроншавии қобилияти чинсӣ метавонад боиси дисфунксияи невровегетативӣ гардад, ки ин бевосита сабаби пастшудани сифати ҳаёти мардон мешавад. Олимони зиёди ин соҳа бар он ақидаанд, ки простатит хатари мустақим ба ҷони беморро надорад, аммо қобилияти меҳнати беморро коста намуда, ба миқдори кофӣ боиси пастшудани сифати ҳаёти мард мегардад [3,4,12]. Алалхусус простатити музмини

дарозмуддат, ки боиси пастшудани қобилияти шахвонӣ ва вайроншавии ҳолати психосоматикии мард мегардад. Ҳатто баъзе аз олимони таъсири простатити музмин ба сифтаи ҳаёти беморонро ба сатҳи сифати ҳаёти мардон ҳангоми беморҳои ишемикии дил ва стенокардия баробар медонанд [3-7]. Аз ин хотир омузиши таъсири простатити музмин ба ҳолати копулятивии инсон хусусан мардони синнашон ҷавон хеле актуалӣ буда, то ҳол ниёз ба тадқиқотҳои васеъ ва ҷурмасул дорад.

Новобаста аз он ки дар шароити муосир усулҳои нави ташхису муолиҷаи беморони гирифтори дисфунксияи эректилӣ дар заминаи простатити музмини абактериалӣ мавҷуданд, то ҳол барои муайян кардани усули беҳтари ташхису табобат, баҳсу мунозираҳо байни олимони соҳа идома дорад.

Мақсади тадқиқот. Беҳтаргардонии табобати дисфунксияи эректилӣ дар беморони гирифтори простатити музмини абактериалӣ.

Мавод ва усулҳои тадқиқот. Тадқиқот дар асоси таҳлили ташхис ва табобати 55 нафар беморони гирифтори дисфунксияи эректилӣ дар заминаи простатити музмини абактериалӣ, ки дар бемористони Ибни Сино анҷомида шудааст, гузаронида шуд. Ба беморони дар зери назорат буда, ҳангоми мурочиат ташхису муоиноти клиникӣ лабораторӣ гузаронида шуд. Ҳангоми озмоишоти биохимиявии хун ба сатҳи гормонҳо, ба хусус тестостерон таваҷҷӯҳи хос карда шуд. Ҳамзамон ҳолати объективӣю субъективӣи беморон ва қобилияти чинсии онҳо аз рӯи пурсишномаҳои байналмилалӣ баҳогузорӣ карда шуд. Сину соли миёнаи беморон баробар ба 30 ± 2 сол буд. Ҳолати равонии беморон бошад, вақти қабулшифохӣ арзёби карда шуд. Қобили қайд аст,



ки аксаран ба тез асабоният шудан, арақ-кунӣ, нобоварӣ ба худ ва сустии умуми шиқоят доштанд. Дар тадқиқоти мо пурсишномаи байналмилалии "МИЭФ 15" - ИБФЭ 15, оиди мушаххас намудани функсияи эректилии беморон, ки қариб ҳамаи пахлуҳои давраи копулятивиро дар бар мегирад, ба кор бурда шуд.

Пурсишномаи ИБФЭ 15 аз 15 суол иборат буда, ҳар як савол қисматҳои хоси давраи копулятивиро ба шакли зайл инъикос менамояд:

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

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

В). Функсияи оргазм саволҳои 9 ва 10 - ро дар бар гирифта, чамъи ҳолҳояш аз 0 то 10 мебошад.

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

Д). Қонёгардии умумиро саволҳои 13 ва 14 дар бар гирифта, чамъи ҳолҳояш аз 2 то 10 мебошад.

Агар чамъи ҳолҳои бемор аз рӯи саволҳои 1 то 5 ва 15, ки ҳолати функсияи эректилиро ифода менамояд, аз 26 камтар бошад, бемор гирифтори дисфунксияи эректилӣ мебошад.

Беморони зерин назорат буда, ба ду гӯруҳи аз ҷиҳати мавҷудиятҳои аломатҳои простатити музмин баробар, тақсим карда шуд. Гӯруҳи асосиро 30 нафар ва гӯруҳи иловагиро 25 бемор ташкил дод. Ба беморони гӯруҳи асосӣ давоми як моҳ табобат бо истифодаи тамсулозин ва омехтаи димексид энзимӣ (ОДЭ) гузаронида шуд. Беморони гӯруҳи назоратӣ бошад давоми як моҳ табобати зиддилтиҳобӣ ва симптомтиқӣ қабул намуданд.

Тамсулозин ҳамчун кулчадору бо миқдори 0.4мг дар рӯз per os беғоҳ давоми 4 ҳафта ба беморон тавсия шуд. Омехтаи димексид энзимӣ бошад дар ҳаҷми 50 мл per rectum як бор дар рӯз давоми 2 ҳафта гузаронида шуд. Таркиби ОДЭ аз дорувории зер иборатанд: 20мл димексид, 20мг химотрипсин,

128 воҳ. лидаза, 5000 воҳ. гепарин, 25мл махлули 0.9% хлориди натрий.

Натиҷаи таҳқиқот: натиҷаи кори мо нишон дод, ки беморони гӯруҳи асосӣ, ки табобатро бо истифода аз тамсулозин ва ОДЭ қабул намуданд, нисбат ба беморони гӯруҳи назоратӣ ба беҳбудии зиёд ноил гаштанд. Аз рӯи пурсишномаи ИБФЭ маълум гашт, ки дар беморони зерин назоратбуда, вайроншавии ҳамаи қисматҳои давраи копулятивӣ мушоҳида мешавад.

Инчунин ба хотири ташҳиси тафриқавии дисфунксияи эректилии сабабаш рағӣ яъне органикӣ ба кулли беморони зерин назорат буда доплерографияи рағҳои олоти мардӣ гузаронида шуд. Дар натиҷаи доплерография маълум гашт, ки дар тадқиқоти мо беморони дисфунксияи эректилии сабабаш органикӣ вучуд надоранд.

Дар рафти таҳқиқот ҳолати репродуктивии беморон низ баҳогузорӣ карда шуд. Таҳлили спермограмма аз рӯи стандарти созмони умумичаҳонии тандурустӣ "ВОЗ 2010" гузаронида шуд. Дар натиҷа дар 9 бемор олигоспермияи дараҷаи сабук, дар 7 бемор астенозооспермия ва дар 21 нафарашон миқдори лейкоцитҳо аз меъёр зиёд муайян гашт. Дар бемороне, ки дар спермограммашон тағйиротҳо доштанд, ба хотири ташҳиси тафриқавӣ ва мушаххас намудани бемории ҳамрав муоинаи ултрасадои мойдон гузаронида шуд. Ташҳиси ултрасадо нишон дод, ки дар ин беморон аломатҳои варикоселе дида намешавад ва андозаи тухмакҳову изофаи тухмакҳо дар ҳудуди меъёр қарор доранд.

Агар аз рӯи пурсишномаи ИБФЭ натиҷаи пас аз табобатро байни гӯруҳҳо таҳлил намоем маълум мегардад, ки беҳтаршавии функсияи эректилӣ дар беморони гӯруҳи асосӣ возеҳтар аён аст. Натиҷаи таҳлил дар ҷадвали 1 оварда шудааст.

Аз натиҷаи ҳолҳои дар ҷадвал дарҷ шуда, маълум аст ки то табобат ҳолҳои ба дастовардаи беморон байни гӯруҳҳо тафовути қобили таваҷҷӯҳ надоранд, яъне ин тақсмоти баробари беморон байни гӯруҳҳоро аён месозад. Аммо натиҷаи пас аз табобат фарқиятҳои баръалоро нишон медиҳад, ки ин худ гувоҳи табобатҳои гуногун мебошад.



Чадвали №1

Таҳқиқи вазоифи чинсӣ аз рӯи ИБФЭ байни гӯрӯхҳои беморони зери назоратбуда.

Нишондиҳандаи ИБФЭ	Холҳо бадастовардаи беморони гӯрӯхи асосӣ, ба ҳисоби миёна (n=30)		Холҳои ба даст овардаи беморони гӯрӯхи назоратӣ, ба ҳисоби миёна (n=25)	
	То табобат	Пас аз табобат	То табобат	Пас аз табобат
Функсияи эректилӣ	20,1±2,2	27,53±3,2	20,2±2,1	24,1±3,2
Қонёгардӣ аз алоқаи чинсӣ	9,5	13,1	9,4	10,6
Функсияи оргазмӣ	8,1	10	8	9,3
Либида	6,5	9,5	6,2	8,2
Қонёшавии умумӣ	6	9	6	7,8

Чи хеле ки дар чадвали зикршуда мебинем аз рӯи қисмати функсияи эректилӣ, ки ҷамъи саволҳои 1 то 5 ва 15 ро ифода мекунад, пас аз табобат беморони гӯрӯхи асосӣ ба ҳисоби миёна соҳиби 27 ҳол гардиданд, ки ин нисбат ба беморони гӯрӯхи назоратӣ 4 воҳид бештар мебошад. Яъне дар беморони гӯрӯхи асосӣ беҳтаршавии функсияи копулятивӣ дақиқтар ба ҷашм мерасад. Давраҳои дигари функсияи копулятивиро низ баррасӣ намоем натиҷаи монанд ба натиҷаи болоро ба даст меорем, яъне давраи пас аз табобат дар беморони гӯрӯхи асосӣ

беҳтаршавии вазоифи оргазмӣ, либида ва қонёгардӣ аз алоқаи чинсӣ назаррас мебошад. Дар гӯрӯхи назоратӣ бошад натиҷаҳои мусбӣ на чандон возеҳ дида мешавад.

Озмоиши гормонҳои хун бахусус таҳлили тестостерони хун дар тадқиқоти мо яке аз параметри асосӣ ва баррасикунандаи натиҷаи тадқиқот ба шумор меравад. Аммо таҳлили натиҷаи озмоиши тестостерон дар охири табобат нишон дод, ки тағиротҳои аз ҷиҳати омӯрӣ назаррас дар беморон дида намешавад. Натиҷаи тадқиқот дар чадвали 2 оварда шудааст.

Чадвали №2

Таҳқиқи озмоиши тестостерони хун дар беморони зери назоратбуда

Гӯрӯх	Миқдори тестостерони хун (ба ҳисоби миёна нг/мл)	
	То табобат	Пас аз табобат
Асосӣ	3,2±1,5	5,3±1,4
Назоратӣ	3,1±1,6	3,7±1,7

Чӣ хеле ки дар чадвали 2 дарҷ шудааст, дар бемороне, ки тамсулозин ва ОДЭ истеъмол намудаанд, баландшавии сатҳи тестостерони хун мушоҳида мешавад. Яъне агар то табобат тестостерони беморони гӯрӯхи асосӣ 3,2±1,5 нг/мл бошад, пас аз табобат ин рақам то 5,3±1,4 нг/мл боло меравад. Аммо дар беморони гӯрӯхи муқоисавӣ мутаносибан 3,1±1,6 ва 3,7±1,7 нг/мл ба даст омад, ки бидуни фарқияти назаррас мебошад. Ҳамин тавр, дар ҳадди начандоне бошад ҳам, натиҷаи табобат бо тамсулозин ва ОДЭ ба сатҳи тестостерони хун таъсири мусбӣ мерасонад. Ин бори дигар аз он гувоҳӣ медиҳад, ки простат узви гормонвобаста буда, дар беморони гирифтори простатити музмин, ки боиси ихтилолотии чинсӣ гаштаанд коҳишбодии сатҳи тестостерон мушоҳида мешавад.

Хулоса. Натиҷаҳои таҳқиқотро таҳлил карда, чунин хулосаҳо ба даст овардем:

- Дисфунксияи эректилӣ яке аз аломатҳои асосии раванди тулонимуддати илтҳоб дар простат буда, дар бисёри маридҳо сабаби асосии мурочиати бемор ба табиб мегардад.

- Ташҳиси ҳолати чинсии беморон аз рӯи пурсишномаи байналмилалӣ функсияи эректилӣ (МИЭФ 15) яке аз усулҳои сода ва дастрас буда, тамоми қисматҳои функсияи копулятивиро дар бар мегирад.

- Ихтилолотии чинсӣ ҳолати равонии инсонро ҳалалдор намуда, боиси паст шудани сифати ҳаёти мардон мегардад.

- Истифодаи тамсулозин ва ОДЭ ҳамчун табобати аслии дар беморони гирифтори дисфунксияи эректилӣ, ки дар заминаи проста-



тити музмини абактериалӣ ба вучуд омада- функцияи копулятивӣ ва беҳтаршавии сифа-
аст, самаранок буда, ба муътадилшавии ти ҳаёти беморон оварда мерасонад.

АДАБИЁТ:

1. Абдувоҳидов А.А. Оптимизация диагностики и лечения больных хроническим абактериальным простатитом: автореф. дис. ... канд.мед. наук / А.А. Абдувоҳидов. - Д. 2019. - 152 с.
2. Абдувоҳидов А.А. Эффективность применения тамсулозина у больных хроническим абактериальным простатитом /А.А.Абдувоҳидов, Д.Н. Солихов//Ж."Известия Академии наук Республики Таджикистан". - Душанбе. - 2014. - №3(187). - С. 92-96.
3. Алчинбаев М.К. и др. Простатит. Современный взгляд на проблему: учебно-практическое пособие - Алматы, 2011, 70 с.
4. Аль-Шукри С.Х., Д.Н.Солихов. Современные методы лечение хронического простатита //Нефрология.-2009 том 13, - №2.-С. 86-91.
5. Сивков А.В. Хронический простатит категории III б/синдром хронической тазовой боли и сексуальные дисфункции /Сивков А.В., Ромих В.В., Захарченко А.В.// Андрология и генитальная хирургия. - 2015. - Т. 16. - № 4. - С.18-26.
6. Солихов Д.Н. Динамика уролфлуометрических показателей у больных хроническим абактериальным простатитом на фоне лечения тамсулозином / Д.Н. Солихов // Известия Академии Наук Республики Таджикистан - 2009 № 3(168). - С. 92-97.
7. Хронические воспалительные заболевания прямой кишки и предстательной железы (обзор литературы) / З. А. Кадыров [и др.]// Андрология и генитальная хирургия. - 2016. - Т. 17, №1. - С. 10-17.
8. Эффективность вобэнзима при лечение хронического простатита / Т. Р. Кодири [и др.] / Научно - практический журнал ТИППМК. - 2013. - № 2. - С. 160-161.
9. Comparison of National Institutes of Health-Chronic Prostatitis Symptom Index with International Index of Erectile Function 5 in Men with Chronic Prostatitis/Chronic Pelvic Pain Syndrome: A Large Cross-Sectional Study in China / Gao J. [et al.]// Biomed Res Int. - 2015. - P. 560239.
10. Neimark A.I. The possibility of using complex drugs in the treatment of patients with chronic abacterial prostatitis / A.I. Neimark, B.A. Neimark, N.A. Nozdrachev // Urologiia. - 2014. - нояб. - p 33-36.
11. The Effect of Chronic Prostatitis/Chronic Pelvic Pain Syndrome (CP/CPPS) on Erectile Function: A Systematic Review and Meta-Analysis / Chen X. [et al.]// PLoS One. - 2015, Oct 28. - Vol. 10(10): e0141447.
12. Trishch V.I. Research of endothelin-1 level in patients with chronic abacterial prostatitis / V. I. Trishch // Урология=Урология. - 2017. - Т. 21, № 4 (83). - С. 62-65.

ТЕРАПИЯ ЭРЕКТИЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИИ, ПОЯВИВШЕЙСЯ НА ФОНЕ ХРОНИЧЕСКОГО АБАКТЕРИАЛЬНОГО ПРОСТАТИТА

А.А. Абдувоҳидов^{1,2}, Ф.С. Саъдуллоев^{2,3}, Х.Г. Салимов², М.М. Умаров

Международная клиника Ибни Сино, Кафедра урологии ТГМУ им. Абуали Ибни Сино, ГУ "Республиканский научно-клинический центр урологии" (Зав. каф. д.м.н., профессор Шамсиев Дж. А.)

Хронический простатит считается распространенной и актуальной проблемой современной урологии и находится под особым вниманием учёных урологов. Сложность диагностики и лечением хронического простатита считается не только медицинской, но и социальной проблемой. Нарушение сексуальной и репродуктивной функции



негативно влияет на психическое состояние больных, следовательно приводит к снижению качества жизни мужчины и дисгормонии в семейных отношениях. В статье рассматриваются результаты лечения 55 больных с эректильной дисфункцией появившейся на фоне хронического абактериального простатита. Исследуемые пациенты были разделены на две сопоставимые по поражению простатом группы. После постановки диагноза пациенты основной группы в течение месяца применяли тамсулозин по 0,4 мг 1 раз/день per os вечером и в течение 2

недель микроклизму с димексид-энзимной смеси (ДЭС) в объеме 50-60мл per rectum 1-раз в день. Таким образом, сочетанное применение тамсулозина и ДЭС у больных с эректильной дисфункцией, вызванной хроническим абактериальным простатитом показало хорошую эффективность, тем самым нормализуя эректильную функцию, способствовало улучшению качества жизни пациентов.

Ключевые слова: эректильная дисфункция, хронический абактериальный простатит, тамсулозин, димексид-энзимная смесь.

ТHERAPY OF ERECTILE DYSFUNCTION APPEARED OF CHRONIC АБАКТЕРИАЛЬНЫЙ ПРОСТАТИТ

A.A. Abduvokhidov^{1,2}, F.S. Sadulloev^{2,3}, H.G. Salimov², M.M. Umarov

Avicenna International Hospital, Department of Urology Avicenna Tajik State Medical University named after Abuali Ibni sino, SI "Republican Scientific and Clinical Center of Urology" (Head of the Chair, MD, professor Shamsiev J.A.)

Urgency. Chronic prostatitis is considered a common and relevant problem of modern urology and till to now it is under the special attention of urologists. Problems of diagnosis and treatment of chronic prostatitis is not only a medical, but also a social problem. Since a violation of sexual and reproductive function adversely affects the mental state of patients, it reduces the quality of life of a man, and even sometimes can lead to family divorce.

The purpose. To improve the methods of therapy erectile dysfunction in patients with chronic abacterial prostatitis.

Material and methods. The article discusses the results of treatment of 55 patients with erectile dysfunction appearing of chronic abacterial prostatitis. After diagnosis, patients received therapy for a month as follows: tamsulosin 0.4 mg 1 time /day per os in the evening for 4 weeks.

Microenema with a dimexide-enzyme mixture (DEM) in the amount of 50-60 ml per rectum 1 time per day for 2 weeks.

Results. We estimated the results of our therapy by using the scale of international index erectile function 15(IIEF 15). Erectile function become improved in patients who received tamsulosin and DEM but in patient second group who took anti inflammatory and symptomatic therapy we did not find significant improvement

Conclusion. Our experience shows, the therapy of erectile dysfunction caused by chronic abacterial prostatitis with tamsulosin and DEM in patients is good efficacy and may improved quality of life of the patients.

Key words: erectile dysfunction, chronic abacterial prostatitis, tamsulosin, dimexide-enzyme mixture.

Абдувоҳидов Абдусамад Абдуқаҳорович, уролог - андролог дар бемористони "Ибни Сино", ассистенти кафедраи урологияи Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абӯалӣ ибни Сино, E.mail: abdusamad.aa@gmail.com, тел.: 93-777-77-02.

Абдувоҳидов Абдусамад Абдуқаҳорович, уролог - андролог в международной клиники "Ибни Сино", ассистент кафедры урологии ТГМУ им. Абуали Ибни Сино, E.mail: abdusamad.aa@gmail.com, тел.: 93-777-77-02.

Abduvokhidov Abdusamad Abdukakhovich, urologist andrologist at the Avicenna International Hospital, E.mail: abdusamad.aa@gmail.com, tel.: 93-777-77-02.



АНЕСТЕЗИОЛОГИЯ

УСУЛҲОИ ТАБОБАТИ ИНФУЗИОНИЮ ТРАНСФУЗИОНӢ ДАР ҲОЛАТИ ТЕРМИНАЛӢ

Ахмедов Ҷ.А., Давлатзода Б.Х., Кодиров А.Р.

Кафедраи анестезиология ва реаниматология (мудири кафедра н.и.т., дотсент Б. Х. Давлатзода)-и МДТ "ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино".

Мухимият. Табобати инфузионию-трансфузиони қисми муҳим ва ҷудонопазир табобати интенсивии беморони ниҳоят вазнин мебошад. [1,3,5]. Вазифаи асосии табобати инфузионию-трансфузиони ин пурра кардани ҳаҷми гардиши хун ва аз ин рӯ нигоҳ доштани фаъолияти самараноки гардиши хун ба ҳисоб меравад, ба шарте, ки ҳолати кашишхӯрии дил қаноатбахш бошад [3,5]. Аммо фаромӯш набояд кард, ки ҳангоми гузаронидани табобати инфузионию-трансфузиони, чун қоида хатари ба миён омадан ё ин ки фузуншавии ҷойдоштаи варами байни ҳуҷайравии шушҳо, варами шушҳо марбут ба вайроншавии мубодилаи газҳо дар шуш мегардад [2,4]. Аз ин рӯ муаллифони зиёд чунин мешуморанд, ки яке аз вазифаҳои муҳимтарини табобати инфузионию-трансфузиони ин таъсири мақсаднок ба раванди процесси филтратсияи моеъи транскапиллярӣ бо мақсади пешгирӣ ё барҳам додани варами ҷойдошти байни ҳуҷайравии шушҳо мебошад [3,5].

Ҳангоми ҷой дошти табобати бемор дар ҳолати терминалӣ усулҳои табобати инфузионию-трансфузиони, вазифаи муҳим ва дигари он ин зуд бо таври комилан мувофиқ ислоҳ кардани гиповолемиа, электролитҳо ва сафедаҳо мебошанд. Аз ин сабаб, пайдоиши зарурияти ҳалли қадом маҳлулҳо (коллоидҳо ё кристаллоидҳо) ба ҳар як ҳолати мушаххас афзалтар доништа шавад. Ҳамзамон дар ин ҳолат ҳамоҳангсозии вазифаҳо зери як қатор шартҳо имконпазир мегардад. Масалан интиҳоби меъёрҳои арзёбии самараноки табобати инфузионию-трансфузиони муайян кардани сифати оптималии таркиби табобати инфузионию-трансфузиони, аз байн бурдани равиши шабех дар муқоисаи режими табобати инфузиони мебошад [3,4].

Мақсади таҳлил. Омӯзиши дараҷаи гиповолемиа, электролитҳо ва сафедаҳо дар беморони ҳолати терминалӣ буда ва ташаққули усулҳои табобати пуршиддати интенсивии инфузионию-трансфузиони.

Мавод ва усулҳои тадқиқот. Дар шуъбаи эҳғарии МД ММТ ЧТ 19 нафар беморон аз сини 40 то 65 сола бистари шуда, пас аз ҷарроҳии перитонитҳои сабабҳои пайдоиши гуногун, (7-(36,8%) нафар бемор, бо захми сӯроҳи шудаи меъдаю рӯда 4-(21%) нафар бемор, панкреатитҳои шадиди деструктивӣ, 2(10,5%) нафар бемор, бо омосҳои бадсифат 6-(31,5%) нафар бемор, бо садама ва кафидани узвҳои батн), аз назар гузаронида шуданд.

Дар ҳолат пас аз қабули беморон ба шуъбаи эҳғарӣ ҳолати онҳо тибқи меъёрҳои маъмулӣ, ранги пӯст ва намӣ, фишори хун (ФХ), зудии задани дил (ЗЗД), ҳарорати бадан, сатҳи гемоглобин (Hb) ва гемокрит (Ht), нишондодҳои гемодинамикаи марказӣ, ҳаҷми дақиқавии гардиши хун (ХДГХ), индекси дил (ИД), ҳаҷми зарба (ХЗ), туршива ишқорҳо, газҳои хун, осмолярноки ва электролитҳои хун муайян карда шуд.

Натиҷаҳои тадқиқот ва муҳокима. Пеш аз оғози табобати инфузионию-трансфузиони, нишонаҳои возеҳи гиповолемиа, камшавии консентратсияи сафеда дар плазма, гипоксемияи дараҷаи гуногунро муайян намудем. Ҳамин тавр осмолярноки ба ҳисоби миёна $280,0 \pm 12$ мОсм/л, консентратсияи сафеда $54,0 \pm 2,0$ г/л, индекси дил аз 2,1 то 3,2 л/мин/м², ҳаҷми дақиқавии хун $5,2 \pm 0,9$ л/м². Дар ҳамаи беморон индекси дил аз ҳисоби зиёд задани зудии дил нигоҳ дошта мешавад. Зудии задани дил (ЗЗД) - $121,0 \pm 12,0$ мин⁻¹, гипотензия (ФШсис $86,0 \pm 11,0$ мм.сут.сим.; ФШдис $53,0 \pm 7,0$ мм.сут.сим.), тахипноэ, анемия (Hb- $70,0 \pm 8,0$ г/л; Ht- $22,0 \pm 2,0\%$), кохи-



ши электролитҳои хун (Кпл- $3,3 \pm 0,2$ ммоль/л; Напл- $139,0 \pm 12,0$ ммоль/л).

Ҳангоми табобати инфузионию-трансфузиони, нишондиҳандаҳои гемодинамикаи марказӣ ва мубодилаи газҳо ошкор шудан, ба мо имкон дод, ки ду намуди аксуламалро дар табобати инфузионию-трансфузиони фарқ кунем. Дар беморони гурӯҳи якум 12(60%) тағйирёбии осмолярнокии плазма табиатан меафзояд, ва дар беморони гурӯҳи дуюм 7(40%) тағйирёбии осмолярнокии плазма коҳиш ёфтааст. Истифодаи дурусти табобати инфузионию трансфузиони бо кристаллоидҳо дар беморони гурӯҳи якум боиси ба эътидол овардани фишори хун (ФШсис $105,0 \pm 9,0$ мм.сут.сисм; ФШдис $76,0 \pm 8,0$ мм.сут.сим.), кам шудани зудии задани дил ($89,0 \pm 6,0$ мин-1), зиёд шудани фишори оксиген PO₂ ($85,0 \pm 6,0$ г/л), зиёд шудани гемоглобин ва гематокрит (Hb- $89,0 \pm 6,0$ г/л; Ht- $28,0 \pm 2,0\%$) ва муътадил гаштани электролитҳои хун (Кпл $3,9 \pm 0,3$ ммоль/л; Напл $141,0 \pm 5,0$ ммол/л) гашт.

Дар беморони гурӯҳи дуюм камшавии осмолярнокӣ ($273,0 \pm 2,0\%$) ва камшавии

ҳаҷми дақиқавии хунгардиш ($4,9 \pm 12,0$ л/м²), индекси дил ($1,9 \pm 0,1$ л/м²) ба назар мерасад, ки ин аз норасоии нисбии фаъолияти миокард шаҳодат медиҳад ва он ба якбора норасоии меъдчаи чапи дил оварда мерасонад. Пас аз истифодаи маҳлулҳои коллоидӣ ин нишондиҳандаҳо ба ҳолати муқаррарӣ бар мегардонад. Ҳамин тавр, дар беморони гурӯҳи якум маҳлулҳои кристаллоидҳо дар табобати инфузионию-трансфузиони нисбат ба каллоидҳо бартарӣ доранд (1,5:1), дар беморони гурӯҳи дуюм маҳлулҳои коллоиди аз кристаллоидӣ бартариашон зиёд аст (2:1).

Хулоса. Ҳамин тариқ, дар асоси тағйиротҳои гемодинамикаи марказӣ ва канорӣ, мубодилаи газ, осмолярнокии плазмаи хун ба таври ғайримустақим метавон самаранокӣ табобати инфузионию-трансфузиони баҳогузорӣ кард. Қайд кардан зарур аст, ки барои табобати беморони дар ҳолати терминалӣ буда, ба гурӯҳи I-ум маҳлулҳои кристаллоидӣ ва ба гурӯҳи II-юм маҳлулҳои коллоидӣ муфид аст.

Адабиёт:

1. Анестезиология и интенсивная терапия. Практическое руководство /Б.Р. Гельфанд, П.А. Кириенко и др.; Под общ. ред. Б.Р. Гельфанд - М.; Литера, 2005 - 544с.
2. Курбонов К.М., Муминов С. Энтеральная коррекция эндотоксикоза при распространенном перитоните. Душанбе. Вестник Авиценны. №1, 2016г - 17-20с.
3. Киров М.Ю., Кузков В.В. и др. Острое повреждение легких при сепсисе: новое в патогенезе и интенсивной терапии // Архангельск, Правда Севера, 2004г.
4. Рейбужис Е.Н., Короленко А.С., Киров М.Ю. Структура и характер инфузионной-трансфузионной терапии в отделении реанимации и интенсивной терапии // Бюллетень СГМУ - 2006 - №1 (выпуск XVI). - С. 176-178.
5. Хейтц У., Горн М. Водно-электролитный и кислотно-основной баланс. // Пер. с англ. - М.: Бином, Лаборатория знаний, 2009 - 359с.
6. Ахмедов Д.А., Давлатов Б.Х. и др. Инфузионно-трансфузионная терапия в анестезиологии и реаниматологии. Душанбе -2018г - 99с.
7. Ахмедов Ч.А., Давлатов Д.А., Давлатов Б.Х., Рахимов Н.Г. Интенсивная терапия шокового легкого у больных с массивной кровопатерии. Вестник Авиценны. 2018г. (1). 26-29.



ПРИНЦИПЫ ИНФУЗИОННО-ТРАНСФУЗИОННОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ТЕРМИНАЛЬНОМ СОСТОЯНИИ

Ахмедов Дж. А., Давлатзода Б. Х., Қодиров А.Р.

Резюме. Основной задачей инфузионно-трансфузионной терапии считают адекватное восполнение объема циркулирующей крови при условии удовлетворительной сократительной способности сердца у больных в терминальном состоянии.

С целью изучения эффективности инфузионно-трансфузионной терапии обследовано 19 больных в возрасте от 40 до 65 лет с перитонитом различной этиологии, из которых 7 (36,8%) больных с перфорацией желудка и кишечника, 4 (21%) больных с деструктивным острым панкреатитом, 2 (10,5%) больных со злокачественным новообразованием, 6 (31,5%) больных с травмой брюш-

ной полости с повреждением внутренних органов.

У всех больных при поступлении были осмотрены кожные покровы и измерена температура тела. Велся мониторинг артериального давления (АД), частоты сердечных сокращений (ЧСС), уровень гемоглобина (Hb), гематокрита (Ht), параметры центральной гемодинамики: минутный объем кровообращения (МОК), сердечный индекс (СИ), кислотно-щелочное состояние (КЩС), электролиты и газы крови, осмолярность плазмы крови.

Ключевые слова: гиповолемия, инфузионно-трансфузионная терапия, электролиты крови.

PRINCIPLES OF INFUSION-TRANSFUSION THERAPY IN THE TERMINAL STATE

Akhmedov Jamoledin, Dawlatzoda Bahridin, Khairiddin Kadyrov Abdukhalim. Department of anesthesiology and resuscitation of the ATSMU

The main task of infusion-transfusion therapy is considered to be adequate replenishment of the volume of circulating blood under the condition of satisfactory contractility of the heart in patients in a terminal state.

In order to study the effectiveness of infusion-transfusion therapy, 19 patients aged 40 to 65 years with peritonitis of various etiologies were examined, of which 7 (36.8%) patients with perforation of the stomach and intestines, 4 (21%) patients with destructive acute pancreatitis, 2 (10.5%) patients with malignant

neoplasm, 6 (31.5%) patients with abdominal trauma with damage of internal organs.

All patients had their skin examined at admission and their body temperature measured. Blood pressure (BP), heart rate (HR), hemoglobin level (Hb), hematocrit (Ht), parameters of Central hemodynamics: minute volume of blood circulation (MVC), heart index (HI), acid-base state (PH), blood electrolytes and gases, osmolarity of blood plasma were monitored.

Key words: hypovolemia, infusion-transfusion therapy, blood electrolytes

Ахмедов Чамоледин Ахмедович - н.и.т., профессора кафедр анестезиология ва реаниматологияи МДТ "ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино".

Ахмедов Джамоледин Ахмедович - к.м.н., профессор кафедр анестезиологии и реаниматологии ГОУ "ТГМУ имени Абуали ибни Сино".

Akhmedov Jamoledin - Professor of the Department of anesthesiology and resuscitation of the ATSMU



СТОМАТОЛОГИЯ

ТАЪСИРИ КАМХУНИИ БА КАМБУДИИ ОҶАНВОБАСТА БА ҲОЛАТИ ПАРДАИ ЛУОБИИ КОВОКИИ ДАҲОН ВА ЗАБОНИ ЗАНҲОИ ҲОМИЛА

Бурхонов С.Б., Вохидов А.В., Қосимов М.М.

1. 3. МД "Пажӯҳишгоҳи илмӣ-клиникии стоматология ва ҷарроҳии ҷоғу рӯй" ВТ ва ҲИАҚТ; 2. МД МТ "Истиклол".

Муҳиммият. Муҳаққиқони бисёр кишварҳо муқаррар кардаанд, ки дефицити (камбудии) оҳан (Fe) ба гурӯҳи ихтилолҳои микронутриенти дохил мешавад. ин ҳолат бештар дар байни ҳомилаҳо ба ҷашм расида, то 75%-ро ташкил медиҳад. Мувофиқи таъсири ГУТ (Ташкилоти Умумичаҳонии Тандурустӣ), агар сатҳи гемоглобин дар хун ҳангоми ҳомилагӣ аз 110 г/л паст бошад, камхунӣ ҳисобида мешавад, дар ин маврид бо давом кардани муҳлати ҳомилагӣ консентратсияи гемоглобин метавонад, ки то 105 г/л ва аз он пасттар шавад [3]. Барои организми зани ҳомила баъзе тағйиротҳо, аз ҷумла дар хун хос ҳастанд. Зиёд шудани ҳаҷми плазма то 50% нисбат ба ҳаҷми ийбтидоии он ба мушоҳида мерасад, ҳол он ки дар қисми глобулярии он танҳо ба андозаи 25% зиёд мешавад. ҳамаи ин боиси афзудани талаботи организм ба микроэлементҳо ва витаминҳо мегардад, ки ин барои ташаккул ёфтани гемоглобин зарур мебошад ва барои инкишофи муътадилӣ чанин ва плацента мусоидат мекунад.

Дар шароите, ки ба пуррагардонии талаботи афзоида мувофиқат намекунад, мумкин аст, кит норасоии микроэлементҳо, дар навбати аввал оҳан пайдо шавад, бинобар ин камхунӣ (анемия) ба амал меояд. Сабабҳои пайдо шудани чунин ҳолат якҷанд омил аст: ин далел истисно карда намешавад, ки ҳомилагӣ вақте ба амал меояд, ки аллақай дар организм сатҳи пасти Hb мавҷуд аст. Сабабаи кам шудани захираи Fe дар организм метавонад, ки на танҳо омилҳои биологӣ, балки тиббӣ-ичтимоӣ, аз ҷумла бемориҳои музминӣ илтиҳобии роҳи ҳозима, узвҳои пешобу таносулӣ, ва ғайра низ бошанд.

Муҳаққиқон исбот намудаанд, ки анемияи вазнин, вақте ки консентратсияи Hb

то 90 г/л ва аз он ҳам пасттар мешавад, боиси сар задани оризаҳои вазнини ҳомилагӣ мегардад ва ба натиҷаи он таъсир мерасонад [2]. Муқаррар карда шудааст, ки дефицити Fe , ҳатто ҳангоми вучуд надоштани анемияи ба дефицити (камбудии) оҳанвобаста, метавонад, ки ҳатто дар занҳое, ки ҳомила нестанд, ихтилолҳои когнитивиро ва дар натиҷаи ин ихтилолҳои қобилияти кори ҷисмониро ба вучуд оварад [2]. Ҳамчунин қайд карда шудааст, ки анемияи ба дефицити (камбудии) оҳанвобаста ҳангоми ҳоимлагӣ метавонад, ки боиси валодати осебдида ва кам шудани массаи бадани навзод гардад [1].

Мақсади таҳқиқот. Баҳогузорӣ ба таъсири анемияи ба дефицити (камбудии) оҳанвобаста ба ҳолати пардаи луобии ковокии даҳон ва забони занҳои ҳомила.

Мавод ва усулҳои таҳқиқот. Дар пойгоҳи МД "ПИК Стоматология ва ҷарроҳии ҷоғу рӯй"-и ВТ ва ҲИА ҚТ баҳогузорӣ ба таъсири анемияи ба дефицити (камбудии) оҳанвобаста ба ҳолати пардаи луобии ковокии даҳон ва забони 48 нафар зани гирифтори анемияи дараҷаи вазниниаш миёна, ки дар ин ҷо сатҳи гемоглобулин аз 100 г/л паст буд, анҷом дода шуд.

Розигии огоҳонидашудаи занҳо ҷиҳати ба таҳқиқот шомил карданишон гирифта шудааст.

Таҳқиқотҳо оид ба ошкор намудани таъсири натиҷаҳои анемия ба вайроншавии ҳиссиёти зоиқа (маззаро ҳис кардан) иҷро карда шуд, баҳогузориҳои миқдорӣ намудҳои вайроншавии ҳиссиёти зоиқа аз рӯйи хусусият ва тобишҳои ранги забон оварда шудааст. Хусусият ва дараҷаи возеҳии осеби пардаи луобии ковокии даҳон баҳогузорӣ карда шуд.



Натичаҳо ва баррасии онҳо. Тағйироти ба амаломада дар системаи хунофар ҳангоми камхунӣ, ки хусусияти патологӣ дорад, то ин ё он андоза таъсири худро ба бофтаҳои организм мерасонад, ки дараҷаи ивозеҳии онҳо аз вазнинии протсесси патологӣ вобаста аст.

Дар чараёни омӯзиши тағйиротҳои ба амалоимада дар ковокии даҳон, дар 48 зани таҳқиқшудаи мубтало ба анемияи ба дефицити (камбудии) оҳанвобастаи дараҷаи вазниниаш миёна, дар ҳолати аз 100г/л паст будани гемоглобин, тағйироти тобиши ранги қисми пеши забон дар намуди сурхи баланд ошкор карда шуд. Парестезияи забон дар 39,6%-и занҳо ошкор карда шуд, ки барои онҳо аломатҳои ҳиссиёти сӯзиш, сӯхтан, хала задан ва кафидан бештар хос аст. Баъзан аломатҳои мазкур асноӣ таъсиррасонии механикӣ- тоза кардани дандонҳо шиддат мегиранд. Аз ҷиҳати анатомӣ ихтилолҳои ошкоршуда дар қисми пеши забон ҷойгир шуда буданд. Барои ин гурӯҳи беморон мавҷуд будани камшавӣ ва ё тамоман нест шудани ҷилои сири (эмали) дандонҳо, ҳамчунин хурдашавии зиёди дандонҳо хос аст. забон аксари бештари вақтҳо варамида аст, дар он изи дандонҳо намудор мешавад, пистонакҳои забон тунук шудаанд. Сабаби чунин тағйиротҳо ихтилоли шахшулшавии эпителии забон, гипофунксияи ғадудҳои луобӣ ба ҳисоб меравад. Тағйиротҳои ғадудҳои луобӣ ва пардаи луобии ковокии даҳон дар 39,6% зан ба қайд гирифта шуд, ки дар шакли ҳиссиёти хушкии даҳон, душворшавии фурубарӣ намудор гаштанд. Ин далел бештар дар натичаи иртиботи мавҷудбудаи луобӣ-виссералӣ амалӣ мешавад.

Имрӯзҳо барои ягон муҳаққиқ ин далел шубҳаангез нест, ки иртиботи зичи мутақобилаи анатомӣ-физиологии пардаи луобии ковокии даҳон бо сохторҳои узвҳо ва системаҳои организм вучуд дорад, ки дар байни онҳо ҷойи намоёнро узвҳои хунофар ишғол мекунанд, онҳо аллакай дар давраи антенаталии барвақт ташаккул меёбанд [3]. Эҳтимол дорад, ки ин сабаб бисёри вақтҳо зухуроти аввалияи (преморбидӣ) протсесси птологии узвҳои хунофар дар пардаи

луобии ковокии даҳон, лабҳо ва забон пайдо мешаванд.

Аломатҳои клиникӣ дар ковокии даҳон ҳангоми анемия метъавонанд, ки зухуроти барои ягон гурӯҳи беморҳои хун, ё оризаҳои он хос бошад, ки сабаби он аксари мавридҳо гиповитаминози такрорӣ баҳисоб меравад.

Бо ҳамин сабаб занҳои ҳомилаи мубтало ба камхунӣ зиёдтар, махсусан дар давраи авали беморӣ ба стоматолог муроҷиат мекунанд, ки вай масъулияти сари вақт ошкор намудан ва табобат кардани онро ба уҳда дорад. Кам шудани захираи Fe дар организм боиси сар заджани дисбаланси (нормотаносибии) протсесҳои туршшавӣ-илтиҳобӣ мегарданд, ки дар таркибашон оҳан (суксинатдегидрогеназ, ситохромоксидаз, ситохром, пероксидаз) доранд. Дар протсесси ташаккули протсесси патологӣ кам шудани фаъолнокии коферментҳои мазкур ба назар мерасад, ки дар навбати худ боиси вайроншавии гизои бофтаҳои эпидермис ва рудиментҳои он мегардад, монанди нохунҳо, мӯй, пардаи луобӣ бо ҷалби сохторҳои марбутатаи ковокии даҳон.

Дар чараёни таҳқиқи занҳои ҳомилаи мубтало ба анемия дар 64,2%-и онҳо вайроншавии ҳиссиёти зоиқа (маза) ба назар расид. Таҳлили нисбатан муфассали ихтилолҳои ошкоркардашуда, имконият дод, ки якҷанд намуди ихтилолҳои зоиқа низ ошкор карда шавад. Ин ихтилолҳо бо дараҷаи вазнинии анемияи иртиботи мустақим доштанд. Дар 18,3% -и занҳо, ки дорои дараҷаи вазнини анемия буданд, талафоти пурраи ҳиссиёти зоиқа - агевзия ташхис карда шуд. Дар байни 51,5%-и занҳои дорои дараҷаи миёнаи вазнинӣ қисман нест шудани ҳиссиёти зоиқа- гипогевзия ба қайд гирифта шуд, ҳол он ки дар 22,4%-и занҳо ҳолати нафрат пайдо кардан ба гизо- дисгевзия дида шуд.

Ретсепторҳои ҳиссӣ, ки функсияи онҳо дарк кардани мазза (зоиқа) аст, маъмулан дар болои забон ҷойгир шудаанд. Дар баробари ин, онҳо метавонанд, ки дар комҳо, ҳалқум ва ҳатто балъум низ ҷойгир шаванд. Ретсепторҳои мутасаддӣ барои дарки мазза ба қисмҳои дахлдори системаи марказии



асаб, ки онҳоро ҳамчун "мазза" қабул меку-
нанд, сигналҳоро интиқол медиҳад. Ҳассо-
сияти ин ретсепторҳо гуногун аст- аз маз-
заҳои шириниву талхӣ, туршӣ то маззаи
шӯри ғизо. Комбинатсияи ретсепторҳо ба-
рои дарки маҷмӯи эҳсосоти маззаҳои мурак-
каб мусоидат мекунад, онҳо дар натиҷаи
таъсири мутақобилаи ҳамзамони ретсепто-
рҳои зиёд пайдо мешаванд.

Сабаби ихтилолҳои ошкоршудаи дарки
мазза ихтилолҳои мубодила мебошанд, ки
дар ретсепторҳои зоика пайдо мешаванд,
онҳо аз ҷиҳати анатомӣ ба истилоҳ дар "гур-
даҳои зоика" қарор доранд ва онҳо дар на-
вбати худ аз таҷаммӯи ҳуҷайраҳо ташаккул
меёбанд. Барои "гурдаҳои зоика" мавҷуд
будани масомаҳо (сӯроҳчаҳо)-и зоика хос
аст. Микроворсинкаҳои ҳуҷайраҳои ретсеп-
торӣ дар навбати худ ба даруни ҳуҷайраҳо
медароянд. Дар заминаи анемия ихтилоли
метаболизми сохторҳои ҳуҷайра ба амал
меояд. Ин дар навбати худ интиқоли импул-
сро дар ҳуҷайраи ретсепторҳо вайрон ме-
кунад, ки вай бо лифҳои асабии зоикаи аф-
ферентӣ иотибот дорад. Ва ин аз кам шуда-
ни оҳан дар эпителии пардаҳои луобӣ ало-
қаманд аст.

Муоинаи стоматологии ковокии даҳон
хангоми анемия имконият медиҳад, ки ху-
сусият, амиқӣ ва дараҷаи возеҳии осеби пар-
даи луобии ковокии даҳон баҳогузорӣ кар-
да шавад. Мо пардаи луобии ковокии даҳон
ни занҳои мубтало ба анемияи ба дефитси-
ти (камбудии) оҳанвобастаро муоина кар-
дем. Муоина имконият дод муқаррар карда
шавад, ки рангпаридагии пардаи луобии
ковокӣ даҳон дар 89,4% ба назар расид, дар
зиёда аз 2/3 ҳисса (74,3%) атрофияи пардаи
луобӣ ба мушоҳида расид.

Ин намуди осеб дар милкҳои дандонҳои
курсӣ хос буд. Ғайр аз ин, тақрибан ҳамаи
беморон ба аз кам намнок шудани ковокии
даҳон шикоят мекарданд. Ба андешаи мо-
сабаби имконпазири ин далел осеби гипок-
сии ҳуҷайраҳои гадуи луобӣ мебошад, ки
дар натиҷаи гипоксияи гемикӣ хангоми ане-
мия ба амал меояд.

Муоинаи гузаронидашудаи занҳои хоми-
ла тағйиротҳои махсуси ранги пардаи луо-

бии ковокии даҳонро нишон дод: рангпари-
дагӣ -44,5%, асосан бо тобиши бӯри сабзча
-25,4%, ки онҳо бештар дар сатҳҳои диста-
лии ковокии даҳон қарор доштанд.

Тунук шудани қабати ҳуҷайравӣ дорои
тағйиротҳои хоси пардаи луобӣ буд. Талаф
ёфтани эластикият (чандирии) он ба назар
раси; травматизм зиёд шуд; тағйир ёфтани
хусусият ва ранги пардаи луобӣ аз рангпа-
ридагӣ то тобиши сафедранг, баъзан гуло-
бии камранг. Тағйиротҳои махсуси забон:
тунук шудани қабати эпителии ва пистона-
кҳои забон. Пардаи луобии ковокии даҳон
ҳамеша таҳти таъсири механикӣ қарор до-
рад ва дар натиҷаи ин пок мешавад. Аз ин
сабаб пистонакҳои риштамонанди забон
зуд ба зудӣ пӯст мепартоянд, ки сабабаш
анемияи ба дефитсита (камбудии) оҳанво-
баста ба ҳисоб меравад, вай барқарорша-
вии онҳоро кам ва тамоман қатъ мекунад,
дар натиҷаи ин атрофияи пистонакҳо ба
амал меояд.

Яке аз зухуроти анемия вайрон шудани
ҳисси зоика мебошад. Бо мақсади муайян
кардани миқдор (басомад) ва дараҷаи во-
зеҳии ин ихтилолҳо, мо дар байни занҳои
хомила пурсиш гузаронидем. Чунин ихти-
лолҳо, ба монанди талабот ба бӯр, ангишт,
тахрифи ҳиссиёти бӯй дар шакли ҷалб шу-
дан ба бӯйи бензин ва резин барои занҳои
хомилаи таҳқиқшуда хос буд. Ин далел аз
таъсири анемияи ба дефитсита (камбудии)
оҳанвобаста ба ретсепторҳои ҳиссии пар-
даи луобии ковокии даҳон гувоҳӣ медиҳад.
Ба ғайр аз зухуроти дар боло зикршуда, мо
дигар тағйиротҳоро хангоми анемия дар
қабати эпителии ковокии даҳон муайян на-
мудем, ки онҳо дар шакли роғҳои кунҷи да-
ҳон муддати тӯлонӣ боқӣ мемонанд, зоҳир
мешаванд, онҳо бештари мавридҳо сабаби
хунравии милкҳо мешаванд. дар протсессии
тозакунии механики дандонҳо ин далел шид-
дат мегирад.

Ҳамин тавр, анемияи ба дефитсита (кам-
будии) оҳанвобастаи дараҷаи вазниниаш
миёна дар хомилаҳо боиси тағйиротҳои зи-
ёди пардаи луобии ковокии даҳон мегардад
ва дар шакли доғи сурхи баланд дар сатҳи
пеши забон, парестезия, вайрон шудани



хисси зоика (гипогевзия, дисгевзия), тунук шудани қабати эпителий ва пистонакҳои забон, душвор шудани фурубарӣ дар натиҷаи

хушк шудани даҳон, ҳамчунин сафедчаранг шудани милқҳо, асосан дар проексияи дандонҳои курсӣ намудор мешаванд.

АДАБИЁТ:

1. Казакова Л. М. Дефицит железа и его профилактика в практике врача- педиатра: метод, рекомендации для педиатров и акушеров. - М., 2018. -23 с.
2. Серов В. Н., Вурлев В. А., Коноводова Е. Н. и др. Железодефицитные состояния у беременных: метод. рекомендации для акушеров-гинекологов. - М., 2015. - 32 с.
3. Бахмудов Б. Р. Структурная характеристика интенсивности кариеса зубов и исходный уровень стоматологической помощи у беременных женщин по данным 4-летнего наблюдения // Клиническая стоматология. - 2008. - № 2. - С. 82-86.
4. Грудянов, А.И. Как предупредить заболевание десен и разрушение кости челюстей в период беременности? // Современная стоматология 2017. - № 1. - С. 63-64.

ВЛИЯНИЕ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ НА СОСТОЯНИЕ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА И ЯЗЫКА У БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН

Бурхонов С.Б.1, Вохидов А.В.2, Косимов М.М.2

1.ГУ МК "Истиклол", 2. ГУ "Научно-клинический институт стоматологии и челюстно-лицевой хирургии" МЗ и СЗН РТ, Душанбе, Республика Таджикистан

Цель: Оценить влияние железодефицитной анемии на состояние СОПР и языка у беременных женщин.

Материал и методы. На базе ГУ "НКИ Стоматологии и челюстно-лицевой хирургии" МЗ и СЗН РТ была дана клиническая оценка влияния ЖДА средней степени тяжести на состояние полости рта у 48 беременных женщин, где уровень гемоглобина был ниже 100 г/л.

Результаты и их обсуждение. У 48 обследованных женщин с ЖДА средней степени тяжести, при гемоглобине ниже 100 г/л, были выявлены изменения окраски на передней части языка в виде ярко-красного цвета. Парестезия языка была выявлена у 39,6% женщин, для которых наиболее характерными признаками было чувство жжения, пощипывания, покалывания, распирания. Иногда данные признаки усиливались при механических раздражениях - чистке зубов.

Обследование показало, что у 64,2% имело место нарушение вкусовых ощущений. Среди 51,5% женщин с анемией средней степени тяжести выявлена частичная потеря восприятия вкуса - гипогевзия, в тоже время, у 22,4% женщин было зарегистрировано состояние, сопровождающееся извращением вкуса - дисгевзия.

Заключение: ЖДА средней степени тяжести у беременных приводит к значительным изменениям со стороны СОПР и языка в виде ярко-красных пятен на передней поверхности языка, парестезии, нарушению вкусовых ощущений (гипогевзия, дисгевзия), истончению эпителиального слоя и сосочков языка, затрудненному глотанию вследствие сухости полости рта, а также белесоватой окраски дёсен преимущественно в проекции корней зубов.

Ключевые слова: беременность, железодефицитная анемия, полость рта.



INFLUENCE OF IRON DEFICIENCY ANEMIA ON ORAL MUCOSA AND TONGUE IN PREGNANT WOMEN

Burkhonov S.B., Vokhidov A.V., Kosimov M.M

1SI MC "Istiklol", 2,3 SI "Scientifically- clinical institute of stomatology and maxillofacial surgery of the Ministry of Health and social protection of the population of the Republic of Tajikistan"

Aim. assess the effect of iron deficiency anemia on oral mucosa and tongue in pregnant dental women

Materials and methods. On the basis of the SI "Scientifically- clinical institute of stomatology and maxillofacial surgery of the Ministry of Health and social protection of the population of the Republic of Tajikistan", clinical assessment of the effect of IDA on oral mucosa in 48 women with moderate anemia was given, when the hemoglobin level was below 100 g/l.

Results and its discussion. In 48 examined women with IDA moderate, with hemoglobin below 100 g/l, color changes were found in the form of bright red color located on the front of the tongue. Paresthesias of the tongue were detected in 39.6% of women, the most characteristic signs were a burning sensation, tingling, tearing, patients complained of a burning sensation. Sometimes those signs were amplified by mechanical irritation -

brushing the teeth. anatomically detected disorders were located on the front of the tongue. In 64.2% of pregnant women, there was a violation of taste sensations, and these disorders had a direct connection with the severity of anemia. Among 51.5% of women with anemia of moderate severity, a partial loss of taste perception was found - hypogeusia, while at the same time, 22.4% of women had a state with a taste distortion - dysgeusia.

Conclusion. IDA of moderate severity in pregnant women leads to significant changes on the part of oral and tongue mucosa in the form of bright red spots on the anterior surface of the tongue, paresthesia, disruption of taste sensations (hypogeusia, dysgeusia), papillae of the tongue, difficulty swallowing due to dry oral cavity, as well as whitish coloring of the gums mainly in the projection of the roots of the teeth

Key words: pregnancy, iron deficiency anemia, oral cavity.

Бурхонов Сино Бобоевич - аспирант ГУ НКИ Стоматологии и челюстно лицевой хирургии МЗ и СЗН РТ.

Бурхонов Сино Бобоевич - аспирант ГУ НКИ Стоматологии и челюстно лицевой хирургии МЗ и СЗН РТ тел. +992931240100 e-mail: dr.sino@mail.ru

Burkhonov S.B.- Graduate student, SI "Scientifically- clinical institute of stomatology and maxillofacial surgery of the Ministry of Health and social protection of the population of the Republic of Tajikistan".



ЛОР

ОИД БА МАСЪАЛАИ ИМПЛАНТАТСИЯИ КОХЛЕАРӢ ҲАНГОМИ
НУҚСОНҲОИ ГӢШИ ДОХИЛА

Ҷ. И. Холматов¹, В. Е. Кузовков², М. С. Мухамедова³, А. А. Махаммадиев¹ М.Д. Шоев¹.
Кафедраи оториноларингология ба номи Ю.Б. Исҳоқӣ (мудири кафедра н.и.т., дотсент
М.И. Маҳмудназаров)-и ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино, ш. Душанбе, Ҷумҳурии
Тоҷикистон¹, Пажӯҳишгоҳи илмӣ-тадқиқотии гӯшу гулӯ ва бинии Санкт-Петербург²,
Маркзи ташхисӣ-табобатии "Шифо"³

Муҳиммият. Амалҳои ҷарроҳии баланд-технологӣ дар гӯши даруна (дар "ҳалзун"), имплантатсияи кохлеарӣ (ИК) дар таҷрибаи ҷаҳонӣ ба таври васеъ эътироф шудааст ва самти афзалиятноки барқарорсозии беморони дорои пастшунавоии сенсоневралии сатҳи баланд ва карӣ, бо ҳамбастагии минбаъдаи онҳо ба муҳити ашхоси шунаво мебошад. Дар абдабиёт масоили таснифоти нуқсонҳои инкишофи гӯши дохила, аз ҷумла нисбат ба ИК ба таври васеъ тавсиф шуда, усулҳои ҷарроҳии гузаронидани ИК ҳангоми нуқсонҳои мазкур матраҳ гардидаанд. Таҷрибаи ҷаҳонии ИК дар беморони гирифтори нуқсонҳои инкишофи гӯшҳои дохила зиёда аз 10 сол аст. Ҳамзамон, дар адабиёти ватанӣ нисбат ба ин мавзӯ тадқиқотҳои хеле кам бахшида шудааст.

Мақсади тадқиқот. Назари муосир оид ба таснифоти нуқсонҳои ҳалзун ва тактикаи ИК беморони дорои ин этилолият дар шароити Ҷумҳурии Тоҷикистон.

Мавод ва усутҳои таҳқиқот. Дар шароити Маркази ташхис ва табобатии "Шифо" бори аввал дар Тоҷикистон, ИК дар беморони гирифтори нуқсонҳои инкишофи гӯши дарунӣ гузаронида шудааст. Сабаби ин таҳқиқот шаш сол таҷрибаи корӣ, мавҷудияти натиҷаҳои муваффақонаи ҷунин тадбирҳо, инчунин миқдори нокифояи адабиёт дар ин бора ба шумор меравад.

Таснифи нуқсонҳои инкишофи гӯши дохила. Дар охири солҳои 80-ум бо пайдоиши Томографияи компютери (ТК) баландсифат ва томографияи магнитию резонансӣ (ТМР), барои ташхиси талафоти пастшунавой ва карӣ, махсусан ҳангоми муайян кардани нишонаҳо барои ИК васеъ истифода мешаванд.

Бо истифода аз ин усулҳои аномалияҳои нава муайян шуданд, ки ба таснифоти мавҷудаи F. Siebenmann (1904) ва K. Terrahe (1965) мувофиқат намекарданд. Дар натиҷа, R.K. Jackler [1] таснифи навро пешниҳод кард, ки онро N. Marangos [2] ва L. Sennaroglu [3] васеъ ва тағйир доданд. Аммо, бояд қайд кард, ки, алахусус, МРТ айнаи замон он қадар тафсилоти нозуқро ошкор менамояд, ки таснифоти ноқиссҳои ошкоршударо тасниф кардан душвор аст [2, 3].

Дар таснифи худ аномалия дар рушди гӯши дарунӣ, дар асоси маълумоти рентгенӣ анъанавӣ ва аввалин маълумоти ТК, R.K. Jackler [1] пешниҳод намуд, ки намудҳои гуногуни нуқсон дар натиҷаи таъхир ё суст шудани инкишофи гӯши даруна дар як марҳилаи муайян ба вучуд меоянд. Ҳамин тарик, намудҳои вайронкунии ошкоршуда ба вақти вайронкунии мувофиқат мекунад. Баъдтар муаллиф таснифи аномалияҳои оммаро ба категорияи А пешниҳод кард, ки ҷунин аномалияҳо бо мавҷудияти васеи обтаъминкунии алоқаманданд (Ҷадвали 1).

Ҳамин тарик, параграфҳои 1 - 5 категорияи А ва В аномалияҳои ҷудошудаи рушд мебошанд. Аномалияҳои омехта, ки ба ҳарду категория дохил мешаванд, бояд ба категорияи А бо вестибулои васеъ тақсим карда шаванд. R.K. Jackler ва S. K?sling [4] изҳор доштанд, ки аномалияҳои ҷудошуда на танҳо як деформасияи як воҳиди сохтори гӯши дарунӣ мебошанд, балки метавонанд бо аномалияҳои вестибула ва каналҳои нимноқилӣ, инчунин бо дисплазияи вестибулярӣ ва обёрӣ васеи вестибула якҷоя карда шаванд.



Чадвали 1.

Таснифоти аномалия дар инкишофи гӯши даруна аз рӯи R.K.Jackler

	Аплазия ё заифии ҳалзун
Категорияи А	<ol style="list-style-type: none"> 1. Аплази лабиринт (аномалияи Мишел) 2. Аплазияи кохлеарӣ, вестибулаи муқаррарӣ ё деформатсионӣ ва системаи нимноқилонаи канал 3. Гипоплазияи кохлеарӣ, вестибулаи муқаррарӣ ё деформатсионӣ ва системаи нимноқилонаи канал 4. Кохлаяи нопурра, вестибулаи муқаррарӣ ё деформатсионӣ ва системаи нимноқилонаи канал (аномалияи Mondini) 5. Пуфаки умумӣ: кохла ва вестибула бо фазои ягона бе меъморӣ дохилӣ, системаи муқаррарӣ ё заифшудаи каналҳои нимноқил пешниҳод мешаванд
	Ҳалзунӣ муқаррарӣ
Категорияи В	<ol style="list-style-type: none"> 1. Дисплазияи вестибулярӣ ва канали паҳлуӣ нимдоира, канали оддӣ қаблӣ ва баъдӣ 2. Обтаъминкунии иловашудаи вестибулярӣ, вестибулаи муқаррарӣ ё васеъ, системаи муқаррарӣ каналҳои нимдоира

Ба таснифи N. Marangos [2], рушди нопурра ё бебозгашти лабиринти гӯш дохил карда шудааст (Чадвали 2, банди 5).

Чадвали 2

Таснифоти аномалия дар инкишофи гӯши дарунӣ аз рӯи N. Marangos

Гурӯҳ	Зергурӯҳ
А рушди нопурраи чанин	<ol style="list-style-type: none"> 1. Аплазияи пурраи гӯши даруна (аномалияи Мишел) 2. Фафси умумӣ (отоцист) 3. Аплазия / гипоплазияи кохла (лабиринти муқаррарӣ "паси") 4. Аплазия / гипоплазия "лабиринти бозгашт" (морҳои муқаррарӣ) 5. Гипоплазияи тамоми лабиринт 6. Дисплазияи Mondini
В рушди аберран- тии чанин	<ol style="list-style-type: none"> 1. Оби васеъшуда 2. Менои гӯшии танги дарунӣ (диаметри дохиливаз аз 2 мм) 3. Қаторкӯҳи дарозранг (crista transversa) 4. Менои аудити дохилӣ ба 3 қисм тақсим карда мешавад 5. Ҷудокунӣ нопурраи кохлеомеаталӣ (гӯшти дохилии гӯшӣ ва кохла)
С аномалия-ҳои ҷудошудаи ирсӣ	Талафоти шунавоии X-вобаста
Д	Аномалия дар синдромҳои ирсӣ

Чадвали 3.

Гурӯҳи асосӣ ва конфигуратсияи аномалияҳои кохлевестибулярӣ мувофиқи L. Sennaroglu

Гурӯҳҳои асосӣ	Конфигуратсия
Нуксонҳои кохлеарӣ	Аномалияи мишелӣ / аплазияи кохлярӣ / пуфакҳои умумӣ / навъи ҷудошавии нопурра I / гипоплази кохлеалӣ / навъи ҷудошавии нопурраи II / кохлеяи муқаррарӣ
Нуксонҳои вестибулярӣ	Дахлез: хузур надоштан / гипоплазия / васеъшавӣ (аз ҷумла нопадидшавии Мишел ва пуфакҳои умумӣ)
Нуксонҳои каналҳои нимдоира	Набудан/гипоплазия/калоншавии ҳаҷм
Нуксонҳои гузаргоҳи дохилаи сомеа	Набудан /танг/васеъшуда
Аномалияҳои кубурҳои обии вестибулярӣ ва кохлеарӣ	Васеъшуда /муқаррарӣ



Ҳамин тариқ, чор категорияи (A-D) но-расоихо дар рушди гӯши дарунӣ тавсиф карда мешаванд. Муаллиф оби васеъро дар даромадгоҳ мешуморад, агар масофаи бай-нисоҳавӣ дар қисми миёна аз 2 мм зиёд бо-шад, дар ҳоле ки муаллифони дигар миқдо-ри 1,5 мм-ро ишора мекунанд.

L. Sennaroglu [3] 5 гурӯҳи асосиро фарк мекунад (ҷадвали 3): вайроншавии инкишо-

фи коклея, вестибул, каналҳои нимдоира, канали шунавоии дохилӣ ва обии обии даҳ-лез ё коклея.

Норасогиҳои кохлеарӣ (Ҷадвали 4) вобаста ба вақти вайрон шудани раванди муқаррарии рушди чанин аз рӯи дараҷаи вазнинӣ ба шаш категория тақсим карда шудаанд. Ин таснифо-ти носозихоӣ кохлеарӣ тақсимооти нопурраи намудҳои I ва II-ро дар бар мегирад.

Таснифи аномалияҳои коклея аз рӯи давраи вайроншавии дохилибатнӣ тибқи L. Sennaroglu

Нуксонҳои кохлеарӣ	Тавсиф
Нуксони Michel (ҳафтаи сеюм)	Пурра набудани сохтори кохлеовестибулярӣ, аксар вақт – гузаргоҳи дохилии гӯши апластикӣ, бештар аз ҳама – водопроводи даҳлезӣ муқаррарӣ
Аплазияи ҳалзун (охири ҳафтаи 3-юм)	Ҳалзун нест, даҳлези муқаррарӣ, васеъ ё гипопластикӣ ва системаи каналҳои нимноқил, канали васеъшудаи дохилии шунавоӣ, аксар вақт даҳлези муқаррарӣ
Ковокии умумӣ (ҳафтаи 4-ум)	Коклея ва вестибула як фазои ягонае мебошанд, ки бе меъморӣ дохилӣ, системаи муқаррарӣ ё заифшудаи каналҳои нимноқилӣ ё набудани онҳо мавҷуданд; гузаргоҳи дохилии гӯш аксар вақт нисбат ба танг васеъ карда мешавад; аксар вақт - водопроводи даҳлези муқаррарӣ
Чудокунӣ нопурраи навъи II (ҳафтаи 5-ум)	Ҳалзун аз як холигӣ бидуни меъморӣ дохилӣ иборат аст; васеъшавии даҳлез; бештар аз ҳама – васеъшавии гузаргоҳи дохилаи гӯш; набудан, васеъшавии системаи муқарраи каналҳои нимдоира; водопроводи даҳлезӣ муқаррарӣ
Гипоплазияи ҳалзун (ҳафтаи 6-ум)	Чудошавии дақиқи таркиботи кохлеарӣ ва вестибулярӣ, ҳалзун дар шакли ҳубоби хурд; набудан, васеъшавӣ ё системаи муқарраи каналҳои нимдоира; тангшавӣ ё набудани системаи муқарраи каналҳои нимдоира; водопроводи даҳлезӣ муқаррарӣ
Чудокунӣ нопурраи навъи II (нуксони Мондини) (ҳафтаи 7-ум)	Ҳалзун дар 1,5 қачақ, васеъшавии кистозии қачақҳои миёна ва апиқалӣ; Андозаҳои ҳалзун ба муқаррарӣ наздик аст; каме васеъшавии даҳлез; системаи муқарраи каналҳои нимдоира, васеъшавии водопроводи даҳлезӣ

Бо дарназардошти ғояҳои муосир дар бораи намудҳои ихтилоли охлеовестибулярӣ, мо таснифоти R.K. Jackler и L. Sennaroglu-ро ҳамчун бозефтҳои бештар мувофиқ дар амалияи худ истифода мебарем. Бо назардошти шумораи ками бемороне, ки дар он амалиёт гузаронида мешаванд, дар зер намунаи бомуваффақияти ИК бо аномалия дар инкишофи гӯши даруна оварда шудааст.

Натиҷаҳои таҳқиқот ва муҳокимаи онҳо

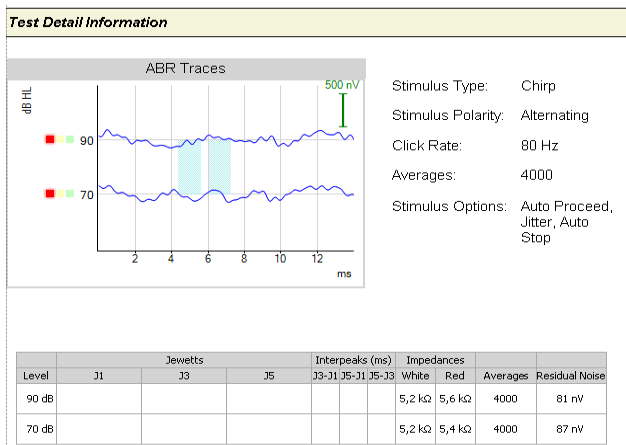
Ҳолатҳо аз таҷриба. Моҳи сентябри соли 2016, волидони бемор С., соли таваллудаш 2011, ба клиникаи Шифо бо шикояти набудани аксуламали кӯдак ба садо ва мурочиат намуданд. Ҳангоми муоина ташхис муайян карда шуд: талафоти музмини дучонибаи сенсоневралӣ, дараҷаи IV, сабабаш модарзодӣ. Бемории дуюмдараҷаи вайроншавии нутқи қабулқунанда ва эксп-

рессивӣ. Оқибатҳои гузаронидани сирояти ситомегаловирусӣ дар дохили батн, вайроншавии системаи марказии асаби дохилибатнӣ.

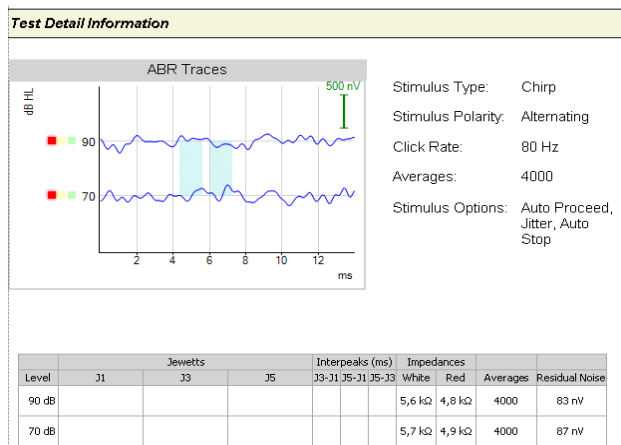
Тибқи хулосаи психологи кӯдакона - қобилияти маърифати кӯдак дар доираи синну сол, зехн нигоҳ дошта шудааст.

Ба кӯдак дастгоҳи шунавоии қобилиятташ хеле баланд гузошта шудааст, аммо бе натиҷа. Аз рӯи маълумотҳои аудиологӣ тадқиқоти сабти потенциали ангезандаи шунавоии (СПАШ) мағзи сар ҳангоми дараҷаи максималии садо-90 дБ ба қайд гирифта нашуд, эмиссияи отоакустикӣ низ аз ҳар ду тараф қайд нагардид (расми 1.).

Томографияи компютери (ТК) устухонҳои чакка мавҷудияти аномалияи дучонибаи инкишофи ҳалзунро дар шакли чудокунӣ нопурраи навъи I ошкор намуд (ҷадвали 4).



A



B

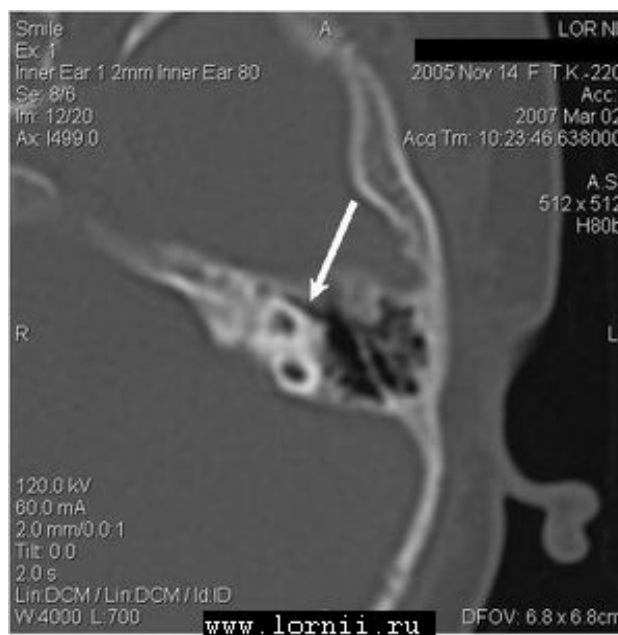
Расми 1. Маълумоти СПАШ (А- гӯши рост ва В- гӯши чап) бемор С.

Ҳангоми ин, новобаста аз гуногунии намуди зоҳирӣ барои гӯши чап ва ҳам барои гӯши рост маълумот дар назари аввал дуруст аст (расми 2).



Расми 3. Васеъшавии даҳлез аз чап

Пас аз муоина ба гӯши чапи бемор амалёти ИК бо таври классикӣ тавассути антромастотомия ва тимпанотомияи кафой бо ворид кардани электрод тавассути кохлеостомия гузаронида шуд. Барои чарроҳӣ электроди махсуси кутоҳкардашуда (Med-El, Австрия) дорои дарозии кории электроди фаъоли тақрибан 12 мм, ки барои истифода дар ҳолатҳои аномалия ё оссификасияи ҳалзун махсус тарҳрезӣ шудаанд, истифода гардид.



Расми 4. Васеъшавӣ ва системаи деформатсияшудаи каналҳои нимдоира аз чап

Сарфи назар аз мавҷудияти устухончаҳои ҳангоми амалиёт рефлексҳои акустики аз мушаки рикобӣ ба қайд гирифта нашудаанд. Аммо, ҳангоми гузаронидани телеметрияи воқуниши асаб, ҳангоми ангиизиши аз 12 электрод 7 электрод ҷавоби аниқро пайдо намудем.

Рентгенографияи трансорбиталии ҳалзун баъди чарроҳӣ муайян кард, ки электроди фаъоли имплантат дар ковокии умумӣ ҷойгир шуда, (расми 5, тирча), шакли идеалии гирду атрофиро онро гирифтааст.



Расми 5. Рентгенографияи трансорбиталӣ.

Электроди кутоҳкардашуда дар ковокии умумӣ.

Ҳангоми ташҳиси аудиологии назоратӣ пас аз 3 моҳи амалиёт дар бемор реаксияҳо дар майдони озоди садо бо шиддатнокии 15-

20 дБ дар фосилаи басомади аз 250 то 4000 Гц садо медиҳанд, пайдо намудем. Сухано-ни бемор бо калимаҳои як ва дучилӣ ("модар", "додан", "нӯшидан", "қаҳвахона" ва ғайра), як ибораи оддӣ на зиёда аз ду калимаҳои як ё дучилӣ иборатанд. Бо назардошти он, ки синну соли бемор ҳангоми ташҳиси такрорӣ аз 3 сол камтар буд, натиҷаҳои барқароркунии шунавоӣ ва нутқ дар ин ҳолат бояд аъло ҳисобида шаванд.

Хулоса. Таснифоти аномалияҳо дар рушди гӯши дохила на танҳо тасаввуроти гуногун дар бораи ин гуна патология ва вақти пайдоиши нуқсон дар чараёни ташаккули дохилибатнӣ аст, балки инчунин ҳангоми муайян кардани нишондодҳо барои имплантатсияи кохлеарӣ, ҳангоми интихоби тактикаи ҷарроҳӣ муфид мебошад. Мушоҳидаҳои дар мақола овардашуда имкон медиҳанд, ки имплантатсияи кохлеарӣ ҳамчун воситаи барқароршавии шунавоӣ баҳо дода шавад, дар ҳолатҳои душвор тасаввуроти нишондодҳо ва ғайринишондодҳо оид ба гузароиндани имплантатсия васеъ мекунад.

АДАБИЁТ

1. Jackler R.K. The large vestibular aqueduct syndrome//R.K. Jackler, A. De La Cruz/ Laryngoscope. - 2009. - Vol. 99, № 10. - P. 1238 - 1243.
2. Marangos N. Dysplasien des Innenohres und inneren Gehörganges//N. Marangos/HNO. - 2007. - Vol. 50, №9. - P. 866 - 881.
3. Sennarolu L, DemirBajin M. Classification and Current Management of Inner Ear Malformations. Balkan Med J. 2017 Aug 25. doi: 10.4274/balkanmedj.
4. Stellenwert der MRT bei Verdacht auf Innenohrmissbildung//S. K?sling, S. J?ttemann, B. Amaya et al. / Fortschr R?ntgenstr. - 2013. - Vol. 175, № 11. - S. 1639 - 1646.

К ВОПРОСУ О КОХЛЕАРНОЙ ИМПЛАНТАЦИИ ПРИ АНОМАЛИЯХ ВНУТРЕННЕГО УХА

Д.И. Холматов¹, В.Е. Кузовков², М. С. Мухамедова³, А.А. Махамдиев¹

Таджикский государственный медицинский университет им. Абуали ибни Сино, Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт уха, горла, носа и речи, Диагностико-лечебный центр "Шифо".

Резюме. В литературе достаточно широко освещены вопросы классификации аномалий развития внутреннего уха, в том числе применительно к кохлеарной имплантации, описаны хирургические методики проведения кохлеарной имплантации при данной патологии. В данной статье, посвящен-

ной вышеуказанной проблеме, прослежены результаты шестилетний опыт подобных операций, наличие успешных результатов таких вмешательств, а также недостаточное количество литературы по данному вопросу, послужили причиной выполнения данной работы. В результате исследований выявля-



но, что представленное в работе наблюдение позволяет оценить возможности кохlearной имплантации, как средства реабилитации, в сложных случаях, расширяет пред-

ставления о показаниях и противопоказаниях к проведению имплантации.

Ключевые слова. кохlearная имплантация, классификации аномалий развития внутреннего уха.

TO THE QUESTION OF COCHLEAR IMPLANTATION WITH INNOMALS OF INNER EAR

J. I. Kholmatov¹, V.E. Kuzovkov², M.S. Mukhamedova³, A.A. Makhamadiev¹

Tajik State Medical University. Abouali ibni Sino, St. Petersburg Research Institute of Ear, Throat, Nose and Speech, Diagnostic and treatment center "Shifo".

The literature covers rather widely the classification of abnormalities of the inner ear, including in relation to cochlear implantation, describes surgical techniques for cochlear implantation in this pathology. This article, devoted to the above problem, traces the results of six years of experience in such operations, the presence of successful results of such interventions, as well as an insufficient amount of literature on this issue, served as the reason

for this work. As a result of the studies, it was revealed that the observation presented in the work allows us to assess the possibilities of cochlear implantation as a means of rehabilitation, in difficult cases, expands ideas about the indications and contraindications for implantation.

Key words. cochlear implantation, classification of abnormalities in the development of the inner ear.

Холматов Джамо́л Исроилович - д.м.н., профессор кафедры оториноларингологии ТГМУ имени Абуали ибни Сино e-mail: kholmatovji@mail.ru, тел.: +992 98 104 1634.

Kholmatov Dzhamol Isroilovich - doctor of medical sciences, Professor of the department of Otorhinolaryngology, TSMU named after Abuali ibni Sino e-mail: kholmatovji@mail.ru tel.: +992 98 104 1634.



БЕМОРИҲОИ ДАРУНӢ

ХАТАРИ ПАЙДО ШУДАНИ РЕЗИСТЕНТНОКӢ БА ТАБОБАТ ВА БЕМОРИҲОИ СЕРЕБРОВАСКУЛЯРӢ ДАР БЕМОРОНИ МУБТАЛО БА ФИШОРБАЛАНДИИ ШАРӢНӢ

Х.Ӣ. Шарипова¹, Ф.Н. Абдуллаев², Х.С. Султонов¹, Нуров Р.М.³

1. Кафедраи таълими асосҳои бемориҳои даруни (мудири кафедра д.и.т., профессор Саидов Ӣ.У.)- и МДТ "ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино"¹, 2. Шуъбаи неврологияи МТШ №2 ба номи К.Т. Тоҷиев², ш. Душанбе, 3. МД "Маркази ҷумхуриявӣ пешгириӣ ва мубориза бо СПИД".

Муҳимият. Омӯхтани паҳншавӣ ва сохтори бемориҳои серброваскуляри (БСВ) дар беморони гирифтори фишорбаландии шарӢнӣ (ФС) бо хатари олии пайдо шудани резистентнокӣ ба табобат.

Мавод ва усулҳои таҳқиқот. Натиҷаҳои таҳқиқоти 1029 бемори гирифтори фишорбаландии шарӢнӣ, ки ба табобат майл доранд ва дар шуъбаи неврология ва кардиологияи МТШ №2 ба номи академик К.Т. Тоҷиеви шаҳри Душанбе (солҳои 2014-2018) бистарӣ буданд, ҷамъбаст карда шудааст. Дар гурӯҳи беморони дорои хатари пайдошавии резистентнокии (ХПР) кам ва муътадил дар давосми 5 сол (гурӯҳи 1-ум) ва хатари баланд ва хеле баланд (гурӯҳи 2-юм) хусусиятҳои клиникӣ-гемодинамикии ФС, паҳншавӣ ва сохтори бемориҳои серброваскулярии генезаш рағӣ ба таври муқоиса омӯхта шуданд.

Натиҷаҳо ва баррасии онҳо. Бартари назарраси мардҳо дар гурӯҳи беморони дорои хатари баланд ва хеле баланди пайдошавии резистентнокӣ ба табобат (23,6 ва 34,5% -мутаносибан дар гурӯҳҳои 1 ва 2: $p < 0,05$) муайян карда шуд. Хатари баланди пайдошавии фишорбаландии рефректории шарӢнӣ (ФРШ) бештар ҳамроҳ бо сатҳи баланди ФС ва дараҷаи вазнини фишорбаландии шарӢнӣ ($p < 0,0001$) сурат мегирад, дар робита аз ин аз рӯи анамнез бештар ихтилоли шадиди хунгардиши майна ($p < 0,01$) муайян карда мешавад. Миқдори ҳамлаҳои транзитории ишемикӣ дар беморони дорои хатари пайдошавии резистентнокии (ХПР) кам ва муътадил ($p < 0,05$) бартарӣ дорад, ки ин имконияти аҳамияти сербропротективии онҳоро нишон медиҳад.

Ихтилоли шадиди хунгардиши майна бо сатҳи хатари пайдошавии резистентнокии (ХПР) ба табобат, ҳамчунин и синну сол, ҷинси мард махсусан шахсони инфаркти миокардаро аз сар гузаронида ($r = 0,59,898$; $p < 0,05$) иртиботи мутақобилаи назаррас дорад.

Хулоса. Омилҳои бо паҳншавии ихтилоли шадиди хунгардиши майна иртиботи сахти мутақобиладошта дар беморони дорои фишорбаландии шарӢнӣ дараҷаҳои баланди хатари пайдошавии резистентнокии (ХПР) 5-сола ба табобат, диабети қанд, бемориҳои ишемикии дил, норасоии музми-ни дил (НМД) ба ҳисоб мераванд, ки дорои шохиси баланди коморбидӣ ҳастанд. Шиддат гирифтани марҳалаҳои возеҳи ЭД (энсефалопатияи диссиркуляторӣ) бо гузашти синну сол ва дар мардҳо аз пешравии ҷараёни ихтилолҳои когнитивӣ гувоҳӣ медиҳад. Ба имконпазирии аҳамияти сербропротективии ҳамлаҳои транзитории ишемикӣ зиёдшавии нисбии онҳо дар беморони дорои хатари кам ва муътадили пайдошавии резистентнокӣ ба табобат ишора мекунад.

Муқаддима. Фишорбаландии шарӢнӣ фавтиятро, аз ҷумла аз ҳисоби бемориҳои серброваскуляри (БСВ) хеле зиёд мекунад. Ҷараёни маъюбкунандаи БСВ яке аз проблемаҳои муҳими тиббӣ- иҷтимоӣ ба ҳисоб меравад ва ба ҷомиа зарари калон мерасонад. Муқаррар карда шудааст, ки табоботи самараноки фишорбаландии шарӢнӣ хатари пайдошавии оризаҳои кардиоваскуляриро кам ва давонокии ҳаётро зиёд мекунад. Кам шудани самаранокии табобати антигипертензивӣ, дар бештари ҳолатҳо, ки асосан ба камтар майл доштани беморон



ба табобат алоқаманд аст, барои зиёд шудани ҳолатҳои фишорбаландии шарёнии идоранашаванда ва резистентнок ба табобат мусоидат мекунад [1, 2].

Иттилооти хеле камее, ки ба омӯзиши иртиботи мтақобили гипертензияи резистентӣ ва ихтилоли хунгардиши майна бахшида шудаанд, лаҳзаҳои ҷудогоноро инъикос мекунад ва имконият намедиханд, ки дар хусуси сабабҳо ва натиҷаҳои иртиботи мутақобилаи резистентнокӣ ба табобати бемориҳои серебро-васкуляри хулоса бароварда шавад [3-5].

Таҳқиқотҳои нисбатан муҳимтар, ки дар онҳо резистентнокии фишорбаландии шарёнии оғмухта шудаанд, ALLHAT, ASCOT ва REGATA- ПРИМА ба ҳисоб мераванд, ки ба омӯзиши гипертензияи (фишорбаландии) резистентӣ ва идоранашаванда ҳам дар хорича [6,7], ҳам дар Федератсияи Россия [8] бахшида шудаанд.

Аз рӯи натиҷаи таҳқиқоти ALLHAT резистентнокӣ ба табобати антигипертензивӣ дар 47%-и беморон, ба схемаи чиддии титратсия ва комбинатсияи доруҳо нигоҳ накарда, пас аз як соли рандомизатсия муайян карда шуд [6]. Баҳогузорӣ ба детирминанти пайдошавии резистентнокии фишорбаландии шарёний дар таҳқиқоти ASCOT баррасӣ шудааст. Таҳлили натиҷаҳои таҳқиқот ба муаллифон имконият додааст, ки "калкулятори хатари 5-солаи пайдошавии резистентнокӣ ба табобат" бо ислоҳ ворид кардан барои беморони табобатшуда таҳия карда шавад [7].

Ба ақидаи И.Е. Чазова "гипертензияи (фишорбаландии) резистентӣ ва идоранашаванда метавонад ба статуси проблеми асри XXI довталабӣ кунад" [8]. Нигоҳ дошта шудани сатҳи баланди ФШ барои пайдошудани ихтилолҳои когнитивӣ ё пешравӣ мусоидат мекунад [9,10].

Омӯзиши нокифояи паҳншавӣ ва сохтори бемориҳои сереброваскуляри, вобаста аз дараҷаи хатари пайдошавии резистентнокӣ ба табобат зарурати омӯзиши ҳаматарафаи ин бемориҳоро ба миён мегузорад.

Мақсади таҳқиқот. Муқаррар намудани паҳншавии осебҳои шадид ва музмини ра-

ғҳои майнаи сар вобаста аз дараҷаи хатари 5-солаи пайдошавии резистентнокӣ ба табобат.

Мавод ва усулҳои таҳқиқот. Чамбаст намудани таҳқиқоти 1029 бемори мубталои гипертензияи шарёний, ки табобат майл дошанд ва дар шуъбаи неврология, кардиология ва терапияи МТШ №2 ба номи академик К.Т. Тоҷиеви шаҳри Душанбе (солҳои 2014-2018) бистарӣ шуда буданд..

Меъёрҳои дохил кардан ба таҳқиқот:

-Мавҷуд будани ФШ аввлия;

-Синну сол аз 40-сола боло;

-Майл доштан ба табобат на камтар аз 3 балл (мувофиқи Мориски-Грин).

Меъёрҳои хорич кардан аз таҳқиқот:

-Бемороне, ки ба табобат майл надоранд;

-Фишорбаландии симптоматикӣ шарёний;

-Норасоии музмини дил 4 ФК

-Бемории вазнини соматикӣ.

Тавсифи беморони мубтало ба фишорбаландии шарёний, ки ба таҳқиқот дохил карда шудаанд, дар ҷадвали 1 оварда мешавад.

Дар интиҳоби умумии беморони мубтало ба фишорбаландии шарёний скрининги хатри 5-солаи пайдошавии резистентнокӣ ба табобат мувофиқи калкулятори баллҳо [7] гузаронида шуд ва зергурӯҳҳо ҷудо карда шуданд; бо дараҷаи гуногуни хатар: паст (дараҷаи 1), то 15 балл, хатар аз 5% кам; муътадил (дараҷаи 2), 15-34 балл, хатар аз 15 то 30%; баланд (дараҷаи 3), 35-40 балл, хатар аз 30 то 60%; хеле баланд (дараҷаи 4) 46 балл ва аз он зиёд, хатар 60% ва аз он зиёд.

Бо дар назардошти дараҷаи хатар, дар гурӯҳҳои дигари беморони дорои хатари паст ва муътадили 5-солаи пайдошавии резистентнокӣ ба табобат (гурӯҳи 1) ва хатари баланд ва хеле баланд (гурӯҳи 2) хусусиятҳои клиникӣ-гемодинамикии фишорбаландии шарёний, паҳншавӣ ва сохтори бемориҳои сереброваскулярии генезашон (пайдоишашон) рағӣ ба таври муқоисавӣ омӯхта шуданд.

Хусусиятҳои клиникӣ-гемодинамикии фишорбаландии шарёний омӯхта шуданд: сатҳи ФШ, миқдори ихтилолҳои шадиди аз сар гузаронидашудаи хунгардиши майна аз



рӯйи анамнез (инсултҳои ишемикӣ ва геморагӣ, ҳамлаи транзитории ишемикӣ), бемории ишемикии дил, чарбсорӣ, диабети қанд.

Объективизатсияи ихтилолҳои когнитивӣ бо баҳогузорӣ кардан ба ҳолати рӯхӣ, суръати протсессҳои психомоторӣ ва қобилияти тағйирдиҳӣ бо ёрии шкалаи ба таври васеъ истифодашавандаи Mini Mental State Examination - MMSE" в тест барои баҳогузори дарк в назорати визуалӣ (Trail Making Test - TMT) [11] гузаронида шуд.

Ҳангоми истифода намудани Шкали госпиталии изтироб ва афсурдахолӣ (депрессия) (Zigmond A.S. ва дигарон, 1983) скрининги ихтилолҳои изтиробӣ ва афсурдахолӣ (депрессия) гузаронида шуд. Шохиси (индекси) коморбидӣ мувофиқи усули Чарлсон муайян карда шуд: чунин дараҷаҳои коморбидиро муайян карданд: паст (ИК на бештар аз 3 балл), муътадил (4-5 балл) ва баланд (ИК ≥ 6 балл).

Коркарди омории мавод бо истифода аз пакети стандартии барномаи амалии таҳлили оморӣ (Statistica 10,0) гузаронида шуд.

дар ҳолати муътадил тақсим шудани аломат, эътимоднокии фарқиятҳои нишондохҳои миёна бо ёрии t - критерияи Студент баҳогузорӣ карда шуд; ҳангоми фарқ доштани аз муътадил бо U - критерияи Манн-Уитни барои ду интиҳоби озод ва критерияи Крускал-Уоллис барои якчанд интиҳоби озод. Муқоисаи нишондиҳандаҳои миқдории он аз рӯйи критерияи χ^2 гузаронида шуд. Барои баҳогузорӣ ба иртиботи мутақобилаи байни аломатҳо коэффитсиенти коррелятсия мувофиқи Пирсон ё коррелятсияи ранги Спирмен муайян карда шуданд. Нишондиҳандаҳои миқдорӣ дар шакли $M \pm m$ оварда шудаанд. Фарқияти натиҷаҳои ба даст овардашуда ҳангоми нишондохҳои $p < 0,05$ аз ҷиҳати оморӣ муҳим ҳисобида шуданд.

Натиҷаҳо ва баррасии онҳо. Ҳангоми омӯختани дараҷаи вазнини ФШ ва баҳодихии хатари пайдошавии резистентнокии 5-сола ба табобат фарқияти миқдори онҳо-овобаста аз ҷинс ва синну сол мушоҳида карда шуд (ҷадвали 1).

Ҷадвали 1. Хусусиятҳои ҷинсӣ ва синнусолии ФШ ва хатари 5-солаи пайдошавии резистентнокии ба табобат (n=1029).

Нишондиҳанда	Гурӯҳи беморон		P
	Мард	Зан	
Ҳамагӣ, мутлақ/%	283/27,5	746/72,5	$p < 0,0001$
Синну сол: а) то 60-сола, мутлақ/%	165/58,3	432/57,9	$> 0,05$
б) 60 –сола ва калон, мутлақ/%	118/41,7	314/42,1	$> 0,05$
ра-б	$< 0,0001$	$< 0,0001$	
Дараҷаи ФШ:			
а) дараҷаи 1 (ФШ нарм), мутлақ/%	121/42,8	353/47,3	$> 0,05$
б) дараҷаи 2 ва 3, мутлақ/%	162/57,2	393/52,7	$> 0,05$
ра-б	$< 0,0001$	$< 0,05$	$< 0,0002$
Дараҷаи пайдошавии хатари резистентнокии 5-сола ба табобат:			
а) паст ва муътадил	142/50,2	472/63,3	$< 0,0002$
б) баланд ва хеле баланд, мутлақ/%	141/49,8	274/36,7	$< 0,0002$
ра-б	$> 0,05$	$< 0,0001$	

Эзоҳ: р- нишондиҳандаи фарқияти нишондиҳандаҳо аз рӯйи ҷинс; ра-б Фарқияти нишондиҳандаҳои байни гурӯҳҳои а) ва б) (аз рӯйи критерияи χ^2).

Хусусияти махсуси беморони бистаришудаи мубтало ба ФШ дар шӯбаи кардиологӣ ва неврологӣ бартарӣ доштани занҳо буд (мардҳо ва занҳо мутаносибан 27,5 ва 72,5%; $p < 0,0001$).

Беморони то 60-сола зиёда аз нисфи бистаришудагонро (58,3 ва 57,9% - мутаносибан мардҳо ва занҳо; $p > 0,05$), ки дар маҷмӯъ,

бештар муҳим аст (ра-б $< 0,0001$) беморони калонсол (41,7% ва 42,1% - мутаносибан мардҳо ва занҳо; $p > 0,05$).

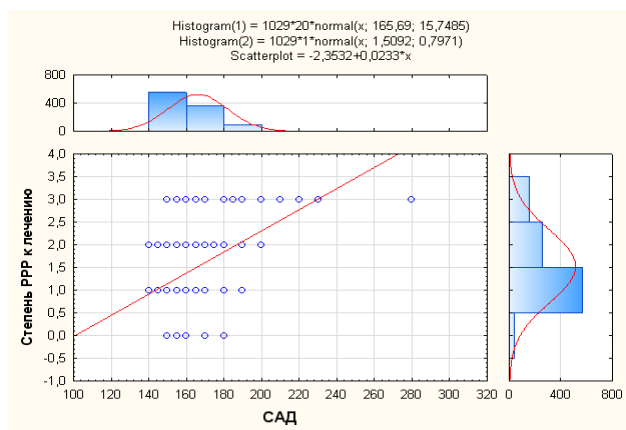
Дараҷаҳои муътадил ва вазнини (2 ва 3) фишорбаландии шарёи дар беморони 60-сола ва калонтар бештар дида шуд ва дар мардҳо 57,2% ва дар занҳо 52,7% -ро ($p < 0,0001$) ташкил дод, ки ҳангоми муқоиса



кардани беморони то 60-сола ($p < 0,0001$ дар мардҳо, $p < 0,01$ - дар занҳо) муҳиманд. Фарқиятҳои синнусолии гурӯҳҳо ва сатҳи ФШ дар беморон мавҷуд набуд ($p > 0,05$).

Ҳангоми баҳо додан ба хатари 5-солаи пайдошавии резистентнокӣ ба табобат дар 63,9% -и беморон хатари паст ва муътадили резистентнокӣ ба табобат ва дар 36,1% хатари баланд ва хеле баланд муайян карда шуд.

Иртиботи мутақобилаи ФШ систоликӣ ва ва дараҷаи хатари пайдошавии резистентнокӣ ба табобат дар беморони гурӯҳи умумӣ, ки ба таҳқиқот дохил карда шудаанд, яктарафа аст (расми 1)



Расми 1. Иртиботи мутақобилаи ФШ систоликӣ ва ва дараҷаи хатари пайдошавии резистентнокӣ ба табобат дар беморони гурӯҳи умумӣ, ки ба таҳқиқот дохил карда шудаанд, ($r = 0,449263$).

Таҳлили муқоисавии натиҷаҳои ба даст овардашуда вобаста аз дараҷаи хатари пайдошавии резистентнокӣ ба табобат (ҷадвали 2) бартарии муҳимми мардҳоро дар гурӯҳи дорои хатари баланд ва хеле баланд (23,6 ва 34,5% - мутаносибан дар гурӯҳҳои 1 ва 2-юм ($p < 0,05$), гарчанде бартарии беморони зиёди мубтало ба ФШ, ки дар шуъбаи кардиологӣ ва неврологӣ бистаришуда, занҳо буданд (27,5 ва 72,5% - мутаносибан мардҳо ва занҳо) нишон дод. Хатари баланди пайдошавии резистентнокӣ ба табобатро сатҳи баланди ФШ систоликӣ (ФШС) ва ФШ диастоликӣ (ФШД) ($p < 0,001$) ва дараҷаи вазнини ФШ дар бештарини беморон ҳамроҳӣ мекунад: дар гурӯҳҳои 1 ва 2 мутаносибан дар 165 (25,1%) ва 197 (53,1%) беморон ($p < 0,0001$).

Ихтилолҳои шадиди хунгрдиши майн дар 110 (929,7%) ба қайд гирифта шуд, ки назар ба гурӯҳи 1-ум бештар аст ($p < 0,01$).

Аммо ҳамлаи транзитории ишемикӣ бештар дар зминаи хатари пайдошавии резистентнокиипаст ва муътадил ба табобат ($p < 0,05$) мушоҳида шуд, ки ин аз имконпазирии нишондиҳандаи серебропротектории онҳо гувоҳӣ медиҳад.

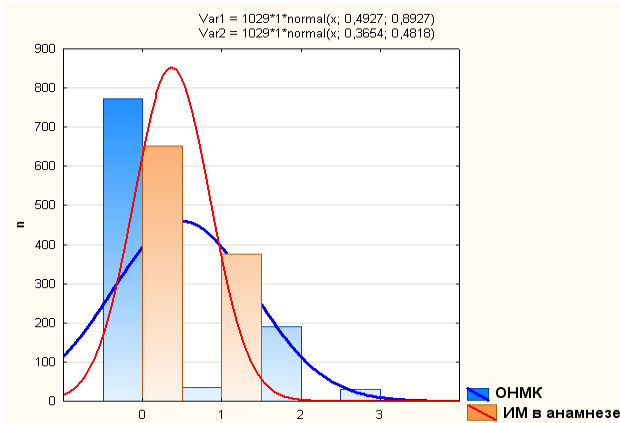
Миқдор ва вазнинии норасоии шадиди хунгардиши майна ҳам бо сатҳи хатари пайдошавии резистентнокӣ ба табобат ва ҳам бо синну сол, ба чинси мард ва мхсусан ба инфаркт миокардаи аз сар гузаронидашуда иртиботи назарраси мустақим дорад ($r = 0,56531$; $p < 0,05$).

Ҷадвали 2.

Заминаи клиникӣ-гемодинамикӣ ва миқдори бемориҳои сереброваскулярӣ дар беморони дорои фишорбаландии шарёӣ в обаста аз дараҷаи хатари 5- солаи пайдошавии резистентнокӣ ба табобат.

Показатели	Беморони дорои ФШ		p
	Гурӯҳи 1 (n=658)	Гурӯҳи 2 (n=371)	
Синну сол	58,6±0,3	59,8±0,4	<0,05
Мардҳо, мутлақ%	155/23,6	128/34,5	<0,05
Занҳо, мутлақ%	503/76,4	243/65,5	<0,001
ФШС, мм сут. сим.	161,3±0,5	173,5±0,9	<0,001
ФШД, мм сут. сим.	90,9±0,3	97,9±0,5	<0,001
Ихтилоли шадиди хунгардиши майна мутлақ%.	146/22,2	110/29,7	<0,01
Аз ҷумла, ҳамлаи транзиторий - ишемикӣ	29/4,4	6/1,6	<0,05
Энсефалопатияи дистсиркуляторӣ, марҳила	1,01±0,03	1,41±0,034	<0,001
Энсефалопатияи дистсиркуляторӣ, мутлақ%	152/23,1	365/98,4	<0,001
Шохиси коморбидӣ, дараҷа	1,89±0,034	2,64±0,033	<0,001

Эзоҳ: гурӯҳи 1-уми беморон бо - бо хатари пайдошавии паст ва муътадили 5-солаи резистентнокӣ ба табобат; гурӯҳи 2-юм- бо хатари баланд ва хеле баланд; p- нишондиҳандаи фарқияти байни гурӯҳҳои 1 ва 2 (нишондиҳандаҳои мутлақ аз рӯи U-тести Манн Уитни нисбай -мувофиқи критерияи χ^2 .)



Расми 2. Таносуби вазнинии ихтилоли шадиди хунгардиши майна (ТИА, инсулти ишемикӣ ва геморрагӣ) ва инфаркт миокарди аз сар гузаронидашуда ($r=0,56531$; $p<0,05$).

Зухуроти энсефалопатияи дистсиркулятории (ЭД) дараҷаи возеҳиаш гуногун тақрибан дар ҳмаи беморони гурӯҳи 2 (98,4%) ба назар расид; возеҳии ЭД низ дар ин гуруҳ баланд буд ($p<0,001$).

Иртиботи мустақим ва назарраси марҳалаҳои ЭД бо сатҳи ФШ, ҷинси мард, шохиси массаи бадан, возеҳии норасоии музмини дил, хатари 5-солаи пайдошавии резистентнокӣ ба табобат ва ИК ($p<0,05$) мушоҳида мешавад. мебошад. Иртиботи нис-

батан зичтари ЭД бо диabetи қанд, синну со льва оризаҳои рағҳои аз сар гузаронидашуда ба назар расид: ИМ ва норасоии шадиди хунгардиш.

Ҳамин тавр, ҳангоми таҳлили натиҷаҳои таҳқиқот муайян карда шуд, ки дар байни беморони бистаршудаи дорои ФШ бо хатари пайдошавии ФШР (фишорбаландии шарёнии резистентнок) занҳо бартарӣ доранд. Фарқиятҳои синнусолӣ ва ҷинсии паҳншавии ЭД зиёдтар бо калон шудани синну сол ва дар мардҳо дида шуд. Дар беморони дорои хатари пайдошавии РКАТ НМД (норасоии музмини дил), ки ИМ ва ИД-ро аз сар гузарониданд, бештар дида мешаванд. Омилҳои иртиботи мутақобила бо миқдор ва вазнинии норасоии шадиди хунгардиши майна ҷинси мард, хатари баланди 5-солаи пайдошавии РКАТ, ИМ аз сар гузаронидашуда ва НМД возеҳ ба ҳисоб мераванд. Дар маҷмӯъ, бемориҳои заминавии бемориҳои сереброваскулярии пайдоишашрағх ФШ вазнин, диabetи қанд, норасоии музмини дил ба ҳисоб мераванд, ки ҳамроҳ бо шохиси баланди коморбидӣ ҷараён мегиранд. Дар заминаи хатари паст ва муътадили РКАТ шиддат гирифтани ТИА аз имконпазирии нишондоди сереб्रोпротективии онҳо гувоҳӣ медиҳад.

АДАБИЁТ

1. Fagard Rh. Resistant hypertension. Heart 2012; 98:254-261.
2. Daugherty sL, Powers JD, Magid DJ, Tavel hM, Masoudi FA, Maragolis KL, et al. Incidence and prognosis of resistant hypertension in hypertensive patients. Circulation 2012; 125:1635-1642.
3. Хамидов НХ, Шарипова ХЁ. Клинические особенности течения резистентной (рефрактерной) артериальной гипертензии. Вестник Авиценны.2013; 1: 68-73.
4. Шарипова ХЯ, Негматова ГМ, Шербадалов АА. Гендерные стереотипы маскулинности/фемининности и резистентная артериальная гипертензия. Проблемы современной науки и образования. -2016.- (65).- № 23, с. 89-92.<http://www.doi.org/10.20861/2304-2338-2016-65-002>
5. Негматова ГМ, Шарипова ХЁ, Абдуллоев ФН, Шербадалов АА. Гендерные стереотипы личности и семейных установок у больных резистентной артериальной гипертензией. Вестник Авиценны 2017, №4, с. 450-456.
6. Cushman W.C., Ford C.E., Cutler J.A. et al., for the ALLHAT Collaborative Research Group. Success and predictors of blood pressure control in diverse North American Settings: the Antihypertensive and Lipid-Lowering and Treatment to Prevent Heart Attack Trial (ALLHAT) // J. Clin. Hypertens. - 2002. - Vol. 4. - P. 393-404.
7. Gupta AK, Nasothimiou EG, Chang CL et al. Baseline predictors of resistant hypertension in the Anglo-Scandinavian Outcome Trial (ASCOT): a risk score to identify those at high-risk. J Hypertens 2011. 29: 2004-13.



8. Чазова ИЕ, Фомин ВВ, Разуваева МА, Вигдорчик АВ. Эпидемиологическая характеристика резистентной и неконтролируемой артериальной гипертензии в Российской Федерации (Российский регистр неконтролируемой и резистентной артериальной гипертензии РЕГАТА-ПРИМА "Резистентная гипертензия артериальная - причины и механизмы развития"). Системные гипертензии. 2010. № 3. С. 34-41.
9. Peters R, Beckett N, Forette F, Tuomilehto J, Clarke R, Ritchie C, et al. Incident dementia and blood pressure lowering in the hypertension in the Very Elderly Trial cognitive function assessment (HYVETCOG): a double-blind, placebo controlled trial. Lancet Neurology 2008; 7:683-689.
10. Law MR, Morris JK, Wald NJ. Use of blood pressure lowering drugs in the prevention of cardiovascular disease: meta-analysis of 147 randomised trials in the context of expectations from prospective epidemiological studies. BMJ 2009; 338: b1665.
11. Reitan R. validity of the Trail Making Test as an indicator of organic brain damage. Percept Mot Skills. 1958;8:271-6.

РИСК РАЗВИТИЯ РЕЗИСТЕНТНОСТИ К ЛЕЧЕНИЮ И ЦЕРЕБРОВАСКУЛЯРНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ

Х.Ё. Шарипова¹, Ф.Н. Абдуллаев², Х.С. Султонов¹, Нурув Р.М.³

1. Кафедра пропедевтики внутренних болезней² ТГМУ им. Абуали ибни Сино, 2. Отделение неврологии ГМЦ №2 им. К.Т. Таджиева², г. Душанбе, 3. ГУ "Республиканский центр профилактики и борьба со СПИД-ом".

Резюме. В статье приводятся данные сравнительной оценки частоты и структуры цереброваскулярных заболеваний у пациентов артериальной гипертензией с разной степенью 5-летнего риска развития резистентности к лечению. Полученные результаты указывают, что факторами взаимосвязанными с частотой и тяжестью острых нарушений мозгового кровообращения (ОНМК) являются мужской пол, высо-

кий 5-летний риск развития резистентности к терапии, перенесенный инфаркт миокарда (ИМ) и выраженность хронической сердечной недостаточности (ХСН). Выраженные стадии дисциркуляторной энцефалопатии (ДЭ) учащаются с возрастом и у мужчин.

Ключевые слова. артериальная гипертензия, риск развития резистентности к лечению, цереброваскулярные заболевания

The article presents data of comparative assessment of the frequency and structure of cerebra-vascular diseases among patients with arterial hypertension with different degrees of development of 5-year resistance to treatment risk. The results indicate that the factors interconnected with the frequency and severities of acute cerebral circulatory disorders are : male;

high risk of 5-year resistance to therapy development; myocardial infarction; and severity of chronic heart failure (CHF). Severe stages of dyscirculatory encephalopathy (DE) become more frequent with age for men too.

Key words: arterial hypertension, risk of resistance appearance to treatment, cerebrovascular disease.

Шарипова Хурсанд Ёдгоровна², доктори илмҳои тиб, профессори кафедраи таълими асосҳои бемории ДДТТ ба номи Абӯали ибни Сино, E-mail: sharipovakh@mail.ru, тел. 935 81 12 97.

Шарипова Хурсанд Ёдгоровна², доктори тиб, профессор кафедраи пропедевтики внутренних болезней ТГМУ им. Абуали ибн Сино; E-mail: sharipovakh@mail.ru

Khursand Edgorovna Sharipova², MD, professor of propaedeutics of internal diseases of ATSMU, E-mail: sharipovakh@mail.ru



АРЗЁБИИ КОМПЛЕКСИИ ҲОЛАТИ СИСТЕМАИ КАРДИОВАСКУЛЯРӢ ДАР БЕМОРОНИ ГИРИФТОРИ АРТРИТИ РЕВМАТОИДӢ ТО САРШАВИИ ТАБОБАТИ НАЗОРАТШАВАНДА, КИ ДАР ЗАМИНАИ ПРИНЦИПҲОИ "TREATTOTARGET - T2T" - "ТАБОБАТ ТО РАСИДАН БА ҲАДАФ" СОХТА ШУДААСТ.

Ё.У.Саидов, С.М. Ҳасанзода, О.Д. Охонова

Кафедраи таълими асосҳои бемориҳои даруни (мудири кафедра д.и.т., профессор Саидов Ё.У.)-и МДТ Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абӯалӣ ибни Сино

Муҳимият. Бо вучуди ин ки оид ба истифодабарии принципҳои асосӣ ва тавсияҳои стратегияи T2T, мушкilotи мавҷудбуда дар ташҳиси барвақти АР ва баҳодиҳии самаранокии табобати гузаронидашуда дар фаъолияти воқеии клиникӣ кам нашр шудаанд, аз тарафи дигар, кушода мондани масъалаи таъсири стратегияи нав ба кам кардани хатари ОДР дар беморони дорои РА масъалаи калидӣ ба ҳисоб меравад, ки онҳо проблемаи имплементатсияи стратегияи T2T-ро дар фаъолияти клиникӣ актуалӣ мегардонанд ва таҳқиқоти васеи минбаъдаро талаб мекунанд.

Мақсади таҳқиқот. Арзёбии комплекси клиникӣ-лабораторӣ ва инструменталии

ҳолати системаи кардиоваскуляри дар беморони гирифтори артрити ревматоидӣ то саршавии табобати фаъоли назоратшавандаи табобати зиддиинтeҳобӣ.

Мавод ва усулҳои таҳқиқот. Ҳамагӣ 76 бемори дорои ташҳиси бозътимоди АР (аз рӯйи меъёри ACR, соли 1987) (ҷадвали 1) ва 40 нафар (28- зан ва 12- мард) аз гурӯҳи назоратӣ таҳқиқ карда шуданд. Ҳамаи беморон мувофиқи стандарти тавсиянамудаи Ассотсиатсияи ревматологҳои ФР, соли 2004 дар базаи шуъбаи ревматологияи Маркази тиббии шаҳрии №2 ш. Душанбе, дар давраи аз декабри соли 2016 то марти с. 2018 таҳқиқ карда шуданд.

Ҷадвали 1

Тавсифи умумии клиникӣ-иммунологии беморони гирифтори АР (n=76; Me 25q;75q)

Нишондиҳанда	Аҳамият
Чинс, мард/ зан, n (%)	15 (19,6)/ 61 (80,4)
Синну сол, сол.	52 [34;66]
Давомнокии беморӣ, сол	8 [3;16]?
Марҳалаҳои рентгенологӣ (I, II, III, IV), %	5,3/22,4/68,3/3,9
Синфи функционалӣ (I, II, III, IV), %	10,5/55,6/24,5/9,4
DAS28, балл	5,2 [4,8;6,2]
IgM РФ +, n (%)	64 (83,8)
АПСС+, n (%)	72 (94,3)
СРБ, мг/л	18,5 [8,5;30,8]
ФНО-а, пг/мл	5,3 [4,8;5,9]
ИЛ-6, пг/мл	6,7 [6,4;7,3]
Дараҷаи фаъолнокӣ (II, III), %	40,9/59,1
Зухуроти системавӣ, n (%)	44 (57,6)

Дар байни беморони таҳқиқшудаи гирифтори РА (61- зан ва 15- мард, синну соли миёна - 52 сол) [34;66] бо давомнокии миёнаи беморӣ 8 сол [3;16] буданд. Аксари бештари беморони гирифтори АР (ҷадвали 1) нисбат ба IgM РФ - 64 (83,8%) (ОР-83,8%) серопозитивӣ буданд, дар 72 (94,3%)-и таҳқиқшудагон антителаи пептиди сиклии ситрулинишуда ошкор карда шуд. Дар 45 бе-

мор аз 76 бемори гирифтори АР (59,1%) аз рӯйи шохиси diseaseactivityscore (DAS28) дараҷаи III-и фаъолнокӣ, 31 (40,9%) дараҷаи I-и фаъолнокӣ доштанд. Дараҷаҳои I, II, III ва IV-и рентгенологияи беморӣ тибқи таснифи Steinbrocker мутаносибан дар 4, 17, 52 ва 3 бемор ошкор карда шуд. Бештари беморони гирифтори АР(65,2%) синфҳои I ва II функционалӣ доштанд. Дар 22 беморони



гирифтори АР аз 47 (44,8%) зухуроти виссералии беморӣ ба мушоҳида расид. То ба таҳқиқот ҷалб кардан беморони гирифтори АР ДБЗИ нагирифтаанд, тақрибан аксари бештари онҳо мунтазам НПВП ва ГК истеъмол кардаанд. Дар ҳамаи беморони таҳқиқшуда бо мақсади андоза кардани ғафсии комплекси интима-меда (КИМ) ва вучуд доштани ҳалқачаҳои атеросклерозӣ таҳлил ва баҳогузори анъанавии омилҳои хатари пайдошавии оризаҳои дилу рағҳо (ФШ, сигор кашидан, вазни барзиёд, ирсияти БКВ, СД, дислипидемия, гиподинамия) бо муайян кардани хатари умумии кардиоваскулярӣ, электро- ва эхокардиография (ЭКГ, ЭхоКГ), сканиркунии дуплексии шарёни хоб гузаронида, дар ҳамаи беморон ҳолати спектри липидии хун таҳқиқ карда шуд.

Дар ҳамаи беморони таҳқиқшудаҷунин параметрҳои морфофункционалии қисмҳои чапи дил (ҚЧД): андозаи ниҳии диастолиқӣ (АНД, см), ҳаҷми ниҳии диастолиқӣ (ХНД, мл), ғафсии девораи байни меъдаҷаҳо (ҒДБМ, см), ғафсии нисбии девораи ақиб дар диастола (ҒНДА, см), шохиси массаи миокарди меъдаҷаи чап (ШМММЧ, г/м²), таносуби $Ve-mitr/Va-mitr$ у.е., замони сустшавии изоволюмӣ (ВИР-IVRT, м/с). Мавҷуд будани ГМЧ ҳангоми мавҷуд будани ду аломати он ҒДБМ ва ҒНДМ= 11 мм ва аз он бештар ба қайд гирифта шуд.

Таҳқиқоти лабораторӣ инҳоро дар бар гирифт: таҳлили клиникалии хун ва пешоб, таҳқиқоти биохимиявии хун бо муайян кардани серомукоид, нишондиҳандаҳои мубодилаи липидӣ (холестерини умумӣ - ХСУ, триглицерид - ТГ, холестерини липопротеидҳои зичиашон кам, холестерини липопротеидҳои зичиашон зиёд, шохиси атерогеният), кислотаи пешоб, креатинин, билирубин, трансаминаз.

Концентратсияи СРБ (бо мг/л) дар зардоби хун бо усули латекс-агглютинатсия мувофиқи дастурамали ширкати истехсолкунанда (ООО "Олвекс Диагностикум", 193029, СПб., ФР) муайян карда шуд.

Муҳтавои ФНО-?, ИЛ-6 дар зардоби хун бо усули таҳлили саҳтфазагии иммунофер-

ментӣ бо истифода аз тести системаи ЗАО "Вектор Бест" (ш. Новосибирск, ФР) мувофиқи дастурамали пешниҳодшуда муқаррар карда шуд.

Стратификатсияи умумии ХКВ мувофиқи шкалаи анъанавии SCORE, ҳамчунин бо шкалаи SCORE бо истифода аз ислоҳоти (ҷамъкунандаи 1,5) аз тарафи кумитаи EULAR (хатар SCORE/EULAR) пешниҳодшуда [19,29] дар сурати мавҷуд будани ин тавсифҳои нохуби пешгӯйикунандаи АР анҷом дода шуд: давомнокии беморӣ зиёда аз 10 сол, вучуд доштани АР серопозитивӣ ва ё зухуроти виссералии беморӣ.

Натиҷаҳо ба таври оморӣ бо ёрии барномаи "Statistica-10" ширкати StatSoft Inc. с.1984-2012 коркард шуданд. Натиҷаҳои ба дастовардашуда дар шакли ифодаҳои миёна (М) ± тағйироти стандартӣ (s) дар сурати тақсимои муътадили ифодаҳои тағйирёбанда ва ё медиана (Me) бо фосилаи интерквантили 25-75 протсентил ([25Q;75Q]) ҳангоми тақсимои аз тақсимои муътадил фарқкунанда пешниҳод карда шуданд. Бо мақсади баҳодихии боэътимоди фарқияти байни ифодаҳо аз меъёри Т Студент истифода ба амал оварда шуд. Вобастагии коррелясионӣ бо усули Спирмен баҳогузорӣ карда шуд.

Натиҷаҳо ва баррасии онҳо. Дар байни беморони таҳқиқшуда ОХ нисбатан паҳншудатар ФШ (53,7%; $p < 0,01$) ва дислипидемия (60,3%; $p < 0,01$) ба ҳисоб мераванд. Паҳншавии густурдаи ФШ дар таҳқиқоти мо гипотеза дар бораи он, ки АР метавонад ОХ мустақили пайдошавии ФШ бошад, махсусан дар марҳалаҳои паҳншуда ва дери беморӣ тасдиқ мекунад [6,20,28].

Дар беморони таҳқиқшуда аз тарафи мо ва дигар муҳаққиқон [10,25,30,31] ошкор намудани дар аввал зиёдшавии аз ҷиҳати оморӣ муҳими ($p < 0,05$) муҳтавои ТГ, индекс атерогеният (ИА) ва паст шудани сатҳи ХС ЛЗБ (ҷадвали 2) ошкор карда шуд. Дар айни замон дар сатҳи ОХУ ва ОХ ЛЗП дар беморони таҳқиқшуда низ тамоюли зиёдшавӣ ба назар расид, аммо ин тағйирот эътимоднокии фарқияти гурӯҳи назоратиро нишон надоданд, ки ин бо маълумотҳои муҳаққиқон мувофиқат мекунад



[23,25,30,31]. Вобастагии мустақими коррелятсионии байни фаълнокии протсессии илтиҳобӣ аз рӯйи шохиси DAS28 ва сатҳи ОХУ ($r=0,32$; $p<0,05$) ва ИА ($r=0,32$; $p<0,05$) ва байни сатҳи СРБ, ИЛ 6 ва ХС ЛПЗП (мутаносибан: $r=0,28$ и $r=0,36$; $p<0,05$) - аз як тараф, ва ассотсиатсияи зичи ихтилоли му-

бодилаи липидҳо бо давомнокии истеъмоли ГК- аз тарафи дигар аз он гувоҳӣ медиҳанд, ки ташаккули профили атерогении мубодилаи липидҳо дар беморони гирифтори АР, пеш аз ҳама, натиҷаи ҳам илтиҳоби системавӣ ва ҳам фармакотерапияи беморӣ ба ҳисоб мераванд [7,11,19,23,25].

Чадвали 2

Параметрҳои спектри липидии хун дар беморони гирифтори АР дар муқотса бо гурӯҳи назоратӣ

Нишондиҳанда	Гурӯҳи II (n=76)	Гурӯҳи назоратӣ (n=40)
ОХУ, ммол/л	6,1±1,3	4,52±0,2
ТГ, ммол/л	1,56±0,06*	0,48±0,03
ОХЛПЗП, ммол/л	3,6±0,04	2,1±0,02
ОХ ЛПЗБ, ммол/л	1,12±0,03*	1,51±0,04
ИА	4,4±0,05*	2,02±0,02

Эзоҳ: * - фарқияти байни гурӯҳҳо ҳангоми $p<0,05$ боэътимод аст.

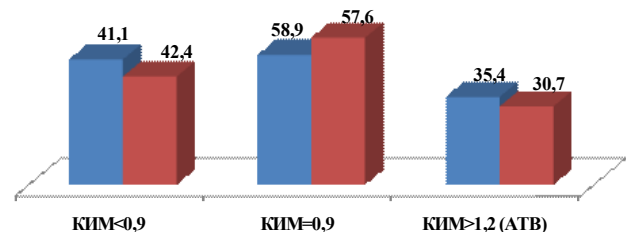
Ду ва ё зиёда ОХ анъанавии пайдошавии оризаҳои дилу рағҳо дар аксари бештари беморони гирифтори АР (64,2%) ба мушоҳида расид. Дар ин маврид афзоиши басомади АТБ ва бемориҳои кардиоваскулярӣ (БКВ) дар беморони гирифтори АР, ки зиёда аз 2 ОХ анъанавии пайдошавии оризаҳои дилу рағҳо доштанд ба назар расид, ки ин далел дар таҳқиқотҳои муаллифони дигар низ тасдиқ шудааст [5,19,28,30]. Аксари бештари беморон - 42 (55,02%) дар 10 соли наздиктарин мувофиқи шкалаи SCORE дорои хатари ками (<1%) пайдошавии оризаҳои илочнопазири оризаҳои кардиоваскулярӣ буданд. Ҳангоми ҳисоб кардани сатҳи умумии хатари кардиоваскулярӣ мувофиқи шкалаи SCORE/EULAR фоизи беморони гирифтори АР-и дорои хатари олиии пайдошавии оризаҳои дилу рағҳо (ОРД) аз 28,8% то 37,9% боло рафт. Дар маҷмӯъ тағйироти тақсими хатар мувофиқи категория бо дар назардошти ба истилоҳ ОХ-и "РА-ассотсиатсионӣ" беморони гирифтори АР-и фаъл боиси бозсозии назарраси сохтори аксуламалҳои кардиоваскулярӣ дар беморони гирифтори АР-и фаъл гаштанд, ки дар хусус зарурати ба ҳисоб гирифтани онҳо қаблан муҳаққиқоини дигар низ ишора кардаанд [15,23,29].

Нишондиҳандаҳои нисбатан баландтари гафсии КИМ (дар беморони гирифтори АР-

и фаъл >0,9 мм у 58,9 % пациентҳои с активным РА), ки бузургии онҳо имрӯз зевноии муҳимм дар патогенези АС мебошад [19,22,24,29], басомади зиёди дучоршавии АТБ дар шарёнҳои хоб (КИМ > 1,2 мм - у 35,4 %) тасдиқи худро дар таҳқиқоти мо низ пайдо кардаанд (расми 1).

Таҳлили коррелятсионии иҷро кардашуда мавҷуд будани иртиботи зичи байни консентратсияи СРБ, ФНО-?, ИЛ-6 ва гафсии КИМ (мутаносибан: : $r=0,6$; $r=0,4$; $r=0,5$; $p<0,05-0,01$)-ро нишон дод.

Натиҷаҳои ба дастовардаи мо ва маълумотҳои муаллифони дигар иштироки фаъл илтиҳоб ва ихтилолҳои аутоиммуниро дар индуксияи АС барвақт дар беморони дорои шаклҳои фаёли АР нишон дод [19,24,27,28,32].



Расми 1. Натиҷаҳои андозагирии гафсии КИМ-и шарёнҳои хоб дар беморони гирифтори АР.

Бо мақсади арзёбии нисбатан муносиб-тари вазнинии АКВ дар беморони гириф-



тори АР чустучӯйи як қатор тағйиротҳои миокард, перикард ва дастгоҳи клапанҳои дил, ки дорои симптомҳои клиники манифестӣ нестанд, ба ном "бемории гунги ревматоидии дил" а[24,26,28,31,35,36] фаъолна идома дорад.

Дар таҳқиқоти мо мувофиқи маълумоти ЭхоКГ дар 26,2% беморони гирифтори АР-и фаъол перикадита бесимптом, дар 36,7% - тағйироти аорта, дар 41,9% - патологияи ночизи гемодинамики клапанҳои дил, дар 43,2% - ГЛЖ ва дар 47,2% - ДДЛЖ ташхис карда шуд.

Дар протесси таҳлили парметрҳои морфофункционалии ЛОС дар беморони гирифтори АР маълумотҳои ба дастовардаи мо ба маълумотҳои муҳаққиқони дигар мувофиқат мекунад [19,26,28,29] ва аз хусусибозсозии назарраси сохтори ЛОС, бо

калон шудани андозаи ковокиҳои меъдачаи чап ва пешдили чап ва калон шудани гафсии девораи меъдачаи чап ($p < 0,05-0,01$) гувоҳӣ медиҳад (чадвали 3). Инро калон шудани ИММЛЖ ($p < 0,001$), ташаккул ёфтани ДДЛЖ (дар заминаи нигоҳдории функсияи систоликии МЧ (меъдачаи чап) дар аксари бештари беморон - 89,1%) бо типии релаксатсияи суст ҳамроҳӣ мекарданд, мавҷудияти ин маркери нисбатан барвақттар ва ҳассостари номукаммалии функционалии миокарди МЧ дар беморони гирифтори АР-и фаъол [26,28,35] ва басомади баланди дучоршвии ГЛЖ (дар 43,2%) ба ҳисоб меравад, ки ин ба гипотез дар бораи нақши АР бисифати предикатори мустақили афзудни масса ва гипертрофияи миокард мувофиқат мекунад [20,26,28,37].

Чадвали 3

Параметрҳои морфофункционалии ЛОС беморони гирифтори АР

Нишондодҳо	Беморони гирифтори АР (n=76)	Гурӯҳи назоратӣ (n=40)
КДР, см	5,0±0,06	4,32±0,04
КДО, мл	134,6±12,4*	104,6±7,5
ОТ ЗСЛЖ (д), см	1,78±0,06**	1,32±0,03
ОТ МЖП (д), см	1,66±0,04**	1,21±0,02
ИММЛЖ, г/м ²	130,2±9,6*	98,6±7,8
Е/А, у.е.	0,91±0,03*	1,4±0,02
ВИР (IVRT), м/с	94,6±8,6*	65,1±1,04

Эзоҳ: * - $p < 0,05$; ** - $p < 0,01$.

Дар ин маврид иртиботи мутақобилаи коррелясионии з чихати омри муҳимми байни маркерҳои илтиҳоб (ИЛ-6, СРБ) ва ҳамин гунна параметрҳои морфофункционалии ЛОС, монанди ОТС (мутаносибан $r=0,48$; $p < 0,01$ и $r=0,36$; $p < 0,05$), ОТ ЗСЛЖ (мутаносибан: $r=0,54$; $p < 0,01$ и $r=0,44$; $p < 0,01$), ОТ МЖП (мутаносибан: $r=0,42$; $p < 0,01$ и $r=0,38$; $p < 0,01$) муайян карда шуд, ки ин барои аз хусуси нақши фаъоли илтиҳоби музмин дар бозсозии сохторӣ -функционалии ЛОС беморони гирифтори АР асос шуда метавонад [15,28,35,37].

Дар протесси таҳқиқоти ҳаматарафа ва баҳоидиҳии комплекси СКВ дар 34 (44,5%) беморони гирифтори АР зухуроти клиники манифестии БКВ (инсулт - дар 3 (3,9%), стенокардия - дар 18 (23,6%), ИМ - дар 4

(5,2%), кардиосклерози постинфарктӣ - дар 9 (11,8%)) ошкор карда шуд.

Беморони гирифтори АР бо ихтилолҳои кардиоваскуляри аз беморони гирифтори АР-и бидуни БКВ аз рӯйи як қатор хусусиятҳои клиникӣ-иммунологии бесориҳо фарқ мекард: давомнокии зиёди АР, варианти серопозитивии беморӣ бо зухуроти сершумори виссералӣдоштанд, муддати тӯлонӣ ва бе назорат НПВП ва ГК бидуни БПВП истеъмом карданд. Ин маълумотҳо бо маълумотҳои муаллифони дигар мувофиқат мекунад, ки дар ин ҷо низ нақши нохуби пешгӯйикундаи ОХ-и "РА-ассотсиатсионӣ" дар пайдошавии ҳолатҳои чиддии дилу рағҳо нишон дода шудааст [6,8,19, 22, 26, 28]. Бо мақсади муносибати асоснок кардан ба баҳоидиҳии нақши ОХ аънаванӣ дар пайдошавӣ ва пешравии ОДР дар беморони гирифтори АР, бе-



морони таҳқиқшуда (n=76) вобаста аз миқдори ОХшартан ба 2 гурӯҳ чудо карда шуданд (чадвали 4): I-беморони дорои 1 ОХ (n=31), II-беморони дорои 2 ё зиёда ОХ (n=45),

Беморони гурӯҳи II аз ҷиҳати синну сол калонсолтар буданд ва дар онҳо афзоиши

басомади дучоршавии ҳам симптомҳои субклиникӣ, ки аз мвҷудияти ихтилолҳои кардиоваскулярӣ гувоҳӣ медиҳанд ва ҳам бемориҳои кардиоваскулярӣ (чадвали 4) муқррар карда шуд, ки аз ин хусус муаллифони дигар низ иттилоъ додаанд [5,10,11,20,23,26].

Чадвали 4

Симптомҳои субклиникӣ ва клиникаи БКВ вобаста аз миқдори ОХ анъанавӣ дар беморони гирифтори АР (n=76)

Нишондодҳо	Гурӯҳи I (1 ОХ, n=31)	Гурӯҳи II (> 2 ОХ, n=45)
Синну сол, сол	42,4±3,6	61,6±5,4*
Давомнокии АР, моҳ	<36	>36
Ғафсии КИМ, n (%)	14 (18,4)	31 (40,6) *
АТБ, n (%)	9 (11,8)	18 (23,6) *
ДДЛЖ, n (%)	14 (18,4)	22 (28,8) *
ГЛЖ, n (%)	12 (15,7)	21 (27,5) *
БИД, n (%):	11 (14,4)	21 (27,5) *
Стенокардияи пуршиддат	7 (9,2)	11 (14,4)
ИМ	1 (1,3)	3 (3,9)
ИМ дар анамнез	3 (3,9)	6 (7,8)
Инсулт	1 (1,3)	2 (2,6)

Эзоҳ: * - p<0,05; ** - p<0,01.

Ҳамин тавр, натиҷаҳои таҳқиқоти мазкур ва маълумотҳои адабиёти илмиро ҷамъбааст намуда, чунин гуфтан мумкин аст, ки асоси пайдо шудани спектри васеи КВН дар беморони гирифтори АР -ро таъсири кумулятивӣ ва ба ҳам таъсиррасонии мутақобилаи илтиҳоби системавии аутоиммунӣ, анъанвӣ ва ОХ-и "РА-ассотсиатсионӣ" ва фармакотерапияи бемориҳо ташкил медиҳад, ки хуссияти ҷалбшавии серомилини СКВ -ро дар доираи ихтилолҳои иммунопатологӣ

хангоми АР дар назар дорад. Дар айни змон, натиҷаҳои таҳқиқоти мазкур ва маълумотҳои таҳқиқотҳои дигар [19,22,28, 32, 37, 38] аз он гувоҳӣ медиҳанд, ки илтиҳоби системавии аутоиммунӣ, ба таври негативӣ модификацияшудаи ОХ-и анъанавии асосӣ дар пайдошавии ОДР (ФШ ва спектри липидии хун), звенои асосии патогенетикии сохторӣ -функционалии ремодиятсияи СКВ дар беморони гирифтори шаклҳои фаъоли АР ба ҳисоб меравад.

АДАБИЁТ

1. Насонов Е.Л. Проблемы иммунопатологии ревматоидного артрита: эволюция / Е.Л. Насонов // Научно-практическая ревматология. - 2017. - № 55 (3). - С. 277-294.
2. Насонов Е.Л. Аутоиммунные ревматические заболевания: итоги и перспективы научных исследований / Е.Л. Насонов, Е.Н. Александрова, А.А. Новиков // Научно-практическая ревматология. - 2015. - № 3. - С. 230-237.
3. Mechanisms leading from systemic autoimmunity to joint-specific disease in rheumatoid arthritis / A.J. Catrina [et al.] // Nat Rev Immunol.-2017. - V.13 (2). - P. 79-86.
4. Насонов Е.Л. Ревматические заболевания и мультиморбидность / Е.Л. Насонов, А.В. Гордеев, Е.А. Голушко // Терапевтический архив. -2015. - № 5. - С. 4-9.
5. Коморбидность при ревматоидном артрите / Т. А. Панафилина [и др.] // Научно-практическая ревматология. -2014. - № 52(3). - С. 283-289.
6. Никитина Н.М. Коморбидность у больных ревматоидным артритом / Н.М. Никитина, И.А. Афанасьев, А.П. Ребров // Научно-практическая ревматология. - 2015. - № 2. - С. 149-154.



7. Nurmohamed MT. Cardiovascular comorbidity in rheumatic diseases / M.T. Nurmohamed, G.D. Heslinga, H.D. Kitas // *Nat Rev Rheumatol.* - 2015. - V.11(12). - P. 693-704.
8. Гринштейн Ю.И. Анемический синдром при ревматоидном артрите: подходы к диагностике и возможности терапии / Ю.И. Гринштейн, В.В. Шабалин, В.В. Кусаев // *Терапевтический архив.* - 2016. - № 5. - С. 107-111.
9. Провоспалительные цитокины и депрессия при ревматоидном артрите / Т.А. Лисицына [и др.] // *Научно-практическая ревматология.* - 2013. - № 3(52). - С. 261-267.
10. Кардиоваскулярный риск у больных ранним ревматоидным артритом до назначения базисной противовоспалительной терапии (предварительные данные исследования РЕМАРКА) / Ю.Н. Горбунова [и др.] // *Научно-практическая ревматология.* - 2014. - № 4. - С. 381-386.
11. Новикова Д.С. Оценка кардиоваскулярного риска у больных ранним ревматоидным артритом в рамках исследования РЕМАРКА (предварительные данные) / Д.С. Новикова, Т.В. Попкова, И.Г. Кириллова // *Научно-практическая ревматология.* - 2015. - № 53(1). - С. 24-31.
12. Каратеев Д.Е. Острые вопросы стратегии лечения ревматоидного артрита / Д.Е. Каратеев // *Современная ревматология.* - 2015. - № 1. - С. 84-92.
13. Каратеев Д.Е. Современное ведение больных с ранним ревматоидным артритом / Д.Е. Каратеев // *Российский медицинский журнал.* 2014. - № 7. - С. 483-87.
14. Влияние подкожной формы метотрексата на структурно-функциональное состояние сосудистой стенки у больных ревматоидным артритом / Л.А. Князева [и др.] // *Научно-практическая ревматология.* - 2015. - № 3(53). - С. 258-265.
15. Генно-инженерные биологические препараты в лечении ревматоидного артрита / под ред. Е.Л. Насонова. - М.: ИМА-ПРЕСС, 2013. - 552 с.
16. Smolen J.S. EULAR recommendations for the management of rheumatoid arthritis with synthetic and biological disease-modifying antirheumatic drugs: 2013 update / J.S. Smolen, R. Landewe, F.C. Breedveld // *Ann Rheum Dis.* - 2014. - V. 73. - P. 492-509.
17. Динамика уровней цитокинов на фоне терапии метотрексатом и адалимумабом у пациентов с ранним ревматоидным артритом (исследование РЕМАРКА) / А.С. Авдеева [и др.] // *Научно-практическая ревматология.* - 2014. - № 52(3). - С. 254-262.
18. Первое российское стратегическое исследование фармакотерапии ревматоидного артрита (РЕМАРКА): результаты лечения 130 больных в течение 12 месяцев / Д.Е. Каратеев [и др.] // *Научно-практическая ревматология.* - 2014. - № 52(6). - С. 607-14.
19. Сердечно-сосудистые заболевания у больных ревматоидным артритом на фоне длительной терапии метотрексатом / Е.В. Герасимова [и др.] // *Терапевтический архив.* - 2015. - № 5. С. 26-31.
20. Новикова Д.С. Современные представления о патогенезе и особенности лечения артериальной гипертензии при ревматоидном артрите (обзор) / Д.С. Новикова, Т.В. Попкова, Е.Л. Насонов // *Терапевтический архив.* - 2011. - № 5. - С. 24-33.
21. Комаров Е.Б. Ингибитор ангиотензинпревращающего фермента в комплексном лечении ревматоидного артрита / Е.Б. Комарова, Б.А. Ребров, А.К. Князева // *Современная ревматология.* - 2017. - № 3. - С. 72-76.
22. Значение воспаления в развитии жесткости сосудистой стенки / С.М. Носков [и др.] // *Научно-практическая ревматология.* - 2013. - № 2. - С. 159-162.
23. Герасимова Е.В. Проатерогенные нарушения обмена липидов и липопротеидов крови у больных ревматоидным артритом / Е.В. Герасимова, Т.В. Попкова, Д.С. Новикова // *Научно-практическая ревматология.* - 2017. - 3 (55). - С. 311-320.
24. Князева Л.А. Эндотелиальная дисфункция у больных ревматоидным артритом с коморбидной патологией / Л.А. Князева, Е.Б. Комарова, Н.Г. Блудова // *Современная ревматология.* - 2017. - № 4. - С. 25-9.



25. Попкова Т.В. Интерлейкин-6 и сердечно-сосудистая патология при ревматоидном артрите / Т.В. Попкова, Д.С. Новикова, Е.Л. Насонов // Научно-практическая ревматология. 2011;4:.64-71.
26. Диастолическая дисфункция левого и правого желудочков у больных ранним ревматоидным артритом до назначения базисной противовоспалительной терапии / И.Г. Кириллова [и др.] //Терапевтический архив.- 2015. - № 5. С. 17-22.
27. Петров А.В. Динамика структурно-функциональных показателей состояния артерий миокарда у больных ревматоидным артритом при лечении метотрексатом и гидроксихлорохином на протяжении 4-летнего периода наблюдения / Петров АВ., Заяева АА., Матвеева НВ. //Научно-практическая ревматология. 2016;54(3):299-303.
28. Структурно-функциональное состояние левых отделов сердца у больных ревматоидным артритом: связь с клинико-иммунологическими особенностями заболевания и артериальной гипертензией / Д.А. Халилова [и др.] // Научно-практическая ревматология. - 2013. - № 51(1). - С. 21-27.
29. Насонов Е.Л. Сердечно-сосудистая патология при ревматических заболеваниях Е.Л. Насонов, Т.В. Попкова, Д.С. Новикова // Терапевтический архив. - 2016. - № 5. - С. 4-12.
30. Метотрексат и риск сердечно-сосудистых осложнений при ревматоидном артрите / Т.В. Попкова [и др.] // Научно-практическая ревматология. - 2012. - № 6. - С.70.
31. Динамика липидных параметров крови у больных ранним ревматоидным артритом на фоне противоревматической терапии, проводимой по принципу "Лечение до достижения цели" (по данным 18-месячного наблюдения) / Е.В. Удачкина[и др.] //Научно-практическая ревматология. 2016. - № 2(54). - С. 164-170.
32. Аршинов А.В. Сердечно-сосудистые осложнения при системной красной волчанке: механизмы ускоренного развития атеросклероза, диагностика, возможности коррекции / А.В. Аршинов, Н.Ю. Левшин, И.Г. Маслова // Научно-практическая ревматология. - 2017. - 3 (55). - С. 304-310.
33. Насонов Е.Л. Новые рекомендации по лечению ревматоидного артрита (EULAR, 2013): место глюкокортикоидов / Е.Л. Насонов // Научно-практическая ревматология. - 2015. - № 3 (52). - С. 238-250.
34. Олюнин ЮА. Применение нестероидных противовоспалительных препаратов у больных с высоким кардиоваскулярным риском. Научно-практическая ревматология. 2017;55 (3):321-3.
35. Уровень N-концевого натрийуретического пептида и диастолическая дисфункция у больных ранним ревматоидным артритом до назначения базисных противовоспалительных препаратов / И.Г. Кириллова [и др.] // Терапевтический архив. - 2016. - № 5. - С. 19-25.
36. Попкова ТВ., Новикова ДС., Насонов ЕЛ. Ингибирование интерлейкина-6 и сердечно-сосудистая патология у больных ревматоидным артритом / Т.В. Попкова ТВ, Д.С. Новикова, Е.Л. Насонов // Терапевтический архив. -2016. - № 5. - С. 93-101.
37. Закирова Н.Э. Роль иммунновоспалительных реакций и дисфункции эндотелия в ремоделировании миокарда и прогрессировании ишемической болезни сердца / Н.Э. Закирова, А.Н. Закирова // Рациональная Фармакотерапия в Кардиологии. - 2014. - №10(5). - С. 488-494.
38. Насонов Е.Л. Метотрексат при ревматоидном артрите - 2015: новые факты и идеи / Е.Л. Насонов // Научно-практическая ревматология.- 2015. - № 4. - С. 421-433



КОМПЛЕКСНАЯ ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ КАРДИОВАСКУЛЯРНОЙ СИСТЕМЫ У БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ ДО НАЧАЛА АКТИВНОЙ КОНТРОЛИРУЕМОЙ ТЕРАПИИ, ОСНОВАННОЙ НА ПРИНЦИПАХ СТРАТЕГИИ "TREATTOTARGET - T2T" - "ЛЕЧЕНИЕ ДО ДОСТИЖЕНИЯ ЦЕЛИ"

Ё.У. Саидов, С.М. Хасанзода, О.Д. Охонова.

Кафедра пропедевтики внутренних болезней, Таджикский государственный медицинский университет им Абуалиибли Сино.

Цель исследования - комплексная клинико-лабораторная и инструментальная оценка состояния кардиоваскулярной системы (КВС) у больных ревматоидным артритом (РА) до начала активной контролируемой противовоспалительной терапии.

Материалы и методы. В исследование включено 76 больных (61- женщины и 15-мужчины, медиана возраста - 52 года) РА с умеренной и высокой активностью (медиана DAS28 - 5,2), ранее не получавших базисных противовоспалительных препаратов (БПВП) и глюкокортикоидов (ГК). Подавляющее большинство пациентов были позитивными по ревматоидному фактору (РФ - 83,8%), у 72 (94,7%) обследованных были выявлены антитела к циклическому цитруллинированному пептиду (АЦЦП). Все пациенты были осмотрены кардиологом. Всем обследованным пациентам проведен анализ и оценка традиционных и "РА-ассоциированных" факторов риска (ФР) развития сердечно-сосудистых осложнений (ССО) с определением суммарного кардиоваскулярного риска (КВР) по шкалам SCORE и SCORE/EULAR, выполнены электро- и эхокардиография (ЭКГ, ЭхоКГ), дуплексное сканирование сонных артерий с целью измерения толщины комплекса интима-медиа (КИМ) и наличия атеросклеротических бляшек (АТБ), всем проведено исследование состояния липидного спектра крови.

Результаты. Наиболее распространенными ФР развития ССО являлись артериальная гипертензия (АГ) (53,7%) и дислипидемия (60,3%), наличие двух и более традици-

онных ФР отмечено у 64,2% пациентов с РА. Увеличение толщины КИМ определялось у 58,9%, АТБ - у 35,4% обследованных. При пересчете уровня суммарного КВР по шкале SCORE/EULAR процент больных РА с высоким риском развития ССО нарастал с 28,8 до 37,9%. Наиболее частыми ЭхоКГ-изменениями являлись: гипертрофия левого желудочка (ГЛЖ), диастолическая дисфункция левого желудочка (ДДЛЖ), гемодинамически незначимая патология клапанов сердца, адгезивный перикардит (АП) и изменения аорты, которые были выявлены соответственно: у 33 (43,2%), 36 (47,2%), 29 (37,9%), 20 (26,2%) и 28 (36,7%) обследованных пациентов с РА. У 34 пациентов с РА диагностированы клинические проявления кардиоваскулярной патологии (КВП): стенокардия - у 18 (23,6%), постинфарктный кардиосклероз - у 9 (11,8%), инфаркт миокарда (ИМ) - 4 (5,2%), инсульт - 3 (3,9%).

Заключение. У пациентов с активным РА наблюдается высокая частота встречаемости и широкий спектр КВП, в основе развития которых лежит кумулятивный эффект и сложное взаимовлияние системного воспаления, традиционных ФР и фармакотерапия заболевания, что предполагает мультифакторный характер вовлечения КВС в орбиту иммунопатологических нарушений при РА.

Ключевые слова: ревматоидный артрит, кардиоваскулярная система, кардиоваскулярный риск, сердечно-сосудистые осложнения



COMPREHENSIVE ASSESSMENT OF THE CARDIOVASCULAR SYSTEM IN PATIENTS WITH RHEUMATOID ARTHRITIS BEFORE THE START OF ACTIVE CONTROLLED THERAPY BASED ON THE PRINCIPLES OF THE STRATEGY "TREAT TO TARGET-T2T" - " TREATMENT TO ACHIEVE THE GOAL"

Yo.U. Saidov, S.M. Hasanzoda, O. J. Ohonova.

Department of propaedeutics of internal diseases, Avicenna Tajik State Medical University.

Main objective. Comprehensive clinical, laboratory and instrumental assessment of the cardiovascular system (CV) in patients with rheumatoid arthritis (RA) before the start of active controlled anti-inflammatory therapy.

Materials and method. The research included 76 patients (61 women and 15 men, median age - 52 years) with the moderate and high activity (median DAS28 - 5,2) who had not previously received basic anti-inflammatory drugs and glucocorticoids. (The vast majority of patients' reaction toward the rheumatoid factor (RF) 83.8%) was positive, and 72 (94,7%) patients were diagnosed with antibodies to cyclic citrulline peptide (ACCP). All patients were checked by a cardiologist. And all them were analyzed and evaluated based on traditional and "RA-associated" risk factors (FR) of cardiovascular complications (CVD) with determination of total cardiovascular risk (CVR) on the SCORE and SCORE/EULAR scales, electro-and echocardiography (ECG, Echocardiography), duplex scanning of carotid arteries to measure the thickness of the intima-media complex (CMM) and the presence of atherosclerotic plaques (ATB), and a study on the lipid spectrum of the blood was delivered.

Results. Arterial hypertension (AH) (53.7%) and dyslipidemia (60.3%) were the most common FR in the development of SSO. the presence of two or more traditional FR was noted in 64.2%

of patients with RA. The increase in the thickness of CMM was determined in 58.9%, ATB-in 35.4% of the studied patients. When calculating the level of total CVR on the SCORE/EULAR scale, the percentage of RA patients with high risk of SSO increased from 28.8 to 37.9%. The most frequent EchoCG changes were left ventricular hypertrophy (LVH), left ventricular diastolic dysfunction (LVD), hemodynamically insignificant heart valve pathology, adhesive pericarditis (AP). and aortic changes, which were revealed respectively in: 33 (43.2%), 36 (47.2%), 29 (37.9%), 20 (26,2%) and 28 (36.7%) studied patients with RA. 34 patients with RA were diagnosed with clinical manifestations of cardiovascular disease (CVD): angina - in 18 (23.6%), postinfarction atherosclerosis - in 9 (11.8%), myocardial infarction (MI) - 4 (5.2%), stroke - 3 (3.9%).

Conclusion. Patients with active RA have a high frequency of occurrence and a wide range of CVD, the development of which is based on the cumulative effect and complex interaction of systemic inflammation, traditional FR and pharmacotherapy of the disease, which suggests the multifactorial nature of the involvement of CVS in the orbit of immune - pathological disorders in RA.

Keywords: rheumatoid arthritis, cardiovascular system, cardiovascular risk, cardiovascular complications.

Саидов Ё.У. - доктори илмҳои тиб, мудири кафедраи таълими асосҳои бемориҳои дарунӣ, телефон: 918 69 48 19.

Саидов Ё.У. - доктор медицинских наук, заведующей кафедры пропедевтики внутренних болезней, Таджикский государственный медицинский университет им Абуали ибни Сино

Saidov Yo.U. - Doctor of Medica Sciences, Head of the Department of Propaede Internal Disease, SEI "TSMU named after Abuali Ibni Sino".



ТАШХИСИ МУҚОИСАВИИ ГИПЕРТРОФИЯИ МЕЪДАЧАИ ЧАПИ ДИЛ БО ЁРИИ УСУЛҲОИ МАЪМУЛ ДАР БЕМОРОНИ ФИШОРБАЛАНДИИ ШАРАЁНИИ ШАХСОНИ ПИРОНСОЛ

Ҳочиева Г.Б., Уроков К.З., Ҳиммат Муҳаммад Ёсин, Шамсов А.Т.

Кафедраи бемориҳои дарунии №3 (мудири каф. - д.и.т., проф. Мустафақулова Н.И.) -и МДТ ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино

Муҳимият. Дар замони ҳозира гипертрофияи меъдачаи чапро (ГМЧ) ҳамчун предиктори барвақтаинаи бемориҳои дилу рагӣ ва муриш ҳисобидаонроба "кушандаи хаппак" ташбехмедиханд. Вазнинии равиши беморӣ ва пешгӯии беморони гипертензияи шараёни (ГШ) бо осебёбии узвҳои нишон муайян мешавад, ки дар навбати аввал ин пайдоиши ГМЧмебошад [1;2].

Нақши ГШ ҳамчун омили хатарноки асосии модификатсияшавандаи бемориҳои дилу рагӣ аниқ шудааст, лекин сатҳи пасти контроли ФШ ба хавф меорад. Контроли ФШ яке аз масъалаи асосии назорати диспансерӣ дар ҳар як минтақаи духтурӣ аст, ки дар он ҷо фақат ними шахсон бо ФШ дар зери назоратанд [3].

Алоқаи ГМЧ, бо чандомад ва дараҷаи хусусияти аритмияҳои меъдачавӣ аз дараҷаи ГМЧ вобастагӣ дорад. Дар 25-50,0% беморони ФШ экстрасистолияҳо, лаппиш ва фибрилятсияи дахлезҳо дида мешаванд [4;5].

Солҳои охир дар қурраи Замин баякчанддараҷа зиёд баландшавии ҳароратиҳаво мушоҳидамешавад. Гармшавии иқлим ба беморони гирифтори бемории дилу рагҳо таъсири манфии худро расонида, ба зиёдшавии оризаҳо оварда, сабаби фавти беморони вазнин мегардад [6;7;8].

Оиди омилҳои хатарноки дигаршаванда ва дигаршавандаи БИД бисёр қорҳои илмӣ ба анҷом расонида шудааст. Солҳои охир бемориҳои дилурагӣҳо ҷавон шуда истодаанд ва муриш дар байни шахсони ҷавон зиёд шуда истодааст, ки якчанд омилҳои хатарноки пайдоиши бемориҳои дилурагҳоро доранд [9].

Як қатор олимони Россия дар ташхисҳои илмиашон қайд менамоянд, ки пайдоиши ГМЧ дил дар беморони БИД ба вуқӯъ омадани оризаҳои бадсифатро зиёд менамояд.

Агар бемор дар муддати як сол бо машки бадан машғул шавад ва ҳар рӯз дар муддати 1 соат пиёда гардад, ҳаҷми ГМЧ хурд мешавад[10;11].

Дар гурӯҳи шахсони синну солашон гуногун, ки анамнези волидайнӣ пайдоиши барвақтаинаи бемории коронарии дил доранд, холестерини липопротеидҳои зичиашон баланд, триглицеридҳо, омилҳои метаболикии авлодӣ нақши асосиро мебозанд [12;13].

Аз рӯйи нишонҳои адабиётҳогуфтан ҷоиз аст, ки дар пайдоиши ГШ ва алоими метаболикӣ дар беморон дорандаи генотипи аллели С ген ҳастанд (Зотова, Медведева) фаъолияти тромбоситҳо зиёд мешаванд [14;15].

Омилҳои хатари ташаккулёбии бемориҳои дилу рагӣ аллақай дар кӯдакӣ пайдо мешаванд. То 12 солагӣ дар кӯдакон аллақай як намуди омили модификатсияшаванда ҳамроҳӣ мекунад. Дар даҳсолаи охир ҷавоншавии БИД, аз он ҷумла дар Ҷумҳурии Тоҷикистон ба назар расида, воқеияти пайдоиши сактаи дил дар синну соли ҷавонӣ зиёд шуда истодааст[16].

Мақсади тадқиқот. Гузаронидани таҳлили муқоисавии гипертрофияи меъдачаи чапи дил бо ёрии усулҳои СБД, ЭхоКГ, Р-графияи қафаси сина дар беморони фишорбаландии шараёнии шахсони пиронсоли ду мамлакат Тоҷикистон ва Афғонистон. Таъсири иқлими гарм ба равиши Ф/Ш ва чандомади вохӯрии оризаҳои Ф/Ш шахсони пиронсоли гурӯҳҳои қиёс.

Мавод ва усулҳои таҳқиқот. Ба таҳқиқот нишондодҳои 90 бемор 37 (41,1%) мард ва 53 (58,9%) зан синну солашон аз 60 то 75 сола бо ташхиси фишорбаландии шараёни II-III дараҷа, ки дар беморхонаи Марказии Ҷумҳуриявии бемориҳои дил, шӯбаи фишорбаландии шараёнии ш. Душанбеи Ҷумҳурии Тоҷикистон ва 90 бемор бо ҳамин ташхис

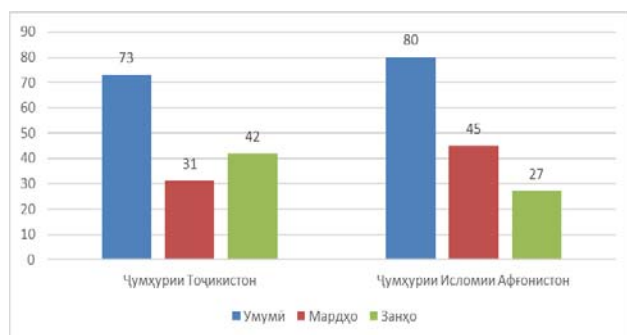


дар беморхонаи вилоятии ш. Мазори Шарифи Ҷумҳурии Исломии Афғонистон 51 (56,7%) мард ва 39 (43,3%) зан бистарӣ буданд, ворид гардидаанд.

Ба ҳамаи беморон усулҳои ташҳиси маълум СБД, ЭхоКГ, R-графияи қафаси сина барои аниқ намудани ГМЧ дил гузаронида шуд. Баҳодихии миқдори ГМЧ, ки бо ёрии ташҳиси СБД дар гурӯҳҳои муқоисавии ФШ шахсони пиронсол гузаронида шуда буд, чунинанд: хассоснокии СБД барои аниқ намудани ГМЧ дил дар зергурӯҳи занони Ҷумҳурии Тоҷикистон (57,5% - 42 нафар)

Диаграммаи 1.

Нишонаҳои гипертрофияи меъдачаи чап бо ёрии сабти барқии дил аниқшуда

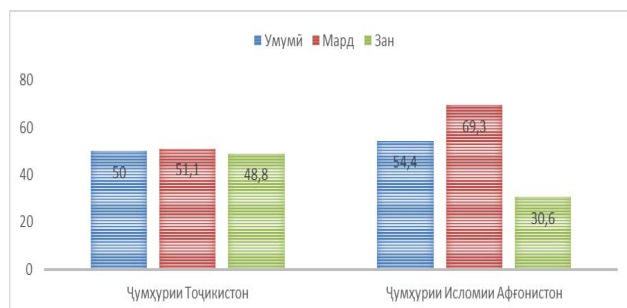


Пас аз гузаронидани ташҳис бо усули ЭхоКГ чӣ хеле, ки дар диаграммаи 2 акс ёфтааст, дар Ҷумҳурии Тоҷикистон аз 90 бемор дар 86 нафар (95,5%) 51 нафар зан (59,3%), ва 35 нафар мард (40,6%) ГМЧ аниқ шудааст. Дар Ҷумҳурии Исломии Афғонистон дар 87 бемор (96,6%), дар мардон зиёдтар 58 нафар (66,6%) дида мешавад, ва занон дар 29 нафар (33,3%) ба назар мерасад.

Аз рӯи ташҳиси гузаронидашуда R-графияи қафаси сина маълум гашт, ки ГМЧ дар

Диаграммаи 3.

Нишонаҳои гипертрофияи меъдачаи чап бо ёрии R-графияи қафаси сина аниқшуда

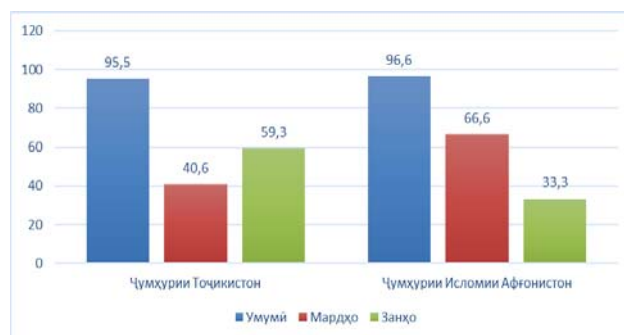


назар ба зергурӯҳи мардон (42,4% - 31 нафар) зиёдтар аст. Дар умум аз 90 нафар бемори зери назоратбуда, дар 73 нафар (81,1%) ГМЧ дида мешавад.

Дар гурӯҳи 2 беморони зери назоратбудаи Ҷумҳурии Исломии Афғонистон баръакс, дар мардон ГМЧ (56,2% - 45 нафар) назар ба занон (33,7% - 27 нафар) зиёдтар во мехӯрад, гуфтан мумкин аст, ки занон шароити ба ёрии тиббӣ муроҷиат намуданро камтар доранд. Дар умум аз 90 нафар бемори зери назоратбуда дар 80 нафар ГМЧ (88,8%) дида мешавад (диаграммаи 1).

Диаграммаи 2.

Нишонаҳои гипертрофияи меъдачаи чап бо ёрии ЭхоКГ аниқшуда



Ҷумҳурии Тоҷикистон ҳамагӣ дар 45 нафар (50,0%) беморон, 23 нафар мард (51,2%), 22 нафар зан (48,8%) ва дар Ҷумҳурии Исломии Афғонистон дар 49 нафар (54,4%) нафар беморон, 34 нафар мард (69,3%), 15 нафар зан (30,6%) ошкор гардидааст.

Ҳассоснокии усули ЭхоКГ назар ба усули СБД ва R-графияи қафаси сина зиёд буда, барои аниқ намудани пайдоиши гипертрофияи меъдачаи чапи дил дар беморони фишорбаландии шараёнии шахсони пиронсол нақши асосиро мебозад ва ба ҳамаи беморон гузаронидани ташҳиси ЭхоКГ ҳатмист.

Дар қиёс ин нишондодҳои ташҳиси ГМЧ бо ёрии усулҳои гуногуни ташҳис дар беморони фишорбаландии шараёнии шахсони пиронсол дар Ҷумҳурии Исломии Афғонистон ГМЧ дар умум зиёдтар дида мешавад, хусусан дар зергурӯҳи мардон, ки ин аз равиши вазнини беморӣ ва пайдоиши оризаҳои номатлуб гувоҳӣ медиҳад, ки дар рафти табобат ин нишондод албатта бояд ба инобат гирифта шавад.



Чадвали 1.

Чандомади вохӯрии оризаҳои фишорбаландии шараёнии шахсони пиронсоли гурӯҳҳои қиёс.

Оризаҳо		ҚТ		ҚИА	
		Ҳамагӣ	%	Ҳамагӣ	%
Микдори беморон дар гурӯҳҳо		90	100,0	90	100,0
Гипертрофияи меъдачаи чапи дил	СБД	73	81,1	80	88,8
	ЭхоКГ	86	95,5	87	96,6
	R-граф. қафаси сина	45	50,0	49	54,4
Бӯҳрони фишорбаландӣ	Бо ориза	--		3	3,3
	Бе ориза	52	57,8	68	75,6
Норасогии дилӣ	I (НУНА)	6	6,7	10	11,1
	II (НУНА)	22	24,4	40	44,4
	III (НУНА)	--		1	1,1
Вайроншавии ритми дил		4	4,4	5	5,6
Энсефалопатияи рағӣ		38	42,2	42	46,7
Стенокардия		52	57,8	74	82,2

Хулоса. Пас аз гузаронидани таҳқиқоти муқоисавии беморони пиронсоли дорои фишорбаландӣ дар Тоҷикистон ва Афғонистон бармеояд, ки гипертрофияи меъдачаи чапи дил, ки бо усулҳои маъмули СБД, ЭхоКГ, R-графияи қафаси сина аниқ шудааст, дар гурӯҳи II (Қумхурии Исломии Афғонистон) назар ба гурӯҳи I (Қумхурии Тоҷикистон)

зиёдтар воমেҳӯранд. Ин нишонии бавуқӯёии оризаҳои барвақтаина буда аз равиши вазнини беморӣ хабар медиҳад.

Бӯҳрони фишорбаландӣ, норасогии дилӣ, энсефалопатияи рағӣ, стенокардия низ дар беморони гурӯҳи II зиёдтар воমেҳӯрад, ки инро барои пешгирии оризаҳои вазнин ва гузаронидани табобат бояд ба назар гирифт.

АДАБИЁТ

1. Ураков К.З. Вайроншавии иқлим ва бемориҳои дилу рағҳо / К.З. Ураков, Г.Б. Ходжиева и др. // Ж. "Авчи Зухал", Душанбе-2019, №1, Стр. 147-154.
2. Бойцов С.А. Артериальная гипертония среди лиц 25-64 лет: Распространённость, осведомлённость, лечение и контроль. По материалам исследования ЭССЕ / С.А. Бойцов, Ю.А. Баланова, С.А. Шальнова и др. // Ж. Кардиоваскулярная терапия и профилактика-2014;4(13)
3. Фомина И.Г. Гипертрофия левого желудочка при артериальной гипертензии и риск развития аритмий / И.Г. Фомина, Т.А. Дьякова // Ж. Кардиоваскулярная терапия и профилактика-2006;8(5)
4. Козловская И.Л. Жара и сердечно-сосудистые заболевания (обзор эпидемиологических исследований) / И.Л. Козловская, О.С. Булкина и др. // Ж. Терапевтический архив-2015;9, стр.84-90.
5. Fares A. Winter Cardiovascular Diseases Phenomenon. N. Am J. Med Sci. 2013;5(4):266-279
6. Смирнова М.Д. Эффективность российских медико-санитарных рекомендаций по сапогенному поведению в условиях аномальной жары / М.Д. Смирнова, О.Н. Свирида и др. // Ж. Кардиология-2015;5, стр. 66-71.
7. Дорошук Н.А. Прямое повреждающее воздействие на ДНК человека неблагоприятных экологических и климатических факторов / Н.А. Дорошук, А.Ю. Постнов и т.д. // Ж. Терапевтический архив-2014;12, стр. 72-77.
8. Bowen K.J., Ebi K. Multi-layered governance framework for incorporating social science insights into adapting to the health impacts of climate change. Citation: Glob Health Action 2013,6:21820.
9. Зволинская Е.Ю. Эпидемиологическая ситуация по основным факторам риска развития сердечно-сосудистых заболеваний в Российской Федерации среди лиц молодого возраста / Е.Ю. Зволинская, А.А. Александров и т.д. // Ж. Кардиология-2015;12, стр. 63-69.



10. Михайлова О.О. Влияние модифицируемых факторов риска развития сердечно-сосудистых осложнений на "ускользание" эффективности антигипертензивной терапии / О.О. Михайлова, А.Ю. Литвин и др. // Ж. Терапевтический архив-2017;9, стр. 10-14.
11. Silva R., Silva D., Bastos J., et al. Anthropometric measures change and incidence of high blood pressure levels among adults. J. of Hypertension 2017;35(1):39-46
12. Коннов М.В. Собственные и родительские предикторы низкого уровня холестерина липопротеидов высокой плотности у детей лиц с ранней коронарной болезнью сердца / М.В. Коннов, Л.М. Доборджгинидзе и др. // Ж. Кардиология-2016;3, стр.12-18.
13. Perk J., De Backer G., Gohlke H. et al. The Fifth Joint Task Force of the European Society of Cardiology and Other Societies on Cardiovascular Disease Prevention in Clinical Practice (constituted by representatives of nine societies and by invited experts). Eur Heart J. 2012;33:1635-1701
14. Зотова Т.Ю. Особенности клинического течения артериальной гипертензии в зависимости от полиморфного варианта гена AGTR1 / Т.Ю. Зотова, А.П. Кубанова и тд. // Ж. Клиническая медицина-2017;95(4), стр. 404-407.
15. Медведев И.Н. Состояние тромбоцитарной активности у больных артериальной гипертензией при метаболическом синдроме / И.Н. Медведев // Ж. Клиническая медицина-2017;95(8), стр. 719-723.
16. Ураков К.З. Распространенность тревоги и депрессии у больных гипертонической болезнью пожилого возраста в сравнительном аспекте / К.З. Ураков, Г.Б. Ходжиева и др. // Вестник Академии медицинских наук Таджикистана. Душанбе-2018. стр. 94-97.

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ГИПЕРТРОФИИ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА СЕРДЦА С ПОМОЩЬЮ РАЗЛИЧНЫХ МЕТОДОВ ИССЛЕДОВАНИЯ У БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА

Г.Б. Ходжиева, К.З. Ураков, Химмат Мухаммад Ёсин, Шамсов А.Т.

Кафедра внутренних болезней №3 (зав. кафедрой - д.м.н., проф. Мустафакулова Н.И.)
ГОУ ТГМУ им. Абуалиибни Сино

Нами проведен сравнительный анализ гипертрофии левого желудочка сердца у больных гипертонической болезнью пожилого возраста в Республике Таджикистан и Исламской Республики Афганистан. Были изучены данные клинического обследования 90 больных 37 мужчин (41,1%) и 53 женщин (58,9%) находящихся на стационарном лечении в Республиканском центре кардиологии в отделении артериальной гипертензии г. Душанбе и 90 больных 51 мужчин (56,7%) и 39 женщин (43,3%) находящихся на лечении в областной больнице г. Мазори Шариф Исламской Республики Афганистан. Возраст больных был от 60 до 75 лет.

Выявлена гипертрофия левого желудочка сердца с помощью ЭКГ, ЭхоКГ, R-графии органов грудной клетки. При ЭКГ исследовании в I группе (РТ) больных гипертрофия левого желудочка встретилась в

81,1% случаев, во II группе (ИРА) в 88,8% случаев. При проведении ЭхоКГ исследования в I группе гипертрофия левого желудочка встретилась в 95,5% случаев против 96,6%. По данным R-графии грудной клетки гипертрофия левого желудочка диагностирована в I группе в 50,0% случаев против 48,8%. В сравнительном аспекте гипертрофия левого желудочка у больных гипертонической болезнью пожилого возраста чаще встречается в ИРА, особенно у мужчин, что отражается на течении заболевания.

Оценена частота осложнений гипертонической болезни пожилого возраста, которые чаще встречаются в условиях Исламской Республики Афганистан это: гипертонический криз, сердечная недостаточность, сосудистая энцефалопатия, стенокардия, что необходимо учитывать при проведении лечения и предупреждения осложнений.



Ключевые слова: гипертоническая болезнь, Республика Таджикистан, Исламская Республика Афганистан, ЭКГ, ЭхоКГ, R-графия грудной клетки, клиника.

COMPARATIVE ANALYSIS OF LEFT VENTRICULAR HYPERTROPHY USING VARIOUS RESEARCH METHODS IN ELDERLY HYPERTENSIVE PATIENTS

G.B. Khodzhieva, K.Z. Urakov, Himmat Muhammad Yosin, Shamsov A.T.

Department of Internal Diseases № 3 (Head of the Department - Doctor of Medical Sciences, Prof. N.I. Mustafakulova) GOU TSMU im. Abualiibni Sino

We carried out a comparative analysis of left ventricular hypertrophy in elderly hypertensive patients in the Republic of Tajikistan and the Islamic Republic of Afghanistan. We studied the data of clinical examination of 90 patients, 37 men (41,1%) and 53 women (58.9%) who were inpatient treatment at the Republican Center of Cardiology in the department of arterial hypertension in Dushanbe and 90 patients 51 men (56.7%) and 39 women (43.3%) being treated at the regional hospital in Mazori Sharif, Islamic Republic of Afghanistan. The patients' age was from 60 to 75 years.

Revealed hypertrophy of the left ventricle of the heart using ECG EchoCG, R-graphy of the chest organs. ECG study in-group I (PT) of patients with left ventricular hypertrophy was found in 81.1% of cases, in-group II (IRA) in 88.8% of cases. When conducting an EchoCG

study in-group I, left ventricular hypertrophy occurred in 95.5% of cases versus 96.6%. According to the R-graph of the chest, left ventricular hypertrophy was diagnosed in-group I in 50.0% of cases versus 48.8%. In a comparative aspect, left ventricular hypertrophy in elderly hypertensive patients in IRA is more common, especially in men, which affects the course of the disease.

The incidence of complications of hypertension in the elderly was estimated. More often in the conditions of the Islamic Republic of Afghanistan, there is a hypertensive crisis, heart failure, vascular encephalopathy, angina pectoris, which must be taken into account when treating and preventing complications.

Key words: hypertension, the Republic of Tajikistan, the Islamic Republic of Afghanistan, ECG, EchoCG, chest R-graph, clinic.

Ҳоҷиева Гулнора Бобоевна - н.и.т., дотсенти кафедраи бемориҳои дарунии №3 МДТ До-нишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абӯалӣ ибни Сино, тел.: (+992) 918 62 69 41

Ҳодҷиева Гулнора Бобоевна - к.м.н., доцент кафедраи внутрених болезней №3 ГОУ Тад-жикского государственного медицинского университета им. Абуалиибни Сино, тел.: (+992) 918 62 69 41

Khodzhieva Gulnora Boboevna, M.D.D. - Associate Professor of the Department of Internal Medicine №3 of the State Educational Institution of the Tajik State Medical University named after Abualiibni Sino, tel .: (+992) 918626941



БЕМОРИҲОИ СИРОЯТӢ

НИШОНДИҲАНДАҲОИ КЛИНИКӢ ВА ИММУНОЛОГИИ СИРОЯТИ ВНМО ДАР КӢДАКОН БО НАЗАРДОШТИ РОҲҲОИ СИРОЯТӢ

Саидмурадова Г.М.1, Мамадҷонова Г.С.2, Ҷонибеки Р.И.1, Солиев А.А.3

1. Кафедраи бемориҳои сироятии кӯдакони (мудири кафедра, н.и.т., дотсент Саидмурадова Г.М.)- и 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.3. МД "Маркази ҷумҳуриявии пешгирӣ ва мубориза бо СПИД".

Муҳимият. Сирояти ВНМО ба сифати яке аз мушкилоти мубрами иҷтимоиву иқтисодии ҷомеа боқӣ мемонад [1,2,3,4,5]. Тибқи арзёбии маълумотҳои ВТ ҲИАҶТ шумораи умумии гирифтронии ВНМО/АПНМ дар соли 2011 3846, соли 2012 4674, соли 2013 5832 ва соли 2014 бошад, 6309 нафарро ташкил медед. Дар ҶТ гирифтورشавии кӯдакон ба ВНМО дар соли 2017 ба ҳар 100 000 1,0 нафар ва дар 9 моҳи соли 2018 бошад, 0,8 нафарро ба ҳар 100 000 ташкил медед. Соли 2018 дар вилояти Хатлон 36,9%, ш. Душанбе 24,6%, НТМ 24,6, вилояти Суғд 10,9% ва дар ВМКБ бошад, 2,7% кӯдакони гирифтронии ВНМО ба қайд гирифта шудааст.

Хусусиятҳои эпидемиологии беморӣ, дар миёни аҳолии калонсол, боло рафтани роҳҳои гетеросексуалии паҳншавии сироятӣ ба ҳисоб меравад, ки он дар соли 2001 ба 6,4% ва дар соли 2013 бошад, ба 41% расидааст. Ин нукта боиси афзудани шумораи занҳои сироятёфта гардид, ки адади онҳо дар сохтори сироятёфтагони ВНМО дар соли 2013 ба 36,7% расидааст. Аз ин ҷост, ки шумораи ҳомиладорони сироятёфта аз ВНМО дар соли 2001 аз 95/100 ҳазор муоинашудагон то ба 125/100 ҳазор дар соли 2013 расид. Дар алоқамандӣ бо нуктаи мазкур роҳи афзалиятноки интиқоли сироятӣ ба ВНМО аз модар ба кӯдак роҳи амудии он ба шумор меравад. Қайд кардан зарур аст, ки дар ҶТ тамоюли ба раванди эпидемӣ ҷалб намудани занҳои синни зоимонӣ мушоҳида мешавад, ки хатари сироятӣ ба перинаталӣ кӯдаконе, ки онҳо таваллуд мекунанд меафзояд (аз рӯзи 154 -уми умри дохилраҳмии ҷанин, бар шумули давраи зоимонӣ ва 168 соати пас аз таваллуд). Маълум аст, ки

зимни кӯдакони сироятёфтаи ВНМО, хусусан бо сироятёфтагони перинаталӣ ҷараёни ҳалалёбии системаи масунӣ, ҳамроҳшавии сирояти опортунистӣ (СО), гузариши беморӣ ба марҳилаи БПНМ, фарорасии марганҷомӣ, дар муқоиса ба кӯдаконе, ки сироятӣ ба таври перинаталӣ ҷараён гирифтааст, бо хуруҷ мегузарад [1,2,4,5]. Масоили ҷараёни сироятӣ ба ВНМО дар ҷанбаи синнусолӣ вобаста аз марҳилаҳои клиникӣ, маркерҳои клиникӣ-иммунологии беморӣ дар алоқамандӣ ба роҳҳои сироятӣ ба норавшан боқӣ мемонад, ки зарурати таҳқиқоти минбаъдaro дар ин самт тақозо менамояд.

Мақсади таҳқиқот: омӯзиши нишондиҳандаҳои клиникӣ ва масунологии сирояти ВНМО дар кӯдакон бо назардошти роҳҳои сироятӣ ба шумор меравад.

Мавод ва усулҳои таҳқиқот. Таҳқиқоти проспективӣ дар мавриди 28 кӯдаки гирифтронии ВНМО, ки аз соли 2011 то 2016 дар Маркази АПНМ-и ш.Ваҳдат дар қайди диспансерӣ қарор доранд аз модарони сироятёфтаи ВНМО ба дунё омадаанд, 19 (64%) кӯдаки бо роҳи перинаталӣ сироятёфта (ҳангоми ҳомиладорӣ, таваллуд ва синамакони) (гурӯҳи 1) ва 9 (36%) кӯдаки бо роҳи парентералӣ сироятёфта (гурӯҳи 2) ба амал оварда шуд. Ташҳиси тасдиқкардаи лаборатории сирояти ВНМО зимни кӯдакони гурӯҳи аввал дар асоси анамнез (мақоми мусбати ВНМО дар модар дар марҳилаи ҳомиладорӣ ва таваллудкунӣ) ва мувофиқи ду натиҷаи мусбати реаксияи занҷирии пеолимеразӣ (РЗП) барои зоҳир кардани КДН-и провирусии сирояти ВНМО дар кӯдакон гузошта шуд. Дар мавриди гурӯҳи дуюм ташҳис бо



роҳи ошкор намудани чамъи подтанҳо зидди ВНМО бо усули ТИФ вабаъдан зоҳирнамудани подтанҳо ба сафедаҳои алоҳида ва гликопротеинҳои вирус бо усули иммуноблот ва мувофиқи аломатҳои клиникӣ гузошта шуд. Муоинаи клинικο-лаборатории кӯдакони гирифтори ВНМО дар ҳар се моҳ як маротиба ба амал оварда мешуд. Назорати клиникӣ дар асоси маълумотҳои анамнез, форми №112 ва муоинаи кӯдак ба роҳ монда шудааст. Дар нисбати тамоми кӯдакон таҳқиқоти параклиникии таҳлили умумии хун, пешоб, нишондиҳандаҳои биохимиявии хун гузаронида шуданд. Инчунин муоинаи рентгенологии узвҳои қафаси сина, узвҳои ковокии шикам ва ҳангоми зарурат томографияи компютерӣ ба амал оварда шуд. Барои ташҳиси лаборатории СО кишти бактериологӣ барои зоҳир намудани ангебандаҳои гуногуни сил, флораи кок ва занбурӯғҳо ба кор бурда шуд. Подтанҳо ба вирусҳои Эпштейн Барр, табхол, СМВ, пневмотсизоз, токсоплазмоз, хламидий, микоплазм бо усули ИФА таҳқиқ карда шуд.

Натиҷаи таҳқиқот. Аксари таҳти назорат қарордоштагон - сироятёфтагони ВНМО-ро, дар муқоиса аз 6 то 14 сола 5 (8%) бештар кӯдакони то 6 сола 23 (92%) ташкил медиҳанд. Назорат аз паси кӯдакони гурӯҳи аввал аз таваллуд оғоз ёфт. Дар мавриди гурӯҳи дуюм бошад, бо назардошти ҳолати вазнине, ки ба ташҳисҳои мухталиф, госпитализатсияи минбаъдаи кӯдакон, инчунин амалиётҳои гуногуни парентералӣ (гузаронидани плазма, эр. масса) алоқаманд буд, аз лаҳзаи муайян шудани мақоми ВНМО назорат оғоз ёфт. Аз шумораи модарони сироятёфтаи ВНМО аксаран 12 (63,2%) ҳангоми ҳомиладори профилактикаи химиявӣ қабул карданд. Назорати кӯдакони гурӯҳи аввал аз 0,5 то 7 сол (Медиана 1,4 сол) идома ёфт, дар муолиҷаи ВААРТ 16 (84,2%) кӯдак қарор дошта, маргумир ҳамагӣ дар маврид 2 (10,7%) мушоҳида гардид. Фавтнокӣ зимни гурӯҳи дуюм дар мавриди 1 (11%) сироятёфтагон ва ибтидоии ВААРТ (МФЗЗР) дар тамоми кӯдакони бемор пас аз муайян гардидани мақоми ВНМО ба амал оварда шуд. Сабаби фавти

кӯдакони сироятёфтаи ВНМО ҳалалёбии вазнини гизо ва камхунии зухурёфта буд. Давомнокии назорати гурӯҳи мазкур аз 1 то 7 солро ташкил дод (Медиана 1,4 сол). Қайд кардан лозим аст, ки аксари кӯдакони сироятёфтаи ВНМО 24 (86%), ки симптомҳои зухурёфта (марҳилаи 2 ва 3-и клиникӣ) доранд, ба қайди диспансерӣ гирифта шудаанд, зеро марҳилаи аввали сироятёбии кӯдакон кам идома ёфт (то 2-3 ҳафта) ва ҳамагӣ 4 (14%) кӯдак дар марҳилаи 4-уми клиникӣ (бо ҷараёни симптомҳои вазнини) қарор доштанд [2,4]. Муоинаи кӯдакони гирифтори сирояти ВНМО-и ш. Ваҳдат нишон дод, ки манзараи клиникии сирояти ВНМО аз симптомҳои муттаҳидшудаи ВНМО ва СО (ҷадвали 1) иборат мебошад.

Аз ҷадвал аён аст, ки дар мавриди тамоми кӯдакон новобаста аз роҳҳои сироятёбии симптомҳои муттаҳидшудаи клиникии ВНМО ба монанди табларзаи дарозмуддати беасос, гепатомегалия, лимфаденопатияи фарогир, норасоии вазни бадан ба зиёда аз 10%, камхунӣ (сатҳи гемоглобин <80 г/л) (100% зимни гурӯҳи аввал ва дуюми кӯдакони сироятёфтаи ВНМО) зоҳир шуд. Невропатия, спленомегалия бошад, таносубан дар муқоиса ба кӯдакони гурӯҳи якум бештар зимни кӯдакони гурӯҳи дуюм (мувофиқан 55,5%, 55,5%, ва 47,4%, 36,8%) мушоҳида мешардид. Миокардиопатия (дар гурӯҳи аввал 42,7% ва зимни гурӯҳи дуюм мувофиқан 44,4%), ВНМО-энцефалопатия (мувофиқан 15,7% ва 22,2%), тромбоситопения (< 50 x 10⁹/л) (мувофиқан 26,3% ва 22,2%), лейкопения (сатҳи лейкоцитҳо < 4 x 10⁹/л) (мувофиқан 31,5% ва 33,3%) дар мавриди зиёда аз нисфи кӯдакони сироятёфтаи ВНМО зимни ҳар ду гурӯҳ ошкор карда шуд. Сепсиси паҳншуда қиёсан ба гурӯҳи аввал (15,7%) нисбатан бештар зимни гурӯҳи дуюми кӯдакони сироятёфтаи ВНМО (55,5%) ба назар мерасид. Қайд кардан зарур аст, ки шаклҳои мавзегрифтаи СО новобаста аз роҳҳои сироятёбии бештар дар ҳар ду гурӯҳ ташҳис шуда, этиологияи бактериявӣ дошт: дар шакли илтиҳоби шуш (мувофиқан 47,4% ва 66,6%) ва сил (мувофиқан 42,7% ва 55,5%).



Чадвали 1.

Басомади симптомҳои клиникӣ сирояти ВНМО дар кӯдакон бо назардошти роҳҳои сироятбӣ.

Симптомҳои клиникӣ	Гурӯҳи 1 (роҳи перинаталии сироятбӣ)	Гурӯҳи 2 (роҳи парентаралии сироятбӣ)
	п=19 100%	п=9 100%
Симптомҳои муттаҳидшудаи ВНМО		
Табларзаи дарозмуддат	19 100%	9 100%
Нефропатия	8 42,7%	5 55,5%
Гепатомегалия	19 100%	9 100%
Спленомегалия	9 47,4%	5 55,5%
Лимфоаденопатияи фарогир	19 100%	9 100%
Норасоии вазни бадан то зиёда аз 10%	19 100%	9 100%
Энтероколит	19 100%	4 44,4%
Миокардиопатия	7 36,8%	4 44,4%
Энсефалопатия	3 15,7%	2 22,2%
Тромбоситопения	5 26,3%	2 22,2%
Лейкопения	6 31,5%	3 33,3%
Нейтропения	6 31,5%	3 33,3%
Камхунӣ	19 100%	9 100%
Сирояти оппортунистӣ (СО)		
Сепсис	3 15,7%	5 55,5%
Туберкулёз	8 42,7%	5 55,5%
Илтиҳоби шуш	9 47,4%	6 66,6%
СМВИ	5 26,3%	2 22,2%
Кандидоз	6 31,6%	2 22,2%
Пневмотсистоз	3 15,7%	1 11,1%
Токсоплазмоз	4 21,0%	1 11,1%
Сирояти табҳоли	3 15,7%	-

Дар мавриди зиёда аз нисфи кӯдакони ҳар ду гурӯҳ СО зерин ташхис гардид: кандидоз дар шакли стоматит (мувофиқан 31,6% ва 22,2%), СМВИ (мувофиқан 26,3% ва 22,2%), токсоплазмоз (21,0% ва 11,1%), пневмотсистоз (мувофиқан 15,7% ва 11,1%). Танҳо ҳангоми 15,7% кӯдакони гурӯҳи якум сирояти табҳоли ташхис карда шуд. Ҳангоми муқоисаи симптомҳои муттаҳидшудаи ВНМО бо дар назардошти роҳҳои сироятбӣи ВНМО муқаррар гардид, ки зимни кӯдакони гурӯҳи аввал ин нишондиҳанда барои табларзаи дарозмуддат гепатомегалия, лимфоаденопатияи интишорёфта, норасоии вазни бадан ба зиёда аз 10%, энтероколит ва камхунӣ қиёсан ба беморони гурӯҳи дуюм саҳеҳан баландтар буд. Дар мавриди СО бошад, ҳангоми кӯдакони гурӯҳи дуюм нисбат ба гурӯҳи якум нишондиҳандаҳо оид ба сепсис, илтиҳоби шуш ва сил нисбатан зиёдтар аст.

Таҳлили муқоисавии нишондиҳандаҳои иммунологии ВНМО (миқдор ва саддарсадии миқдори Т-лимфоситҳои CD4-хелперҳо дар кӯдакони синни мухталиф) нишон дод, ки шумораи нисбатан зиёди беморон 24

(85,7%) гирифтори норасоии муътадили масуният буда, дар миёни онҳо кӯдакони аз 1 то 6 сола (83,3%) қиёсан ба кӯдакони аз 6 то 14 сола (16,7%) бартарият доранд. Кӯдакони сироятёфтаи ВНМО, ки гирифтори норасоии вазнини масуният буданд, 4 (дукаси аз синни аз 1 то 6 сола ва аз 6 то 14 сола) нафарро ташкил меоданд (чадвали 2).

Мумкин аст, ки сабаби коҳиш ёфтани CD4-ҳуҷайраҳо макрофагҳо тарашшухшавандаи аз ВНМО сироятёфта бошанд: омилҳои некрозиомосҳо (ОНО) ва интерлейкин-1. Тарашшухи зиёди онҳо механизми фавақи баномарезишудаи ҳуҷайраҳо - апоптозро ба қор меандозад.

Ҳамин тавр, натиҷаи таҳқиқот нишон дод, ки тамоми кӯдакон дар марҳилаи 2 ва 3 клиникӣ бо манзараи томи клиникӣ сирояти ВНМО таҳти назорати диспансерӣ қарор доранд.

Симптоматикаи клиникӣ сирояти ВНМО, дар мавриди кӯдакон, новобаста аз роҳҳои сироятбӣ бо нишондиҳандаҳои нисбатан баланди симптомҳои муттаҳидшудаи ВНМО қиёсан ба сирояти оппортунистӣ чараён мегирифт.



Зимни мақоми масунии аксари кӯдакони гирифтори ВНМО (83,3%) дар синни аз 1 то 6 сола норасоии масунияти муътадил ва та-

нҳо дар мавриди 14,3% кӯдакони синни аз 6 то 14 сола норасоии вазнини масуният тахис шуд.

Чадвали №2.

Категорияи иммунологии сирояти ВНМО зимни кӯдакон дар асоси шумора ва саддарсадии миқдори Т-лимфоситҳои CD4 дар мавриди кӯдакони сини мухталиф

Категория 1 Норасоии масуният (НМ)	Синни кӯдак		
	<12 моҳа Миқдор -%	Аз 1 то 6 сола Миқдор-%	Аз 6 то 14 сола Миқдор-%
Категория 1 НМ вучуд надорад	-		
Категория 2 НМ-и муътадил	-	20 кӯдак 500-999 –15-24%	4 кӯдак 200-499 >25%
Категория 3 НМ-и вазнин	-	2 кӯдак то 750<15%	2 кӯдак 85-146<15%

АДАБИЁТ

1. ВИЧ -инфекция. Информационный бюллетень №38/В.В.Покровский и др.-М.2013.-52 с.
2. Рахманова А.Г. ВИЧ-инфекция у детей /А.Г.Рахманова, Е.Е.Воронина, Ю.А.Фомин. - С.Пб.Питер, 2003.-448 с.
3. Романенко О.М. Клинико-иммунологические особенности ВИЧ-инфекции при различных путях заражения /О.М.Романенко, В.Р.Хабирова, И.М.Хаертынова //Казанский медицинский журнал.-2004.-С.367-370.
4. Учайкин В.Ф. Руководство по инфекционным болезням у детей/В.Ф.Учайкин.-ГЭОТАР-Мед.М.2002.-С.283-300.
5. Денсиенко В.Б., Детские инфекции / В.Б. Денисенко, Э.Н.Симовян, ГПОУ ГМУ Минздрава России, Ростов на Дону. 2014. -№4.С. 13-17.
6. Лобзин Ю.В.Справочник по инфекционным болезням у детей/ Ю.В.Лобзин.Санкт-Петербург, Спец.Лит.2013.С.131-133.

КЛИНИЧЕСКИЕ И ИММУНОЛОГИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ ВИЧ -ИНФЕКЦИИ У ДЕТЕЙ С УЧЁТОМ ПУТИ ИНФИЦИРОВАНИЯ

1.Кафедра детских инфекционных болезней (заведующая кафедрой, к.м.н., доцент Саидмуродова Г.М.) Государственного Образовательного Учреждения "Таджикский государственный медицинский университет имени Абуалиибни Сино". 2. Кафедра детских болезней №1 Государственного Образовательного Учреждения "Таджикский государственный медицинский университет имени Абуали ибни Сино",

ВИЧ-инфекция продолжает оставаться одной из наиболее актуальных социальных и экономических проблем общества [1,2,3,4,5]. По оценочным данным МЗ и социальной защиты населения РТ общее количество больных ВИЧ\СПИДом составило в 2011 году 3846, в 2012 году 4674, в 2013 году 5382, в 2014 году 6309 человек. В РТ заболеваемость по ВИЧ среди детей в 2017 году составлял 1,0, а за 9 месяцев 2018 года 0,8 на 100 000 населения. В 2018 году зарегистрировано

детей с ВИЧ в Хатлонской области- 36,9%, г. Душанбе - 24,6%, РРП - 24,6%, в Согдийской области-10,9%, ГБО - 2,7%. Необходимо отметить, что в Республике Таджикистан отмечается тенденция к вовлечению в эпидемический процесс женщин детородного возраста, что увеличивает риск перинатального инфицирования детей, рожденных ими(от 154 -го дня внутриутробной жизни плода, включающий период родов и заканчивающийся через 168 часов после рождения).



CLINICAL AND IMMUNOLOGICAL INDICATORS OF HIV INFECTION IN CHILDREN, TAKING INTO ACCOUNT THE PATH OF INFECTION

Saidmuradova G.M., Mamadzhanova G.S., Jonibeki Rustambek

1. Department of Pediatric Infectious Diseases (Head of the Department, Candidate of Medical Sciences, Associate Professor Saidmuradova G.M.) of the State Educational Institution "Tajik State Medical University named after Abuali ibni Sino". 2. Department of Childhood Diseases №1 of the State Educational Institution "Avicenna Tajik State Medical University".

HIV infection continues to be one of the most pressing social and economic problems of society [1,2,3,4,5]. According to the estimates of the Ministry of Health and Social Protection of the Republic of Tajikistan population, the total number of HIV / AIDS patients in 2011 counts 3846, in 2012-4674, in 2013-5382, in 2014-6309 people. In the Republic of Tajikistan the incidence of HIV among children in 2017 was 1.0, and for 9 months of 2018, 0.8 per 100,000 population. In 2018,

children with HIV were registered in Khatlon region - 36.9%, Dushanbe - 24.6%, RRS - 24.6%, in Sughd region - 10.9%, HBO - 2.7%. It should be noted that in the Republic of Tajikistan there is a tendency to involve women of childbearing age in the epidemic process, which increases the risk of perinatal infection of children born to them (from the 154th day of intrauterine life of the fetus, including the period of childbirth and ending 168 hours after birth).

Саидмурадова Гафҳар Мирбақоевна, мудири кафедраи бемориҳои сироятии кӯдакони Муассисаи давлатии таълими "Донишгоҳи Давлатии Тиббии Тоҷикистон ба номи Абӯалӣ ибни Сино", E.mail: gafhar.saidmuradova@mail.ru, тел: 907-70-67-44.

Саидмурадова Гафҳар Мирбақоевна, заведующая кафедры детских инфекционных болезней Государственного образовательного учреждения "Таджикский государственный медицинский университет имени Абуали ибни Сино", E.mail: gafhar.saidmuradova@mail.ru, тел: 907-70-67-44.

Saidmuradova Gafkar Mirbakoevna, Head of the Department of Children's Infectious Diseases of the State Educational Institution "Avicenna Tajik State Medical University", E.mail: gafhar.saidmuradova@mail.ru, tel: 907-70-67-44.

ХУСУСИЯТҲОИ БЕМОРИСТОНИИ УФУНАТҲОИ ЧИРКӢ-СЕПТИКӢ ВА МУҲИТИ МИКРОБӢ ДАР БЕМОРИСТОНҲОИ СОХТИ ЧАРРОҲӢ

Ҳ.Ҳ. Ризоев¹, И.А. Кенчаева²

1. Шӯъбаи урологии Беморхонаи клиникии "Мадади Акбар", Душанбе, Ҷумҳурии Тоҷикистон, 2. Кафедраи микробиология, иммунология ва вирусология, Муассисаи давлатии таълими "Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абӯалӣ ибни Сино"

Муҳимият. Яке аз муҳимтарин чузъҳои ҳолати сирояти уфунатҳои бемористонӣ раванди ташаккули штамми беморхона мебошад. Назорати ин падида яке аз шартҳои пешгирии босамари сирояти бемориҳои уфунатӣ мебошад. Дар пешгирии пахншавии штамҳои беморхона корманди соҳаи тиб нақши назаррас мебозад [1].

Раванди сирояти уфунатҳои бемористонии чирку-септикӣ дар шароити системаи

экологии ба таври сунъӣ сохтасудай беморхонаи чарроҳӣ рушд меёбад. Ҳам омилҳои биотикӣ ва ҳам зиддибиотикӣ, ки дар он амал мекунанд, беҳамто мебошанд ва равандҳои ҷорӣ интерпопулятсия аз омилҳои табиат хеле фарқ мекунанд [4].

Шумораи зиёди микроорганизмҳои гетерогенӣ дар раванди сирояти уфунатҳои бемористонии чирку-септикӣ иштирок мекунанд, ки рӯйхати ниҳони он номаҳдуд аст



ва хамаи гурӯҳҳои асосии микроорганизмҳои маъруф (бактерияҳо, микоплазмаҳо, вирусҳо, устухонҳо ва ғайра), аз ҷумла намояндагони микрофлораи муқаррарии инсонро дар бар мегирад [3].

Патогенҳои дар раванди эпидемия иштироккунанда асосан дар муҳити экологӣ аз ҳамдигар хеле фарқ мекунад. Раванди сироятӣ метавонад паразитҳои ҳатмӣ ва факультативӣ, инчунин сапрофитҳоро дар марҳилаи паразитӣ ба вучуд орад. Гузашта аз ин, таносуби онҳо нисбат ба сапрофитҳо бештар рушд мекунад. Дар беморхона ҳамзамон гардиши микроорганизмҳои антропонозо, зоонозо ва сапронозо имконпазиранд [6].

Маълум аст, ки микроорганизмҳо дар марҳилаи сапрофитӣ дар муҳити берунии абиотикӣ мавҷуд нестанд, балки як ҷузъи экосистема, аз ҷумла протозои озод мебошанд [5,6]. Муҳити берунаи беморхонаҳои ҷарроҳӣ аз нуқтаи назари бактерияҳои дар он мавҷудбуда (кӯтоҳ ё дарозумр) ба таври муфассал омӯхта шудааст [1, 3, 4], аммо амалан чизе дар бораи оддитарин истеъмори он, ҳамчунин сабзиши якҷуҷайраӣ, ки нақши муҳиме дар ҳифзи микроорганизмҳо-сапрофитҳо дар муҳит доранд, маълум нест. Робитаи симбионтии ангеаҳои бактериявӣ уфунатҳои бемористонӣ бо протозоа ба таври мукамал омӯхта нашудааст.

Маълум аст, ки ҳангоми гузариш аз муҳити бо ҳарорати нисбатан баланд ба муҳити бо ҳарорати паст, организмҳои экотермикӣ метаболизмо дар сатҳи зарурӣ барои ҳаёти муқаррарӣ нигоҳ медоранд, аз ин рӯ, дар раванди эволютсия онҳо механизмҳои махсуси генетикӣ ва биохимиявиро ташкил додаанд [2, 10, 11]. Вақте ки ҳарорат аз + 20 ° С паст мешавад, қобилияти салмонелла, шигелла, стафилококк, псевдомонас, эсерихия, клебсиелла ҳангоми мавҷуд будани намнокӣ чандин маротиба меафзояд. Намунаи умумӣ болоравии фаъолнокии катализ аст [4, 7, 8, 9]. Ин чунин маъно дорад, ки дар муҳити зист имкони ба вучуд омадани чунин "маҷмуъ" барои ангеаҳои субстри намнок ва ҳарорати паст пайдо мешавад, ки боиси ҷамъшавии зиёди бактерияҳо мегардад.

Мақсади таҳқиқот. Омӯзиши самтҳои афзалиятноки пешгирии пайдоиши штамҳои бемористонӣ дар беморхонаҳои дорои мушахассоти ҷарроҳӣ.

Маводҳо ва усулҳои таҳқиқот. Мониторинги санитарӣ-микробиологӣ дар солҳои 2016-2019 ҳангоми ташҳиси ашёҳои экологии беморхонаҳои ҷарроҳии шаҳри Душанбе, барои муайян кардани кулли селулаҳои микробӣ ва микроорганизмҳои нишондиҳандаи беҳдоштӣ (стафилококкҳо, бактерияҳои гурӯҳи *E. coli* ва ғайра) барои мавҷудияти микрофлораи шартӣ-патогенӣ, ки метавонанд боиси уфунатҳои бемористонӣ шаванд, гузаронида шуд. Дар шӯъбаҳои ҷарроҳӣ аз ашёҳои гуногуни муҳити бемористон 2800 шуста, 64 намуна аз таҷҳизоти тиббӣ, 237 намуна аз захмҳои мухталифи ҷарроҳишуда, 100 нафар беморон бо уфунати чирку-септикӣ гирифта шуданд.

Натиҷаҳои таҳқиқот. Дар давоми таҳқиқот дар 38 санҷиш аз 237 намуна амеба ва инфузория бо дастгоҳҳои шамолдиҳии механикӣ, намноккунандаҳо, системаҳои хунуккунӣ, мӯҳрҳои обгузарони шабакаҳои обӣ ва сатҳи намии дарозмуддат муайян карда шуданд.

Қонуниятҳои раванди биохимиявӣ ва энергетикӣ дар микроорганизмҳо, ки метавонанд ҳам дар сапрофитҳо ва ҳам дар паразитҳо дар муҳити беморхона мавҷуд бошанд, дар як муҳити бемористон метавонанд ба таври қобили тавачҷуҳе аз равандҳои муҳити табиӣ фарқ кунанд. Ба ибораи дигар, механизмҳои мутобиқшавӣ дар муҳити зисти табиӣ ва сунӣ метавонанд монанд набошанд. Ғайр аз он, барои уфунати бемористонӣ бо мудохилаҳои инвазивӣ, баланд будани вируси патоген комилан ихтиёрӣ аст. Микдори патогенатсия муҳимтар аст. Микроорганизмҳо, ки махзани асосии он инсон аст, мустақиман аз як организм ба дигараш мегузарад ва инчунин метавонад дар муҳити чанд муддат нигоҳ дошта шавад. Ҳангоми мутобиқшавӣ ба таъсири агресивии омилҳои номусоид дар муҳити бемористон, мудати наҷот дар ашёҳои метавонад хеле зиёд бошад. Ҷолиб он аст, ки ҳангоми паҳншавии ангеаҳои эпидемияи штампи



бемористонӣ, одатан дар шустушуи ашӯҳои муҳити зист, онро чун омилҳои сарзанандаи инфекцияи антропоноतिकӣ ҳисоб намекунанд, гарчанде мавҷудият дар бемористон худ омилҳои патогномии беморхона мебошад. Воқеият ин аст, ки дар шароити номусоид бактерияҳо ба ҳолати ғайримасъул табдил ёфта, шаклҳои нонамоён ва мубодилаи моддаҳои камшуморро ба вучуд меоранд, тавлид намекунанд, аммо комилан зинда ва ҳифзкунанда ҳастанд. Ҳангоми тағир ёфтани шароит, ин шаклҳои дар истироҳатбуда ба шакли сабзиш даромада, дубора бо равиши бактериологӣ сабт мешаванд.

Дар раванди эпидемия ҳам анғезандаҳои дорои патогени баланд ва ҳам микроорганизмҳои дорои вируси кам метавонанд иштирок кунанд. Ҳамзамон, хатари пайдоиши раванди уфунати чирку-септикӣ аз бисёр омилҳо вобастагӣ дорад, татбиқи он на аз ҷиҳати патогении анғезандаҳо, балки аз дозаи сироятёбӣ, макони эмгузаронӣ ё имконияти интиқол аз органи дорои микрофлора муайян карда мешавад.

Патогенҳои гардишкунанда аз мизони таҳаммулпазирии экологӣ (фарқияти термодинамикӣ, коэффиенти гидротермалӣ, муқовимат дар баробари омилҳои зидди-микробӣ, бактериофагҳо ва ғайра) фарқ мекунанд. Намудҳои маъмултарини патогенҳои уфунати бемористонии чирку-септикӣ ба мезофилҳо мансубанд, ки дар он ҳарорати оптималии афзоиши онҳо $+ 30^{\circ}\text{C}$ - $+ 40^{\circ}\text{C}$ ҳастанд ва майдони ҳароратие, ки имкони афзоиши онҳо мавҷуд аст, ҳудуди $+ 10^{\circ}\text{C}$ - $+ 45$ - 50°C аст. Мезофили муқаррарӣ *E. coli* : марзи поёнии рушд $+ 10^{\circ}\text{C}$, қисмати боло $+ 49^{\circ}\text{C}$, ҳарорати оптималӣ ҳангоми парвариш дар муҳити ғанӣ $+ 37^{\circ}\text{C}$ аст.

Ҳангоми гузаштан аз муҳити беруна ба макроорганизм бо ҳарорати пасти он ва баръакс, бо тағири яқбораи ҳарорат аз муҳит (сапрофитӣ ва паразитӣ), вазъияти шиддатноки тақвиятдиҳандаи гетерогени ҷамъиятӣ ба вучуд меояд, ки дар натиҷа эҳтимолияти ташаккули потенциали нави экологиро меафзояд. Гуногунии патогени уфуна-

тҳои чирку-септикӣ нисбат ба оксиген низ зиёд аст. Доираи аэротолеранси онҳо байни анаэробҳои сахт ва аэробҳои қатъӣ қарор доранд. Аэробитсияи маҳал омилҳои таъвоноии зотпарварӣ мебошад.

Патогенҳои инфекцияҳои чирку-септикӣ низ дар иртибот ба консентратсияи ионҳои гидроген дар муҳит тағйирёбандаанд. Барои баъзе патогенҳо (*Enterococcus spp.*) муҳите, ки ба нейтрал наздик аст (арзиши рН дар доираи аз 4 то 9 аст) қабул аст, бархеи дигар қодир ба рушду зинда мондан дар арзишҳои рН-и берун аз ин майдон вучддошта ҳастанд. Занбурӯғҳо ва микобактерияҳо ба кислотаҳо тобовар мебошанд. Бисёре аз энтеробактерияҳо ба элементҳо таҳаммулпазиранд. Таъвоноии рушд дар рН-ҳои кам ё зиёд баданро бо афзалиятҳои муайян таъмин менамояд, зеро дар чунин шароит рақобат аз мавҷудоти дигар кам аст. Аммо дар муҳити беморхона, дар натиҷаи равандҳои мутобиқшавӣ, бактерияҳо ташаккул меёбанд, ки натавонанд консентратсияи баланди H^{+} ё OH^{-} ро таҳаммул мекунанд, балки барои афзоиш ва устуворӣ ба он ионҳо ниёз доранд. Ин ҳолат имкон медиҳад, ки чунин микроорганизмҳо дар маҳлулҳои безаргардонӣ боқӣ монанд.

Аз ҷумлаи омилҳои абиотикӣ, ки ба вазъияти ҷамъияти микроорганизмҳо таъсир мекунанд - омилҳои уфунатҳои бемористонӣ, бояд ба таъсири шадид ба радиатсияи ултрабунафш, рентген, доруҳои гуногун (доруҳо барои наркози нафас, антибиотикҳо ва ғайра), антисептикӣ ва дезинфексияҳо дохил карда шаванд. Ҳамин тариқ, микроорганизмҳо таъсири ин моддаҳоро новобаста аз марҳилаи мавҷудияти худ - сапрофитӣ ё паразитӣ аз сар мегузаронанд. Бактеритсидҳо ба миқдор ва таркиби ҷамъии микробҳо таъсири танзимкунанда доранд. Инчунин бояд қайд кард, ки аз сабаби парокандашавии бактерияҳо (тақсим кардани аҳолии якхеларо ба вариантҳои бо хусусиятҳои морфологӣ, физиологӣ, биохимиявӣ ва биологӣ фарқкунанда) дар беморхона гуногуншаклии зарурии фенотипии шаклҳо дар асоси ягонаи генетикӣ пайваستا эҷод карда мешаванд.



Муҳити экологии беморхонаи чарроҳӣ доимӣ нест. Он доимо тағйироти марҳила-виро аз сар мегузаронад, ки ба ташаккули вариантҳои эпидемия ва тағйирёбии пай дар пай дар давраи эпидемия оварда мерасонад. Навъҳои эпидемияи патогенӣ хусусиятҳои физиологӣ, потенциалҳои метабolikӣ ва вирусӣ мебошанд, ки мавҷудияти онҳоро дар ду шакл таъмин мекунад: дар шакли мобилӣ ва биофилми собит. Шакли мобилӣ ҳаракатро барои истеъмори макони нав таъмин менамояд ва биофилм аз шумораи зиёди омилҳои номусоиди зистмухитӣ муҳофизат мекунад. Натиҷаи мушоҳидаҳо нишон доданд, ки давраи паҳншавии эпидемияи *Pseudomonas aeruginosa* ҳамеша ба давраи пастшавии сатҳи сироятҳои стафилококк мувофиқ аст. Сипас, бо афзоиши ҳамзамони уфунатҳои стафилококк камшавии уфунатҳои Псевдомонас мушоҳида шуд. Давомнокии давра 4-5 сол буд.

Муҳлати будубоши микроорганизмҳои эҳтимолӣ дар муҳити берунаи беморхона метавонад хеле фарқ кунад.

Таркиб ва сохтори микрофлораи беморхонаи чарроҳӣ аз намуд, технологияи тиббии амалкунанда ва табиати патологияи асосии беморон вобаста аст.

Бо ин параметрҳо омилҳои афзалиятнокро муайян мекунад. Ҳамин тавр, дар беморхонаҳои мушоҳидашуда бемороне, ки гирифтори бемориҳои меъдаву руда ҳастанд- бартарии ангезандаҳои оилаи *Enterobacteriaceae*, беморони рағҳои хунгард-стафилококк, дар беморони ба нигоҳубини махсус ниёздошта- *Pseudomonas aeruginosa* ва ғайра вучуд дорад. Тамоми беморхонаҳои чарроҳӣ барои иваз кардани як патоген ба дигараш тамоюли маъмулӣ надоранд. Динамика ва сохтори микдори

микробҳо барои ҳар як беморхона инфиродӣ мебошанд. Патогенҳои бартаридошта стафилококки коагулаза-манфӣ, *S.aureus*, *P.aeruginosa*, *E.coli*, *Proteus spp.*, *Klebsiella spp*, *Enterococcus spp* ва *Candida spp*. мебошанд.

Дараҷаи хатари эпидемияи микроорганизмҳо гуногун аст. Баъзе аз онҳо бениҳоят пластикӣ мебошанд ва қодир ба паҳншавии фаврӣ ва беназорат дар беморхонаҳо, истеъмори шадиди ҷойҳои нави экологӣ мебошанд, дар ҳоле ки дигарон ин хусусиятҳоро надоранд. Муҳимтарин ҳолати уфунатҳои бемористонии чирку-септикӣ бо стафилококки тобовар ба метициллин (MRSA), энтерококки тобовар ба ванкомицин (VRE), *Enterobacteriaceae* тобовар (ESBLs) ва фторхинолони тобовар ба *Pseudomonas aeruginosa* алоқаманд аст. Омилҳои, ки ба ин таҳаввулот масъуланд, пурра омӯхта нашудаанд, аммо бешубҳа фишори интихобии антибиотикҳо нақши асосӣ дорад.

Хулоса. Барои пешгирӣ аз пайдоиши штамҳои бемористонӣ ҳифзи гуногуншаклии микрофлораҳои гардишкунанда бо истифодаи бомантиқи доруҳои зиддимикробӣ, аз ҷумла безаргардонӣ, муҳим аст. Вазифа аз мунтазам кам кардани шумораи микробҳо тавассути пешгирии дезинфексионӣ, ба ҷои ноил шудан ба пурра аз байн бурдани бактерияҳо тавассути концентратсияи баланди дезинфектантҳо, иборат аст. Кӯтоҳмуддат мондани бемор дар беморхона, ташкили қор бо риояи принципҳои хоси фардӣ (шахсан хобонидан бо манипулятсия ва ғайра), риояи гигиенаи дастӣ, ҷудо кардани беморони олуда ба штамми бактерияҳои аз ҷиҳати эпидемиологӣ муҳим, гузаштан аз усулҳои тартоза ба нимхушк дар пешгирӣ аз уфунатҳои бемористонӣ афзалият дорад.

АДАБИЁТ

1. Адарченко А.А., Белокрысенко С.С. Микробиологическая диагностика и контроль за внутрибольничными инфекциями / А.А. Адарченко, С.С. Белокрысенко // "Здравоохранение Белоруссии". - 2006. - № 3. - С. 38-42.
2. Экология бактерий и их роль в природе / Воронин Е.С. и [и др.] // <http://vetfac.nsau.edu.ru>
3. Зубков М.Н. Неферментирующие бактерии: классификация, общая характеристика, роль в патологии человека. Идентификация *Pseudomonas spp.* и сходных микроорганизмов / М.Н. Зубков // Инфекции и антимикробная терапия. - 2003. - Т. 5. - № 1. - С. 24-30.



4. Исхакова Х.И., Влодавец В.В., Колкер И.И. Микробиологические аспекты внутрибольничных инфекций в хирургических стационарах / Х.И. Исхакова, В.В. Влодавец, И.И. Колкер // Ташкент: Медицина. - 2007. - 134 с.
5. Литвин В.Ю. Случайный паразитизм микроорганизмов / В.Ю. Литвин // Журн. микробиологии, эпидемиологии и иммунобиологии. - 2002. - № 1. - С. 52-55.
6. Литвин В.Ю. Экология возбудителей сапронозов / В.Ю. Литвин // М. - 2008. - С. 20-34.
7. Литвин В.Ю., Емельяненко Е.Н., Пушкарёва В.И. Патогенные бактерии, общие для человека и растений: проблема и факты / В.Ю. Литвин, Е.Н. Емельяненко, В.И. Пушкарёва // Журн. микробиологии, эпидемиологии и иммунобиологии. - 2006. - № 2. - С. 101-104.
8. Литвин В.Ю., Коренберг Э.И. Природная очаговость болезней: развитие концепции к исходу века / В.Ю. Литвин, Э.И. Коренберг // Паразитология. - 2009. - Т. 33. - № 3. - С. 179-191.
9. Литвин В.Ю., Пушкарёва В.И. Факторы патогенности бактерий: функции в окружающей среде / В.Ю. Литвин, В.И. Пушкарёва // Журн. микробиологии, эпидемиологии и иммунобиологии. - 2004. Прил. - С. 83-87.
10. Литвин Ю.В., Пушкарёва В.И. О возможном механизме формирования эпидемических вариантов возбудителей сапронозов в почве и воде / Ю.В. Литвин, В.И. Пушкарёва // Журн. микробиологии, эпидемиологии и иммунобиологии. - 2004. - № 5. - С. 89-95.
11. Меркуров А.Э., Тартаковский И.С. Потенциальные патогенные бактерии в природе / А.Э. Меркуров, И.С. Тартаковский // М., - 2001. - С. 69-75.

ОСОБЕННОСТИ ВНУТРИБОЛЬНИЧНЫХ ГНОЙНО-СЕПТИЧЕСКИХ ИНФЕКЦИЙ И МИКРОБНЫЙ ПЕЙЗАЖ В СТАЦИОНАРАХ ХИРУРГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ

Х.Х. Ризоев, И.А. Кенджаева

1. Урологическое отделение клинической больницы "Мадади Акбар", Душанбе, Республика Таджикистан, 2. Кафедра микробиологии, иммунологии и вирусологии ГОУ "ТГМУ имени Абуали ибни Сино".

В данной статье рассмотрены лишь некоторые экологические аспекты хирургических стационаров, понимание которых, несомненно, будет способствовать повышению мотивации персонала к тщательному выполнению мер антиинфекционной защиты, а также изучены приоритетные направления профилактики формирования госпитальных штаммов в стационарах хирургического профиля.

Санитарно-микробиологический мониторинг проводили в период 2016-2019 гг. при обследовании объектов окружающей среды хирургических стационаров г. Душанбе для определения общего микробного обсемене-

ния и санитарно-показательных микроорганизмов на наличие условно-патогенной микрофлоры, способных вызвать внутрибольничные инфекции. В хирургических отделениях было отобрано 2800 смывов с поверхностей различных объектов больницы, 64 пробы с поверхностей медицинского оборудования, 237 образцов, раневое отделяемое 100 больных с гнойно-септическими инфекциями.

Ключевые слова: внутрибольничные инфекции, гнойно-септические инфекции, микробный пейзаж, госпитальные штаммы, микробиологический мониторинг, хирургические стационары, профилактика.



FEATURES OF IN-HOSPITAL PURULENT-SEPTIC INFECTIONS AND MICROBIAL LANDSCAPE IN SURGERY OF THE SURGICAL PROFILE

Kh.Kh. Rizoev, I.A. Kenjaeva

1. Urology Department of the "Madadi Akbar" clinical hospital, Dushanbe, Republic of Tajikistan, 2. Department of microbiology, immunology and virology State Educational Institution "Avicenna Tajik State Medical University"

This article considers only some environmental aspects of surgical hospitals, the understanding of which will undoubtedly contribute to increasing the motivation of staff to carefully implement anti-infection protection measures, and also studied the priority areas for the prevention of the formation of hospital strains in hospitals with a surgical profile.

Sanitary and microbiological monitoring was carried out in the period 2016-2019, when examining the environmental objects of surgical hospitals in Dushanbe to determine the total microbial seeding and sanitary-indicative

microorganisms for the presence of opportunistic microflora that can cause nosocomial infections.

In the surgical departments, 2800 washes were taken from the surfaces of various objects of the hospital environment, 64 samples from the surfaces of medical equipment, and 237 samples and wound detachment of 100 patients with purulent-septic infections.

Keywords: nosocomial infection, purulent-septic infections, surgical hospitals, microbial landscape, hospital strains, microbiological monitoring, surgical hospitals, prevention.

***Ризоев Хайриддин Хайруллоевич** - к.м.н., заведующий урологическим отделением клинической больницы "Мадади Акбар", главный уролог МЗ и СЗН РТ; e-mail: hai_riz@mail.ru; тел.: (+992) 985-41-90-91*

***Rizoev Khayriddin Khayrullaevich** - c.m.s., head of the urology Department of the "Madadi Akbar" clinical hospital, chief urologist MH and SP of the RT; e-mail: hai_riz@mail.ru; tel.: (+992) 985-41-90-91*



ПСИХИАТРИЯ

**ДАРЁФТИ ЧИГУНАГИИ ВОБАСТАГӢ БА МАВОДИ МУХАДДИР НАЗДИ МУЪ-
ТОДИНИ (ОДАТКАРДАҲОИ) ШИФОХОНАИ ҲАЗОРБИСТАРИ "ИБНИ СИНО"
Идрис Анвар, дотсенти кафедраи сихати мухити Пухантуни (Донишгохи) улуми тиббии
Кобул, Абдулматин Идрок, ассистенти кафедраи улуми рафтори Пухантуни (Дониш-
гохи) улуми тиббии Кобул, Ҷумҳурии Исломии Афғонистон.**

Муҳиммият. Сӯимасрафи мавод яке аз муъзилоти (мушкилоти) чиддии инсонӣ утамаддиндар оғози асри XXI мебошад, ки ба шакли ҷаҳонӣ даромадааст, умдатарин ва аслитарин гувоҳи ин иддао, истифодаи сӯъ ва рӯзафзуни иснсонҳо аз бархе маводи табиӣ ва санъатӣ дар ҷиҳати нашъагии худашон аст. маводе, ки харчанд дар гузаштаҳои дур ба хоҳири набуди имконоти тадовӣ бурузи шиюъи (густариши) амрози сорӣ (сирояткунанда), ҷиҳати тадовии беморон истифода мешуд, вале насли ҳозир ин маводро барои мақсадҳои ғайр аз тадовӣ ва дар ҷиҳати агрози (ғарази) шахсӣ ва расидан ба оромӣ ва нишоти козиб истифода мекунад.

Ҳарчанд пешинаи ошноии башар бо хашхош ба худуди ҳафт ҳазор сол мерасад, аммо насли ҳозир беш аз ҳар насли дигар дар таърихи башар зиндагии худро ба ин модда зарогин ва масмум намуздааст.

Оморҳои мушаххасшуда аз сӯйи созмонаҳои байналмилалӣ, мисли Созмони Сихии Ҷаҳон (WHO) (ва Дафтари мубориза алайҳи ҷароим (ҷурм, гуноҳ) ва маводи муҳаддир (UNODC) ҳикоят аз афзоиши рӯзафзуни тавлид ва масрафи маводи муҳаддир дар сатҳи ҷаҳонӣ дорад. Дар соли 2015 м. худуди 250 миллион нафар маводи муҳаддир масраф карданд. аз ин теъдод худуди 29,5 миллион нафар 4,0 % аз ҷамъияти бузургсоли ҷаҳон даргири масрафи мушкилсоз буданд ва аз ихтилолҳои масрафи мавод, аз ҷумла вобастагӣ ба мавод, ранҷ бурдаанд, ба асоси ин гузориш маводи афюнӣ музиртарин навъи мавод буда ва омили 70% аз асароти манфӣ бар сихати муртабит бо ихтилолҳои масрафи мавод дар саросари дунё ҳаст [2].

Аз назари таърихӣ нахуст Сумуриён ва пас аз он Ошӯриён куҳантарин қавмҳои ҳастанд, ки аз хашхош сухан гуфтаанд ва табибони Ошӯрӣ низ дар асри ҳафтуми пеш аз милод

барои таскини дард аз хашхош истифода кардаанд [4].

Муруре (назар) ба осори илмӣ миллӣ ва байналмилалӣ. Дар як мақолаи таҳлилӣ, ки тавассути Abulfazl Saraji, Hamid Ameni ва Ashraf Salehi дар соли 2009 нашр шудааст, таҳқиқот дар шахристони Хамини Эрон дар миёни 350 нафар анҷом шуда, муҳимтарин омил одати касби лаззат ва кунҷқобӣ, 75,1%; ҳаста шудан ва фишори хона дар 45,4% аст [5].

Як таҳқиқ, ки дар соли 2003 тавассути Созмони Сихии Ҷаҳон (WHO) (ва Вазорати сихати кишвари Гана болои 2500 иштироккунандагонӣ синну соли аз 15 то 25- сола, ки шомили мутааллимӣ мақотиб ва ашхоси берунӣ буданд, иҷро гардид, нишон дод, ки маводи муҳаддир дар байни ҷавонон ба таври назаррас мавриди истифода қарори мегирад [6].

Дар соли 1997 таҳқиқ таҳти унвони "Паҳнашии истифодаи маводи қонунӣ ва ғайриқонунӣ дар Нидерланд" сурат гирифт. Натоҷи ин таҳқиқ нишон дод, ки шиюъи (густариши) танбоку дар шаҳри Амстердам 71,6%, дар шаҳри Роттердам 39,4%, истифода аз алкул дар шаҳри Амстердам 80,2%, дар шаҳри Роттердам 77,4%, канабис мутаносибан дар шаҳрҳои мазкур 13% ва 6%, кокаин - 1% ва 2,6%, героин дар шаҳри Амстердам 2,0%, дар шаҳри Роттердам 5,0% будааст [7].

Ба асоси ҳисоботи соли 2009 -и Дафтари UNODC теъдоди истифодакунандагон муназми маводи муҳаддир 940000 буда, ки аз ҷумла бар ин асос 230000 истифодакунандагонӣ тарёк, 120000 нафар героин ва 180000 230000 нафар истифодакунандагонӣ зарқӣ (инъексионӣ) мебошанд.

Мақсади таҳқиқот:

-Дарёфти мизони истифода аз анвои муҳталифи маводи муҳаддир назди афроди вобаста ба маводи муҳаддир;



-Дарёфти чигунагии тариқи истифода аз маводи муҳаддир;

-Дарёфти ҳазинаи (сарчашмаи) моли ношӣ аз масрафи маводи муҳаддир назди афроди вобаста ба маводи муҳаддир;

-Дарёфти чигунагии ташвиқи одаткардаҳо ба тарки маводи муҳаддир.

Равиши таҳқиқ (Methodology). Дар ин таҳқиқ аз методи мақтаии тавсифӣ (Descriptive Cross-sectional) ҷиҳати баррасӣ ва мутолиаи ин таҳқиқ мавриди истифода қарор хоҳад гирифт.

Маҳалли таҳқиқ. Ин таҳқиқ дар шифохонаи "Ҳазорбистар" ба номи Ибни Сино ё Камп Феникс татбиқ мегардад.

Барои таъйин намудани ҳаҷми намуна сатҳи итминон 95% 100%) ва ҳадди аъзами пазириши хато 5% мадди назар гирифта шудааст. Барои таъйин намудани ҳаҷми намуна аз формулаи Cochran's formula зайл истифода гардидааст:

Метод ва намунагирӣ (Sampling Method). Дар ин мутолиа рӯйхати ҳамаи маризони дар шифохона бистарибуда аз мудир шифохона ҷамъоварӣ карда шуда, баъдан дар барномаи Excel рӯйхати ҳозирии маризон дар як шит дохил гардид ва баъдан тавассути барномаи Excel ба шакли содаи тасодуфӣ интихоб гардидааст.

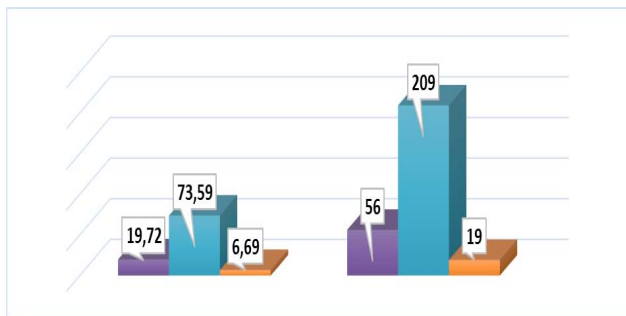
Натоиҷи таҳқиқ. Аз маҷмӯи 306 тани интихобшуда дар ин таҳқиқ 284 нафари онҳо ба иштирок дар ин таҳқиқ ризоят нишон дода ва ба саволҳо ва пурсишнома посух ироа намудаанд ва 22 тани дигар ҳозир ба мусоҳиба нашуда ва ба иштирок дар ин таҳқиқ розӣ набуданд.

Ҳадди авсати (миёнаи) иштироккунандагон 28-34 сол, инҳироф (дуршавӣ) аз меъёри он 10-19 сол буда ва камтарин синни иштироккунандагон 18 сол ва бештарин синни онҳо 70 сол буд.

Ҷадвали 1. Тавзеҳи иштироккунандагон бар ҳасби ҳолати маданӣ ва сатҳи таҳсилот.

Ҳолати маданӣ	Теъдоди афроди вобаста ба маводи муҳаддир	%
Мучаррад	111	39,08
Мутаахил (оиладор)	173	60,92
Таҳсилот		
Бесавод	122	42,96
Мугавасита (миёна)	110	38,73
Сонавӣ (баъди миёна)	43	15,14
Олӣ	9	3,17

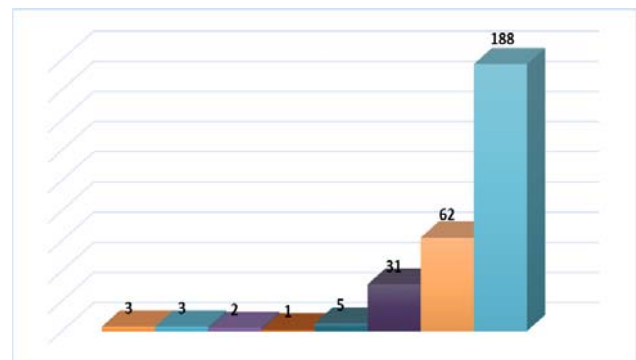
Шакли 1. Тавзеҳи иштироккунандагон бар ҳасби шугл



56-маъмури низомӣ; 209-шугли озод; 19-бекор

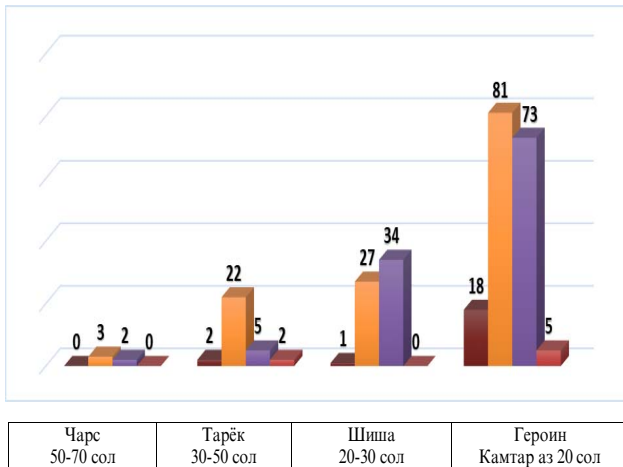
Аз тавзеҳи боло дониста мешавад, ки вобастагӣ ба маводи муҳаддир падидаест, ки дар тамоми шуглҳо вучуд дорад, махсусан вучуди 58 тан аз маъмуруни низомӣ вобаста ба маводи муҳаддир дар ин таҳқиқ нишондиҳандаи дастрасӣ ба маводи муҳаддир дар марказҳои низомӣ ва пулис аст.

Омор ва рақамҳои ҷамъоваришуда дар ин таҳқиқ нишон медиҳад, ки бештарини моддаи муҳаддир, ки дар байни одаткардаҳои иштироккунанда дар ин таҳқиқ истифода мешавад, героин ё пудар (хока) мебошад.



3 тримедол	3 курук	2 какаин	1 алкул	5 чарс	31 тарёк	62 шиша	188 пудар / героин
------------	---------	----------	---------	--------	----------	---------	--------------------

Шакли 2. Маводи масрафӣ назди ишти-
роккунандагон бар ҳасби %.



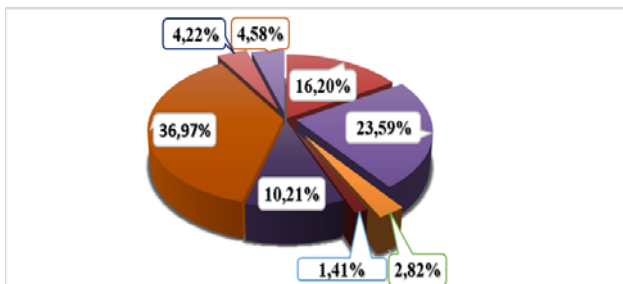
Ҳадди авсати (миёнаи) шурӯи масрафи маводи муҳаддир назди иштироккунандагон дар ин таҳқиқ 21 сол ва камтарин сини шурӯи масраф назди афроди вобаста ба маводи муҳаддир 10- солағӣ ва бештарин 54-солағӣ мебошад.

Аз омор ва рақамҳои ҷамъоваришуда аз ин таҳқиқ дар робита бо омиле, ки боиси шурӯи масрафи маводи муҳаддир ва вобастагӣ ба ин мавод назди иштироккунандагон гардидааст, чунин натиҷа гирифта шуд, ки бештари иштироккунандагон вучуди дӯстони ноаҳл ва ҳамнишинӣ бо онҳоро омилӣ рӯй овардани хеш ба масрафи маводи муҳаддир доништаанд.

Ҷадали 2. Тавзеҳи синни шурӯи масрафи маводи муҳаддир назди иштироккунандагон.

Синни шурӯи масрафи маводи муҳаддир	Миқдор	%
Камтар аз 12-солағӣ	14	4,93
13-19-солағӣ	131	44,13
20-30 -солағӣ	112	39,44
30-50-солағӣ	24	8,45
Бештар аз 50-солағӣ	3	1,06
Маҷмӯъ	284	100

Шакли 4. Тавзеҳи омилӣ шурӯи масрафи маводи муҳаддир аз диди афроди вобаста ба маводи муҳаддир (%).



қадами дувум бештар дар байни афроди вобаста ба маводи муҳаддир истифода мешавад, ки ин мавзӯъ нишондиҳандаи тағйири ибтидоӣ масрафи маводи муҳаддир дар назди афроди вобаста ба ин мавод аз муҳаддироти табиӣ ба муҳаддироти санъатӣ мебошад.

Дар таҳқиқи ҳозир яке аз муҳимтарин авомилӣ гироиш ба масрафи мавод муошират бо дӯстони ноаҳл баён шуда, ки ин амр диққати бештари ҷавонро дар ҷиҳати интиҳоби дӯстони хеш ва таваҷҷуҳи хонаводаҳои муҳтарамро дар замина мебошад.

Натоиҷи ба дастамада гувоҳи ин воқея аст, ки дар марҳалаи навҷавонӣ ва ҷавонӣ бештар ҳамсолон ва фишор аз сӯйи онҳо боиси гироиши афрод ба масрафи маводи муҳаддир шудааст, ин дар ҳолест, ки дар синну соли дигар авомилӣ; чун фишори сангини қор, бекорӣ ва соир мавзӯётро баён карданд.

Таскини дард; Саргармӣ; Тақвияти қувваҳои ҷинсӣ; Ошиқӣ; Мушкilotи оилавӣ; Дӯстон; Бекорӣ; Фақр.

Натиҷагирӣ. Натоиҷи таҳқиқ нишондиҳандаи ин аст, ки теъдоди бештари афроди вобаста ба маводи муҳаддир, ки ба ин маркази тадовӣ муроҷиат карда буданд, героин масраф мекарданд. Shisha маводест, ки дар

АДАБИЁТ

1. ض. نینگ بیرو س. ن. علوی، تاریخچه مواد مخدر در افغانستان، کابل: دپیار تمننت فلسفه وجامعه شناسی پوهنتون کابل، 1384.
2. ح. آسایش، ف. جهانگیر، م. قربانی، م. ت. بادلہ، ع. رضاپور، م. ع. سلیمانی، م. منصوریان وم. نوروزی، "سوء مصرف مواد مخدر و ارتباط روشهای مصرف مواد با عوامل س"، مجله توسعه پژوهش، صص 82-89، 1389.



3. عبدالله بن محمد، "تاریخ ظهور مواد مخدر اسباب وگسترش آن در "مواد مخدر در فقه اسلام، قصیم، دانشگاه اسلامی امام محمد بن مسعود، ص ص، ۲۶-۲۷، ۱۴۱۱ ق.

4. International Narcotics and Law Enforcement, Afghanistan National Urban Drug Use survey (2012), kabul: INL, 2012, pp. 1-4.
5. United Nation Office on Drug and Crime, "Word Drug Report," UNODC, 2016.
6. United Nation Office on Drug and Crime, "Word Drug Report," UNODC, 2016.
7. United Nation Office on Drug and Crime, "Word Drug Report," UNODC, Veinna, 2014.

ОПРЕДЕЛЕНИИ ВИДОВ НАРКАЗАВИСИМОСТИ У ПАЦИЕНТОВ КЛИНИКИ "ХАЗОРБИСТАР" ИМЕНИ АБУАЛИ ИБНИ СИНО.

Резюме. Общие сведения: Наркотики оказывают негативное воздействие на различные аспекты жизни общества. Они могут усугублять социальные проблемы в обществе.

Цель: Изучить факторы, влияющие на наркозависимых пациентов клиники "Хазорбистар" (больнице на 1000 коек) имени Ибни Сино.

Методология: Было проведено расшифрованное перекрёстное исследование в клинике "Хазорбистар" (больнице на 1000 коек) имени Ибни Сино. В исследовании был использован простой метод случайной выборки.

Результат: из 306 отобранных в исследовании участвовало 248 человек. Средний возраст участников составил 34,28 года. Самому молодому участнику исследования исполнилось 18 лет, самому старшему - 70 лет. Из 248 нар-

козависимых 177 (62,32%) потребляли героин, 62 (21,83%) - кальян, 31 (10,92%) - опий, 5 (1,67%) - каннабис, 1 (0,35%) - алкоголь, 2 (0,70%) - кокаин, 3 (1,06%) - трамадол. Курение было основным способом потребления наркотиков (95%). Наркозависимые пациенты тратят 50% своих доходов на приобретение наркотиков.

Результаты: Данные показывают, что наркозависимые пациенты в основном потребляли героин, кальян, опиум, коноплю, алкоголь, кокаин и трамадол. Наиболее частой причиной склонения к употреблению наркотиков были дружеские связи. Другими причинами были охмеление, бедность, любовь и безработица.

Ключевые слова: Наркотики, зависимость, способ употребления.

DETERMINATION OF TYPES OF DRUG ADDICTION IN PATIENTS OF THE ABUALI IBN SINO "HAZOR BISTAR" CLINIC

Background: Narcotics have negative effect in different aspect of a society. It can increase social problem in a community.

Objectives: To investigate the factors that affect on narcotic user in 1000 bed hospital.

Methodology: This was a descriptive cross sectional study carried out in 1000 bed hospital. Simple random sampling technique was carried out in this research.

Result: 284 persons participated from 306 selected samples in the study. The mean of the age was 34.28 years old. The youngest was 18 and the oldest was 70 years old. Among 284

drug users, 177(62.32%) used heroine, 62 (21.83%) shisha, 31 (10.92%) opium, 5 (1.67%) cannabis, 1 (0.35%) alcohol, 2 (0.70%) cocaine, 3 (1.06%) tramadol. Smoking was main way of narcotic use(95%). Narcotic user spend 50% of their income for obtaining narcotics.

Results: The data shows that heroin, shisha, opium, cannabis, alcohol, cocaine and tramadol were the narcotics that mostly were used by drug users. The most cause of tendency for usage of narcotics were friendship. Other causes were included hoppy, poverty, love and unemployment.

Keywords: Narcotics, dependence, mode of usage

Идрис Анвар - дотсенти кафедраи сиҳати муҳити Пуҳантуни (Донишгоҳи) улуми тиббии Кобул, ҚИА.

Идрис Анвар - доцент кафедры экологии Кабулского медицинского университета, ИРА.

Idris Anwar - docent, department of Ecology, Kabul Medical University, IRA.

ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИЯ

САМАРАНОКИИ КЛИНИКИИ ТАБОБАТИ УЛТРАБУНАФШИ БЕМОРОНИ ГИРИФТОРИ ВИТИЛИГО

Қосимов А.М.1, Нуралиев М.Д.2, Хомидов М.Ф.3

Муассисаи давлатии Маркази клиникӣи ҷумҳуриявӣи бемориҳои касбии Вазорати тандурустӣ ва ҳифзи иҷтимоии аҳолии Ҷумҳурии Тоҷикистон 1, Маркази шаҳрии бемориҳои пӯсту зуҳравӣ2, Ассоциатсияи дерматовенерологҳо ва косметологҳои Ҷумҳурии Тоҷикистон3

Муҳимият. Витилиго яке аз бемориҳои табобаташ душвори пӯст ба шумор меравад, ки метавонад дар ҳама синну сол пайдо шавад, барои бемор нороҳатии эстетикиро ба вуҷуд меорад, бо душворӣ табобат мешавад.

Чараҳои музмин, мавҷуд набудани усулҳои самаранокиашон олии табобат актуалӣ будани зарурати коркарди муносибатҳои нави табобати витилигоро талаб мекунад [1,2]. Мақсади асосии табобати витилиго манъ кардани пешравии беморӣ, чараҳои муътадили беморӣ ва баъдан регресси зуҳуроти клиникӣ ба шумор меравад. Яке аз усулҳои асосии муошири табобати витилиго намудҳои гуногуни табобати ультрабунафш мебошад [1]. Дар солҳои охир оид ба самаранокии олии истифода намудани нурафкани борикхатаи миёнамавҷи ультрабунафш (УП УФВ)- и дарозии мавҷаш 311 нм дар табобати витилиго аз тарафи олимону мутахассисони хориҷаи наздик ва дур таҳқиқотҳои зиёде анҷом дода шудааст [2,3,4]. Диапазони спектралии мазкур дорои потенциали олии энергетикӣ буда, асосан эпидермисро ҷалб мекунад, яъне он қабати пӯстро, ки дар он меланин тавлид мешавад, ҳамчунин дар натиҷаи истифода кардани дозаҳои пасти ультрабунафш хатари пайдо шудани номияҳо кам мешавад [3,4]. Гайр аз ин, УФВ ба меланоситҳои захиравии фолликулҳои мӯй таъсири стимулятсионӣ расонида, дар шакли репигментатсияи перифолликулярӣ зоҳир мешавад. Таҳқиқотҳои сершуморро анҷом дода, хусусиятҳои баргарафдоштаи УФВ дар муқоиса аз ПУВА табобат [3,4,5] муайян карда шуданд, ки дорои хусусиятҳои репигментатсияи барвақт ва босуръат, профили ниҳоят пасти таъсирҳои манфӣ, набудани зарурати истеъмоли фотосенсибилизация

торҳо, истифодаи беҳатар дар кӯдакон ва ҳомилаҳо мебошад [1,5,6].

Мақсади гузаронидани таҳқиқот омӯзиши самаранокии табобати беморони гирифтори витилиго бо нурафкани борикхатаи миёнамавҷи ультрабунафши дорои дарозии мавҷашон 311 нм мебошад.

Мавод ва усулҳои таҳқиқот. Фототерапияи борикхатаи (311нм) дар 74 бемор (55 нафар зан ва 19 мард) синну соли аз 7 то 42 сола (синну соли миёна 25 сол мебошад) гузаронида шуд. Хангоми таъйин кардани дозаи ибтидоии нурафканӣ ҳассосияти инфиродии беморон нисбат ба равшании ультрабунафшро ба эътибор гирифтанд лозим аст. Нурафканиро бо дозаи УФВ 0,1-0,36 Дж/см² сар карданд ва бо режими 2-3 маротиба дар ҳафта гузарониданд. Хар як протокураи дозаи яккартатро то 2-20% то пайдо шудани эритемаи муътадил зиёд карданд ва баъд аз ин онро доимӣ гузоштанд. Протокура дар шакли монотерапия гузаронида шуд, аз воситаҳои иловагӣ кремҳои намкунанда истифода шуданд. Дозаи максималии нурафканӣ аз 0,74 то 3,66 Дж/см² ба ҳисоби миёна 2,31 Дж/см² фарқ мекард. Дар давоми тамоми курси табобат беморон аз 10 то 126 протокура (миқдори миёнаи курсҳои протокураҳо 65) бо курси умумии дозаи нурафканӣ аз 4,4 то 242,8 Дж/см² (ба ҳисоби миёна 85 Дж/см²) қабул карданд. Баҳогузориҳои самаранокӣ дар асоси шохиси VIDA гузаронида шуд, ки аз баҳогузориҳои субъективии дараҷаи фаъолнокии витилиго иборат буд.

Натиҷаҳои ба даст овардашуда.

Дар 57 бемор (77%) шакли вулгарии витилиго, дар 7 бемор (9,6%)-сегментарӣ, дар 6 (8%) -фокалӣ, дар 3 бемор (4%)-acrofaci-



алӣ, дар 1 бемор (1,4%) - универсалӣ ташхис карда шуд. Пешравии беморӣ дар 56 бемор (75,7%) марҳалаи статсионарӣ дар 12 бемор (16,2%), репигментатсияи ғайри ихтиёрӣ дар 6 бемор (8,1%) ба мушоҳида расид. Майдони лонаи осеб аз 1 то 79% -и майдони ҳамаи қабатҳои пӯст фарқ мекард. Дар 17 бемор (23%) аз як то якчанд невуси Сеттон дида шуд. Нурафкании мижгонҳо, абрӯвон, мӯйҳо дар сари 35 бемор (47%) ба мушоҳида расид.

Холатҳои оилавии беморӣ дар 26 бемор (35%) ба қайд гирифта шуд. Дар 16 бемор (21,6%) бемории роҳи ҳозима, дар 6 (8,1%) - гадуи сипаршакл, дар 4 бемор (5,4%) - узвҳои ЛОР ошкор карда шуд.

Табобати бештари беморон хуб гузашт. Дар ҳамаи беморон дар протсессии табобат эритемаи ночиз ва ё возеҳини мӯътадил ба назар расид, ки эҳсосоти субъективиро ба вучуд наоварданд. Дар 6 бемор (8%) дар протсессии табобат эритемаи интенсивиро дар лонаҳои осеб мушоҳида карданд, дар 4 нафар (5%) - варами ночизи милкҳо дар 6 (8%) - пӯсти шахшӯл; дар 12 бемор (17%) хориш, дар 4 (5%) - хушкии пӯст ба мушоҳида расид. Дар 7% - беморон (10%) гиперпигментатсияи пӯсти атрофи витилиго дида шуд, ки баъди якчанд моҳи баъди анҷом додани курси фототерапия ба мушоҳида мерасад.

Дар натиҷаи табобат таъсири мусбат дар 56 бемор (75,7%) дида шуд: шифоёбии клиникӣ дар 3 бемор (4,1%); хеле бехтар шу-

дан - дар 28 бемор (37,8%), бехтаршавӣ - дар 25 бемор (33,8%), таъсир набуд дар 18 (24,30%) ба назар расид.

Пас аз курси фототерапияи борикхата (31/нм) камшавии аз ҷиҳати оморӣ муҳими бузургии шохиси VIDA аз 3 то 1 балл ($P=0,004$) муқаррар карда шуд, ки аз камшавии фаъолнокии беморӣ таҳти таъсири табобати гузаронидашуда гувоҳӣ медиҳад. Фототерапияи борикхат дар табобати витилигои вулгарӣ, сегментарӣ, фоналӣ ва акрофассионалӣ самаранок буд. Дар беморони гирифтори шакли универсалии беморӣ табобат бе самар буд.

Хулоса, табобати ултрабунафшии борикхати миёнамавҷи дарозии мавҷаш 311 нм усули самараноки табобати беморони гирифтори шаклҳои вулгарӣ, сегментарӣ, фокалӣ ва акрофассиалии витилиго ба ҳисоб меравад. Бо мақсади ба даст овардани натиҷаи возеҳи самаранокии клиникӣ табобати аксари бештари беморон гузаронидани курси тӯлонии фототерапия (то 50 протседура) зарур мешавад. Самаранокии табобат бо зиёд шудани миқдори протседураҳо меафзояд. Табобати ултрабунафшии борикхати (311 нм) миёнамавҷи беморони гирифтори витилиго усули бехатари табобати мавзёӣ ба ҳисоб меравад ва истифода намудани фотосенсибилизаторҳоро талаб намекунад, аксуламалҳои манфии барои онҳо хосро ба вучуд намеорад

АДАБИЁТ

1. Hann S.K., Gauthier Y., Benzekri L. Generalized vitiligo. In: Picardo M., Taieb A., eds. Vitiligo. Springer; 2010. Ch.1.3.2: 41-9.
2. Симонова Н.И. Иммунопатогенетические аспекты витилиго и методы их коррекции // дис. на соиск. учен. степ. д-ра мед. наук. - 2013. - С.63.
3. Akdeniz N., Yavuz I.H., GunesBilgili S., Ozayd?n Yavuz G., Calka O. Comparison of efficacy of narrow band UVB therapies with UVB alone, in combination with calcipotriol, and with betamethasone and calcipotriol in vitiligo. J Dermatolog Treat. - 2014. - Vol. 25, N. 3. - P. 196-199.
4. Cheng Y.P., Chiu H.Y., Jee S.H., Tsai T.F. Excimer light phototherapy of segmental and non-segmental vitiligo: experience in Taiwan // PhotodermatolPhotoimmunolPhotomed. - 2012. - Vol. 28, N. 1. - P. 6-11.
5. Esfandiarpour I., Ekhlesi A., Farajzadeh S., Shamsadini S. The efficacy of pimecrolimus 1% cream plus narrow-band ultraviolet B in the treatment of vitiligo: a double-blind, placebo-controlled clinical trial // J. Dermatol. Treat. - 2009. - Vol. 20, N. 1. - P. 14-18.
6. Falabella R., Barona M.I. Update on skin repigmentation therapies in vitiligo // Pigment Cell Melanoma Res. - 2009. - Vol. 22, N. 1. - P. 42-65.



КЛИНИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ УЛЬТРАФИОЛЕТОВОЙ ТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ ВИТИЛИГО

Косимов А.М.1, Нуралиев М.Д.2, Хомидов М.Ф.3

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

Резюме.

Хроническое течение витилиго, отсутствие высокоэффективных методов терапии обуславливают актуальность разработки новых подходов к лечению витилиго. Одним из основных современных методов лечения витилиго является различные виды ультрафиолетовой терапии, который оказывает стимулирующее влияние на меланоциты приводит к ускоренной репигментации, и обладает низким профилем побочных эффектов.

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

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

Ключевые слова: витилиго, узкополосная средневолновая ультрафиолетовая терапия.

CLINICAL EFFECTIVENESS OF ULTRAVIOLET THERAPY FOR VITILIGO PATIENTS

A.M. Qosimov, M.D. Nuraliev, M.F. Homidov

State Institution Republican Clinical Centre for Occupational Diseases Ministry of Health Social Protection of the Republic of Tajikistan, City Centre for Skin and Venereal Diseases, Association of Dermatovenerologists and Cosmetologists of the Republic of Tajikistan.

The chronic course of vitiligo, the absence of highly effective methods of therapy determine the relevance of developing new approaches to the treatment of vitiligo. One of the main modern treatments for vitiligo is various types of ultraviolet therapy, which stimulates melanocytes, leads to accelerated repigmentation, and has a low profile of side effects. In order to study the effectiveness of therapy of vitiligo patients with narrow-band medium-wave ultraviolet radiation with a wavelength of 311 nm, 74 patients aged from 7 to 42 years (average age 25 years) were examined. The maximum radiation dose varied

from 0.74 to 3.66 J / cm² (on average, 2.31 J / cm²). In total, for the course of treatment, patients received from 10 to 126 procedures (average course number of procedures 65) with a total course dose of radiation from 4.4 to 242.8 J / cm² (average 85 J / cm²). Treatment was well tolerated by most patients. All patients in the course of therapy observed insignificant or moderately pronounced erythema, which did not cause subjective sensations. Clinical recovery was noted in 3 patients (4.1%), significant improvement - in 28 patients (37.8%), improvement - in 25 patients (33.8%), the effect was absent in 18 (24.30%). It was revealed that



narrow-band medium-wave ultraviolet therapy with a wavelength of 311 nm is an effective method of treating patients with vulgar, segmental, focal and acrofacial forms of vitiligo.

This method is safe and does not cause side reactions.

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

Қосимов Олим Исмоилович - профессори кафедраи дерматовенерология бо курсикосметологияи ДТБКСТ, д.и.т.

Қасымов Олим Исмаилович - профессор кафедри дерматовенерологии с курсом косметологии ИПО МЗ и СЗ РТ, д.м.н.

Kasymov O.I. - Department of Dermatology and STIs with Cosmetology course, Institute of Postgraduate Medical Education, Dushanbe, Tajikistan professor doctor of Medical Sciences

ҲОМИЛАГӢ ВА ХАДШАҲОИ КЕЛОИДӢ

Қосимов О.И^{1.}, Муниева С.Х^{2.}, Хомидов М.Ф. З., Нуралиев М.Д^{4.}

1. Маҷмааи тандурустии "Истиклол", 2. ДТБКСТ, 3. Ассотсиатсияи дерматологҳо ва косметологҳои Ҷумҳурии Тоҷикистон, 4. ДМТ.

Муҳимият. Хадшаҳои келоидӣ (аз юнонии kele - кана ва oides - монанд) яке аз намудҳои хадшаҳои пӯст мебошад, ки дар натиҷаи дегенератсияи бофтаҳои нарми дерма пайдо шуда, хосияти модарзодӣ ва ё иктисобӣ (пайдошуда) дорад [3,4,9]. Дар баробари назарияҳои сершумор оид ба патогенези хадшаҳои келоидӣ, баъзе муҳаққиқон тавлид шудани хадшаҳои келоидиро ба ихтилолҳои эндокринӣ алоқаманд медонанд, ки аз дисбаланси гармонҳои ҷинсӣ ба тарафи баланд шудани андрогенҳо иртибот дорад [1,5,7]. Маълум аст, ки яке аз сабабҳои тағйиротҳои метаболикии организм ва дисбаланси гармонҳои ҷинсӣ ҳомилагӣ ба шумор меравад, ки дар он тағйиротҳои физиологияи пӯст ва изофаҳои он ба амал меояд. Этиологияи осебҳои махсуси пӯст, ки ҳангоми беморӣ ошкор карда мешаванд, ба таври нокифоя омӯхта шудаанд. Бештари мутахассисон онҳоро бо бозсозҳои физиологияи гормоналӣ ва иммунӣ дар давраи гестатсия алоқаманд меҳисобанд [1,5,6,8]. Сабаби бевоситаи пайдо шудани бемориҳои пӯст ҳангоми ҳомилагӣ осеб дидани лифҳои бофтаҳои нарм ба ҳисоб меравад, дар ин маврид кашишхӯрии пӯст ба назар мерасад [1,2,4,6,9].

Мақсади гузаронидани таҳқиқот омӯختани хусусиятҳои клиникаи чараёни хадшаҳои келлоидии пӯст дар ҳомилаҳо мебошад.

Мавод ва усулҳои таҳқиқот. Ҳамагӣ 64 духтар ва зани дорои хадшаҳои келлоидии пӯст таҳқиқ шудааст. Синну соли беморон аз 18 то 32 солро ташкил дод. Гурӯҳи асосиро ҳомилаҳои дорои хадшаҳои келлоидии пӯст (31 нафар) ташкил доданд, ки аз онҳо 12 нафар дар ҳафтаи аввали триместри ҳомилагӣ, 19 нафар дар марҳалаи дуум қарор доштанд. Гурӯҳи назоратиро 33 бемори дорои хадшаҳои келлоидӣ ташкил доданд, ки дар онҳо ҳомилагӣ дида намешавад. Баҳогузори муқоисавии манзараи клиникаи пӯст аз рӯи шкалаи Ванкувер дар модификатсияи Фистал Н.Н. (с.2006) гузаронида шуд.

Натиҷаҳо ва баррасии онҳо. Дар гурӯҳи асосии беморон дар ҳамаи занҳо келоидҳо то саршавии ҳомилагӣ пайдо шудаанд, аммо дар вақти ҳомилагӣ дард, хориш ва парестезия дар мавзеи хадша қувват мегирад, ки ин сабаби мурочиат кардани онҳо ба клиника мегардад.

Мо муқаррар намудем, ки сабабҳои пайдоиши келоидҳо ва ҷойгиршавии онҳо дар ҳарду гурӯҳ як хел буд (64 бемор). Хадшаҳои посттравматикӣ дар 12 бемори гурӯҳи асосӣ ва дар 14 нафар гурӯҳи назоратӣ; пасазҷарроҳӣ мутаносибан дар 11 ва 13 нафар худ ба худ пайдо шуда, мутаносибан дар 8 ва 6 бемор.

Аз 24 ҳолати хадшаҳои пасазҷарроҳӣ сабаби пайдоиши хадшаҳо дар 7 ҳолат ке-



лоидҳо пас аз апендэктомия, дар 11 ҳолат пас аз ислоҳи чарроҳии келоидҳо, дар 6 ҳолат пас аз нест шудани фурункул буданд.

Дар 26 ҳолати посттравматикии хадшаҳо сабаби пайдо шудани хадшаҳо дар 17 нафар бемор сӯхтан аз оби чӯшомада ва ашӯҳои сӯзон, дар 5 бемор- шӯълаи оташ, дар 4 нафар - аз кислотаҳо буд. Хадшаҳои келоидии худ ба худ пайдошуда дар беморони ҳарду гурӯҳ (14 нафар) бе ягон сабаби возеҳ ва асосан дар пӯсти бадан, рӯй ва гардан ташаккул ёфтаанд.

Ҳангоми муоина кардани лонаҳои патологӣ дар беморони гурӯҳи асосӣ баъзе хусусиятҳои клиникӣ ошкор карда шуданд. Келоидҳо саҳт, ғафси дорои сатҳи ноҳамвори танобакҳо буда, асосан берун аз ҳудуди хадша паҳн шуда буданд ва ранги сурх-гулобии равшан бо зухуроти телеангиоэктазӣ, минтақаҳои периферии пӯсиши солимро фаро гирифта буданд.

Дар гурӯҳи назоратӣ келоидҳо аз рӯйи типии "плюс бофта" пайдо шудаанд, ки баландии онҳо аз сатҳи бофтаҳои ихотакардашуда хеле боло буд. Дар хадшаҳои дараҷаи инкишоф берун аз ҳудуди нуқсони аввалия возеҳ набуд, бо ранги камтари гулобӣ-марморӣ фарқ мекарданд.

Дар гурӯҳи асосӣ эҳсосоти субъективӣ дар беморон дар шакли дардҳои маҳдуд, дар шакли хориши доимии халанда ва сӯзиш, дар эҳсосоти кашишхӯрии бофтаҳо ва халидан ба мушоҳида расид. Дар гурӯҳи назоратӣ дар беморон парестезияҳои возеҳ дар минтақаи хадша, дар беморон дардҳои маҳдуд, дар - хориши на чандон зиёд дар лонаи осеб ба қайд гирифта шуд.

Натиҷаҳои баҳогузори муқоисавии манзараи клиники хадшаҳои келоид дар ҳарду гурӯҳ, тибқи шкалаи модификатсияшудаи Ванкуверӣ гузаронида шуд, ки дар ҳамаҷониба фарқҳои маънавияшудаи оварда шудааст.

Ҷадвали 1. Тавсифи муқоисавии клиникии хадшаҳои келоидӣ дар гурӯҳҳои таҳқиқшуда.

№	Нишондиҳандаи хадша	Ҳомилаҳо (n=31)	Ҳомила набудаҳо (n=33)
1	Баландии хадша	3,58* ±1,12	2,03*±0,17
2	Васкуляризиатсияи хадша	3,6*±0,13	2,8*±0,18
3	Пигментатсияи хадша	2,8*±0,21	2,5*±0,11
4	Чандирии хадша	3,21* ±0,24	2,12*±0,21
5	Градиенти ҳарорат	3,19* ±0,21	0,56*±0,21
6	Хориш, парестезия	3,24* ±0,11	1,28*±0,18
7	Дард	4,34* ±0,18	1,18*±0,12
8	Нишондиҳандаи умумӣ	23,96	12,47

Ҷараёни нисбатан вазнини клиникии хадшаҳои клиникӣ дар гурӯҳи занҳои ҳомила ба қайд гирифта шуд. Балли умумӣ дар ин гурӯҳ 23,96 буд, ки назар ба гурӯҳи назоратӣ 2 маротиба зиёд буд. Фарқиятҳои муҳим дар манзараи клиникии хадшаҳои келоидӣ дар гурӯҳи ҳомилаҳои дорои хадшаҳои келоидӣ дар гурӯҳи ҳомилаҳои дорои хадшаҳои келоидӣ дар баландии (3,58 ±1,12), зичии (3,21±0,24), васкуляризиатсия (3,6±0,13) ва пигментатсия (2,8±0,21) -и хадшаҳо зоҳир гаштанд, ки дар муқоиса аз нишондиҳандаҳои мазкур дар гурӯҳи назоратӣ ба таври эътимоднок баланд буданд.

Дар гурӯҳи асосии таҳқиқшуда ҳарорат дар мавзеи хадша назар ба гурӯҳи назоратӣ (P<0,05) баланд буд. Дар асоси нишондиҳан-

даҳои термометрия нишон дода шудааст, ки градиенти ҳарорат дар мавзеи хадша дар беморони гурӯҳи асосӣ назар ба гурӯҳи назоратӣ 5,7 маротиба баланд буд (3,19 дар муқобили 0,56). Хусусиятҳои махсусан фарқкунанда нишондиҳандаи дард буд дар мавзеи келоид, хориш ва парестезия, ки дар занҳои ҳомилаи дорои келоид ба таври эътимоднок баланд буд (3,24 ±0,11 и 4,34 ± 0,18), назар ба гурӯҳи назоратӣ (1,28±0,18 и 1,18 ±0,12).

Хулосаҳо. Ҷараёни клиникии хадшаҳои келоидӣ дар ҳомилаҳо дорои аломатҳои протесси илтиҳобӣ, тамоюл ба рушди перифериву қувватгирии эҳсосоти субъективӣ дар минтақаи хадша мебошад.

Заминаи гормоналии занҳои ҳомила ба ҷараёни нисбатан вазнинтари хадшаҳои



келоидӣ (2 маротиба бештар) майл доранд. таносибии) гормоналии ташаккулт келоид-
Инро нақши патогении дисбаланси (норму- дҳо тасдиқ мекунад.

АДАБИЁТ

1. Батыршина С.В. Кожа и женские половые гормоны. Влияние заместительной гормональной терапии на состояние кожи. /С.В. Батыршина// Акушерство, гинекология и андрология. 2015. Т.86. №.С. 11-15.
2. Владимирова О.В./Опыт первичной и вторичной профилактики избыточного рубцеобразования. //Медицинский вестник Северногокавказ. 2009.№1. С.30-31.
3. Жидкова Ю.Ю., Пеньевская Н. А, Степанова Э.Ф. Предпосылки к совершенствованию фармакопрофилактики гипертрофических и келоидных рубцов. Научные ведомости БелГУ. Сер. Медицина. Фармация. 2012.Т.3.№18. С.12-15.
4. Таганов А.В., Бизунова М.А., Криницына Ю.М., Сергеева И.Г. /Анализ методов лечения келоидных рубцов. //Клиническая дерматология и венерология. 2017.№ 5.С.97-102
5. Возможности терапии косметологических проявлений у девочек с синдромом поликистозных яичников /Е.П. Хашенко, Е.В. Уварова, Н.А. Буралкина, Ф.Ш. Мамедова, И.А. Киселева // Репродуктивное здоровье детей и подростков. 2015. №6.стр. 40-45
6. Hochman B, Isoldi FC, Furtado F, Ferreira LM New approach to the understanding of keloid: psychoneuroimmune-endocrine aspects. ClinCosmetic InvestigDermatol. 2015.№8. p.67-73.
7. Kerfant N, Gasnier P, Bolorchi A: Spontaneous keloids: about a rare case. Ann ChirPlastEsthet 2011.№56.p.339-341.
8. Koike S, Akaishi S, Nagashima Y, Dohi T, et al. Nd:YAG laser treatment for keloids and hypertrophic scars: an analysis of 102 cases. PlastReconstrSurg Glob Open 2015.p. 272.
9. SchneiderM,MeitesE,DaaneSP:Keloids:whichtreatmentisbestfor yourpatient JFam Pract. 2013. №62. p.227-233.

БЕРЕМЕННОСТЬ И КЕЛОИДНЫЕ РУБЦЫ

* Косимов О.И.1., Муниева С.Х.2, **Хомидов М.Ф.3, Нуралиев М.Д.4

1. Медицинский комплекс "Истиклол". 2. Department of Dermatology and STIs with Cosmetology course, Institute of Postgraduate Medical Education, Dushanbe, 3. Ассоциация дерматовенерологов и косметологов Республики Таджикистан, 4. Таджикский национальный университете

Резюме.

Актуальность. Этиология специфических поражений кожи, выявляемых при беременности, изучена недостаточно. Большинство специалистов связывают их с физиологической гормональной и иммунной перестройкой в период гестации.

Целью исследования явилось изучение особенностей клинического течения келоидных рубцов кожи у беременных.

Материал и методы исследования. Было обследовано 64 девушек и женщин с келоидными рубцами кожи. Возраст больных колебался от 18 до 32-х лет. Все пациентки были разделены на основную и конт-

рольную группы. Сравнительная оценка клинической картины рубцов кожи проводилась по Ванкуверской шкале - Vancouver Scar Scale (Baryza MJ, Baryza GA, 1995), модифицированной Фисталь Н.Н. (2006).

Результаты и обсуждения. Гормональный фон беременных женщин предрасполагает к более тяжелому течению келоидных рубцов (в 2 раза). Течение келоидных рубцов у беременных характеризуется признаками воспалительного процесса, тенденцией к периферическому росту и усилению субъективных ощущений в зоне рубца.

Ключевые слова: беременность, келоидные рубцы, гормональный фон



PREGNANCY AND KELOID SCARS

Kasymov O.I.1, Munieva S.H. 2, Homidov M.F.3, Nuraliev M.D 4

1. Medical complex "Istiqlol", 2. Department of Dermatology and STIs with Cosmetology course, Institute of Postgraduate Medical Education, Dushanbe, 3. Association of Dermatovenerologists and Cosmetologists of the RT, 4. Tajik State National University (Dushanbe)

Abstract.

Background. The etiology of specific skin lesions detected during pregnancy is not well understood. Most experts associate them with physiological hormonal and immune restructuring during gestation. The aim of the study was to study the features of the clinical course of keloid skin scars in pregnant women.

Material and research methods. 64 girls and women with keloid skin scars were examined. The age of patients ranged from 18 to 32 years. All patients were divided into the main and control groups. A comparative assessment of

the clinical picture of skin scars was carried out according to the Vancouver Scar - Vancouver Scar Scale (Baryza MJ, Baryza GA, 1995), modified by Fistal N.N. (2006).

Results and discussions. The hormonal background of pregnant women predisposes to a more severe course of keloid scars (2 times). The course of keloid scars in pregnant women is characterized by signs of an inflammatory process, a tendency to peripheral growth and an increase in subjective sensations in the scar zone.

Keywords: pregnancy, keloid scars, hormonal background

Қосимов Олим Исмоилович - профессори кафедраи дерматовенерология бо курси косметологияи ДТБКСТ, д.и.т.

Қасымов Олим Исмаилович - профессор кафедраи дерматовенерологии с курсом косметологии ИПО МЗ и СЗ РТ, д.м.н.

Kasymov O.I. - Department of Dermatology and STIs with Cosmetology course, Institute of Postgraduate Medical Education, Dushanbe, Tajikistan professor doctor of Medical Sciences



ПЕДИАТРИЯ

ЗУХУРОТИ ЭПИДЕМИОЛОГИВУ КЛИНИКИИ ФОСФАТ-ДИАБЕТ ДАР КЌДАКОН

Абдуллаева Н. А.1, Хайдарова О.Ф.1, Кадирова М.Р.2 Нуров Р.М3.

Кафедраи таълими асосҳои бемориҳои кўдакон (мудири кафедра н.и.т. дотсент Л.А. Бабаева) -и МДТ ДДТТ ба номи Абўалӣ ибни Сино; Шуъбаи нефрологияи МДМТ -и "Истиклол", МД "Маркази чумхуриявиипешгири ва мубориза бо СПИД".

Муҳимият. Аҳамияти фосфат-диабет барои кўдакон ҳангоми ихтилолҳои каналчаҳо зоҳир мегардад, вай табобати дар тўли тамоми ҳаётро, ки ба бартарафсозии зуҳуроти клиникӣ ва деформатсияҳои устухонҳо равона карда шудаанд, талаб мекунад. Дар ин беморӣ вайроншавии чаббидани баръакси фофор дар хун дар каналчаҳои гурдаҳо ба амал меояд, дар натиҷаи ин сатҳи он паст мешавад. пайдо шудани диабет дар заминаи ихтилолҳои генетикӣ пайдо мешавад ва яке аз зуҳуроти рахити онкогенӣ ба шумор меравад. Сабаби пайдо шудани ин беморӣ нуқсонҳои вазнини каналчаҳои проксималӣ ва дисталии гурдаҳо бо вайроншавии реабсорбсияи аминокислотаҳо, глюкоза ва фосфор ба ҳисоб меравад. Гиперфосфатурия, гипофосфатемия, баланд шудани фаъолнокии фосфатази ишқорӣ ва пайдо шудани тағйиротҳои рахитмонанди скелет ба амал меоянд, ки нисбат ба табобати витамини Д дар дозаҳои маъмулӣ муқовимат (резистентнокӣ) нишон медиҳанд.

Мақсад: омўхтани зуҳуроти клиникӣ фосфат-диабет дар кўдакон.

Мавод ва усулҳои таҳқиқот: мо таҳлили ретроспективии 43 таърихи бемории беморони гирифтори фосфат-диабетро, ки дар синну соли аз 1 то 5-соларо дар бар мегирифтанд, анҷом додем. Дар таҳқиқоти мо 20-духтар ва 23 писар буданд.

Беморон дар МД Маҷмааи тандурустии "Истиклол" дар шуъбаи нефрологӣ бистарӣ буданд. Ташхис дар асоси маълумотҳои лабораторӣ гузошта шуд, ки динамики ионҳо таҳти таъсири табобати гузаронидашуда меъёри баҳогузори самаранокӣ табобат буд. Ин чизҳо дар назар гирифта шуданд: анамнез, нишондиҳандаҳои клиникӣ (параметрҳои инкишофи ҷисмонӣ, хусусияти

ғизо), нишондиҳандаҳои таҳқиқоти таҳлили умумии пешоб, хуни периферӣ, таҳлили биохимиявии хун (сатҳи Са, Р ва фосфатази ишқорӣ), рентгенограммаи андомҳо.

Натиҷаҳои таҳқиқот. Аз анамнез дер бистарӣ кунонидани беморон маълум мешавад, клиникаи беморӣ маъмулан, дар он даврае зоҳир мегардад, ки вақте ки кўдак рост истодан ва роҳ рафтано ёд мегирад. Деформатсияи возеҳи скелет, асосан андомҳои поёни ва бугумҳои соку попанча, қачшавии О-шакли поҳо дар 26 кўдак дида шуд, ки 60%-ро ташкил дод, қачшавии Х-шакли поҳо дар 22 кўдак-40%, зуд мондашавӣ, тағйир ёфтани роҳгардӣ (роҳгардии ғоз), дардмандии устухонҳо ва мушакҳо ба назар расид, муайян карда шуд, ки кўдакон витамини Д-ро на бо мақсади профилактикӣ ва на бо мақсади табобати рахит қабул накардаанд, табобат бо дозаи маъмулии витамини Д (2000-5000МЕ дар шабонарӯз) бесамар буд ва деформатсияи устухонҳо пеш рафта авҷ гирифт.

Фосфат - диабет бо рахити маъмулии Дефитсити чихатҳои монанд дошт, аммо бо ин фарқ мекард, ки ки ҳангоми ин беморӣ аломатҳои умумии захролудшавӣ вучуд надоштанд, ҳолати умумии беморон қаноатбахш буд. Таваққуфи қадкашӣ дар 68% (махсусан дар писарҳо), паканагӣ (асосан аз ҳисоби номутаносиб кўтоҳ будани пойҳо) ба назар расид. Дар айни замон сустии мушакҳо дида нашуд, кўдакон фаъол буданд. Дандонҳо дер бароманданд, кариоз мавҷуд буд, гипоплазияи эмал ба мушоҳида расид. Дар бештари кўдакони таҳқиқшуда тағйиротҳои рахитии устухонҳо ба қайд гирифта шуд: устухонҳои косаҳои сар "сари квадратшакл", дер маҳкам шудани нармаки калони сар, дар қафаси сина "қафаси синаи



мурғ ё синаи мӯзадӯз", тасбеҳҳои рахитӣ, дастпонаҳои рахитӣ. Дар сутунмуҳра қачшавии типи лордоз ва сколиоз. Деформатсияҳои вазнини устухонҳо боиси маъюбшавии кӯдакон гаштааст. Аз маълумотҳои лабораторӣ ошкор карда шуд: дар таҳлили умумии хуни 83%-и кӯдакон камхунии нормохромӣ дида шуд, дар таҳлили биохимии хун - гипофосфатемия аз дар -85%-и кӯдакон 0,9- 1,2 ммол/л буд, дар меъёр 1,29-2,26ммол/л аст, баланд шудани фаъолнокии фосфатази ишқорӣ аз 186- 492ЕД/л дар-96%-и кӯдакон дар меъёр 38 - 139ЕД/л. аст.

Дар таҳлили шабонарӯзии пешоб фосфатурия-76% ба мушоҳида расид хеле баланд шудани экскретсияи фосфатҳо бо пешоб (4-5 маротиба аз меъёр зиёд) доимӣ набуд ва аз фаъолнокии протсеси патологӣ вобастагӣ дошт. Гипокалсемия дар 45%-и кӯдакон аз 1,1-1,7 ммоль/л дида мешуд, дар меъёр 2,5-2,87ммоль/л аст. Дар таҳқиқоти рентгенологии устухонҳои андомҳои поёни протсесҳои возеҳи гиперплазияи остеомалятсия ва остеоидӣ, ҳамчунин сохтори лифҳояш дурушти моддаи исфанҷии устухонҳо дида шуд.

Табобат. Дар ҳамаи кӯдакон ҳамарӯза воридсозии тӯлонии витамини Д бо дозаҳои баланд (40000- 120000 МЕ) бо назорати ҳатмии Са ва Р дар хун гузаронида шуд. доза ба таври инфиродӣ интиҳоб карда шуд. табобат бо витамини Д-ро аз дозаҳои хеле

паст сар карданд ва онро тадричан зиёд карданд. Дар вақти беҳтар шудани ҳолати бемор дар рӯзҳои 3-7-ум дозаи дастгирикунанда (1000-5000 МЕ бо танаффус дар табобат) таъйин карда шуд.

Дар вақти дар пешоб зиёд шудани Са (калсиурия) мувофиқи намунаи Сулкович ва маълумотҳои таҳқиқоти биохимиявӣ доза-ро кам карданд. бар иловаи витамини Д, инчунин глитсерофосфати калсий пероралӣ, витаминотерапия ва таботати симптоматикӣ таъйин карда шуд. Мавҷуд будани тағйиртҳои вазнин дар системаи устухонҳо нишондод барои таботати ортопедӣ гашт. Имобилизатсияи муваққатии андомҳо боиси кам шудани вазнинии тағйиротҳои рахитӣ гашт, аммо пас аз гирифтани шинҳо ретсидиви беморӣ сар шуд.

Хулоса. Аломатҳои клиникии фосфатдиабет дар кӯдакон асосан пас аз он зоҳир шуданд, ки онҳо ба роҳгардӣ оғоз карданд, деформатсияи возеҳи андомҳои поёни ба қайд гирифта шуд. Фосфат - диабет бо рахити маъмулии Д- дефицити чихатҳои монанд дошт, аммо бо ин фарқ мекард, ки ки хангоми ин беморӣ аломатҳои умумии заҳролудшавӣ вучуд надоштанд, ҳолати умумии беморон қаноатбахш буд. Хангоми нодуруст анҷом додани табобат бо витамини Деформатсияҳои вазнини андомҳо ба маъюбшавии кӯдакон оварда расонид.

АДАБИЁТ

1. Папаян А.В., Савенкова Н.Д. Клиническая нефрология детского возраста. - СПб.: Левша, 2008. - С. 204-207.
2. Савенкова Н.Д., Папаян А.В., Левиашвили Ж.Г. Туболопатии в практике педиатра. - СПб.: Левша, 2006. - С. 7- 41.
3. Тен С.И. Справочник по госпитальной педиатрии. - Минск : Беларусь, 20002. - С.603 - 618.
4. Эрман М.В. Нефрология детского возраста. - СПб.: СпецЛит, 2010. - С.303 -311.

ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ И КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ФОСФАТ-ДИАБЕТА У ДЕТЕЙ.

Абдуллаева Н. А., Хайдарова О.Ф., Кадырова М.Р.

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

Клинические признаки фосфат-диабета у детей проявлялись в основном после того, когда начинали ходить, отмечалась выражен-

ная деформация со стороны нижних конечностей. Фосфат-диабет имел сходные черты с Д- дефицитным рахитом, но отличался тем,



что при данном заболевании отсутствовали признаки общей интоксикации и состояние ребенка оставалось удовлетворительным. При неправильном проведении лечения ви-

тамином Д, тяжелые костные деформации приводили к инвалидизации ребенка.

Ключевые слова. Фосфат-диабет, дети, лечение, особенность, клиника.

CLINICAL IN EPIDEMIOLOGE MANIFESTATIONS OF PHOSPHATE DIABETES IN CHILDREN.

Clinical signs of phosphate diabetes in children were manifested mainly after they started walking, there was a pronounced deformation of the lower extremities. Phosphate diabetes had similarities with D-deficient rickets, but was distinguished by the fact that with this disease there were no signs of general

intoxication and the condition of the child remained satisfactory. If vitamin D treatment was not carried out correctly, severe bone deformities led to disability of the child.

Key words: Phosphate diabetes, children, Фосфат-диабет, дети, лечение, особенность, клиника.

Абдуллаева Наргис Абдумавлоновна - н.и.т., дотсенти кафедраи таълими асосҳои бемориҳои кӯдакони МДТ ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино, E.mail: nargis0027@jmail.com, тел: 91861-00-27

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

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

ЗУХУРОТИ КЛИНИКИИ СИРОЯТИ СИТОМЕГАЛОВИРУСӢ ДАР КӮДАКОН

Рахматуллоева З. Р1., Умарова З. К1., Ҳайдарова С. Ф1., Ходчаева З. Г3.

Кафедраи тибби оилавии №21, кафедраи бемориҳои кӯдакон №12 МТД "ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино", Институти ботаника, физиология ва генетикаи растаниҳои АИ ҚТЗ.

Муҳиммият. Сирояти ситомегаловирусӣ (ССМВ) сирояти вирусии ба таври густурда пахншудае мебошад, ки хусусиятҳои зуҳуроти гуногуни аз ҷараёни бесимптомсар карда, то шаклҳои вазнини паҳнфто бо осеб дидани узвҳои дарунӣ ва системаи марказии асаб барои он хос аст [3,2], вай яке аз проблемаҳои мубрами тиб боқӣ мемонад [9]. Айни замон афзоиши беморшавии ССМВ дар ҳамаи кишварҳои дунё ба мушоҳида мерасад, ки ин аз беҳтар шудани сифати ташхис ва ҳам аз рушди воқеии беморӣ дарак медиҳад [6,12]. Манотиқи Аврупои бюрои ТУТ (Ташкилоти Умумиҷаҳонии Тандурустӣ) ССМВ-ро ба гурӯҳи беморӣ дохил намудааст, ки ояндаи беморӣҳои сироятиро таъйин мекунад [5]. Бори нахуст ҳуҷайраҳои аз ситомегаловирус осебдида дар соли 1882 аз тарафи олим-па-

тологоанатоми олмонӣ Н. Ribert тавсиф карда шуда буд. Ҳуҷайраҳо дар эпителии ғадудҳои луобии назди гӯшҳо ва каналчаҳои пешоброн ошкор карда шуданд, андозаи бузург ва изофаҳои махсуси дохилиҳаставӣ доштанд. Ин ҳуҷайраҳо дар микроскопи электронӣ намуди "чашми бум"-ро доштанд, кутрашон аз 30 мкм зиёд нест [7,10,12].

Айни замон 6 штамми ССМВ маълум карда шудааст (Davis, AD 169, Kerr, C-87, Esp, Towne) ва имконияти пайдо шудани суперинфексия истисно карда намешавад [8,10]. Макон ва манбаи сироят танҳо одам аст. Вирус метавонад, ки дар луоб, шир, пешоб, пасафканд, моеи нутфа, дар ифрозоти гарданаки бачадон пайдо шавад. Сироят тариқи ҳавоӣ-қатрагӣ, тамосӣ, бо роҳи чинсӣ ва транспласентарӣ аз модар ба чанин мегузарад [4,7].



Мувофиқи Таснифи байналмилалии бемориҳо (ТББ-10) ин навъҳои онро чудо мекунанд: шаклҳои ССМВ-и модарзодӣ ва иктисобӣ (пайдошуда), ки ҳамчун пневмония, гепатит, панкреатит, моноклеозии сироятӣ, хореоретинит, тромбоситопения, бемориҳои роҳҳои ҳозима ва СМА (системаи марказии асаб) зоҳир мешаванд [6,8,12].

ССМВ бисёри вақтҳо зери "ниқоби" бемориҳои дигар сурат мегирад, ки ин ташхисро душвор мегардонад ва табиист, ки таъбиат низ ба таъхир афта два беморӣ метавонад, ки дар организми одам муддати номуайяни тӯлонӣ дар ҳолати латентӣ (ноаён) бигзарад [1,3,8]. Танҳо ҳангоми вайрон шудани таносуби байни организми одам ва вирус, ки ин ҳолат дар ҳоле ба амал меояд, ки потенциали муҳофизатии организм суст мешавад, вирус бошиддат афзоиш меёбад ва боиси осеббинии узвҳои гуногун мегардад [5,11].

Сирояти мегаловирусӣ сабаби нисбатан зуд-зуд ташаккул ёфтани нуксонҳои инкишофи кӯдакон мегардад, ки инҳо метавонанд ҳам зухуроти барвақти пайдошавии онҳо дар шакли осебҳои вазнини узвӣ аз рӯзҳои аввали ҳаёт ва ҳам дер пайдо шудани онҳо дар синну соли аз 1 то 5 -солагӣ ба амал ояд, к ибӯ ихтилоли шунавоӣ, босира ва бемориҳои гурдаҳо чараён мегирад [4, 5,12].

Мақсади таҳқиқот. Омӯзиши баъзе ҷанбаҳои зухуроти клиникалии ССМВ дар кӯдакони синну соли барвақт.

Мавод ва усулҳои таҳқиқот. Таҳти муоинаи мо 39 кӯдакони бемори дорои ССМВ қарор доштанд, ки аз онҳо дорои шакли моноклеозӣ-12 нафар, дорои шакли маҳдуд -10 нафар ва дорои шакли умумии ССМВ 17 кӯдаки бемор буданд, онҳо ба Маркази саломатии шаҳрии №2 дар солҳои 2016-2017 мурочиат намудаанд. Таҳқиқоти клиникӣ-лаборатории (таҳлили умумии хун, пешоб, пасафканд), таҳқиқоти инструменталии узвҳои дарунӣ (ТУС аз рӯйи нишондод ва рентгенограммаи қафаси сина), ҳамчунин аксуламали поимеразии занҷири (ПСР) таҳлили ииммуноферментӣ (ТИФ) гузаронида шуд.

Арзишмандии усули ПСР дар он мавҷуд будани имконияти барвақт ошкор кардани барангезанда дар организми бемор то давраи саршавии ташаккулёбии агентҳои сироятӣ ҳангоми шаклҳои ноаёни (латентии) протсесси сироятӣ ба ҳисоб меравад. Мавҷуд будани ДНК СМВ дар хун аз репликасияи баланди вирус ва нақши этиологии он дар патологияҳои мавҷудбудаи узвӣ дарак медиҳад.

ТИФ барои муайян кардани антители синфи IgM, IgG ба ССМВ ва баҳогузори сатҳи ҳарисии (aviditas) онҳо (aviditas аломати ғайри мустақими ғаблонокии функционалии антител аст) ба кор бурда мешавад. Дар давраи шадиди инкишофи сироят дар аввал IgM-антителаҳои махсус ва камее баъдтар IgG-антителаҳои махсуси ҳарисиашон камтар ташаккул ёфтаанд.

Натиҷаҳо ва баррасии онҳо

Дар 12 кӯдаки гирифтори шакли моноклеозмонанд ба таври шадид бо ҳарорати баланд сар шуд, симптомҳои интоксикация дар шакли сустӣ, бемадорӣ, бад шудани иштиҳо ба мушоҳида расиданд. Дар кӯдакони бемор дарди гулӯ, калон шудани гирехҳои лимфавии гардан ва зери ҷоғ, ҳамчунин дарднокӣ ҳангоми палмосидани ғадудҳои ноҳияи наздигӯшӣ ба назар расид. Ҳангоми палмосидани (палпатсияи) ҷигар консистенсияи нарм то 2-3 см калон шудааст. Дар таҳлили биохимиявӣ калоншавии трансминази хун ба қайд гирифта шуд: АСТ, АЛТ.

Дар таҳлили умумии хун лимфоситоз, моноситоз, сегментопения ва моноклеарҳои атипӣ то 10% ошкор карда шуд. Аммо, дар муқоиса аз моноклеозии сироятӣ, ки аз вируси Эпштейн-Барр ба вучуд омадааст, аксуламали Паул-Буннел-Давидсон манфӣ буд. Дар зардоби хун тавассути усули ПСР ДНК СМВ-и мусбат муайян карда шуд.

Дар шакли маҳдуди ССМВ дар 8 нафар кӯдак - сиалоаденитевирус дар бофтаҳои ғадудҳои луобӣ (бештар дар ғадудҳои зеригӯшӣ ва камтар дар ғадудҳои зери ҷоғ ва зери забон) ошкор карда шуд, ки дар ҳарду тараф калон шуда буданд. Беморӣ ба таври шадидва бо ҳарорати баланди то 39°C сар



шуд, хеле камтар то нишондихандаи субфебриалӣ ё муътадил буд. Дар охири шабонарӯзҳои авали пас аз саршавии беморӣ гадуҳои наздигӯшии луобӣ калон шуданд, онҳо ба таври палмосидан то андозаи нахӯд буданд маъмулан, осеби дутарафа ба мушоҳида расид.

Шакли умумии сирояти ситомегаловирусӣ дар 19 кӯдаки бемор ошкор карда шуд, ки барояш пай дар пай ба протсесс кашида шудани узвҳо ва системаҳои зиёд (шушҳо, гурдаҳо, чигар, рӯдаҳо, системаи дилу рағҳо тва СМА) хос аст.

Шакли шушӣ дар 4 кӯдаки бемор ба назар расид, ки дар онҳо сулфаи шадид ва баъзан сиёҳсулфамонанд, тадричан пайдо шудани пневмонияи интерститсиалӣ дида шуд. Барояшон нафастангӣ, сианоз, дамидагии қафаси сина хос аст. Ҳангоми аускултатсия (гӯшкунӣ) дар бештари мавридҳо хир-хирҳои хушқу намнок ошкор карда шуд. Ҳолати умумии беморон нисбатан қаноатбахш буда, ҳарорати бадан аксаран субфебриалӣ буд. Чараёни беморӣ дар шакли умумӣ мавҷноки ғайри доимӣ буд. Дар рентгенограмма тасвири тағйирёфтаи рағҳо, баъзан кистаи шушҳо ба назар мерасад.

Дар 3 нафар кӯдак шакли серебрялӣ бо менингоэнсефалит зоҳир гашт, хуруҷҳои рағкашӣ, диплегияи спзматикӣ, парапарез, хуруҷҳои саръ (эпилепсия) ба мушоҳида расиданд. Минбаъд ақибмонии инкишофи рӯҳӣ ба миён омад. Дар рентгенограммаи косоҳонаи сар асосан дар минтақаҳои перивентрикулярӣ майнаи сар калсификатҳо дида шуданд. Ҳангоми ССМВ дар кӯдакон маҳв шудани рефлексҳо ба қайд гирифта шуд, баъзан вайрон шудани амали фурубарӣ ва макидан ба назар мерасад. Бисёри вақтҳо олусӣ, нистагм, гипотонияи мушакҳо, тонуси тағйирёбандаи баланди мушакҳои андомҳои поёниву болоӣ, микросефалия ва гидросефалия муайян карда мешавад. Дар таҳқиқоти ултрасадоӣ (ТУС) кистаҳои модаи майнаи сар ошкор карда шуд.

Дар 3 нафар кӯдак шакли гурдавии он ташхис карда шуд. Нефропатия ҳамчун нефрити интерститсиалӣ зоҳир гашт. Дар пешоб изҳои сафеда, цилиндрҳои тоқа-тоқаи

гиалинӣ, лейкоцитҳо, баъзан эритроцитҳо ошкор карда шуд. Ҳангоми микроскопия дар таҳшини пешоб хучайраҳои ситомегалӣ ошкор карда шуданд.

Шакли меъдагӣ-рӯдагии беморӣ дар 6 кӯдак муайян карда шуд, дар инҳо дамиши шикам, рангпаридагии қабатҳои пӯст, қайқунии устувор, ақибмонии инкишофи ҳисмонӣ, зиёд шудани қазои ҳоҷатқунии обакӣ то 10-15 маротиба дар як шабонарӯз ба мушоҳида мерасад. Миқдори зиёди чарби нейтралӣ дар робита бо осеби гадуи зерӣ меъда типӣ аз нав пайдошавии поликистозӣ муайян карда шуд. Ҳангоми ССМВ модарзодӣ осеб дидани роҳи ҳозима дар амалияи клиникӣ кам ба назар мерасад. Асосан синдроми дипепсӣ дар шакли энтероколит бартарӣ дошт, ки боиси пешравии дистрофӣ гардид.

Шакли чигарии беморӣ дар 4 нафар кӯдак дар шакли гепатит муайян карда шуд. ССМВ гепатит бидуни зардшавӣ ва шаклҳои зардпарвин сурат гирифт. Дар ин чо симптоматикаи кам ва новозеҳ дида мешавад. Ҳолпт кӯдакони бемор қаноатбахш боқӣ мемонад. Дар шакли бе зардшавии гепатит гепатомегалия, баланд шудани сатҳи аминотрансфераз, бартари АсАТ бар АлАТ дида мешавад. Шакли зардшудаи гепатит ду намуд дорад: бо чараёни хуб, тадричан шифо ёфтаи ва ташаккул ёфтани сирозии билиарӣ, дар натиҷаи холангити инсидодӣ. Дар шакли зардшудаи гепатит ҳолати кӯдакони беморба таври қиддӣ вайрон нашудааст. Ҳангоми ССМВ-гепатити чараёнаш хуб зардшавии норавшани қабатҳои пӯст, пешоби рангаш тира, пасафканди рангаш бетағйир, гепатоспленомегалия, гиперферментемияи муътадил бо бартарӣ доштани трансaminaзҳои аспарагинӣ бар аланинӣ, баланд шудани сатҳи билирубин бо бартарӣ доштани фраксияи мустақим ва мавҷуд будани маркерҳои репликасияи фаъоли ССМВ ба мушоҳида мерасад.

Дар варианти дигар дар 1 кӯдаки бемори дорои осеби ситомегаловирусии чигар ҳангоми ССМВ модарзодӣ сирозии билиарии чигар ташаккул ёфтааст, вайдар қисми дуҷои соли авали ҳаёт боиси фавт гаштааст.



Хангоми ССМВ модарзодӣ спленомегалия зиёд ба мушоҳида мерасад. Вай метавонад, ки ягона аломате бошад, ки ба сироят хангоми таваллудшавӣ ишора кунад. Спленомегалия маъмулан, назар ба гепатомегалия дарозтар боқӣ мемонад. Фавтияти максималӣ аз сирояти ситомегаловирусӣ дар 3-4-солагӣ ба амал меояд. Шакли шадиди ССМВ мумкин аст, ки шакли музмини или латентӣ гузарад, ки метавонад реактивӣ шавад.

Хамин тавр, ССМВ яке аз проблемаҳои-актуалии тибби муосир боқӣ мемонад. Он дорои хусусиятҳои гуногунии аломатҳои клиникӣ мебошад, ки аксар вақт таҳти ниқоби бемориҳои дигар меугузарад. Ин тақозо мекунад, ки табибони оилавие, ки бо навзодон ва кӯдакони синну соли барвақт сари кордоранд, нисбат ба ин сироят муносибати ҷиддӣ дошта бошанд, то ин ки ин беморӣ сари вақт таъхис ва табобат карда шавад.

АДАБИЁТ

1. Никонов А. П. Цитомегаловирусная инфекция и беременность / А. П. Никонов, О. Р. Асцатурова // Гинекология. - 2010. - Т.9. - №1. - С.20-27.
2. Баранова И. П. Клинические проявления ЦМВИ у детей первого года жизни / И. П. Баранова [и др.] // Детские инфекции. 2008. №2. С. 29 - 32.
3. Яцик Г.В. Цитомегаловирусная инфекция / Г.В. Яцик, Н.Д. Одинаева, И.А. Беляева. - Практика педиатра. 2011. - С. 5 - 12.
5. Максимова С.М. Цитомегаловирусная инфекция. Особенности клинического течения у детей раннего возраста / С.М. Максимова, И.Т Самоценко, Л.Д. Никонец. - Педиатрия/неонатология. Лечащий врач. - 2010. - №6. - С. 27.
6. Краснов А.В., Кожевина Г.И., Кулагина О.И., Черных М.В. Цитомегаловирусная инфекция: Методические рекомендации для практических врачей, интернов и студентов медицинских вузов. - Кемерово: КемГМА МЗ РФ, 2012. - 57 с.
7. Кочкина С.С., Ситникова Е.П. Цитомегаловирусная инфекция у детей: клиника, диагностика, лечение: Учебно-методическое пособие для студентов. - Ярославль: Аверс, 2012. - 84 с.
8. Кочкина С.С., Ситникова Е.П. Клинические "маски" врожденной цитомегаловирусной инфекции у детей // Вестник современной клинической медицины. - 2013. - Том 6. - выпуск 1. - С. 31-32.
9. Мангушева Я. Р. Цитомегаловирусная инфекция у детей. / Я. Р. Мангушева., И. М. Хаиртымова., Л. И. Малышева // Практическая медицина. 2014. №7. С. 11 - 16.
10. Щербак В.А., Попова Н.Г., Степанова Н.Н. Цитомегаловирусная инфекция у новорожденных: необходимость смены устоявшихся представлений // Вопросы практической педиатрии. -2015. Т.10. - №1. - С.46-53.
12. Mark R. Schleiss. Cytomegalovirus Infection/ 2008.www. medscape. com.

КЛИНИЧЕСКИ СИМПТОМЫ ЦИТОМЕГАЛОВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ У ДЕТЕЙ

Рахматуллоева З. Р., Умарова З. К., Хайдарова С. Ф., Ходчаева З. Г.

Цель исследования. Изучить некоторые аспекты клинических проявлений ЦМВИ у детей раннего возраста.

Материалы и методы исследования: проводилось полное клиническое и лабораторное исследование, инструментальное ПЦР и ИФА у 39 больных детей с ЦМВИ.

Результаты исследования. У 12 больных детей с мононуклеозоподобной формой заболевания начиналось остро с повышения температуры тела, слабости, понижения аппетита, боли в горле, увеличения шейных и подчелюстных лимфатических узлов. Лабораторно: лимфоцитоз, моноцитоз, сегмен-



топления и атипичные мононуклеары до 10%. Методом ПЦР обнаружена ДНК ЦМВ положительно.

При локализованной форме ЦМВИ у 8 детей - сialoadenitный вирус обнаруживался в тканях слюнных желез, чаще в околоушных, реже подчелюстных, подъязычной, лимфоузлы увеличены были с обеих сторон.

Генерализованная форма ЦМВИ выявлена у 19 больных детей, в виде -заболевания легких, почек, печени, кишечника, сер-

дечно сосудистой системы и ЦНС.

При врожденной ЦМВИ нередко выявлялась спленомегалия.

Таким образом, ЦМВИ является одной из актуальных проблем современной педиатрии и врачей общей практики, что служит серьезным основанием для более внимательного отношения врачей к диагностике и профилактике этого заболевания.

Ключевые слова:цитомегаловирусная инфекция, клинические особенности, дети.

THE PRESENT TIME CLINICAL DISPLAY OF CMV INFECTION OF CHILDREN

Rahmatulloeva Z. R., Umarova Z. K., Haidarova C. F., Nuriddinova N.N., Hodgaeva Z. G.

The aim of the study: was to study of some aspect of clinical display cytomegalovirus of children early age.

Material and methods. Of study was conducted full of clinical and laboratory study. Instrumental; PZR and IFA of 39 patients children with cytomegalovirus.

The results of studies. Of 12 patients' children with mononyklooz like form begin sharp with rise temperature of body weakness, draping appetite, sickness in throat, increase of neck and sub-maxillary lymphatic function.

Laboratory:lymphocytoz, monocytoz, segmentation and typical monocular to 10%. With method of PZR to disclose DNA positively to cytomegalovirus.

By local form cytomegalovirus of 8 children - sialoadenytion infection disclosed in tissue saliva gland, often near the ears, seldom sub maxillary, sub-lingual, lymphatic increased by two sides. General form of cytomegalovirus appeared of 19 patients' children. Looking sic knees lungs, kidneys, livers, intestine, heart-vascular system and ZNS. In congenital TMV quite often display splenomegalya.

So: ZTMV is one of the actual problem the present time of pediatrics and general practice of doctors, it is series thing to service more attentive attitude doctors to diagnostics.

Key words: cytomegalovirus infection, clinical features, children.

Рахматуллоева З.Р.- соискатель ассистент кафедры семейной медицины №2 ТГМУ имени Абуалиибни Сино.Тел. +(992)919-13-75-05.Е-mail: zuhra-54@inbox.ru

Rahmatulloeva Zuhrahon Rahmatulloevna, assistant of family medicine department №2, of Avicenna Tajik state medical university, E. mail: zuhra-54@inbox.ru, tel.: 919137505.

ТАЪСИРИ МУОЛИҶАИ ТАСҲЕҲКУНАНДАИ МАСУНИЯТ БА ҲОЛАТИ СОЛИМИИ КЎДАКОНИ ГИРИФТОР БА КАМХУНИИ НОРАСОИИ ОҶАН

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

Кафедраибеморихоикудаконаи №2 ДДТТ ба номи Абуали ибни Сино

(мудирикафедра д.и.т. профессор Исмоилов К.И)

Мухимияти таҳқиқот. Камхунӣякеа збеморихоест, ки дар баробари сироятҳои респиратории вирусӣ дар мавриди кӯдакон, хусусан дар соли авали умр ва

наврасӣ зуд-зуд мушоҳидамешавад [1,2,4]. Имрӯзҳо маъмул аст, ки камхунӣ нодираи универсалии "байнифани"-и клиникӣ-лабораторие ба шумор мера-



вад, ки табибони 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 камхуниҳо норасоии оҳан (КНО) нисбатан интишорёфта буда, то 80%-и тамоми камхуниҳоро ташкил менамояд. КНО ҳамчун маҷмӯи симптомҳои клиникӣ-гематологие 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% популясияи 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 2млрд одам мубтало ба КНО мебошанд ва норасоии оҳан бошад, тақрибан дар 60-80% аҳолии курраи 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 ислохкунандаи масуният ба ҳолати солимии кӯдакони бемори мубтало ба КНО

Мавод ва усулҳои таҳқиқот. Барои ҳал кардани вазифаҳои таҳқиқоти мазкур дар мавриди 35 кӯдаки гирифта ба КНО, дар синни аз 1 то 15 сола, ки барои муолиҷаи статсионарӣ дар шуъбаи гематологии кудакони 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 хоричшудан ва пас аз 6 моҳ пас аз анҷоми муолиҷа муоина карда шуданд. Дар шароити шуъбаи гематологияи кӯдакони ММТ таҳти назорати мо 35 бемори гирифта ба КНО қарор дошт. Аз ҷумла 20 духтар - 47,2% ва 15 писар буданд, ки мувофиқан 47,2%-ро ташкил медиҳад. Тамоми беморон аз усулҳои клиникии муоина, гемограмма, таҳлили биохимиявии хун бо муайян кардани чузъи билирубин, гадуи зардоб гузаштанд. Мувофиқи нишондод пунксияи мағзи устухон, таҳқиқи морфологияи эритроцитҳо низ ба амал оварда шуд. Бемороне, ки мувофиқи чинс ва син ҷудо карда шуданд, ҳулосаи он дар ҷадвали 1 оварда шудааст.



Расми 1. Духтари 13 сола, ки гирифтаи камхунии дараҷаи вазнин.

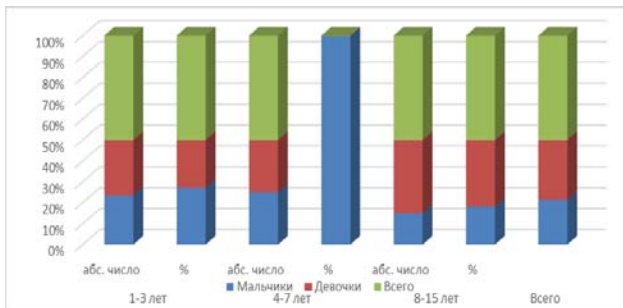


Расми 2. Писараки 3 солаи мубтало ба камхунии дараҷаи вазнинии миёна.



Симптомҳои камхунӣ бо нокифоягии таъмин шудани бофтаҳо бо оксиген алоқамандӣ дорад: сустӣ, чарх задани сар, нафастангӣ, берангии пӯсту луобпардаҳо, тахикардия, шавшуви функционалии систолӣ.

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 санчишӣ, ба таври назаррас фарқ намеркард, аммо хусусан бо иммунофенотипҳои CD4 тамоюл ба коҳишёбиро доштанд.

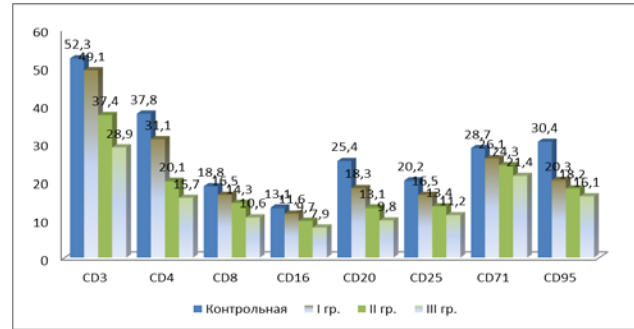


Чадвали 1. Тақсим шудани беморони КНО мувофиқи син ва ҷинс

Зимни беморони гирифтор 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 гирифтор ба камхунии дараҷаи сабук, инчунин фарқияти саҳеҳ низ зоҳир карда шуд ($p < 0,001$).

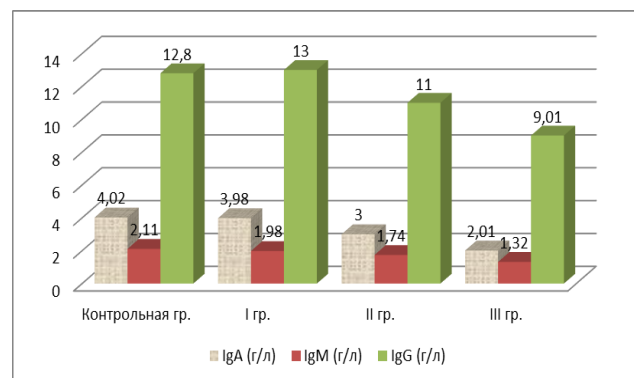
Дар мавриди беморони мубтало ба камхунии дараҷаи вазнин, қиёсан ба гурӯҳи кӯдакони солим, ба таври назаррас коҳиш ёфтани нишондиҳандаҳои Т-хучайраҳо ва зерпопулятсияи онҳо мушоҳида гардид ($p < 0,001$). Ҳангоми муқоиса кардани нишондиҳандаҳои миёнаи Т-лимфотсит бо ретсепторҳои CD4, CD8 ва CD16 дар беморони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



Расми 3. Миқдори Т-лимфотсит ва зерпопулятсияи онҳо дар кӯдакони мубтало ба КНО миёнаи камхунӣ, ки чунин нишондиҳанда доштанд, фарқияти саҳеҳ дар мавриди гурӯҳи дуҷум ошкор карда шуд.

Ҳамин тавр, зимни беморони гирифтор 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 миқдори гемоглабин дар ҳуни канорӣ вобастагӣ дошт.



Расми 4. Масунияти гуморалӣ ҳангоми КНО

Ҳангоми муқоиса кардани қимати миёнаи Ig A, M, G дар ҳуни 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 (А, М, G) дар мавриди кӯдакони мубтало ба дараҷаи сабуки КНО аз чунинҳо зимни беморони гурӯҳи санҷишӣ фарқ намекард. Ҳамзамон, қимати фраксияи иммуноглобулинҳо, хангоми 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 шу-

дани миқдори В-хуҷайраҳои лимфоситарӣ (мувофиқан CD20 - 13,1+0,71; 9,8+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
(заведующий кафедры - д.м.н. профессор: Исмаилов К.И.)

Резюме. 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 кле-

точного и гуморального 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 (head of department - d.m.s., associate professor K.I. Ismoilov)

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 бемориҳои кӯдакони №2 ДДТТ ба номи Абуали ибни Сино. E-mail: khodjaevanikzan@mail.com, 935002090

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

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.

ПИЕЛОНЕФРИТ ДАР КӯДАКОН

Шарҳи адабиёт

Бабаева Л.А.1, Раҳимов Т.И.1, Қосимова П.В.1, Астанақулов С.Р.1, Қурбонов Қ.М.2

Кафедраи таълими асосҳои бемориҳои кӯдакони (мудири кафедра - н.и.т., дотсент Бабаева Л.А.) МДТ "Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абуалӣ ибни Сино", 2. Кафедраи эпидемиология ва бемориҳои сироятии ДМТ.

Муҳиммият. Пиелонефрит (ПН) бемории умумии организм бо осеби бештар сироятӣ-илтиҳобии бофтаҳои интерстициалӣ, низоми ҷому хавзак бо фарогирии найчаҳо ва дигар сохторҳои гурдаҳо ба раванди патологӣ мебошад, ки барояш нишонаҳои бемории сироятӣ, мавҷудияти ҳадшаҳои фиброзӣ дар паренхимаи гурдаҳо ва ихтилоли ҳолати функционалии гурдаҳо ба навъи тубулоинтерстициалӣ хос аст. Тибқи таъриф [33], истилоҳи "пиелонефрит" илтиҳоби гурдахоро ифода мекунад, ки ба сирояти роҳҳои пешобгузари болоӣ алоқаманд аст. Аз лиҳози макроскопӣ дар гурдаҳо қитъаҳои илтиҳобӣ ва варамнокии бофта муайян мешаванд. Аз нигоҳи гистологӣ дар паренхима ва дар найчаҳои гурдаҳо бактерияҳо ошкор карда мешаванд, ҳамчунин варам ва гоҳо осеб дидани сохтор мушоҳида мегардад. Дар воқеъ ПН-ро ҳамчун ин-

фексияи роҳҳои пешобгузар таъриф мекунад, ки ба чараёнаш таби +38°C ва табларза ҳамроҳ мешавад. Пайдоиши ҳадшаҳо дар паренхимаи гурдаҳо дар оқибати раванди шиддатнок, бисёр вақт ҳамроҳ бо рефлюкси музмин, аз пиелонефрити музмин гувоҳӣ медиҳад [33,39,50].

Эпидемиология. Аз лиҳози паҳншавӣ ПН пас аз сирояти шадиди вирусии роҳҳои нафас дар кӯдакон дар ҷойи дуҷум аст ва дар байни ин бемориҳо алоқамандии зич вучуд дорад. Масалан, дар урологияи кӯдакони ҳар ҳодисаи 4-уми гирифташавӣ ба пиелонефрит дар кӯдаки синни барвақтӣ оризаи инфексияи шадиди роҳҳои нафас мебошад.

Теъдоди аз ҳама зиёди ҳодисаҳои ПН миёни кӯдакон дар синни томақтабӣ ба қайд гирифта мешавад. ПН-и шадид 3 маротиба бештар дар духтарон ташхис мешавад, ки сабабаш ҳосагиҳои анатомияи занонаи



шуъбаҳои поёнии роҳҳои пешобгузар мебошад (наии пешобрез васеътару кӯтоҳтар аст) [4]. Тахминан 1% бачаҳо ва 3-5% духтарон дар кӯдакӣ лоақал як ҳодисаи гирифтравӣ ба сирояти низоми пешобро (СНП) аз сар мегузaronанд ва дар 30-50% ин кӯдакон ҳадди ақал як ретсидив қайд мегардад, маъмулан дар давоми се моҳи аввал [52]. Зимнан танҳо дар ИМА ҳарсола тақрибан 1,5 млн ташрифҳои кӯдакон ба амбулатория ба СНП вобаста аст [24]. Мувофиқи маълумоти таҳқиқоти проспективии мултимарказ, дар кӯдакони то 2-моҳа хавфи рушди СНП 9%-ро ташкил медиҳад, зимнан дар давраи неонаталӣ писарон аз духтарон зиёдтар касал мешаванд [34,52,57].

Этиология. ПН ҳамчун беморӣ аз лиҳози баромади худ илтиҳоби масуниятии бофтаи гурда бо осеби инитсиалии авлавиятноки интерститсӣ мебошад, ки сироят илқо кардааст. Аз ин сабаб дар байни омилҳое, ки ба инкишоф ёфтани он боис мегарданд, сироят асосӣ маҳсуб меёбад. Аз ин бармеояд, ки ПН ҳамчун беморӣ натиҷаи амалҳои мутақобила дар макроорганизм, бо махсусиятҳои ба он хоси генетикӣ, функционалӣ ва ғайра мебошад, ки комплекси васеи патогеният дорад. Хислати ин таъсирхоро ҳамзамон ҳам хосиятҳои макроорганизм ва ҳам хусусиятҳои хоси зиддигенӣ ва вирулентии микроорганизм муайян мекунад. Таъсири байниҳамдигарии макро- ва микроорганизмҳо дар раванди инкишофёбии ПН омили ҳалқунандаи саршавӣ мебошад, ки хусусиятҳои инкишоф ва чараёни бемориро муайян мекунад [26]. Агентҳои асосии этиологии СНП бактерияҳои оилаи Enterobacteriaceae ва баъзе микроорганизмҳои дигар мебошанд, ки манбаи асосии онҳо микробиосенози меъдавӣ аст. Айни замон шубҳае нест, ки хусусияти микрофлораи пешоби кӯдакони гирифтравӣ ба СНП аз синну сол вобастагӣ дорад. Масалан, дар навзодону атфолӣ синни то яксола яке аз механизмҳои пешбарӣ ба гурдаҳо роҳ ёфтани бактерияҳо, ба назар мерасад, транслокатсияи онҳо аз меъда мебошад. Бинобар ин беш аз ҳама ба сифати ангебандаи инфексияи низоми пешоб дар давраи неонаталӣ ва давраи ширхорагӣ

Escherichia coli воমেҳӯрад, пас аз он аз рӯйи басомади вохӯрӣ Klebsiella pneumoniae, Proteus mirabilis, бактерияҳои "коли"-монанд, Pseudomonas aeruginosa, Enterococcus, Staphylococcus ва Streptococcus-и гурӯҳи В мавқеъ доранд [41,44,46]. Бештари муҳаққиқон бар ақидае ҳастанд, ки пас аз давраи синни ширхорагӣ роҳи асосии воридшавии бактерияҳо ба гурдаҳо болоравӣ аст. Зимнан, бо афзоиши синну сол нақши этиологии E.coli коҳиш меёбад ва ҳамзамон басомади ошкорнамоии энтеробактер, протей ва микроорганизмҳои дигар меафзояд. Дар 95% ҳодисаҳо сабаби ПН дар кӯдакон микроорганизмҳои грам-манфӣ мебошанд. Ангебандаҳои асосии ПН намояндагони оилаи Enterobacteriaceae (82,4%) ҳастанд, аксаран E.coli, ки дар 54,2% ҳодисаҳо дарёфт мешуд (бо тағйирёбӣ дар байни нишондоҳо аз 50,0% вақти бошиддат будани чараёни беморӣ то 58,4% ҳини музмин будани он). Дар байни ангебандаҳои ПН дар ҷойи дуҷум Enterobacter spp. аст, ки дар 12,7% ҳодисаҳо пайдо карда мешавад. Пас аз ин бо басомади тахминан баробар Enterococcus spp. - у 8,7%, Klebsiella pneumoniae - у 5,0%, Proteus mirabilis - у 4,5% и Pseudomonas aeruginosa - у 4,4% ҷой мегиранд. Дар пешоби 4,3% кӯдаконе, ки ПН доранд, Staphylococcus spp. муайян мегардид. Дар пешоби 6,2% навъҳои дигари микроорганизмҳо ошкор мегардиданд [12]. E.coli патогени бактериялии аз ҳама паҳнғаштатар мебошад (85,5%) [44].

Омилҳои хавфи инкишофёбии ПН-ро ба чанд гурӯҳ ҷудо кардан мумкин аст [2,3]:

1. Омилҳое, ки резистентнокии макроорганизмро нисбати колонизатсия паст мекунад ва дар он ташаккул ёфтани сарчашмаҳои эндогении бактерияҳои эҳтимолан уропатогениро таъмин менамоянд;

2. Омилҳое, ки раванди транслокатсияи бактерияҳоро аз биотопҳои аввала ба низоми лимфохунии макроорганизм шиддат мебахшанд ва ба инкишоф ёфтани бактериемия ва сироятёбии гурдаҳо боис мегарданд;

3. Омилҳое, ки устуворшавии уропатогенҳоро дар гурдаҳо сабук намуда, ба коло-



низатсияи бактерияҳо дар паренхимаи гурда ва низоми чому ҳавзак мусоидат менамоянд.

4. Омилҳое, ки ба сар шудани раванди сироятии илтиҳобӣ дар гурдаҳо мусоидат мекунад, боиси иқтидоргири ва модификатсияи он мешаванд.

5. Омилҳое, ки боиси коҳиш ёфтани механизмҳои санатсияи узвҳои низоми пешоб мегарданд ва барои персистенсияи уропатогенҳо дар гурдаҳо шароит ба вучуд меоранд.

Аномалияҳои модарзодӣ ё пайдошуда, аз ҷумла дисплазия, гипоплазия ва обструксия, хавфи инкишофёбии ПН-ро зиёд мекунад. Ҳатто ҳангоми ҷой надоштани ихтилолҳо дар роҳҳои пешобгузар, ситит метавонад сабаби рефлюкси масонаю пешоброҳа шавад (РМП) ё РМП-и мавҷударо бадтар карда, ба ПН сабаб шавад. РМП хавф ва андозаи осебҳои қишриро дар гурдаҳо зиёд мекунад ва осебҳои аз лиҳози клиникӣ муҳим метавонанд бидуни РМП инкишоф ёбанд. Пиелонефрити обструктивӣ бештар аз ҳама дар кӯдаконе мушоҳида мешавад, ки сабаби ихтилоли уродинамикашон РМП гаштааст. Он дар 92% ҳолатҳо ҷой дорад [49]. РМП ҳолати патологӣ пайваस्तгоҳи масонаю пешоброҳа аст, ки аз сабаби ихтилоли механизми пӯшидашавии ин шӯбаи роҳҳои пешобгузар рӯй медиҳад, дар оқибати ин пешоб, ки тариқи пешоброҳа ба масона ҳаракат мекунад, зеро таъсири фишори дохилии масона ҳамеша ё гоҳ-гоҳ ба роҳҳои болоии пешоббарор ба самти гурдаҳо бармегардад. Вақте дар натиҷаи муддати тӯлонӣ вучуд доштани РМП декомпенсатсияи функционалии пешоброҳа рух медиҳад, пешоброҳа наметавонад пурра аз пешоб холӣ шавад. Падидаи уростаз тадричан ба низоми ҷамъоварандаи гурда паҳн гашта, боис ба болоравии фишори дохилии ҳавзак мешавад. Айни замон радбадандии соли 1981, ки кумитаи давлатӣ оид ба омӯзиши бемории мазкур тақлиф кардааст, васеъ паҳн гаштааст. Мувофиқи он дараҷаҳои зерин пешниҳод мешаванд: дараҷаи I - пур шудани сеяки поёнии пешоброҳа; дараҷаи II - пур шудани тамоми низоми ковоки гур-

да (бидуни ёзиш); дараҷаи III - пур шудани тамоми низоми ковоки гурда бо ёзиши ҷомҳо; дараҷаи IV - пур шудани тамоми низоми ковоки гурда бо ёзиши ҷомҳо ва пешоброҳа (зиёда аз 0,7 см); дараҷаи V - уретерогидронефрози рефлюксӣ бо коҳишёбии бошиддати функсияи гурда. РМП-и дараҷаи баланд метавонад ба андозаи назаррас хавфи ба вучуд омадани ПН-ро зиёд кунад. Маълумоте ҳаст, ки РМП дар 33% кӯдакон бо ПН-и шадид вомерӯрад. Зимнан, дар кӯдакони дорои РМП ПН-и шадид 1,5 маротиба бештар аз ҳолатҳои бе РМП ба вучуд меояд [53]. Ғайр аз ин, мавҷудият ва ҳам дараҷаи РМП ба андозаи назаррас бо ташаккулёбии хадшаҳо дар паренхимаи гурда вобаста буданд [53]. Паҳншавии хадшаҳо дар гурдаҳо дар байни кӯдакони дорои РМП нисбати кӯдаконе, ки РМП надоранд, 2,6 маротиба зиёд аст.

Ҳангоми мавҷудияти РМП-и дараҷаҳои III - V дар беморон, эҳтимоли ташаккулёбии хадшаҳо дар гурдаҳо 2,1 эҳтимоли бештар аз нишондодҳои беморони дорои дараҷаи I-II РМП буд. Дар байни дигар омилҳои хавфи инкишофёбии ПН дар кӯдакон пешобронии ғайрисаривактӣ ва ё нопурра мавқеи муҳим дорад, ки дар оқибати масонаи нейрогенӣ, обструксия ё пешобронии дисфункционалӣ рух медиҳад. Ҳолатҳои номбаршуда хавфи стази пешоб ва рушди аз ҳадзуди колонияи бактерияҳоро зиёд мекунад. Қабзият низ метавонад сабаби ихтилол дар холикунии масона шавад, ки ин ба дармондан ва сирояти болораванда мебаррад. Катетергузорӣ метавонад хавфи воридшавии бактерияҳоро ба найчаи пешоббарор ва масона ва пасон тариқи болоравӣ ба гурда зиёд намояд. Дар адабиёт маълумоти боэҳтимолро дар он хусус пайдо кардан мумкин аст, ки дар писарони хатнашуда хавфи инкишофёбии сироятҳои пешоброҳаҳо (СП) дар соли якуми ҳаёт 1 аз 1 000-ро ташкил медиҳад, дар ҳоле ки дар писарони хатнашуда хавфи инкишофёбии СП тахминан ба 1 аз 100 баробар аст. Дар маҷмӯъ, басомади вохӯрии СП дар писарони хатнашуда 0,2-4% баҳо дода мешавад, дар ҳоле ки басомади инкишофёбии СП дар писарони хат-



наношуда 5-20 карат (20,1%) аз писарони хатнашуда бештар аст [54]. Ҳарчанд ҳангоми ин дараҷаи хавфнокӣ ПН-и шадид, мутаассифона, муқаррар карда нашудааст.

Манзараи клиникӣ. Болоравии беалома-ти ҳарорати бадан то 39- 40°C бе сабабҳои аён хос аст (бидуни сулфа, биниравӣ, анги-на ва дигар манбаҳои илтиҳоб). Гипертер-мияи ногаҳон пайдошуда тезгузар аст (1-2 рӯз) ва худ аз худ аз байн меравад. Ин ҳолат-ро бисёр вақт табибони педиатр ё табибо-ни таҷрибаи умумӣ гумони ОРВИ ё зуком мекунад, бо вучуди чандин бор дар ҳамон як кӯдак такрор ёфтани он. Бинобар ин, кӯдаконе, ки бесабаб ҳарорати баданашон то 38-40°C баланд мешавад, бояд мавриди муоинаи маҷмӯи нефроурологӣ қарор ги-ранд. Раванди музмини ПН бе шиддатёбӣ аломатҳои хеле кам ва суст ифодаёфта до-рад. Танҳо пурсуҷӯи мақсаднок дар ошкор намудани аломатҳои аз қабилӣ дарди миён, лаҳзаҳои субфебрилитети гӯё бесабаб, лар-за, гоҳ ихтилолҳои пешобронӣ (дизурия, поллакиурия) ёрӣ мерасонад. Зухуроти ас-тенияи инфекционӣ аз қабилӣ хасташавӣ, ҳисси бемадорӣ, коҳиш ёфтани коршоямӣ маъмуланд (ҳарчанд ин аломатҳо чунон паҳн шудаанд, ки клинитсистон хеле кам онҳоро ба ягон шакли нозологии мушаххас алоқаманд медонанд). Зухуроти ПН-и муз-мин, ки бисёр вақт ягона ҳам ҳастанд, мета-вонад синдроми пешобӣ (лейкотситурия дараҷаҳои гуногун, бактериурия, протеину-рия, ки бештар аз 1г/шабонарӯз нест), ане-мияи бо душворӣ табобатшаванда (ҳамчу-нин ҳангоми ҷой надоштани аломатҳои но-расоии гурда) бошанд. Дар кӯдакон бисёр вақт ПН-и музмин бо таъхир дар қадкашӣ ва рушд ифода меёбад. Аломатҳо ва ҷараё-ни клиникӣ ПН-и обструктивӣ дар синни тифлӣ бисёр вақт бо хусусиятҳои механиз-мҳои патогенетикии пайдоиши он алоқа-мандӣ доранд, ба ибораи дигар, ба табиат, дараҷаи ифодаёбӣ ва баргардандагии ихти-лолҳои уродинамика, инчунин дисплазияи амиқи гурдаҳои ба онҳо ҳамроҳ вобастагӣ доранд. Дар кӯдакони синни ширхорагӣ ва бармаҳал ПН-и обструктивӣ шиддати беш-тар дорад, бо гипертермияи баланду тӯлонӣ

ва интоксикатсияи умумии организми кӯдак, ки зуд ба вучуд меояд, ифода меёбад. Дар кӯдакони гурӯҳи синнусолии калон хур-ӯҷи илтиҳоб кам ва кӯтоҳ рӯй дода, бо бо-лоравии ҳарорати бадан то 38-40°C зухур мекунад, ба навбат бо давраҳои мудаввом-тари раванди ноаён ба амал меояд, ки ин аз лейкоцитсурия гувоҳӣ медиҳад. Яке аз хис-латҳои умумӣ ва хоси ҷараёни клиникӣ ПН-и обструктивӣ дар кӯдакон муқовимат-пазирӣ нисбати муолиҷаи зиддибактериявӣ мебошад [35,36,43]. Истифода танҳо аз во-ситаҳои зиддибактериявӣ натиҷаи кӯтоҳ-муддат медиҳад ва пас аз қатъи он нишо-наҳои раванди илтиҳобии ҷойдошта (беш-тар лейкоцитсурия) аз нав пайдо мешаванд.

Тафовутҳоеро, ки дар аломатҳо ва ваз-нинии ҷараёни клиникӣ ПН-и обструктивӣ мушоҳида мегарданд, хусусиятҳо ва ифода-ёфтагии ихтилолҳои анатомӣ-функциона-лии роҳҳои пешобгузар, ҳамчунин сатҳи обструксияи онҳо муайян мекунад.

Аз ин сабаб тавсифи аломатҳои ПН-ро бо шаклҳои мушаххаси нозологии анома-лияҳои модарзодӣ ва ҳолатҳои патологияи функционалии роҳҳои пешоббарор иртибот додан мебошад, ки ин ба табиби амалӣ дар муқаррар намудани ташҳиси дурусти қаблӣ ҳангоми азназаргузаронии якуми кӯдак ва муоинаи минбаъдаи бемор дар самти лози-ма мусоидат хоҳад кард. Дар кӯдакони до-рои гидронефроз ПН-и обструктивӣ бештар ноаён гузашта, гоҳ-гоҳ тариқи лейкоцитсу-рияи муътадил ва дарди кунд дар нимаи дах-лдори камар зухур мекунад. Хурӯҷҳои пи-елонефрит зиёд рӯй намедиҳанд ва тариқи дардҳои шиддатноки халамонанд дар мав-зеи камар ва ҳарорати баланди бадан ифо-да меёбанд. Пайдо шудани дарди бошиддат-ро ду шарт сабаб мегардад: варами парен-химаи гурдаҳо ва аз ин сабаб ёзидани гило-фи фибрози гурда, инчунин инфилтрат-сияи илтиҳобии пайвандгоҳи ҳавзаку пе-шоброҳа, ки обструксияи дар ин қитъаи роҳҳои пешоббарор мавҷудро вазнинтар мекунад. Дар амал ташҳиси бисёр кӯдако-ни гирифтӣ ба гидронефроз, ки онро ПН мураккаб мекунад, танҳо пас аз ифода ёфта-ни лейкоцитсурия равшан мешавад, ки ҳан-



гоми таҳқиқи тасодуфии пешоб ва ё дар ҳолати пайдошавии дард дар мавзеи камар муайян карда мешавад [54]. Дар давраи хурӯҷ ПН бо дарди бошиддат дар нимаи мутобиқи мавзеи камар, болоравии ҳарорати бадан то ба 38-40°C, дилбеҳузурӣ ва қайкунӣ, лейкоцитсурияи васеъ, лейкоцитозии хун ва баланд шудани СТЭ зуҳур мекунад. Ҳангоми палпатсияи мавзеи зерӣ қабурғаҳо ва фишор овардан ба мавзеи кунҷи устухонӣ-ҳароммағзӣ дард дар қитъаи таҳқиқшаванда яқбора шиддат мегирад. Дар аксари ҳолатҳо таъин гардидани муолиҷаи зиддибактериявӣ ба қатъшавии раванди шиддатноки илтиҳобӣ дар гурда ба муддати 6-12 рӯз сабаб мегардад. Ин кӯдакон бояд тариқи ҷарроҳӣ дар давраи пинҳонӣ ҷорӣ шудани ПН таъин карда шаванд. ПН-и обструктивӣ дар кӯдакони дучор ба РМП хусусиятҳои клиникӣ ва ҷараёни худро дорад, ки сабаб ҳамроҳ будани он бо шаклҳои гуногуни дисфунксияи масона мебошад. Хусусиятҳои мазкур аз ҳамгирии ихтилолҳои пешоббарорӣ ва дошта натавонишани пешоб бо аломатҳои илтиҳоби масона иборатанд, ки дар ташҳиси дифференсиалии ҷойгиршавии манбаи илтиҳоб душвориҳои муайяно ба вучуд меорад. Зимнан, ихтилолҳои пешоббарорӣ ё дошта натавонишани пешоб бисёртар пеш аз пайдоиши аломатҳои илтиҳоб (лейкоцитсурия, гипертермия, дард дар мавзеи гурдаҳо) аён мешаванд [23,51]. Давраҳои тӯлонии илтиҳоб бо раванди суст ба навбат бо хурӯҷҳои кӯтоҳмуддат рух медиҳанд, ки бо болоравии ҳарорати бадан то ба 38-40°C, пешобронии зуд-зуд ва дардовар аз сабаби шиддат гирифтани систити ба он ҳамроҳ ва бадтар шудани дисфунксияи масона зуҳур меёбанд. Ҷараёни омехтаи ПН ва систит дар амалияи клиникӣ нисбатан зиёд мушоҳида мешавад. ПН қариб дар 75-80% ҳолатҳо дар шароити систит рушд мекунад, ҳоса дар сурати мавҷудияти РМП ё дисфунксияи нейрогении масона. Табиист, ки дар беморони гирифтӣ ба ПН метавонад систит инкишоф ёбад. Зимнан барои кӯдаке, ки ба раванди омехтаи ПН ва систит гирифтӣ аст, мавҷудияти дизурия, зиёд пешоб кардан, даъватҳои

императивӣ ба пешобронӣ, дошта натавонишани пешоб, дарди зерӣ ноф хос аст, ки ба систит ишора мекунад. Дар хотир бояд дошт, ки падидаҳои дизурӣ ба манзараи клиникӣ ПН ҳеҷ алоқамандӣ надоранд. Мавҷудияти падидаҳои дизурӣ аз систит гувоҳӣ медиҳанд. Инро ҳангоми таъин намудани муолиҷаи зиддибактериявӣ ба инобат гирифтӣ лозим аст [6,35,38].

Ташҳис. Барои ташҳиси ПН дар кӯдакон аз маҷмӯи усулҳои клиникӣ ва лабораторӣ-асбобӣ истифода мешавад. Онҳоро ба усулҳои ҳатмии таҳқиқ, ки ба ҳамаи беморон гузаронда мешаванд ва иловагӣ, ки мувофиқи нишондодҳои муайян мегузаронанд, ҷудо мекунанд. Шумораи тадқиқотҳои ташҳисӣ ба таври инфиродӣ муайян карда мешавад [48]. Аз тадқиқотҳои ҳатмии лабораторӣ барои муайян кардани раванди микробӣ-илтиҳобӣ ва фаъолияти он истифода мекунанд. Аз ҷумла, таҳлили клиникӣ хун, таҳлили умумӣ ва микдории пешоб, кишти пешоб дар микрофлора, антибиотикограммаи пешоб ва таҳлили биохимиявии хун (сафедаи умумӣ, фраксияҳои сафедагӣ, азот, фибриноген, СРБ) гузаронда мешавад. Ба ҷуз ин, тадқиқотҳои биохимиявии пешоб доир карда мешаванд (экскретсияи шабонарӯзии сафеда, оксалатҳо, уратҳо, систин, намакҳои калсий; нишондодҳои ноустувории ситомембранаҳо - этаноламин, пероксидҳо, липидҳо, қобилияи зиддикристаллсозии пешоб). Усулҳои иловагии тадқиқот баҳри таҳқиқ кардани фаъолият ва омилҳои экологии раванди микробӣ илтиҳобӣ тадқиқи хунро ба доштани Р-сафедаҳо, молекулаҳои миёна дарбар мегиранд, дар сурати тӯлкашии раванд бошад, натиҷа надодани муолиҷаи "анъанавӣ"-и зиддибактериявӣ, ананези оилавии собиқадор, гумонбарӣ аз сирояти омехта тадқиқоти пешоб гузаронда мешавад, ки таҳлил барои хламидияҳо, микоплазмаҳо, уреплазмаҳо, усулҳои ақсула-мали полимеразии силсилавӣ (АПС), усулҳои кишт, ситологӣ, серологиро фаро мегирад [12]. Дар баъзе ҳолатҳо пешобро ба мавҷудияти занбӯруғҳо ва микобактерияҳои сил таҳқиқ мекунанд (кишти пешоб, усулҳои ташҳиси фаврӣ). Таҳқиқи мақоми



масуниятиро (сатҳи IgA-и секретсия, ҳолати фагоситоз) дар кӯдакони дорои дисфункцияи масуният анҷом медиҳанд [32]. Хатман таҳқиқотҳои лабораторӣ барои тавсиф намудани функционалии гурдаҳо гузаронда мешавад. Аз ҷумла, сатҳи креатинин ва азоти пешоб дар хун, клиренси креатинини эндогенӣ, таҳқиқи рН, оксиднокии титршаванда, экскретсияи аммиак, назорати диурез, назм ва ҳаҷми пешобравихоӣ ғайриихтиёр муайян карда мешавад. Озмоиши Зимнитскийро анҷом дода, ба назар мегиранд, ки дар кӯдакони то 4-5-сола озмоиши "озод"-и Зимнитский гузаронда мешавад. Таҳқиқотҳои иловагии лабораторӣ бо ҳадафи дақиқ кардани ҳолати функционалии гурдаҳо бо пешоб экскретсия шудани β_2 -микроглобулин, осмолярнокии пешоб ва дараҷаи ферментурияро дар бар мегиранд [2,7]. Таҳқиқоти хатмии асбобӣ ҳангоми бемориҳои микробии илтиҳобӣ, ҳамчунин ҳини мавҷудияти гипертензия - нишондоди шабонарӯзии монитории фишори шарёнӣ, таҳқиқи ултрасадоии узвҳои низоми пешоб (гурдаҳо ва масона), таҳқиқотҳои рентгенӣ-контрастиро (систографияи миксионӣ, урографияи экскреторӣ) фаро мегирад. Таҳқиқотҳои иловагии асбобӣ ҳангоми бемориҳои микробии илтиҳобии низоми пешоб таҳқиқи ултрасадоии чараёни хун дар гурда бо доплерометрияи импульсӣ (дар сурати музмин будани раванд, мавҷудияти гипертензияи шарёнӣ), таҳқиқотҳои радионуклидӣ (ангиографияи ғайримустақим) нефростсинтиграфияи динамикӣ бо радиофармпрепаратҳои тубулотропӣ (99МТс-МАГ-3) ва гломерулотропӣ (99МТс-Пентатех), мувофиқи нишондодҳо бошад - усулҳои функционалии таҳқиқи масона (урофлуометрия, систометрия)-ро дар бар мегиранд. Дар асоси нишондодҳои томографияи компютерӣ ва резонанси ҳастаии магнитиро низ доир мекунанд [37,48].

Меъёрҳои ташхис. Ташхиси ПН-ро дар асосии омехтагии аломатҳои зерин муқаррар мекунанд, ки асосӣ ва ҳалқунанда мебошанд [12]:

1. Мавҷудияти аломатҳои захролудшавӣ (рангканда будани сатҳҳои пӯст, сианози

периорбиталӣ, пастозӣ будани пилкҳо ва ғ.), аз 38°C боло рафтани ҳарорати бадан.

2. Дардҳо дар маҳалли камар ва шикам, дарднокӣ ҳангоми палпатсия дар мавзеи кунҷи устухонӣ-ҳароммағзӣ.

3. Дар таҳшини пешоб мавҷуд будани: а) лейкоцитурияи навъи нейтрофилӣ (зиёда аз 50% нейтрофил) бо мавҷудияти цилиндҳои лейкоцитарӣ; б) бактериурияи беш аз 100 ҳазор ҷисми микробӣ дар 1 мл пешоб; в) протеинурияҳо (камтар аз 1 г/л).

4. Халалёбии навъи тубулоинтерстициалии ҳолати функционалии гурдаҳо: а) осмолярнокии плазмаи хун на кам аз 275 мосмол/л ва осмолярнокии пешоб на кам аз 800 мосмол/л; б) кам шудани зичии нисбии пешоб ва нишондодҳои асидоғ ва аммониогенез; в) баланд шудани сатҳи β_2 .

-нишондоди микроглобулин дар плазмаи хун зиёда аз 2,5 мг/л ва дар пешоб зиёда аз 0,2 мг/л бошад.

5. Мавҷудияти термоасимметрияи ифодаёфта дар мавзеи камару чорбанд бо манбаъҳои васеи гипертермия, ки бисёр вақт ба сандуқи сина паҳн мегарданд; градиенти термоасимметрия зиёда аз 1°C.

6. Асимметрияи контрастҳо дар низоми ҷому ҳавзак, дағалшавӣ ва деформатсия (паҳну васеъшавӣ)-и сақфи ҷомҳо, пиелоектазия ва каликсэктазия, псоассимптом, афзудани ОРН (РКИ), мавҷуд будани хадшаҳо (дар сурати музмин будани беморӣ).

7. Дарозшавии бахшҳои секреторӣ ва экскреторӣ ренограммаҳо, асимметриявӣ будани онҳо (беш аз 1,5 дақ бечо шудани хатҳои қач ҳангоми расидан ба қулла), паст шудани ППЭ.

Ба сифати меъёрҳои иловагӣ нишондодҳои зеринро истифода мебаранд:

СТЭ-и бошитоб (беш аз 15 мм/с) ва лейкоцитоз (зиёда аз 9×10^9 /л) бо кӯчиши формулаи лейкоцитарӣ ба тарафи чап;

3. Болоравии титрҳои подтанҳои зидди-бактериявӣ (1:160 ва беш аз ин), дисиммуноглобулинемия (болоравии ҳамаи синфҳои синфҳои ҷудоғонаи иммуноглобулинҳои G, A ва M), сатҳи КМД (комплексҳои масунияти даврзананда) беш аз 0,046 воҳиди экстинтсия;



4. Сатҳи баланди сафедаи С-реактивӣ дар хун (болотар аз 20 мкг/мл), гипергамма ва гипералфа2- глобулинемия;

5. Мавҷудияти бактерияҳои бо подтанҳо пӯшонидашуда дар таҳшини пешоб (зиёда аз 2 бактерия дар 10 майдони назари микроскоп)

Дар робита ба ин, ошкорнамоии саривақтии ПН ва ташҳиси дифференсиалии он бо сирояти низоми пешоб дар кӯдакони синни бармаҳал, сарфи назар аз душвориҳои муайяни методӣ, фавқулода муҳим аст. Барои муайян кардани ташҳис на ҳама вақт истифода аз усулҳои анъанавии умумиклиникӣ, лабораторӣ ва функционалӣ кифоя аст. Дар зимн ҷустуҷӯи меъёрҳои дифференсиалӣ-ташҳисие муҳим аст, ки хусусиятҳои ҷалбшавии паренхимаи гурдари ба раванди патологӣ ошкор мекунад. Дар хотима қайд менамоем, ки аҳамияти ташҳисии усулҳои лабораторӣ ва асбобии таҳқиқот ҳангоми ПН дар кӯдакон фавқулода баланд аст, зеро ба ифодаи клиникӣ раванди илтиҳобӣ дар гурдаҳо полиморфизм хос аст, ғайр аз ин, дар баъзе ҳолатҳо аломатҳои барои илтиҳоби узвҳои низоми пешоб хос мушоҳида намегарданд ва танҳо ҳалалдор шудани назми пешобро қайд мешавад. Сабаби ин норасоии нисбии бофтаи гурда ва ноустувории ҳолати функционалии гурдаҳо дар кӯдакони 3 соли аввали ҳаёт мебошад.

Таботати ПН дар кӯдакон масъалаи кифоятан мураккаб аст, ки на танҳо донишмандони этиология ва патогенези беморӣ, балки ҳамчунин истодагарӣ дар роҳи расидан ба мақсадро металабад, зеро кам нестанд ҳолатҳои, ки беморӣ хусусияти мавҷнок бо хурӯҷҳои зуд-зуди ҷараёни пиелонефритӣ дорад.

Парҳездармонӣ. Айни замон шубҳае нест, ки дар кӯдакони гирифта ба ПН функцияҳои шубҳаҳои дисталии нефрон (найчаи печидаи дисталӣ ва милаҳои ҷамъоваранда) ҳалалдор мешаванд, ки дар онҳо аксаран равандҳои ба охирагии минераликунӣ ва ғализшавии пешоб, ҳамчунин озодшавии макроорганизм аз пайвайстагиҳои азоти турш ва ионҳои гидроген рух медиҳанд. Бинобар ин мавқеи муҳимро дар та-

ботати ПН парҳез ишғол мекунад. Зимнан, принципҳои парҳездармонӣ ба маҳдудкунии воридшавии микдори барзиёди намакҳои минералӣ ба организм, ҳамчунин моддаҳои экстрактивӣ, ки барои сегментҳои ишорашудаи воҳидҳои функционалии гурдаҳо "сарборӣ" ҳастанд, асос меёбанд [13]. Бо мақсади коҳиш додани сарборӣ ба низомҳои интиқолии найчаҳо ва тасҳеҳи ихтилолҳои мубодилавӣ дар марҳилаи фаъол аз мизи №5-и М.И. Певзнер, бе маҳдудкунии истеъмоли намак ва моеъ, истифода мебаранд. Фаровон моеъ нӯшидан (50% бештар аз меъёри синнусолӣ) - чойи камранг, компотҳо, шарбатҳо - тавсия мегардад. Обҳои маъдан бо сатҳи пасти ишқорнокӣ (монанди "Славянская", "Нафтуся") фоидоваранд - дар як бор аз онҳо сари ҳар килограмми вазн 2-3мл дар давоми 20 рӯз нӯшидан лозим аст. Микдори намак (дар як шабонарӯз 2-3 мг кам мекунад) ва моеъро танҳо ҳангоми ҳалал ёфтани функцияҳои гурдаҳо маҳдуд месозанд. Дар марҳилаи фаъоли беморӣ ба ғизои сафедагиро растанӣ бартарӣ медиҳанд. Фаъолии бисёр доруҳои зиддибактериявӣ аз аксуламали пешоб вобаста аст, аммо аз сабаби бонавбат рух додани реаксияи оксиднокшавӣ ва реаксияи асосӣ барои рушди микроорганизмҳо шароити номусоид ба вучуд меояд. Бинобар ин бонавбат истеъмом намудани ғизои сафедагӣ (турушкунанда) ва растанӣ (ишқорикунанда) ба мақсад мувофиқ аст. Барои оксидӣ (туруш) кардани пешоб гӯшти гов, нони сафед, панири саҳт, тухм (маҳсусан сафедиаширо), моҳӣ, меваҳо бо қанд, шарбати лимӯ, ҳасибӣ хукӣ, гӯшти хук, ғалладонагиҳо, ҷигар, биринҷ, моҳиҳо аз оилаи озодмоҳиҳо, мурғи марҷонро истеъмом бояд кард. Сатҳи ишқорнокии пешобро картошка (хусусан, агар бо пӯсташ пухта шуда бошад), рағани хук, себи тару тоза, буттамеваҳо (ҳамаи навъҳои, аммо бе шакар), карам, харбуза, сабзӣ, гулкарам, шир, сиёҳолуии хушк, мавиз, каду, помидор, тарбуз зиёд мекунад. Қайд бояд намуд, ки пешобро алмагел (5-граммӣ дар як шабонарӯз 3-борӣ 30 дақиқа пеш аз хӯрок) ва метионин (1-2-ҳабӣ 3-4 бор дар як шабонарӯз) туруш мекунад, дар ҳоле



ки истеъмоли натрий гидрокарбонат (0,3-граммӣ 3 бор дар як шабонарӯз), натрий ситрат ё лактат (3-4-борӣ дар як шабонарӯз ба миқдори 1-1,5 грамм) пешобро ишқорӣ мекунанд. Дар парҳези беморони ба ПН гирифта маҳсулоти ғизоии гуногунро истифода мебаранд, вале ба маҳсулоти ширӣ бартарӣ медиҳанд. Шир таъсири диуретикӣ дорад, аммо моддаҳои экстрактивиро дар таркибаш надорад ва ин хусусияти он кайҳо боз дар соҳаи ғизои табобатӣ ҳангоми бемории гурдаҳо ба кор бурда мешавад. Шир аз сафеда, калсий, фосфор ғанӣ аст, ки барои организми кӯдак арзишманданд. Равғани шир эмулгатсия шудааст, ки ба ҳазмшавии хуби он мусоидат менамояд [13]. Истеъмоли маҳсулоти ширӣ - кефир, атсидофилин, ряженка ва ғ. ҳатмист, зеро, ба ҷуз таъсири диуретикӣ, онҳо қодиранд ба меъёришавии микрофлораи рӯдаҳо мусоидат намоянд, ки ҳангоми табобати тӯлонии беморон бо ёрии антибиотикҳо метавонад ҳалалдор шуда бошад. Ба кӯдакони гирифта ба ПН фала (творог), қаймоқ, панири нотундро иҷозат медиҳанд [1,4]. Ба беморони ПН навъҳои камравғани гӯшти гов, мурғ, заргӯшро тавсия медиҳанд. Навъҳои номбаршудаи гӯшт дар таркибашон аминокислотаҳои ивазнашавандаро бо таносуби мусоид доранд, ба хубӣ ҳазм мешаванд.

Барои маҳдуд кардани моддаҳои экстрактивӣ, ки дар таркиби гӯшт ҷой доранд, ҳангоми ҷӯшондан ба рӯяш оби сард мерезанд, ба пораҳои хурд мебуранд (дар ин раванд то 60% моддаҳои экстрактивӣ аз байн мераванд). Метавон аз моҳиҳои дарёӣ ва баҳрии лоғар ё бо равшаннокии миёна, одатан дар шакли обпаз истифода кард. Ҳангоми омода кардани таомҳо аз равшанҳои маска, зард, ҳамчунин равшанҳои растанӣ истифода мешавад. Ба маҷмӯи озуқаворӣ тавсияшавнада ғалладонаҳо, сабзавоту меваҳои гуногун, хоса зироатҳои полезӣ дохил мешаванд, ки хусусиятҳои диуретикӣ доранд.

Муолиҷаи зиддибактериявӣ аз мавқеи тиббӣ далелнок. Мақоми пешқадамро дар муолиҷаи ПН воситаҳои зиддибактериявӣ ишғол мекунанд. Дар таҷрибаи педиатрӣ тавсияҳои клиникӣ корбурд доранд, ки дар

ИМА соли 2011 коршиносони Академияи америкоии педиатрия (AAP, 2011) ва дар Британияи Кабир мутахассисони National Collaborating Centre for Women's and Children's Health коркард кардаанд [33]. Ҳангоми интиҳоби антибиотикҳо барои муолиҷаи эмпирикӣ ба маълумот доир ба резистентнокии ангебандаҳо таъки қардан, синну сол ва дараҷаи фаъоли беморӣ, ҳолати функцияи гурдаҳо, муолиҷаи зиддибактериявӣ қабл аз он ва анамнези аллергологиро ба назар гирифта лозим аст. Тактикаи пешниҳодшудаи интиҳоби антибиотикҳо имкон медиҳад самаранокии муолиҷаи зиддибактериявӣ ПН бардошта шавад, истеъмоли номуносиби антибиотикҳо ва хароҷоти ба ин вобастаи иқтисодиро коҳиш медиҳад, хавфи паҳншавии резистентнокӣ нисбати антибиотикро кам мекунанд.

Интиҳоби тактикаи зиддибактериявӣ дар кӯдакони гирифта ба ПН ба андозаи назаррас ба синни бемор алоқамандӣ дорад. Дар навзодон ва тифлҳои 2 моҳи авали ҳаёт дар қиёс бо кӯдакони калонтар сирояти низоми пешоб хеле бештар дар шакли уросепсис мегузарад [20]. Аз ин рӯ кӯдакони синни неонаталӣ, вақте гумон аз мавҷудияти ПН ба миён меояд, ба хоҳири оғози табобати АБ ва муоина, новобаста аз вазнинии чараёни беморӣ, бояд бистарӣ карда шаванд [14]. Ба навзодон ва тифлакони то 2-моҳа дар марҳилаи ибтидоӣ воридкунии парентералии маводи зиддибактериявӣ талаб мегардад [14,19]. Дар табобат аҳамияти бештаринро воситаҳои дорои таъсири васеъ пайдо мекунанд, ки қодиранд ҳам флораи граммманфӣ ва ҳам грамм-мусбатро маҳв намоянд. Дар ҳолати мазкур гурӯҳи пенитсиллинҳои химояшуда (амоксиклав), сефалоспоринҳои насли III (сефотаксим, сефтазидим, сефиксим, сефоперазин), инчунин аминогликозидҳо мебошанд. Таъин намудани ду антибиотик низ, ки тамоми қатори микроорганизмҳои граммманфӣ ва граммусбатро фаро мегиранд, бо воридкунии дохилирағӣ асоснок аст. Аксари протоколҳо дохилирағӣ ворид намудани ампитсиллин ва гентамитсин ё ампитсиллинро (ё амокситсиллин/клавуланат) бо СФ-и насли III дар да-



воми 7-14 рӯз дар назар доранд. Таъин намудани воситаҳои номбаршуда дар оғози табобат метавонад осебҳои вазнини паренхимаи гурдаҳоро пешгирӣ намояд. Аммо дар хотир доштан зарур аст, ки сарфи назар аз бартарии сефтриаксон (истеъмолаш дар як шабонарӯз як бор таъин мешавад), онро барои навзодон, хоса навзодони норасид бо эҳтиёт бояд ба кор бурд, зеро он давомнокии зарпарвинро тамдид мекунад ва метавонад таъсирҳои токсикӣ дошта бошад [42].

Аз аминогликозидҳо хеле эҳтиёткорона бояд истифода кард. Омилҳои хавфи таъсири нефротоксикии аминогликозидҳо инҳоянд: зиёда аз 11 рӯз давом додани истеъмом, гилзати максималии беш аз 10 мкг/мл, мавҷудияти бемории ҷигар ва нишондодҳои баланди креатинин. Азбаски таъсирҳои токсикӣ аминогликозидҳо пас аз рӯзи 11-уми истеъмоли онҳо мушоҳида мегарданд, мо одатан барои 5 (ҳадди максималӣ - 7) рӯз аминогликозидҳоро таъин менамоем [9,10,11,12]. Аминогликозидҳо дар шакли воияи яккаратаи ҳаррӯза нисбат ба воридкунии секаратаи таъсири нефротоксикии камтар мерасонанд [18]. Ҷиҳати дигари муҳим он далелест, ки давомнокии муолиҷаи парентералӣ аз тасмимҳои инфиродӣ вобаста буда, аз 2 то 12 рӯз аст [40].

Beetz ва Westenfelder (2011) бо назардоштаи принципҳои тибби далелнок тавсияҳои зеринро оид ба табобати ПН дар навзодон ва кӯдакони то 2-моҳа пешниҳод мекунанд:

1. Навзодон ва кӯдакони ин син, ки ба ПН гирифтор мебошанд, бояд дар шароити статсионар табобат гиранд.

2. Ба навзодон ва кӯдакони синни то 2-моҳа, ки ба ПН гирифтор мебошанд, муолиҷаи парентералии зиддибактериявӣ пешбинӣ мешавад, ки аз якҷоягии ампитсиллин бо аминогликозидҳо ё ампитсиллин бо сефалоспоринҳои насли III оғоз мекунанд.

3. Дар атфол (дар синни аз ду то шашмоҳагӣ), ки омилҳои оризавӣ (аномалияҳо дар инкишофҳои роҳҳои пешоб, масонаи нейрогенӣ ва ғ.) надоранд, ПН-ро тариқи пероралӣ бо сефалоспоринҳои насли III ё даврҳои кӯтоҳи (2-4 рӯз) муолиҷаи дохирагӣ, бо муолиҷаи пероралии минбаъда табобат

кардан мумкин аст.

4. Ҳангоми гумонбарӣ аз сирояти энтерококк ҳатман ба муолиҷа амокситсиллин ё ампитсиллинро ҳамроҳ кардан лозим аст.

5. Давомнокии муолиҷаи АБ дар навзодону атфол 2 моҳи авали ҳаёт бояд 7-14 рӯзро ташкил диҳад.

Муолиҷаи зиддибактериявии ПН дар кӯдакони синни аз 2 до 24-моҳагӣ. Коршиносони ААР (2011) ҳангоми омода кардани тавсияҳои таҷдидшудаи клиникӣ оид ба ташхису табобати СНП-и бори аввал ба вучудомадаи шадид, ки ба он дар кӯдакони аз 2 то 24-моҳа табларза ҳамроҳ мешавад, бе аномалияҳои баръалои неврологӣ ва анатомии ҳамбаста бо СНП -и такрорёбанда ё осеби гурдаҳо. Барои осонфаҳмӣ, зери мафҳуми "табларзаи атфол" табларза дар кӯдакони аз 2 то 24-моҳа фаҳмида мешавад, мафҳуми "табларза" бошад, ҳарорати 38°C -и баданро дар назар дорад. Ин гуна сарҳаҳои синнусоли дар натиҷаи таҳқиқоти атфолҳои гирифтор ба табларза сабабҳои номаълум интиҳоб гардиданд ва дар натиҷаи онҳо паҳншавии СНП маҳз дар ин гурӯҳ аз ҳама баланд ($\sim 5\%$) буд. Кӯдакони синни то 2-моҳа аз сабаби норасоии далелҳои собиткунанда, ки маҳз барои гурӯҳи кӯдакони 2-24-моҳа чамъ оварда шуда буданд, истисно мешуданд. Ҳамчунин мувофиқ будани ин тавсияҳо ба кӯдакони калонтар аз 24-моҳа, бо эҳтимоли бештар, маълум нест (ААР, 2011). Алоҳида қайд бояд кард, ки пештар Jones et al. (2007) [33] ПН-ро ҳамчун сирояти роҳҳои болоии пешоб баррасӣ мекард, ки ба ҷараёни он табларза бо ҳарорати 38°C ва баландтар аз он ҳамроҳ мешавад. Мувофиқи тавсияҳои ААР (2011), табобати беморон бояд ба принципҳои асосӣ ёбад, ки истеъмоли пероралӣ ва ҳам парентералии дору самаранокии баробар доранд, интиҳоби воситаи зиддимикробӣ бошад, бояд ба маълумот доир ба ҳассосияти маҳаллӣ нисбати антибиотикҳо (агар имкон бошад) ва ҳассосияти уропатогени изолятсияшуда асос ёбад [16]. Вале баъзе муаллифони ақида доранд, ки барои истеъмоли парентералии маводи ЗБ ҳангоми ПН нишондодҳо ҷунинанд: навзодон ва атфол



(<4-6-моҳа), гумонбарӣ аз уросепсис, ҳолати бӯхронии бемор, рӯ гардондан аз истеъмоли моеъҳо ва/ё ғизо ва/ё дорувории пероралӣ, қайқунӣ ё исҳол, риоя нашудани речаи истеъмоли доруҳо, ҳамчунин шаклҳои обструктиви ПН (масалан, обструкцияи пешоброҳаҳо ва ғ.) [19,55,56]. Бо мақсади муолиҷаи ЗБ-и эмпирикии ПН дар кӯдакони синни аз 2 то 24-моҳа ба сифати воситаҳои катори якум аз сефалоспоринҳои насли III ва аминогликозидҳо истифода мебаранд, ҳамчунин, пас аз гузарондани таҳқиқи бактериологӣ ва муайян намудани ҳассосият, маводи алтернативиро ба қор мебаранд. Кумитаи қоршиносони ААР (2011) ба қарибӣ 7 мавқеи калидиро оид ба ташҳис ва табобати кӯдакони аз 2 то 24-моҳа бо сирояти низоми пешоб ва табларзаи сабабаш номаълум муайян намуд [16].

Тавсияи 1. Агар табиб ба қароре ояд, ки ба тифле, ки бе манбаи аёни сироят табларза дорад, табобати зиддимикробиро таъин кардан лозим аст, то оғози муолиҷаи зиддимикробӣ намунаи пешобро гирифта, сипас онро таҳлил намудан ва киштро чудо кардан зарур мебошад. Намунаи пешоб бояд тавассути катетергузаронӣ ё аспиратсияи мавзеи таги ноф гирифта шавад, зеро ташҳиси сирояти низоми пешоб ҳангоми намунагирии муқаррарӣ ба пакет аз сабаби контаминатсияи пӯст, маҳбал, пӯсти канорӣ наметавонад аниқ муайян карда шавад.

Тавсияи 2. Агар табиб бемореро муоина кунад, ки дар ӯ манбаи сироят намоён нест, ҳолати ӯ таъинкунии фаврии муолиҷаи зиддимикробиро талаб намекунад, эҳтимоли мавҷудияти СНП-ро арзёбӣ кардан лозим аст.

Тавсияи 2а. Агар эҳтимоли он, ки табларза бо СНП алоқаманд аст, паст бошад, мониторинги мунтазами ҳолат бе истифода аз тестҳои иловагӣ басанда аст.

Тавсияи 2б. Агар табиб муайян карда бошад, ки тифли табларзадор дар гурӯҳи хавфи паст нест, он гоҳ 2 роҳи амал вучуд дорад:

1. Намунаи пешобро тавассути катетергузорӣ ё аспиратсияи мавзеи таги ноф ба-

рои чудо шудани кишт ва таҳлили пешоб гирифтанд.

2. Намунаи пешобро бо роҳи муқаррарӣ гирифтанд. Агар натиҷаи таҳлил ба имконпазир будани СНП ишора кунад (тести мусбат оид ба мавҷудияти эстеразаи лейкоцитарӣ, тести нитритӣ, ҳамчунин мавҷудияти лейкоцитҳо ё бактерияҳо ҳангоми микроскопия), намунаи навбатии пешоб бояд ба воситаи катетергузорӣ ё аспиратсияи тагинофӣ ба хоҳири чудо кардани кишт гирифта шавад; дар сурати манфӣ будани натиҷаи тестҳо (эстеразаи нитритӣ ё лейкоцитарӣ) дар таҳлили нави пешоб (<1 соат аз лаҳзаи гирифтанд), тавсия мешавад, ки ҳолати клиникии бемор бе қорбурди муолиҷаи зиддимикробӣ мавриди мониторинг қарор гирад, зеро натиҷаҳои манфӣ дар таҳлили пешоб мавҷудияти СНП-ро ба пуррагӣ инқор намекунанд.

Тавсияи 3. Барои муқаррар намудани ташҳиси СНП риоя намудани ду шарт зарур аст:

о дар таҳлили пешоб бояд нишонаҳои сироятёбӣ бошанд (пиурия ва/ё бактериурия);

о мавҷудияти на кам аз 50 000 воҳиди колониясози як навъи микроорганизми уропатогенӣ дар як миллилитр, ки ҳангоми кишти намунаҳои пешоб, ки бо роҳи катетергузорӣ ва ё аспиратсияи тагинофӣ ба даст омадаанд, чудо карда шуданд.

Тавсияи 4а. Табобати беморӣ бояд ба принсипе асос ёбад, ки истеъмоли пероралӣ ва парентералии мавод самаранокии баробар дорад, интиҳоби воситаи зиддимикробӣ бошад, бояд ба маълумот дар бораи ҳассосияти маҳаллӣ нисбати антибиотикҳо (агар имкон бошад) ва ҳассосияти уропатогени изолятсияшуда асос ёбад.

Тавсияи 4б. Курси муолиҷаи зиддимикробӣ бояд аз 7 то 14 рӯз давом кунад.

Тавсияи 5. Ба тифли гирифтдор ба табларза ултрасонографияи гурдаҳо ва масонаро гузарондан лозим аст.

Тавсияи 6а. Систоуретрографияи миксиониро пас аз ҳодисаи нахустини табларзаи марбут ба СНП ҳатман ба қор набурда, балки дар сурате таъин намудан лозим аст, ки



ҳангоми ултрасонографияи гурдаҳо нишонаҳои гидронефроз, тағйироти ҳадшавӣ ё дигар пайдо гарданд, ки ПМР-и ифодаёфта ё уропатияи обструктивӣ ва дигар ҳолатҳои атипикӣ ё мураккаби клиникӣ аз ин сабаб тахмин мешаванд.

Тавсияи 6b. Дар ҳолати такрорёбии табларзаи марбут ба СНП таҳқиқоти иловагӣ гузарондан лозим аст.

Тавсияи 7. Пас аз тасдиқ ёфтани СНП табиб бояд ба волидон ё парасторон доир ба гумонбарӣ аз ҳолатҳои ояндаи табларзагӣ ва ошкорсозии онҳо (дар ҳудуди 48 соат анҷом дода шавад, хеле хуб хоҳад буд) барои таъмини ташҳиси фаврӣ ва табобати ретсидиви сироят дастур диҳад.

Дар беморони гирифтор ба ПН, ки аз 2-сола калон мебошанд, ҳангоми таъини муолиҷаи зиддибактериявӣ аз усули муолиҷаи зинагӣ истифода мебаранд. Моҳияти усул дар он аст, ки дар 2-4 рӯзи аввали табобат антибиотикҳоро дохилирагӣ (ё дохилимушакӣ) таъин мекунад ва баъд дар давоми 10-12 рӯз маводҳои пероралии зиддибактериявӣ ба кор бурда мешаванд [33, 42]. Ҳамзамон регидрататсия - тариқи оралӣ ё парентералӣ дар речаи дезинтоксикатсия - гузаронда мешавад. Санатсияи пешоб пас аз 24-36 соат аз оғози муолиҷаи зиддибактериявӣ фаро мерасад. Дар хотир бояд дошт, ки дар беморони аз 2-сола калони дучор ба ПН бисёр вақт гуногунии васеи ангезандаҳо ва маҷмӯаҳои микробҳо, инчунин полирезистентнокии уропатогенҳо ҷой доранд [5,45]. Баъди ба даст омадани натиҷаҳои ҳассосияти кишти бактериявӣ, агар зарур бошад, давои зиддибактериявӣ иваз карда мешавад. Дар рӯзҳои 5-7-и пас аз беҳшавии ҳолат намунаи такрорӣ кишти пешобро мегиранд. Дар сурати натиҷаовар набудани табобат дар давоми 3 рӯз таҳлил ва кишти пешобро такрор кардан лозим аст [17].

Муолиҷаи зиддибактериявии раванди муштараки ПН ва систит. Дар сурати омехта будани раванди ПН ва систит барои таъмини ғилзати кофии маводҳои зиддибактериявӣ дар паренхимаи гурдаҳо ва пешоб муолиҷаи омехтара таъин бояд кард. Дар сурати дар дараҷаҳои I-II будани фаъолии

ПН-и шадид ва музмини ғайриобструктивӣ, таъин намудани амокситсиллин/клавуланат (амоксиклав, аугментин) ё сефалоспоринҳои насли II (сефуроксим аксетил, сефаклор) дар якҷоягӣ бо фосфомитсин трометамол тавсия мегардад, ки нисбати он, тавре тадқиқотҳои клиникӣ-бактериологӣ, инчунин аҳбори адабиёт гувоҳӣ медиҳад, қариб ҳамаи штаммҳои киштҳои пешоб ҳассосияти баланд нишон медиҳанд [15,21,22,30]. Ба ҷойи фосфомитсин нитрофуранҳоро (фурагин, фурадонин) ба кор бурдан мумкин аст. Натиҷаҳои тадқиқотҳои клиникӣ-бактериологӣ гувоҳӣ онанд, ки кулли ангезандаҳои ПН (*E.coli*, *K.Pneumoniae*, *Enterococcus spp.*, *Staphylococcus spp.*) нисбати фосфомитсин ҳассосанд. Резистентнокии нисбатан паст (6,0-6,1%) танҳо дар *Proteus spp.* ва *Enterobacter spp* мушоҳида гардид [8]. Дар маҷмӯъ, басомади чудо кардани штаммҳои *E.coli*-и уропатогенӣ нисбати фосфомитсин устувор 0,7-1,0%-ро (бо тағйирёбии ин нишондод дар минтақаҳо аз 0 то 1,5%) ташкил медиҳад. Трометамолҳои фосфомитсин нисбати қариб тамоми бактерияҳои грамм-манфӣ (аз ҷумла ҷӯбчаи кабудфасод) ва грамм-мусбат, стафилококк (тиллоранг, эпидермалӣ) ва стрептококкҳо (сапрофитӣ, начасӣ) таъсири бактеритсидӣ дорад. Трометамолҳои фосфомитсин муодили сохтории фосфоэноли пируват мебошад.

Пируваттрансфераза (N-атсетил-глюкозамино ? 3-о-энолпирувилтрансфераза)-ро ғайрифасол мекунад, пеши роҳи конденсатсияи уридиндифосфат-N-атсетил-глюкозаминро бо фосфоэнолпируват бебозгашт мегирад, синтези кислотаи УДФ-N-атсетилмурамиро маҳв менамояд ва ба ин тариқ суръати марҳилаи аввали ташаккулёбии пептидогликани девораи ҳуҷайравии бактерияро суст мекунад. Резистентнокии салибӣ нисбати он вучуд надорад ва ин пайдошавии штаммҳои резистентиро пешгирӣ менамояд. Шаклҳои фаъоли мавод бо пешоб чудо мешаванд. Хосагии мавод дар хусусиятҳои зиддиадгезивии он аст, ки ба адгезияи бактерияҳо ба ҳуҷайраҳои эпителиалӣ монеъ мешаванд. Бо назардошти хосиятҳои фармакокинетикаи фосфомитсинро та-



нҳо ҳангоми систити шадид ба қор бурдан ба мақсад мувофиқ аст. Ин маводи ягонаест, ки ба кӯдакон танҳо истеъмоли яккараташ таъин мешавад, зеро ғилзати баланди он дар пешоб тӯли 3 шабонарӯз боқӣ мемонад [8]. Аммо бо назардошти он, ки бисёр вақт ба раванди пиелонефрит пайдошавии систит (ё баръакс) ҳамроҳ мегардад, фосфомитсин маҳз дар ҳамин гуна вазъи клиникӣ метавонад ба қор бурда шавад [27]. Трометамоли фосфомитсинро ба кӯдакони аз 1-сола калон бо роҳи истеъмоли дохилӣ бо вояи 1,0 г як қарат, аз 5-сола калон - 2,0 г як қарат таъин менамоянд. Давомнокии муолиҷа одатан 7 рӯзро ташкил медиҳад [8].

Муолиҷаи зиддибактериявии бактериурияи асимптоматикӣ. Дар атфоли синни ширхорагӣ ва кӯдакон вазъ бо мавҷудияти бактериурия (бисёр вақт беш аз 105 КОЕ/мл) бе лейкоцитурия ва зухуроти клиникӣ бо мафҳуми бактериурияи асимптоматикӣ (БУА) ифода меёбад [28,29]. Зимнан, онҳо хавфи пасти рушди ПН-ро доро мебошанд [47]. Сабаби БУА маъмулан уропатогенҳои вирулентӣ мебошанд, ки боиси колонизатсия, аммо на сироятёбӣ мегардад. Онҳо ҳатто метавонанд пешоброҳаро аз воридшавии бактерияҳо, ки вирулентнокии баландтар доранд, ҳимоя намоянд [19]. БУА дар беморон бе уропатияҳои ҳамроҳ, дисфункцияи масона ё мавҷудияти лаҳзаҳои пиелонефритӣ, ба ақидаи Beetz ва Westenfelder (2011), ба муолиҷаи тариқи ЗБ ниёз надорад.

Витамини А метавонад дар якҷоягӣ бо маводҳои дигар барои табобати ПН-и шадид дар кӯдакон бо мақсади пешгирии аз осебёбии гурдаҳо ва ташаккулёбии хадшаҳои фиброзӣ истифода гардад [25]. Ба қарибӣ дар бораи нақши стероидҳо дар пешгирии аз хадшадоршавии гурдаҳо пас аз ПН-и шадид натиҷаҳои хеле ҷолиб муаррифӣ гаштанд [31]. Зери назорати муаллифон 18 бемор бо ПН-и шадид, ки антибиотик ва метилпреднизолон (1,6 мг/кг дар як шабонарӯз дар давоми 3 рӯз), ҳамчунин 65 кӯдак, ки ҳар 6 соат дар давоми 3 рӯз антибиотик ва платсебо истеъмом мекарданд, қарор гирифтанд. Ҳамаи кӯдакон тариқи эмпирикӣ ва парентералӣ давоми 3 рӯз антибиотик мегирифтанд: сефалотин (100 мг/кг ҳар 6 соат дар давоми шабонарӯз) ё гентамитсин (5 мг/кг ҳар 12 соат дар давоми шабонарӯз). Мушоҳидаҳои минбаъда тариқи сканери DMSA, ки ҳадди ақал дар давоми 6 моҳ пас аз ҷавобшудан аз беморхона иҷро гардиданд, ба андозаи назаррас кам шудани шумора ва дараҷаи хадшаҳо дар беморонро дар гурӯҳе, ки метилпреднизолон истеъмом мекард, дар қиёс бо онҳое, ки платсебо мегирифтанд, нишон дод [31]. Ба ин тариқ, дар 33,3%-и кӯдакон, ки метилпреднизолон истеъмом мекарданд, дар гурдаҳои хадшаҳо ошқор гардиданд, дар ҳоле ки дар гурӯҳи платсебо ин нишондод ба 63,9% баробар буд. Ба ақидаи муаллифон, истеъмоли метилпреднизолон ҳангоми пиелонефрити шадид хадшадоршавии гурдаҳоро пешгирӣ мекунад.

АДАБИЁТ

1. Возианов А.Ф., Майданник В.Г., Бидный В.Г., Багдасарова И.В. Основы нефрологии детского возраста. - К.: Книга плюс, 2002:348.
2. Вялкова А.А., Гриценко В.А., Гордиенко Л.М. Инфекция мочевой системы у детей - новые решения старой проблемы. Нефрология. 2010; 14(4):63-76.
3. Гриценко В.А., Бухарин О.В., Вялкова А.А. Факторы риска развития пиелонефрита у детей. Рос.вестн.перинатол. и педиатрии. 1999; (6):34-40.
4. Детская нефрология: Руководство для врачей/Под ред. М.С. Игнатовой.-3-е изд., перераб. и доп.- М.: ООО "Медицинское информационное агенство", 2011: 696.
5. Кальтянис П.А. Концентрация антибактериальных препаратов в моче при противоречивом лечении сниженными их дозами детей с пиелонефритом. Педиатрия. 1985; (10):42-44.
6. Кельмансон И.А. Принципы доказательной педиатрии.- СПб.: ООО "Издательство Фолиант", 2004.- 240 с.



7. Коровина Н.А., Захарова И.Н., Мумладзе Э.Б., Гаврюшова Л.П. Диагностика и лечение пиелонефрита у детей (пособие для врачей). Нефрология и диализ 2003; 5; 2: 234-238.
8. Коровина Н.А., Захарова И.Н., Страчунский Л.С. и др. Практические рекомендации по антибактериальной терапии инфекции мочевой системы внебольничного происхождения.- М., 2002:21.
9. Майданник В.Г. , Срибная В.Д. Антибактериальная терапия инфекций мочевой системы у детей. Межд. журн. педиатр., акуш. и гинекол. 2013; 4(1): 112-119.
10. Майданник В.Г. Антибактериальная терапия инфекций мочевой системы у детей с позиций доказательной медицины. Провизор. 2004; (8):14-17.
11. Майданник В.Г. Эффективность антибактериальной терапии пиелонефрита у детей по данным систематических обзоров и мета-анализа Вопр.практической педиатрии. 2009; 4(2):40-48.
12. Майданник В.Г., Бурлай В.Г., Кампи Ю.Ю. Критерии диагностики и антибактериальная терапия пиелонефрита у детей. Клиническая антибиотикотерапия. 2003; (3):25-32; 2003; (4): 19-21.
13. Малкоч А.В., Коваленко А.А. Пиелонефрит.- В кн.: Нефрология детского возраста/ Под ред. В.А. Таболина, С.В. Бельмера, И.М. Османова.- М.: ИД МЕДПРАКТИКА-М, 2005.-С.250-282.
14. Папаян А.В., Стяжкина И.С. Неонатальная нефрология.- СПб.: Питер, 2002:448.
15. Практические рекомендации по антибактериальной терапии инфекций мочевой системы внебольничного происхождения у детей (Пособие для врачей)/ Под ред. Л.С. Страчунского, Н.А. Коровиной.- М., 2002.- 22 с.
16. American Academy of Pediatrics. Urinary Tract Infection: Clinical Practice Guideline for the Diagnosis and Management of the Initial UTI in Febrile Infants and Children 2 to 24 Months. Pediatrics. 2011; 128(3):595-609.
17. Anatoliotaki M., Galanakis E., Schinaki A. et al. Antimicrobial resistance of urinary tract pathogens in children in Crete, Greece. Scand J Infect Dis 2007;39:671-675.
18. Barza M. et al. Single or multiple daily doses of aminoglycosides: a meta-analysis. BMJ 1996;312:338-344
19. Beetz R., Westenfelder M. Antimicrobial therapy of urinary tract infections in children. Int J Antimicrob Agents. 2011;38 (Suppl):42-50.
20. Beetz R. Evaluation and management of urinary tract infections in the neonate. Curr Opin Pediatr. 2012; 24(2):205-11.
21. Bloomfield P., Hodson E.M., Craig J.C. Antibiotics for acute pyelonephritis in children. Cochrane Database Syst Rev. Jan 25 2005;CD003772.
22. Brady P.W., Conway P.H., Goudie A. Length of intravenous antibiotic therapy and treatment failure in infants with urinary tract infections. Pediatrics 2010; 126:196-203.
23. Chen S.-M., Chang H.-M., Tung-Wei Hung T.-W. et al. Diagnostic performance of procalcitonin for hospitalised children with acute pyelonephritis presenting to the paediatric emergency department. Emerg Med J. 2012; May 29. doi:10.1136/emmermed-2011-200808
24. Copp H.L., Shapiro D.J., Hersh A.L. National ambulatory antibiotic prescribing patterns for pediatric urinary tract infection, 1998-2007. Pediatrics 2011; 127:1027-1033.
25. Dalirani R., Zoshk M.Y., Sharifian M. et al. Role of Vitamin A in Preventing Renal Scarring After Acute Pyelonephritis. Iranian J Kidney Dis. 2011; 5(5):320-323.
26. Gokce I., Alpay H., Biyikli N., Ozdemir N. Urinary tract pathogens and their antimicrobial resistance patterns in Turkish children. Pediatr Nephrol 2006;21:1327-1328.
27. Gupta K., Hooton T.M., Naber K.G. et al. International clinical practice guidelines for the treatment of acute uncomplicated cystitis and pyelonephritis in women: a 2010 update by the Infectious Diseases Society of America and the European Society for Microbiology and Infectious Diseases. Clin Infect Dis 2011;52(5):e103-e120.



28. Hansson S., Jodal U., Lincoln K., Svanborg-Eden C. Untreated asymptomatic bacteriuria in girls: II-effect of phenoxymethylpenicillin and erythromycin given for intercurrent infections. *BMJ* 1989b;298:856-859.
29. Hansson S., Jodal U., Noren L., Bjure J. Untreated bacteriuria in asymptomatic girls with renal scarring. *Pediatrics* 1989a;84:964-968.
30. Hodson E.M., Willis N.S., Craig J.C. Antibiotics for acute pyelonephritis in children. *Cochrane Database Syst Rev.* Oct 17 2007;CD003772.
31. Huang Y.Y. et al. Adjunctive oral methylprednisolone in pediatric acute pyelonephritis alleviates renal scarring. *Pediatrics* 2011;128, e496-e504.
32. Javor J., Bucova M., Cervenova O. et al. Genetic variations of interleukin-8, CXCR1 and CXCR2 genes and risk of acute pyelonephritis in children. *Int J Immunogenet.* 2012; 00: 1-8.
33. Jones K.V., Jay Baneree J., Boddy S.-A. et al. Urinary tract infection in children: diagnosis, treatment and long-term management. *Clinical Guideline.*- London, 2007:148
34. Kanellopoulos T.A., Salakos C., Spiliopoulou I. et al. First urinary tract infection in neonates, infants and young children: a comparative study. *Pediatr Nephrol.* 2006; 21:1131-1137.
35. Klahr S., Morrisey J. Obstructive nephropathy and renal fibrosis. *Am.J.Physiol.Renal Physiol.* 2002; 283:861-875.
36. Ladhani S., Gransden W. Increasing antibiotic resistance among urinary tract isolates. *Arch Dis Child* 2003; 88:444-445.
37. Leroy S., Gervaix A. Procalcitonin: A KeyMarker in Children with Urinary Tract Infection. *Adv Urol.* 2011; 7 pages.
38. Leroy S., Fernandez-Lopez A., Nikfar R. et al. Association of Procalcitonin With Acute Pyelonephritis and Renal Scars in Pediatric UTI. *Pediatrics* 2013;131(5):870-879.
39. Lundstedt A.C., Leijonhufvud I., Ragnarsdottir B. et al. Inherited susceptibility to acute pyelonephritis: a family study of urinary tract infection. *J Infect Dis.* 2007; 195(8):1227-1234.
40. Magin E.C., Garcia-Garcia J.J., Sert S.Z. et al. Efficacy of short-term intravenous antibiotic in neonates with urinary tract infection. *Pediatr Emerg Care* 2007; 23:83-86.
41. Marcus N., Ashkenazi S., Yaari A. et al. Non-Escherichia coli versus Escherichia coli community-acquired urinary tract infections in children hospitalized in a tertiary center: relative frequency, risk factors, antimicrobial resistance and outcome. *Pediatr Infect Dis J* 2005;24:581-585.
42. Montini G., Tullus K., Hewitt I. Febrile Urinary Tract Infections in Children. *N Engl J Med* 2011;365:239-250.
43. Moridaira K. et al. ACE inhibition increases expression of the ETB receptor in kidneys of mice with unilateral obstruction. *Am.J.Physiol.* 2003; 284:209-217.
44. Peco-Anti A., Paripovi D., Buljugi S. et al. Antibiotic Resistance of Uropathogens in Newborns and Young Children with Acute Pyelonephritis. *Srp Arh Celok Lek.* 2012;140(3-4):179-183.
45. Prelog M., Schiefecker D., Fille M. et al. Febrile urinary tract infection in children: ampicillin and trimethoprim insufficient as empirical monotherapy. *Pediatr Nephrol* 2008;23:597-602.
46. Prere M.F., Licznar P., Decramer S., Fayet O. E. coli from urinary tract infections and acute pyelonephritis of children: 1% of strains are resistant to a subset of third generation cephalosporins. *Pathol Biol (Paris)* 2004;52:497-500.
47. Saadeh S.A., Mattoo T.K. Managing urinary tract infections. *Pediatr Nephrol.* 2011; 6:1967-1976.
48. Santoro J.D., Carroll V.G., Steele R.W. Diagnosis and management of urinary tract infections in neonates and young infants. *Clin Pediatr (Phila).* 2013; 52(2):111-114.
49. Sastre J.B., Aparicio A.R., Cotallo G.D. et al. Urinary tract infection in the newborn: clinical and radio imaging studies. *Pediatr Nephrol* 2007; 22:1735-1741.
50. Sheu J.-N., Chang H.-M., Shan-Ming Chen S.-M. et al. The Role of Procalcitonin for Acute Pyelonephritis and Subsequent Renal Scarring in Infants and Young Children. *J Urol.* 2011; 186:2002-2008.



51. Schmitt C.P. Keimpektrum und Resitenzlage bei Harnwegsinfektionen im Kindesalter. Monatsschr Kinderheilkd 2007;155:228-233.
52. Sedberry-Ross S., Pohl H.G. Urinary Tract Infections in Children. Current Urology Reports. 2008; 9:165-171.
53. Shaikh N., Ewing A.L., Bhatnagar S., Hoberman A. Risk of Renal Scarring in Children With a First Urinary Tract Infection: A Systematic Review. Pediatrics. 2010;126(6);1084-1091.
54. Shaikh N., Morone N.E., Bost J.E., Farrell M.H. Prevalence of urinary tract infection in childhood: a metaanalysis. Pediatr Infect Dis J. 2008; 27:302-308.
55. Williams G., Craig J.C. Long-term antibiotics for preventing recurrent urinary tract infection in children. Cochrane Database Syst Rev. Mar- 16- 2011;CD001534.
56. Williams G.J., Wei L., Lee A., Craig J.C. Long-term antibiotics for preventing recurrent urinary tract infection in children. Cochrane Database Syst Rev. Jul 19 2006;3:CD001534.
57. Zorc J.J., Levine D.A., Platt S.L. et al. Clinical and demographic factors associated with urinary tract infection in young febrile infants. Pediatrics 2005;116:644-648.

ПИЕЛОНЕФРИТ У ДЕТЕЙ

Обзор литературы

Бабаева Л.А., Рахимов Т.И., Касимова П.В., Астанакулов С.Р.

Кафедра пропедевтики детских болезней (заведующая кафедрой - к.м.н., доцент Бабаева Л.А.)
ГОУ "Таджикский государственный медицинский университет имени Абуали ибни Сино"

В статье изложены современные представления об эпидемиологии, этиологии, особенностях клинического течения, диаг-

ностике и лечении пиелонефрита у детей.

Ключевые слова: пиелонефрит, этиология, клиника, диагностика, лечение, дети.

PYELONEPHRITIS IN CHILDREN

Literature review

The article summarizes recent data on the epidemiology, etiology, clinical manifestations, diagnostic criteria and treatment of

pyelonephritis in children.

Key words: pyelonephritis, etiology, clinical manifestations, diagnosis, treatment, children.

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

Бабаева Лола Абдунаимовна, заведующая кафедрой пропедевтики детских болезней ГОУ "ТГМУ имени Абуали ибни Сино", E.mail: lola.a.babaeva@mail.ru, тел.: 446003624.

ДАРАҶАИ ТАЗОМУНИИ НИШОНДОДҶОИ МАСУНИЯТИ ХОС ВА ҒАЙРИХОС ДАР КӯДАКОНИ ГИРИФТОРИ ГИПОТРОФИЯ

Расулова С.А.

Кафедраи бемориҳои кӯдакони №2 ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино

Муҳиммияти мавзӯ. Ихтилолотҳои музминӣ физо дар байни патологияҳои синну соли бармаҳали кӯдакон мавқеи намоёнро ишғол намуда [1], дар натиҷаи паст шудани реактивнокии системаи иммунӣ ва коҳишёбии муқобилияти организм нисбати сироятҳо

ба саломатӣ ва ҳаёти кӯдак хатари ҷиддиро таҳдид менамояд. Яке аз шаклҳои паҳншудаи ИМҒ гипотрофия мебошад, ки он бо норасогии вазни бадан нисбати қад аён мегардад. Гипотрофия дар натиҷаи ба организм ба микдори нокифоя ворид шудани



моддаҳои ғизоӣ ё ин ки и бо вайроншавии метаболизми онҳо дар организми кӯдак ба вучуд меояд [7]. Ҳатто дар мамлакатҳои таъриқӣ дар байни кӯдакони ба беморхона бистаришуда ҳиссаи баландро беморони мубталои гипотрофия [5] ташкил медиҳанд. Ҳамин тавр, дар Федератсияи Россия паҳншавии гипотрофия 6-8% - ро ташкил медиҳад, дар оилаҳои сатҳи пасти иҷтимоидошта бошад ин нишондод ба 15% мерасад [4]. Агар ҳамин нишондодҳо соли 2012 дар Ҷумҳурии Тоҷикистон муқоиса кунем, дар Душанбе сатҳи пасти паҳншавии гипотрофия - 9% ба назар мерасад, ҳамзамон дар вилояти Хатлон ин нишондод аз ҳама баланд буд -14% [6].

Вобастагии зич байни сатҳи таълимнокӣ модар ва норасоии вазни бадани кӯдак ба назар мерасад: миқдори кӯдакони ба норасоии вазн устуворона майл ба коҳиш ёфтани ҳаракат мекунад [3] яқоя бо баландшавии сатҳи таълимнокӣ модар.

Норасоии моддаҳои ғизоӣ, ки барои синтез ва фаъолияти элементҳои системаи масунӣ зарур мебошанд, ба паҳншавии нишондодҳои ҳам масунияти ҳос ва ғайриҳос [2] дар кӯдакони гирифтори ИМҒ оварда мерасонад, ки то ҳол ба таҳқиқоти амиқ дар шароити Ҷумҳурии Тоҷикистон фаро гирифта нашудааст.

Мақсади таҳқиқот. Муайян намудани дараҷаи тазомунӣ миёни нишондодҳои масунияти ҳос ва ғайриҳос дар кӯдакони гирифтори гипотрофия.

Мавод ва усули таҳқиқот. Дар зери назорат 84 кӯдак аз синни 2 моҳа то 2 сола, ки гирифтори гипотрофия буданд, қарор доштанд, ки аз инҳо 44 нафарро (52,3%) писарбачаҳо ва 40 нафарро (47,6%) духтарбачаҳо ташкил медоданд. Ҳамаи кӯдакони дар МД ММТ ҶТ "Шифобахш" ба таъбири статсионарӣ фаро гирифта шуда буданд. Барои муайян намудани дараҷаи гипотрофия мо нишондоди Z-score -ро истифода бурдем, ки он соли 2006 аз тарафи ТУТ пешниҳод шудааст. Ҳамаи беморони таҳқиқшудаи гирифтори гипотрофия вобаста ба дараҷаи вазнинии беморӣ ба се гурӯҳ: дараҷаи сабук (-1СО), дараҷаи миёна (-2 СО) ва дараҷаи

вазнин (-3 СО ва -4 СО) тақсими карда шуданд. Ба гурӯҳи якум 22 нафар атфолҳои гирифтори гипотрофияи дараҷаи I (-1 СО) дохил карда шуданд. Ба гурӯҳи дувум 25 нафар атфолҳои гирифтори гипотрофияи дараҷаи дувум -2 СО аз рӯи нишондодҳои Z-score шомил буданд. Гурӯҳи сеумро 37 нафар беморон бо гипотрофияи дараҷаи вазнин (-3 ва -4 аз рӯи нишондодҳои Z-score) ташкил намуданд. Гурӯҳи назоратӣ аз 30 нафар кӯдакони солим иборат буд, ки аз рӯи синну сол ва ҷинсиат бо гурӯҳҳои таҳқиқшаванда қаробат доштанд. Ба ғайр аз таҳқиқшаванда умумклиникӣ нишондодҳои масунияти ҳуҷайравӣ ва гуморалӣ, инчунин фаъолнокии фагоситариҳои лейкоцитҳои хуни канорӣ муайян карда шуданд.

Қоркарди омории натиҷаҳои таҳқиқот бо ёрии барномаи амалии "Statistica 6.0", ки шомили ҳисобкунии қимати миёна (M) ва иштибоҳи стандартӣ (m) буд, роҳандозӣ гардид. Барои баргузориҳои таҳлили миёни гурӯҳҳои гуногуни мушоҳидавӣ дар марҳилаи аввал меъёрияти тақсимои нишондодҳои рақамӣ бо истифодаи меъёри Колмогорова-Смирнова муайян карда шуд. Муқоисаҳои ҷамъӣ дар миёни гурӯҳҳо аз рӯи меъёри Н- меъёри Крускала-Уоллис, муқоисаҳои ҷуфтӣ аз рӯи U-меъёри Манн-Уитни сурат гирифтанд. Муқоисаҳои ҷуфтӣ вобаста ба интихобкунӣ аз рӯи T-меъёри Вилкинсон анҷом дода шуданд. Тафовутҳо дар сурати $p < 0,05$ будан аз лиҳози омории қиматнок шуморида мешуданд.

Таҳқиқот ба маълумоти анамнез, антропометрия, методҳои клиникӣ ва озмоишгоҳӣ асос ёфта буд.

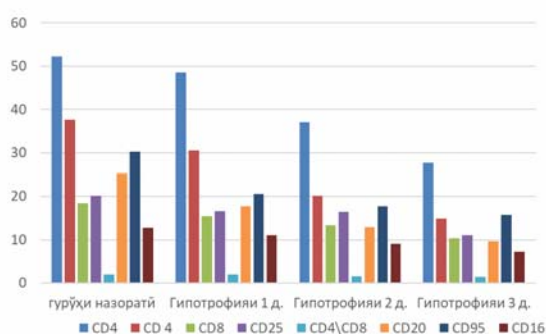
Натиҷаҳо. Таҳқиқоти масунияти ҳуҷайравӣ нишон доданд, ки дар кӯдакони гурӯҳи I нишондодҳои T- лимфоситҳо ва зерпопулятсияҳо (CD3, CD4, CD8, CD25, CD4/CD8, CD20, CD25, CD95 ва CD16) аз нишондодҳои марбутатаи гурӯҳи атфолҳои солим чандон тафовут надоштанд, вале онҳо ба коҳиш ёфтани таъриқшавии лимфоситҳо бо иммунофенотипҳои CD4. Дар беморони гирифтори гипотрофияи дараҷаи миёна (гурӯҳи II) пастишавии возеҳи маркерҳои масунияти ҳос (CD4, CD8, CD16)



дар муқоиса бо нишондиҳандаҳои мушобеҳи гурӯҳи якум ($p < 0,001$) ба мушоҳида расид.

Дар гурӯҳи беморони гирифтори гипотрофияи дараҷаи вазнин (гурӯҳи III) коҳишёбии назарраси ҳамаи нишондиҳандаҳои дараҷаи III (CD4, CD8, CD16) ва зерпопулятсияҳои онҳо дар муқоиса бо гурӯҳи I ($p < 0,001$) ба назар расид. Ҳангоми муқоисаи нишондиҳандаҳои миёнаи Т-лимфоситҳо бо ресепторҳои CD4, CD8 ва CD16 дар беморони гурӯҳи III бо нишондиҳандаҳои марбути кӯдакони гирифтори дараҷаҳои сабук ва миёнаи гипотрофия тафовути боэътимоди омории ($p < 0,001$) ошкор карда шуд.

Расми 1. Нишондиҳандаҳои масунияти хучайравӣ дар атфои гирифтори гипотрофия ($n=84$)



Ҳамзамон бо ин дар ду гурӯҳи таҳқиқшаванда, яъне дар кӯдакони гирифтори гипотрофияи дараҷаҳои муътадил ва вазнин шохиси воқунишии масуниятишохисӣ - шохиси таносуби Т-хелперҳо (CD4) бо Т-супрессорҳо (CD8) - CD4/CD8 ё шохиси масунияти танзимӣ аз ҳамин гуна нишондиҳандаҳои гурӯҳи гирифтори дараҷаи сабуки гипотрофия ба таври назаррас ($p < 0,001$) тафовут дошт, ки он аз коҳишёбии механизмҳои масунияттанзимӣ дар ин гурӯҳи атфои гирифтори гипотрофия шаҳодат дода, мавҷудияти аломатҳои ташаккулёбии норасоии сонавии масуниятиро нишон медиҳад. Дар ҳамин ҳол, дар кӯдакони гурӯҳҳои II ва III коҳишёбии муҳтавои Т-лимфоситҳо бо маркери CD95 дар хуни канорӣ ошкор гардидааст, ки аз пастшавии раванди талафи хучайраҳо (апоптоз) дар ин гурӯҳи атфол ($p < 0,001$) гувоҳӣ медиҳад.

Ҳангоми таҳқиқоти муҳтавои иммуноглобулинҳо дар зардоби хун (ҷадвали 2) муқаррар гардид, ки сатҳи IgA, M, G дар беморони дараҷаи якуми гипотрофия аз нишондиҳандаҳои марбути гурӯҳи кӯдакони солим амалан тафовут надоштааст ($p > 0,05$), ки он бо басомади камтари беморҳои интеркуррентӣ дар ин гурӯҳи беморон тасдиқ мешавад.

Ҷадвали 2. Нишондиҳандаҳои масунияти гуморалии атфои гирифтори гипотрофия ($n=84$)

Гурӯҳ	N	p	IgA, г/л	IgM, г/л	IgG, г/л
Назоратӣ	30		$4,01 \pm 0,01$	$2,11 \pm 0,01$	$12,34 \pm 0,11$
Дараҷаи I	22		$3,88 \pm 0,05$	$1,84 \pm 0,06$	$12,96 \pm 0,09$
		p	$> 0,05$	$> 0,05$	$> 0,05$
Дараҷаи II	25		$3,01 \pm 0,01$	$1,68 \pm 0,02$	$11,44 \pm 0,04$
		p	$< 0,001$	$< 0,001$	$< 0,001$
		p1	$< 0,001$	$> 0,05$	$< 0,001$
Дараҷаи III	37		$1,99 \pm 0,01$	$1,33 \pm 0,01$	$8,92 \pm 0,11$
		p	$< 0,001$	$< 0,001$	$< 0,001$
		p1	$< 0,001$	$< 0,001$	$< 0,001$
		p2	$< 0,001$	$< 0,001$	$< 0,001$

Эзоҳ :p - қимати омории тафовутҳои нишондиҳандаҳо бо гурӯҳи назоратӣ; p1 - қимати омории тафовутҳои нишондиҳандаҳо дар муқоиса бо ҳамин гуна нишондиҳандаҳои атфои гирифтори гипотрофияи дараҷаи I; p2 - қимати омории тафовутҳои нишондиҳандаҳо бо ҳамин гуна нишондиҳандаҳои атфои гирифтори гипотрофияи дараҷаи II (аз рӯйи U-меъёри Манн-Уитни).

Вақте ки дар беморони гирифтори гипотрофияи муътадил (-2 CO) коҳишёбии боэътимоди нишондиҳандаҳои миёнаи IgA, M,

G дар зардоби хун дар муқоиса бо кӯдакони солим ва дар кӯдакони гирифтори дараҷаи сабуки гипотрофия ($p < 0,001$) ошкор

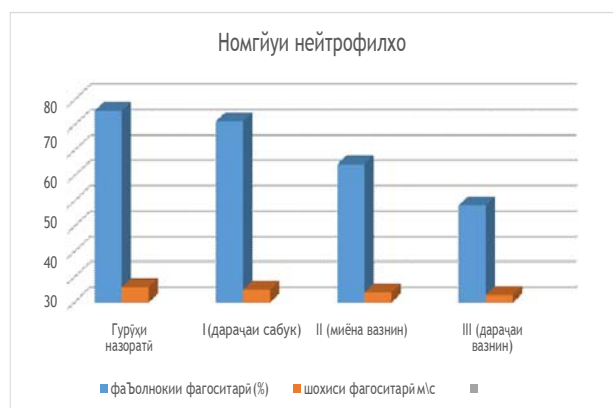


гардид, дар ин гурӯҳи атфол беморшавии зиёд бо патологияҳои соматикӣ гуногуни ҳамроҳ ба назар расид. Ҳангоми таҳқиқи иммуноглобулинҳо дар зардоби хуни кӯдакони гирифтори дараҷаи вазнини бемории гипотрофия ошкор гардидааст, ки киматҳои миёнаи муҳтавои иммуноглобулинҳои IgA, M, G дар муқоиса бо ҳамин гуна нишондиҳандаҳои атфолҳои гирифтори дараҷаҳои сабук ва миёнаи гипотрофия ба қадри назаррас коҳиш ёфтаанд.

Дар натиҷаи осебёбии посухи масунияти нишондиҳандаҳои шохиси масунияттанзимӣ аз ҳисоби пастшавии нишондиҳандаҳои Т-хелперҳо, NK- хучайраҳо ва нишондиҳандаҳои талафи хучайраҳо (апоптоз) CD95 коҳиш ёфтаанд.

Ҳамин тавр, нишондиҳандаҳои миёнаи IgA, M, G дар кӯдакони гирифтори дараҷаи сабуки гипотрофия аз нишондиҳандаҳои марбутаи кӯдакони гурӯҳи назоратӣ амалан тафовут надоштааст. Аммо таркиби иммуноглобулинҳои IgA, M, G дар атфолҳои гирифтори дараҷаҳои муътадил ва вазнини гипотрофия дар муқоиса бо ҳамин гуна нишондиҳандаҳои кӯдакони гурӯҳи назоратӣ боэътимод пасттар буд.

Барои арзёбии ҳолати масунияти ғайримахсус фаъолнокии фагоситарӣ ва шохиси фагоситариҳои нейтрофилҳои хуни канорӣ 72 нафар беморони гирифтори гипотрофия мавриди омӯзиш қарор дода шуд. Нишондиҳандаҳои миёнаи фаъолнокии фагоситарӣ ва шохиси фагоситариҳои нейтрофилҳо дар расми 2 оварда шудаанд.



Расми 1. Нишондиҳандаҳои масунияти ғайримахсус ҳангоми гипотрофия

Дар кӯдакони гирифтори дараҷаи сабуки гипотрофия нишондиҳандаҳои фаъолнокии фагоситарӣ ва шохиси фагоситариҳои нейтрофилҳо аз ҳамин гуна нишондиҳандаҳои гурӯҳи атфолҳои солим амалан тафовут ($p > 0,05$) надошт. Аммо дар гурӯҳи беморони гирифтори дараҷаи муътадили гипотрофия нишондиҳандаҳои фаъолнокии фагоситарӣ ва шохиси фагоситариҳои нейтрофилҳо тамоюли назаррас ба коҳиш ёбӣ ($p < 0,001$) дошт. Дар ҳамин ҳол, дар гурӯҳи беморони гирифтори дараҷаи вазнини гипотрофия нишондиҳандаҳои фаъолнокии фагоситарӣ ва шохиси фагоситариҳои нейтрофилҳо дар муқоиса бо ҳамин гуна нишондиҳандаҳои гурӯҳи назоратӣ ба таври назаррас ($p < 0,001$) пасттар буд.

Дар натиҷаи муқоисаи нишондиҳандаҳои миёнаи фаъолнокии фагоситарӣ ва шохиси фагоситариҳои нейтрофилҳо дар байни гурӯҳҳои маълум гардид, ки дар беморони гирифтори дараҷаи миёна ва вазнини гипотрофия нишондиҳандаҳои мазкур дар муқоиса бо ҳамин гуна нишондиҳандаҳои атфолҳои гирифтори дараҷаи сабуки гипотрофия боэътимод пасттар будаанд.

Хулоса. Барои муайян намудани дисбаланс миёни нишондиҳандаҳои масунияти хос ва ғайрихос таҳлили коррелясионӣ гузаронида шуд, ки он дараҷаи баланди баҳамвобастагии байнинишондодҳои масунияти хос ва нишондиҳандаҳои фаъолнокии фагоситарӣ ва шохиси фагоситариҳои нейтрофилҳои хуни канориро тасдиқ намуд. Натиҷаҳои бадастомада аз коҳиш ёбии нишондиҳандаҳои масунияти хос ва ғайрихос шаҳодат медиҳанд, ки ба дараҷаи баланди таъомунии нишондиҳандаҳои масунияти хучайравӣ, гуморалӣ ва фаъолнокии фагоситариҳои нейтрофилҳои хуни канорӣ вобаста аст. Таҳлили коррелясионии гузаронидашуда мавҷудияти назарраси баҳамвобастагии миёни нишондиҳандаҳои масунияти хучайравӣ ва фаъолнокии фагоситарӣ ($r = 0,71$), баҳамвобастагии баръакси хатӣ миёни нишондиҳандаҳои масунияти гуморалӣ ва фаъолнокии фагоситариҳои нейтрофилҳои хуни канориро ($r = 0,67$) тасдиқ намуд.



Адабиёт.

1. Национальное руководство по лечению больных с гипотрофией средней тяжести и с тяжелым течением. - Душанбе.2018. - 108 с.
2. Маянский А. М. Клинические аспекты фагоцитоза /А.М. Маянский, О.И. Пикуза. - Казань.: Астропринт., 1993 - 112 с.
3. Медико-демографическое исследование Таджикистана 2012. Душанбе, Таджикистан и Calverton, Maryland, USA: AC, M3 и ICF International.:174-176.
4. Печкуров Д.В. Распространённость, структура и клиническая характеристика гипотрофии по данным госпитализации в отделение младшего возраста / Д.В. Печкуров, Е.С. Липатова, Н. А. Володина // Здоровье и образование в XXI веке. - 2006. - №12. - С.593-594.
5. Сорвачева Т.Н. Недостаточность питания у детей раннего возраста. Принципы нутритивной поддержки / Т.Н. Сорвачева, Е.А. Пырева, И.Е. Колтунов. - М.: "КСТ Интерфорум", 2015. - 24 с.
6. Умарова З.К. Изучение влияния факторов риска на возникновение и течение гипотрофии у детей: метод. пособие / З.К. Умарова, М. Дж. Ёдгорова. - Душанбе: ТГМУ, 2009 -29 с.
7. Хлебовец Н.И. Гипотрофия у детей раннего возраста / Н.И. Хлебовец // Практикующему врачу. - 2015. - №3. - С. 45-49.
8. Якубова З.Х. Фоновые состояния в структуре заболеваемости детей раннего возраста / З.Х. Якубова // Известия академии наук Республики Таджикистан. - 2014. - №2. - С. 59 - 61.

СТЕПЕНЬ СИНХРОННОСТИ МЕЖДУ ПОКАЗАТЕЛЯМИ СПЕЦИФИЧЕСКОГО И НЕСПЕЦИФИЧЕСКОГО ИММУНИТЕТА У ДЕТЕЙ С ГИПОТРОФИЕЙ

Кафедра детских болезней №2 ТГМУ им. Абуали ибн Сино

Цель исследования. Установление степени синхронности между показателями специфического и неспецифического иммунитета у детей с гипотрофией.

Материал и методы. Проведено комплексное клинико-лабораторное исследование 84 ребенка в возрасте от 2 мес. до 2 лет с гипотрофией из них 44 (52,3%) мальчиков и 40 (47,6%) девочек соответственно. Все дети находились на стационарном лечении в ГУ НМЦ РТ "Шифобахш". Наряду с общеклиническими методами обследования определяли состояние клеточного и гуморального иммунитета, а также фагоцитарную активность и фагоцитарный индекс нейтрофилов периферической крови.

Результаты исследования. Исследование клеточного иммунитета показали, что у детей I группы показатели Т-лимфоцитов и их субпопуляций (CD3, CD4, CD8, CD25, CD4/CD8, CD20, CD25, CD95 и CD16) заметно не отличались от соответствующих показателей группы здоровых детей. У больных с гипотрофией средней степени тяжести (II группа) выявили заметное снижение сред-

них показателей Т-лимфоцитов с иммунологическими маркерами (CD4, CD8, CD16) по сравнению с аналогичными показателями I группы ($p < 0,001$).

При исследовании содержания иммуноглобулинов в сыворотке крови установлено, что уровень IgA, M, G у больных с первой степенью гипотрофии практически не отличался от соответствующих показателей группы здоровых детей ($p > 0,05$). Тогда как у больных с умеренной гипотрофией (-2 CO) обнаружено достоверное снижение средних показателей IgA, M, G в сыворотке крови по сравнению со здоровыми детьми, и больных детей с лёгкой степенью гипотрофии ($p < 0,001$). При исследовании содержания иммуноглобулинов в сыворотке крови у детей с тяжелой степенью гипотрофии выявилось, что средние значения содержания иммуноглобулинов IgA, M, G были значительно снижены по сравнению этих же показателей группы детей с легкой и средней степенью гипотрофии. У детей с гипотрофией легкой степени показатели фагоцитарной активности и фагоцитарного индекса нейт-



рофилов практически не отличались от соответствующих показателей группы здоровых детей ($p > 0,05$). В то же время в группе больных с гипотрофией средней тяжести и тяжелой степени показатели фагоцитоза и фагоцитарного индекса нейтрофилов были значительно ниже по сравнению с этими показателями контрольной группы ($p < 0,001$).

Заключение. Полученные результаты свидетельствуют об снижении показателей специфического и неспецифического иммунитета свидетельствует о высокой взаимосвязи между показателями клеточного, гу-

морального иммунитета и фагоцитарной активности нейтрофилов периферической крови. Проведен корреляционный анализ и выявлена высокая степень взаимосвязи между показателями клеточного иммунитета и фагоцитарной активностью нейтрофилов ($r = 0,71$), обратную линейную взаимосвязь между показателями гуморального иммунитета и фагоцитарного индекса нейтрофилов ($r = 0,67$) периферической крови.

Ключевые слова: клеточный иммунитет, гуморальный иммунитет, фагоцитарная активность, фагоцитарный индекс, гипотрофия, хронические расстройства питания.

THE DEGREE OF SYNCHRONIZATION BETWEEN THE INDICATORS OF SPECIFIC AND NONSPECIFIC IMMUNITY IN CHILDREN WITH HYPOTROPHY

Rasulova S.A.

Department of children disease №2 TSMU by name Abuali ibni Sino.

Purpose of study. Determination of the degree of synchronization between the indicators of specific and nonspecific immunity in children with hypotrophy.

Material and methods. Respectively was conducted clinical and laboratory study of 84 children aged 2 months until to 2 years with hypotrophy of them 44 (52.3%) boys and 40 (47.6%) girls. All children were hospitalized in Public Office National Medicine Center Republic of Tajikistan - "Shifobakhsh". Along with the general clinical examination methods, we were determined of cellular and humoral immunity, as well as phagocytic activity and phagocytic index of peripheral blood neutrophils.

Research result. Study of cellular immunity showed that in children of group first indicators of T-lymphocytes and their subpopulations (CD3, CD4, CD8, CD25, CD4/CD8, CD20, CD25, CD16, and CD95) is not appreciably different from relevant indicators of the group of healthy children, but had a tendency to decrease, especially of the lymphocytes with a CD4 immunophenotype. In patients with moderate-severity hypotrophy (group II), a marked decrease in mean T-lymphocytes with immunological markers (CD4, CD8, CD16) was revealed compared with similar group I indicators ($p < 0.001$).

In the study of serum levels of immunoglobulins it was found that the level of IgA, M, G in patients with the first degree of hypotrophy did not differ from the corresponding indicators of the group of healthy children ($p > 0.05$), which is confirmed by the lower frequency of intercurrent diseases in this group of patients. Whereas in patients with moderate hypotrophy (-2 CO) there was a significant decrease in the mean values of IG A, M, G in serum compared to healthy children, and in children with mild hypotrophy ($p < 0.001$). In the study of the content of immunoglobulins in the blood serum in children with severe degree of malnutrition was found that the average values of the content of immunoglobulins IgA, M, G was significantly lower compared to the same indicators of the group of children with mild-to-moderate malnutrition. In children with mild hypotrophy, the indicators of phagocytic activity and the phagocytic index of neutrophils were practically no different from the corresponding indicators of the group of healthy children ($p > 0.05$). However, in the group of patients with a moderate degree of hypotrophy, the indicators of phagocytosis and phagocytic activity of neutrophils had a significant tendency to decrease ($p < 0.001$).



At the same time, in the group of patients with severe hypotrophy, the indicators of phagocytosis and phagocytic neutrophil index were significantly lower compared to these indicators of the control group ($p < 0.001$).

Conclusion. The obtained results indicate a decrease in the indicators of specific and nonspecific immunity indicates a high relationship between the indicators of cellular, humoral immunity and phagocytic activity of peripheral blood neutrophils. The

correlation analysis and high degree of interrelation between indicators of cellular immunity and phagocytic activity of neutrophils ($r = 0,71$), the inverse linear interrelation between indicators of humoral immunity and phagocytic index of neutrophils ($r = 0,67$) of peripheral blood are revealed.

Key words: cellular immunity, humoral immunity, phagocytic activity, phagocytic index, hypotrophy, chronic disorders of food.

***Расулова С.А.** - н.и.т., ассистенти кафедраи бемориҳои кӯдакони №2, ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино. rasulova_sitora@inbox.ru, +992918292462*

***Расулова Ситорабону Ашурбеговна**, к.м.н., ассистент кафедраи детских болезней №2 ТГМУим. Абуали ибни Сино. E-mail: rasulova_sitora@inbox.ru тел.: 918292462*

***Rasulova S. A.** - assistant of department of children disease №2 TSMU by name Abuali ibni Sino E-mail: rasulova_sitora@inbox.ru тел.: +992918292462*



ТИББИ ОИЛАВӢ

ЧАНБАҲОИ ТИББИВУ ИЧТИМОИИ РЕАБИЛИТАТСИЯИ КӢДАКONI МАӢЮБ ДАР ФАӢОЛИЯТИ АМАЛИИ ТАБИБИ ОИЛАВӢ

М.П. Носирова, М.Дж. Ёдгорова, Х.М. Асфияева

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

Муҳиммият. Яке аз муҳимтарин масъалаҳои ҷомеаи муосир маъҷубшави кӯдакон ба шумор меравад. Мувофиқи баҳогузори таҳқиқотҳо дар айни замон зиёда аз 1 миллиард одам (15%-и аҳолии ҷаҳон), аз ҷумла 95 миллион кӯдак (5,1%) дорои ягон хел маъҷубӣ ҳастанд [1.10]. Сатҳи маъҷубшавӣ дар баробари нишондиҳандаҳои фавтияти ширхорагӣ, беморшавӣ, инкишофи ҷисмонӣ ва протсессҳои тиббӣ-демографӣ индикатори базавии ҳаолати саломатии кӯдакон ба ҳисоб рафта, сатҳи беҳбудии иқтисодӣ ва иҷтимоии кишварро инъикос мекунад [2]. Имрӯзҳо дар ҷумҳурӣ тақрибан 150 ҳазор маъҷуб ба қайд гирифта шудааст, ки аз ӯнҳо 25 ҳазор нафарро кӯдакон ташкил медиҳанд. Бо ташаббуси Пешвои миллат, Президенти Ҷумҳурии Тоҷикистон Эмомалӣ Раҳмон оилае, к иду ва ё зиёда нафарони маъҷуб доранд, бо ёрии роӣғони техникӣ таъмин карда мешаванд; аробаҳо барои маъҷубон, протез, ҷӯбдаст, асобағал ва дигар воситаҳои ортопедӣ [3]. Дар соли 2016 Ҳукумати Ҷумҳурии Тоҷикистон "Барномаи миллии реабилитатсияи маъҷубон барои солҳои 2017-2020"-ро қабул кард. Барномаи мазкур хусусияти иҷтимоӣ ва зиддибухронӣ дорад, амалисозии вай бо назардошти мақсадҳои рушди босуботи Созмони Милали Муттаҳид (СММ) то соли 2030 сурат мегирад. Барнома, асосан, ба қувватнок кардани муҳофизати иҷтимоии маъҷубон, аз ҷумла реабилитатсияи тиббӣ ва иҷтимоии онҳо равона шудааст. Аз соли 2011 сар карда, таълими кӯдакони маъҷуб дар муассисаҳои таҳсилоти миёна тавассути Консепсияи миллии таълими фарогир (инклюзивӣ) барои кӯдакони маъҷуб ҳавасманд кунонида мешавад, ки бо қарори Ҳукумати Ҷумҳурии Тоҷикистон аз 30-юми апрели соли 2011, таҳти №228 қабул шудааст. Дар Консепсияи маз-

кур уҳдадорӣҳои доимии муассисаҳои таълимӣ оид ба таъмин намудани имкониятҳои дастрасӣ ва иштирок дар таълими кӯдакони маъҷуб бидуни поймолкунии ҳуқуқ таъкид карда шудааст.

Бо дастгирии ҳукумати Япония, дар шарикӣ бо АПП Япония ва ташкилоти ҷамъиятии "Ирода", "Рушди Инклюзия" ва "СиДа" дар мактаҳои таҳсилоти умумии №№72, 53, 54, 28 ва 92-и ш. Душанбе барои кӯдакони маъҷуб синфҳои захиравӣ- мутобиқшавӣ таъсис дода шудааст, ки бомуваффақияти фаъолият карда истодаанд [4]. Дар кишвари мо ҷиҳати реабилитатсияи (барқарорсозии) кӯдакони маъҷуб системаи комплекси ҷорабиниҳои давлатӣ, педагогиву психологӣ, иҷтимоӣ- иқтисодӣ гузаронида мешавад, ки мақсади асосии он барқарор кардани саломатӣ, фароҳам сохтани имконият барои гирифтани таълими мукамал, ба ҳаёти фаъол қобили меҳнат баргардонидани кӯдакон мебошад.

Сабабҳои маъҷубшавии кӯдакон метавонанд, ки бемориҳо ё осебҳои сар ё ҳаромағз бошанд: ихтлолҳои модарзодӣ ё иктисоби (пайдошудаи) дастгоҳи тақаву ҳаракат; ихтилоли нутқ, ношунавой; осебҳои вазнини системаҳои марказӣ ва периферии асаб; бемориҳои вазнини ирсӣ ва генетикӣ; кӯдакони гирифтори бемориҳои рӯҳӣ ва ғайра. Вазни ҳолиси баланди маъҷубшавии кӯдакон маҷбур месозад, ки технологияҳои нави бақарорсозии саломатии онҳо ҷустуҷӯ карда, технологияи мавҷудбуда тақмил дода шавад.

Мақсади таҳқиқот: омӯзиши ҷанбаҳои муосири реабилитатсияи тиббӣ -иҷтимоии кӯдакони маъҷуб дар фаъолияти амалии тибби оилавӣ.

Мавод ва усулҳои таҳқиқот. Дар базаи (пойгоҳи) поликлиники Муассисаи давлатии



Маҷмааи тандурустии "Истиклол" дар давоми солҳои 2017-2018 муоинаи кӯдакони маъҷуб, ки дорои патологияҳои гуногун ҳас-танд, гузаронида шуд, дар байни онҳо асо-сан бемориҳои системаи асаб (44,2%), кам-тар ихтилолҳои узвҳои сома (шунавоӣ) (10,9%) рӯҳӣ (10,2%), бемориҳои узвҳои да-рунӣ (6,1%), дастгоҳи таъяву ҳаракат, дилу рағҳо ва узвҳои босира (биноӣ) тақрибан як хел (5,4%) ташкил мекарданд. Таркиби син-нусолии беморони тахти муоина қарор дошта дорои чунин нишондиҳандаҳо буд:

кӯдакони 1-4 сола - (6,2%), маъҷубони 5-9 - сола - (24,8%), кӯдакони 10-14-сола - (34,2%), маъҷубон-наврасони 15-17-сола (34,8%). Фарқияти байни чинсоҳ ночиз буд (писарҳо -54,7 %, духтарҳо -45,3 %).

Натиҷаҳо ва баррасии онҳо. Бо назардош-ти таҳлили вазъи саломатии бемороне, ки дар сатҳи звенои яқум тахти муоинаи дис-пансерӣ қарор доштанд, кӯдакони маъҷуб аз рӯйи беморӣ, чунин гурӯҳбандӣ карда шуда буданд (ҷадвали 1):

Ҷадвали 1

Гурӯҳбандии кӯдакони маъҷуб аз рӯйи беморӣ мувофиқи ТББ-10

№	Номи беморӣ	Вазни ҳолис			
		2016 (17261)		2017 (17643)	
1	Бемориҳои системаи асаб	62	42,2	67	41,7
2	Бемориҳои рӯҳӣ	16	10,9	19	11,8
3	Бемориҳои гӯшу гулӯ ва бинӣ	15	10,2	16	9,9
4	Бемориҳои узвҳои дарунӣ	16	10,9	15	9,5
5	Бемориҳои узвҳои босира	11	7,4	11	6,8
6	Бемориҳои дилу рағҳои хунбар	7	4,8	8	4,9
7	Бемориҳои ирсӣ	7	4,8	7	4,3
8	Бемориҳои эндокринӣ	6	4,1	7	4,3
9	Бемориҳои дастгоҳи таъяву ҳаракат	4	2,7	8	4,9
10	Бемориҳои сӯхтагӣ	3	2,0	3	1,9
	ҶАМАҒИ	147	100%	161	100%

Таҳлили беморшавии кӯдакон бартарии бемориҳои системаи асаб (фалачи кӯдако-наи серебралӣ, оқибати садамаи вазнини баъди вулодатии майнаи сар, нейросироя-ти майнаи сар, саръ (эпилепсия), атаксияи майнача "Фрейдрих", бемориҳои модарзо-дии дегенеративии системаи асаб, гидросе-фалия, зухуроти боқимондаи полиомиелит, полирадикулоневропатия) -зиёда аз 40% -и миқдори умумии бемориро муайян кард. Миқдори ками кӯдакони маъҷуб аз ихтило-лҳои рӯҳӣ (инкишоф накардани ақл), бемо-риҳои ЛОР (камшунавоии нейросенсории дараҷаи 3-4) ва узвҳои дарунӣ (нуқсонҳои модарзодии гурдаҳо ва системаи пешобхо-ричкунӣ) озор медиданд.

Дар байни бемориҳои боқимонда бештар нуқсонҳои модарзодии дил (8 кӯдак) ва диа-бети қанд (5 кӯдак) ба назар расид.

Бо мақсади ба даст овардани натиҷаҳои устувор ва муҳими таъсиррасонии мусбат табиби оилавино лозим буд, ки муайян ку-над, ки барои ҳар як кӯдаки маъҷуб усули

инфироидиро муайян кунад, ки ба беморӣ ва ҷойи реабилитатсия мувофиқат намояд. Вобаста аз ошкор намудани беморӣ кӯда-кони маъҷубро ба муассисаҳои махсусгар-донидашуда фирисоданд: ба маркази маш-варатии педагогиву психологӣ- 45 (27,9%), ба таболати статсионарӣ- 42 (26,1%), ба шуъбаи физиотерапия ва варзиши муоли-ҷавии Маҷмааи тандурустии "Истиклол" - 30 (18,6%).

Як қисми кӯдакони имкониятҳои саломат-иашон маҳдуд реабилитатсияи тиббиву иҷти-моиро дар ташкилотҳои гирифтанд, ки дар самти маъҷубӣ фаъолият мекарданд, аз ҷумла: дар Маркази реабилитатсионӣ барои кӯдакон (Мачитон) ва ташкилоти таълимӣ (ҶК) "Ирода" - 9нафарӣ (5,6%), ҶК "Чорбоғ" - 8 (5,0%), мактаби махсус барои ношунавоён ва гаронгӯшҳо ва клиникаи муроқибати ҳамши-раҳо барои кӯдакон 6 нафарӣ (3,7%), ҶК "Умед" ва ҶК "Кишти" - 3 нафарӣ кӯдак (1,9%).

Яке аз роҳҳои ҳаллу фасли проблемаҳои ба тарбияи кӯдакони маъҷуб алоқаманд ин



ташкил намудан ва гузаронидани машваратҳои педагогӣ-психологӣ барои 29,9%-и оилаҳои мебошанд, ки кӯдакони маъюб доранд. Табибони оилавӣ усулҳои боваркунонидани волидайнро мавриди қарор доданд, ки онҳо бояд чӣ тавр аз ғаму андӯҳ ва ғазабнокӣ берун шаванд, дар кӯдакони ҷиҳатҳои мусбатро дарёбанд ва ба тамоми қувваро ба инкишофи онҳо равона созанд, то ин ки кӯдаки маъюб таълими мукамал бигирад. Машварати табиб боиси кам шудани рафтори деструктивӣ гашта, ҳамчунин муносибатҳои байниоилавии шахсоро дар оила ва бо атрофиён беҳтар сохта, ҳолатҳои муҳолифатнок оромона ҳаллу фаёл карда шудаанд.

Таълими физиотерапевтӣ дар сатҳи амбулаториро 28,6% -и кӯдакони дар шӯъбаҳои варзиши муолиҷавӣ ва реабилитатсия, дар шӯъбаҳои физиотерапевтии марказҳои саломатӣ ва дар хона гирифтаанд.

Шарти сотсиализатсияи бомуваффақият интегратсияи кӯдакони маъюб дар ҷамъият ва баланд бардоштани дониши ҳуқуқӣ,

психологӣ - педагогии волидайн кӯдакони маъюб ба ҳисоб меравад. Бо ин мақсад дар занаҳои аввалия чорабиниҳои гузаронида шуда буданд, ки аз мизи мудаввар, чорабиниҳои ҷашнӣ бо даъвати оилаҳо ва кӯдакони маъюб, расонидани кӯмакҳо ба оилаҳои дорои кӯдакони маъюб аз ҷониби ҳадамоти волонтерӣ иборат буданд.

Хулоса. Курси реабилитатсияи комплексӣ, ки унсурҳои реабилитатсияи тиббӣ, педагогӣ, иҷтимоиро дар бар гирифтааст, ба ҳолати морфофункционалии организм таъсири мусбат боқӣ гузошта, ҳамчунин воситаи самараноки пешгирӣ намудани пешравӣ ва ислоҳи беморӣ ва ислоҳи беморӣ ба ҳисоб меравад, онро дар муассисаҳои гуногун-таълими, иҷтимоӣ, таълимӣ ба қор бурдан мумкин аст.

Натиҷаҳои чорабиниҳои гузаронидашудаи реабилитатсионӣ чунин буд: беҳтар сохтани муносибати кӯдакони маъюб ва кӯдакони дорои маҳдудияти имкониятҳои саломатӣ ва кӯдакони маъюб барои ташаккул додани тарзи ҳаёти солим.

АДАБИЁТ

1. Постановление Правительства Республики Таджикистан от 28 октября 2016 года №455 "Национальная программа реабилитации инвалидов на 2017-2020 годы". Душанбе. 2016.
2. Health for all. Data Base. - Copenhagen: WHO Regional Office Europe Update, 2006. - С. 22-24.
3. Avesta.Tj | 08.07.2017 |
4. Альтернативный доклад о выполнении Республикой Таджикистан Конвенции о правах ребенка (в аспекте соблюдения прав детей с инвалидностью). Душанбе. 2016.

МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ-ИНВАЛИДОВ В ПРАКТИКЕ СЕМЕЙНОГО ВРАЧА

М.П. Носирова, М.Дж. Ёдгорова, Х.М. Асфияева

Кафедра семейной медицины №2 ТГМУ имени Абуали ибни Сино, Таджикистан

Аннотация. В настоящей работе представлены результаты наблюдения за детьми-инвалидами, получившими курс реабилитации современными методами. Проведен анализ заболеваемости среди пациентов, находящихся под диспансерным наблюдением. Рассмотрены медицинские и социальные

аспекты восстановления утраченных способностей, эффективность лечебных, оздоровительных процедур, психолого-педагогической помощи, а также интеграция детей-инвалидов в образовательные учреждения.

Ключевые слова: дети-инвалиды, медико-социальная реабилитация, семейный врач



**MEDICAL AND SOCIAL ASPECTS OF REHABILITATION DISABLED CHILDREN
IN THE PRACTICE OF A FAMILY DOCTOR**

M.P. Nosirova, M.J. Yodgorova, H.M. Asfiyaeva

Department of Family Medicine №2, TSMU named after Abuali Ibni Sino, Tajikistan

Annotation. This paper presents the results of observation of disabled children who received a rehabilitation course using modern methods. The analysis of morbidity among patients under dispensary supervision was carried out. The medical and social aspects of the restoration of lost abilities, the

effectiveness of medical and health-improving procedures, psychological and pedagogical assistance, as well as the integration of disabled children into educational institutions are considered.

Keywords: disabled children, medical and social rehabilitation, family doctor

Носирова Матлуба Пулатовна - н.и.т., детсенти кафедраи тибби оилави №2 -и ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино,

Носирова Матлуба Пулатовна - к.м.н., доцент кафедри семейной медицины №2 ГОУ "ТГМУ имени Абуали ибни Сино",

Nosirova Matlyuba Pulatovna - Candidate of Medical Sciences, Associate Professor of the Department of Family Medicine No. 2, State Educational Institution "TSMU named after Abuali ibni Sino".



БЕҲДОШТ

ОМУЌИШИ ҲОЛАТИ САЛОМАТӢ ВА БЕМОРШАВИИ РОНАНДАГОНИ НАҚЛИЁТИ АВТОМОБИЛИИ МУСОФИРКАШ

Б.Х. Нушервон, А.Б. Бабаев.

Кафедраи беҳдошт ва экология (мудири кафедра н.и.т., дотсент Ҳасанов Ф.Ҷ.),
ИДТ Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абӯалӣ ибни Сино

Мухиммият. Нақлиёти автомобилӣ - автобус ва троллейбус яке аз навъҳои нақлиёти асосӣ ва зуд-зуд истифодашаванда дар шароити шаҳрҳои калон ба шумор мераванд, ки интиқоли анбӯҳи зиёди мусофиронро дар шаҳрҳои калон ба уҳда доранд. Дар алоқамандӣ бо рушди инфрасохторҳои шаҳр ва урбанизатсияи ҷойҳои нави аҳоли зарурати муқаррар намудани чорабиниҳои нави автомобилӣ ба миён омад. Зимнан, шумораи воситаҳои нақлиёт, аз ҷумла нақлиёти мусофиркашони автомобилӣ афзуд [1, 2].

Дар баробари афзудани воситаҳои нақлиёт таъсири манфии он ба ҳодисаҳои роҳу нақлиёт ва ифлосшавии ҳавои атмосфера зоҳир мешавад, ки сабаби асосии зиёд шудани беморшавии ронандагони нақлиёти мусофиркаш ва як зумра мушкилоти дигар тиббӣ-ичтимоӣ мегардад [3, 4].

Нақлиёти автомобилӣ яке аз манбаҳои асосии ифлосшавии ҳавои атмосфера дар шаҳрҳои калон маҳсуб меёбад ва ба ҳисоби миёна ҳиссаи он 80-90%-ро ташкил медиҳад. Натиҷаи таҳлили ҳавои атмосферии шаҳрҳои калон нишон медиҳад, ки зиёд шудани сарбории нақлиёт ба афзоиши бемории узвҳои нафас, гардиши хун, системаи асабу эндокринӣ дар мавриди ронандагони нақлиёти мусофиркаш ва дигар иштирокчиёни ҳаракати роҳ ҳамбастагӣ дорад [5-7].

Маълум аст, ки яке аз омилҳои асосии хатари ҳалалёбии саломатӣ шароити номуқоиди меҳнат ва риоя накардани талаботи меъёрҳои беҳдошти маҳсуб гардида, сабаби сатҳи баланди осебрасонӣ ва беморихоии асосашон истеҳсолӣ, инчунин хатари инкишофи ҳодисаҳои роҳу нақлиёт (ҲРН) ба шумор меравад [8].

Ҳамин тавр, таҳлили сарчашмаҳои илмӣ зимни ронандагони нақлиёти автомобилӣ мусофиркаш аз мавҷудияти ҳалалёбии ҳола-

ти саломатӣ ва сатҳи баланди беморшавӣ бо аз даст додани қобилияти корӣ дарак медиҳанд. Аз ин нуқтаи назар таҳқиқи ҳолати саломатӣ ва беморшавии ронандагони нақлиёти автомобилӣ мусофиркаш ҳангоми фаъолият дар шароити шаҳрҳои калони шароити климатогеографии Ҷумҳурии Тоҷикистон мубрам ва саривақтӣ ба шумор меравад.

Мақсади таҳқиқот. Омӯзиши ҳолати саломатӣ ва беморшавӣ бо корношоямии муваққатӣ дар мавриди ронандагони нақлиёти автомобилӣ мусофиркаш зимни фаъолият дар шароити иқлими гарми Ҷумҳурии Тоҷикистон ва таҳияи тавсияҳо доир ба беҳтар гардонидани шароити кории онҳо ва коҳиш додани беморшавии ронандагони нақлиёти автомобилӣ.

Мавод ва усулҳои таҳқиқот. Таҳлили беморшавӣ мувофиқи варақаҳои корношоямие ба амал оварда шуд, ки дар солҳои 2016-2019 дода шудаанд. Ронандагонро аз рӯи хусусияти таҳқиқот ба ду гурӯҳи касбӣ ҷудо намудем: ронандагони автобуси тамғаи АКИА, ISUZU, ЛиАЗ ва троллейбусҳои тамғаи ТӢУ. Барои пажӯҳиш 223 ронанда мавриди таҳқиқ қарор гирифта: аз ҷумла 128 ронандаи автобус ва 96 ронандаи троллейбус. Маводи беморшавӣ вобаста аз таҳассус, собиқаи корӣ ва син мавриди бознигарӣ қарор дода шуд. Аз ҷониби мо таҳлили робитаи дучониба дар алоқамандӣ бо дараҷаи шиддатнокии омилҳои зараррасони муҳити истеҳсолӣ ба амал оварда шуд.

Натиҷаи таҳқиқот. Нақши ҳолати саломатии ронандаи нақлиёти автомобилӣ дар таъмини эътимоднокии он, зимни системаи ҳаракати ронанда-автомобил-муҳит маълум аст, хусусан дар ҳолатҳое, ки бемориро ҳалалёбии қобилияти таҳлил намудани анбӯҳи маълумот ва қабул кардани қарори



мувофиқ дар вазъияти муқаррарӣ ва садамавӣ ҳамроҳӣ менамояд. Бад шудани ҳолати умумӣ, коҳиш ёфтани қобилияти корӣ, бемориҳои сабабашон истехсолӣ боиси боло рафтани эҳтимолияти ба амал омадани ҳодисаҳои роҳу нақлиёт мегардад.

Таъсири омилҳои маҷмӯии зараррасони истехсолӣ ба ҳолати саломати ронандагони нақлиёти автомобилҳои мусофиркаш ҳангоми кор дар мавсими мухталифи сол зимни шароити иқлимиву ҷуғрофии шаҳри Душанбе мавриди пажӯҳиш қарор дода шуд. Таҳлили амиқи беморшавӣ бо корношоямии муваққатӣ тайи се сол ба амал оварда шуд.

Таҳлили беморшавӣ вобаста аз собиқаи корӣ, зимни ронандагони автобусҳо нишон дод, ки бо зиёд шудани собиқаи корӣ тадриҷан боло рафтани шумораи ҳодисаҳои гирифтورشавӣ ба бемориҳои узвҳои нафас, дастгоҳи таъяву ҳаракат, бемории узвҳои гардиши хун ва системаи асаби марказӣ ба назар мерасад.

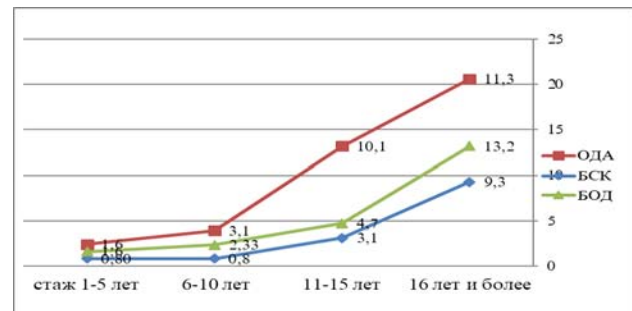
Дар сохтори беморшавӣ бемориҳои узвҳои нафас бо корношоямии муваққатӣ вобаста аз собиқаи корӣ дар ҷойи аввал қарор дорад. Зимни ронандагоне, ки 16 сол ва зиёда аз он собиқаи корӣ доранд, адади ҳодисаҳои беморшавӣ то 13,2 ва шумораи рӯзҳои корношоямӣ бошад, ба 139,4 рӯз мерасад. Омилҳои зараррасони истехсолӣ, ки ба пайдо шудани бемориҳои мазкур дар ронандагони автобус ва ҳодисаҳои зуд-зуд бамалояндаи корношоямӣ мусоидат менамоянд, корҳои зиёда аз вақти муқаррарӣ, собиқаи корӣ, мавҷудияти шароити нороҳатиҳои микроклим вобаста ба мавсими сол ва хусусан, навъҳои автобус ба шумор мераванд.

Бемории дастгоҳи таъяву ҳаракат дар байни ронандагони автобус, ки собиқаи кории зиёда аз 16 сол доранд, дар мақоми дуюм ҷойгир шудааст. Зимнан миқдори ҳодисаҳои беморӣ ба ҳисоби миёна 11,3 ҳодиса ва шумораи рӯзҳои корношоямӣ бошад, дар 100 рӯзи кории солна ба 181,8 рӯз мерасад. Шумораи зиёди ҳодисаҳои бемории дастгоҳи таъяву ҳаракат бо сабаби таъсири умумии вибраторсия, муддати мадид дар вазъи маҷбурии корӣ қарор доштан, шароити нороҳатиҳои микроклим, муддати мадид рондани автобус ва собиқаи кории

професионалии ронандаҳо ба амал меояд.

Маълум аст, ки шиддатнокии зиёди асабӣ-эмотсионалӣ, гиподинамия дар якҷоягӣ бо ғалоғула ва вибраторсия барои касби ронандагӣ омилҳои зараррасони истехсолӣ ба ҳисоб рафта, метавонанд сабаби инкишофи бемориҳои системаи дилу рағҳо гарданд. Бо зиёд шудани собиқаи корӣ ба 16 сол ва зиёда аз он шумораи ҳодисаҳои гирифтورشавӣ ба бемории узвҳои гардиши хун ба ҳисоби миёна то 9,3 ҳодиса ва дар 100 рӯзи кории солна рӯзҳои корношоямӣ ба 168,7 рӯз афзудааст. Адади ҳодисаҳои бемориҳои системаи асаби марказӣ низ зиёд (7,1 ҳодисаи беморӣ ва 105,5 рӯзи корношоямӣ) буд.

Динамикаи беморшавии ронандагони автобус вобаста аз собиқаи корӣ



БУН - бемории узвҳои нафас, ДТХ - дастгоҳи таъяву ҳаракат, БСК - бемории системаи гардиши хун

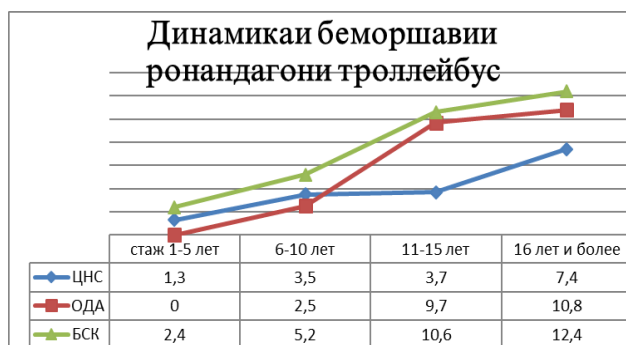
Натиҷаи таҳлили маводи беморшавӣ бо корношоямии муваққатӣ вобаста аз собиқаи корӣ нишон медиҳад, ки ронандаи троллейбусҳо бештар аз бемориҳои системаи дилу рағҳо, дастгоҳи таъяву ҳаракат ва системаи асаби марказӣ азият мекашанд.

Дар инкишофи бемории системаи дилу рағҳо, гайр аз таъсири омилҳои генетикӣ, сину чинс инчунин таъсири омилҳои муҳити атроф, шароити меҳнат, тарзи камҳаракати умр ва муносибати номувофиқи парҳезӣ низ аҳамияти калон дорад. Дар сохтори беморшавӣ бо корношоямии муваққатӣ, зимни ронандагони троллейбусҳо, ҳодисаҳои гирифтورشавӣ ба бемориҳои системаи дилу рағҳо хеле зиёд аст. Миқдори ҳодисаҳои беморӣ бо афзудани собиқаи корӣ ба ҳисоби миёна то 12,4 ҳодиса ва шумораи рӯзҳои корношоямӣ бошад, дар 100 рӯзи кории солна то 224 рӯз



мерасад. Басомади ҳодисаҳои бемории дастгоҳи такяву ҳаракат зимни ронандагони троллейбус ба монанди ронандагони автобусҳо қариб манзараи ба ҳам монанде дошт.

Шиддати зиёди асабу эмотсионалӣ дар яқчоғӣ бо дигар омилҳои номусоиди истехсолӣ низ ба сатҳи беморшавӣ бо корношоямии муваққатӣ ба бемориҳои системаи асаби марказӣ таъсир мерасонанд. Зимнан миқдори ҳодисаҳои беморӣ дар мавриди ронандагони троллейбусҳо бо боло рафтани собиқкаи корӣ ба ҳисоби миёна то 7,9 ҳодиса ва рӯзҳои корношоямӣ бошад, то 117,5 рӯз афзуд.



САМ - системаи асаби марказӣ, ДТХ - дастгоҳи такяву ҳаракат, БСГХ - бемории системаи гардиши хун

АДАБИЁТ

1. Блинова Т.В., Трошин В.В., Макарон И.А. Биохимические показатели риска возникновения сердечнососудистой патологии у водителей автотранспортных средств. Медицина труда и промышленная экология. -2012.-№6.-С. 18-22
2. Башкирева А.С., Хурцилоева О.Г., Хавиной В.Х. Сравнительный анализ профессионального риска ускоренного старения у работающих во вредных условиях. Гигиена окружающей и производственной среды. 2013.- № 4.- С. 20-26.
3. Одинаева Л.Э., Хасанов Ф.Ч. Влияние факторов производственной среды на функциональное состояние организма и заболеваемость работников горно-транспортного комплекса цементного производства. Вестник Авиценны. 2008.- № 2.- С. 128-132.
4. Радченко О.Р., Мухаметшин И.Р. Образ жизни, условия труда и состояние репродуктивного здоровья водителей. Проблемы репродукции. 2013.- № 1.- С. 26.
5. Сарокин Г.А., Шилов В.В., Гребеньков С.В. Оценка профессионального обусловленного и непрофессионального рисков нарушения здоровья у водителей грузовых автомобилей. Медицина труда и промышленная экология. 2016.- № 6.- С. 1-6.
6. Панков В.А., Кулешова М.В., Шаяхметов С.Ф. Гигиеническая оценка условий труда и состояние здоровья летного состава гражданской авиации. Медицина труда и промышленная экология. 2017.- № 10.- С. 29-34.
7. Некрасова М.М., Аширова С.А., Бобоха М.А. Аллостатические нагрузки у водителей автобусов. Медицина альманах. 2016.- № 4.- С. 158-161.
8. Федотова И.В., Аширова С.А., Некрасова М.М., Субъективная оценка водителями грузопассажирского Автотранспорта условий труда и влияния их на состояние здоровья. Здоровье население и среда обитания. 2017.- №10(295).- С. 27-30



ВЛИЯНИЕ УСЛОВИЙ ТРУДА ВОДИТЕЛЕЙ ПАССАЖИРСКОГО АВТОТРАНСПОРТА НА СОСТОЯНИИ ИХ ЗДОРОВЬЯ

Б.Х. Нушервон, А.Б. Бабаев.

Кафедра гигиены и экологии, ТГМУ им. Абуали ибни Сино,

В статье представлены результаты анализа проведенных исследований посвященных изучению заболеваемости с временной утратой трудоспособности у водителей пассажирского автотранспорта при работе в условиях жаркого климата Республики Таджикистан. Анализ заболеваемости в зависимости от стажа работы у водителей показывают, что с увеличением стажа наблюдались повышении число случаев заболеваний органов дыхания, опорно-двигательного аппарата, болезни органов кровообращения и цент-

ральной нервной системы. Число случаев заболеваний органов дыхания составляла 13,2 и число дней нетрудоспособности 139,4, а заболеваний сердечнососудистой системы 12,4 случая и 224 дней нетрудоспособности. число случаев заболеваний центральной нервной системы с увеличением стажа работы повышались в среднем до 7,9 случая и 117,5 дней нетрудоспособности.

Ключевые слова: водители, пассажирский автотранспорт, заболеваемость, условий труда.

IMPACT OF LABOR CONDITION OF THE DRIVERS OF PASSENGER VEHICLE IN TO THEIR HEALTH STATUS

The article presents the results of an analysis of studies on the incidence of temporary disability in drivers of passenger vehicles while working in the hot climate of the Republic of Tajikistan. An analysis of the incidence depending on the length of service for drivers shows that with increasing age, there was an increase in the number of cases of diseases of the respiratory system, musculoskeletal system, diseases of the circulatory system and central

nervous system. The number of cases of respiratory diseases was 13.2 and the number of days of disability was 139.4, and diseases of the cardiovascular system were 12.4 cases and 224 days of disability. the number of cases of diseases of the central nervous system with an increase in work experience increased on average to 7.9 cases and 117.5 days of disability.

Keywords: drivers, passenger vehicles, incidence, working conditions

Нушервони Билоли Халилиён - Докторанти PhD кафедраи беҳдошт ва экологияи ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино Email: nbilol@inbox.ru Тел: (+992)985020129

Нушервони Билоли Халилиён, докторант (PhD) кафедраи гигиены и экологии ТГМУ им. Абуали ибни Сино E-mail: nbilol@inbox.ru Тел: (+992)985020129

Nushervoni Biloli Khaliliyon, PhD student of the Department of Hygiene and Ecology, Avicenna TSMU E-mail: nbilol@inbox.ru Phone: (+992)985020129

БАРРАСИИ ЭПИДЕМИОЛОГИИ БЕМОРОНИ ҚАЛБӢ-УРУҚИИ (ДИЛУ РАҒҲО) БИСТАРӢ ДАР БЕМОРИСТОНҲО

Муҳаммад Сиддиқ Рауф1, Нурув Р.М.2

1. Ассистенти Донишгоҳи тиббии Балх, Ҷумҳурии Исломии Афғонистон;
2. Маркази ҷумҳуриявии пешгрӣ ва мубориза бо СПИД, ҶТ, ш. Душанбе.

Муҳиммият. Мизони бурузи энержи сарӣ (синагӣ), сактаи қалбии ҳод (шадид) ва марги ногаҳонӣ аз назари эпидемиологӣ, ки мавриди баррасӣ қарор гирифтааст, бар

асоси авомили хатар, синну сол, ҷинс ва наҷод дар сутоҳи фардӣ ва бар асоси кишварҳо, манотиқи ҷуғрофӣ ва табақоти иҷтимоӣ дар сутоҳи ҷамъиятӣ ва дар тӯли замон



мутафовит (гуногун) мебошанд (Virtanen, Marianna. et al. (2012) бемориҳои уруқи коронарӣ (рағҳои коронарӣ) боиси mortality (фавтият), morbidity (беморшавӣ), нотавонӣ дар чамъияти Эрон мегарданд ва тақрибан омили 50%-и тамоми маргҳо дар сол маҳсуб мешавад (Хотамӣ ва ҳамкорон, 2007). Дар ҳоле, ки мизони маргу мири ношӣ аз бемориҳои коронарии қалбӣ бар ҳасби синн дар кишварҳои тавсеъаёфта дар ҳоли коҳиш аст, шавоҳиде вучуд дорад, ки нишон медиҳанд, ин беморӣ дар Эрон рӯ ба афзоиш мебошад, ба тавре ки мизони он байни 20 то 45% афзоиш ёфтааст. Ба назар мерасад тағйироти эҷодшуда дар сабки зиндагӣ, монанди масрафи зиёди ғизоҳои фароваршуда ва ғанӣ аз чарбиҳои ишибошуда (сершуда), сатҳи пойини фаъолияти физикӣ ҳамроҳ бо афзоиши шиюъи (пахншавии) чокӣ (фарбехӣ) ва диабети навъи ду мунҷар ба афзоиши пешраванда дар шиюъи авомили хатари бемориҳои коронарии қалбӣ-уруқӣ ва бемориҳои коронарии қалбӣ дар кишварҳои тавсеъаёфта шудааст (Хадонк ва ҳамкорон, 2009).

Объекти таҳқиқот. Мутолеоте, ки бар рӯи чамъияти бузургсоли Техрон анҷом шуд шиюъи болои синдроми метаболикӣ ва авомили хатари бемориҳои қалбӣ-уруқӣ, махсусан пурфишории хун, мизони болоии холестероли том, пойин будан холестерол донситани боло (HDL) ва боло будан нисбати даври камар ба ҳипро нишон медиҳад (Азизӣ ва ҳамкорон, 2002 ва 2003).

Бемории уруқи коронарӣ ки фароянди музмин аст, ки аз даврони чавонӣ шурӯъ мешавад ва ба тадриҷ пешрафт мекунад. Авомили хатари мустақили ин беморӣ шомили таърихчаи фомилӣ (оилавӣ), ибтилои зудрас, масрафи сигор, диабет, пурфишории хун ва боло будани чарбии хун, сабки зиндагии бетаҳрик, афзоиши синн, чинс ва чокӣ мебошад (Аврат ва ҳамкорон, 2011). Бар асоси мутолиа мавриди шохидӣ дар 52 кишвар, 9 омили хатар шомили сигор кашидан, сутуҳи ғайри табиӣи липидии хун, пурфишории хун, диабет, чоқии шикамӣ, фуқдон ва камбуди фаъолияти физикӣ, масрафи ками мевачот ва сабзичот дар тӯли рӯз,

масрафи зиёди алкул ва шохисҳои равонии иҷтимоӣ, ки ба осонӣ қобили андозагирӣ ва қобили ислоҳ ҳастанд, омили беш аз 90% сактаи ҳодди (шадиди) қалбии аввалия маҳсуб мешаванд (Иосиф ва ҳамкорон, 2004) мутолиоти мудохилай нишон додаанд, кам кардани авомили хатар боиси коҳиши мизони бемории коронарии қалбӣ, сактаи мағзӣ ва дигар бемориҳои қалбӣ-уруқӣ хоҳад шуд (Ортего ва Мотарсон, 2011).

Бо таваҷҷуҳ бапахншавии болои бемориҳои қалбӣ уруқӣ дар Эрон ва маргу мири ношӣ аз ин бемориҳо, мутолиаи ҳозир бо ҳадафи баррасӣ вазъияти эпидемиологии беморони қалбӣ-уруқӣ бистарӣ дар бахшҳои қалб ва ССУ бемористонҳои донишгоҳ улуми пизишкӣ анҷом гардид.

Мавод ва равишҳо. Дар ин мутолеаи тавсифӣ-мақтаӣ, намунагирӣ ба сурати саршумории шомили баррасии 2392 парванда марбут ба беморони бистаришуда бо ташхиси аввалияи бемориҳои қалбӣ-уруқӣ дар бемористонҳои мутаҳҳарӣ (покиза) мавриди анҷом гирифт, баррасии ин парвандаҳо, пас аз таъйиди кумитаи пажӯҳиши донишқадаи парасторӣ ва таъйиди кумитаи ахлоқи донишгоҳи улуми пизишкӣ анҷом гардид.

Ёфтаҳо. Аз теъдоди 2392 бемор, 53,2% ва зан 46,8% мард буданд. Ҳамчунин 99%-и беморон мучаррад (мутгахил), 61,2% бумӣ буданд. Синну соли миёнаи намунаҳо $60 \pm 12,5$ сол ва аксарият дар маҳдудан синни 42, 83 сол қарор доштанд. Миёнгини муддати замони бистарӣ дар бемористон $5,3 \pm 65,1$ рӯз буд.

Дар ин мутолиа шоеътарин бемории уруқии фишори хун боло 91,7% буд ва 10,6% аз намунаҳо ҳам диабети ғайривобаста ба инсулин доштанд. Шоеътарин омили хатар, фишори хуни боло (91,7%) буд ва 10,6%-и намунаҳо ҳам диабети ғайривобаста ба инсулин доштанд. Шоеътарин омили хатар, фишори хуни боло (48,2%) буд ва пас аз он, диабет (24,4%), гиперлипидемия (12,3%), истеъмоли духониёт (9,8%) ва собикаи хонаводагии ибтило (мубтало) ба бемориҳои қалбӣ-уруқӣ (5,1%) қарор дошт. Шоеътарин омили хатар дар мардон ба тартиби пурфишории хун (45,6%), диабет (20,8%), истеъмоли духониёт (20%), гиперлипидемия (8,6%)



ва собикаи хонаводагӣ (5%), ва дар занон, пурфишории хун (49,9%), диабет (2,7%) буд. Аз кулли беморони бистарӣ, 97,6% тархис(рухсат) шуданд ва мизони маргумири дохили бемористонӣ 55 нафар (2,3%), буд, ки аз ин теъдоди 31 нафар мард (2,8% ва 24 нафар зан 1,9%) буданд.

Дар беморони қалбӣ 53,8% ба далели

хамлаи қалбии ногаҳонӣ ,5,9% ба далели аритмияҳои қалбӣ, 55,1% ба далели норасоии эҳтиқонии қалб, 3,5% ба далели сактаи қалбӣ ва 0,5% ба далели стенокардия фавт намуда буданд ва дар байни бемориҳои урукӣ 8,3% ба далели тромбози сиёхрағҳои умқӣ (DVT) ва 2,3% ба далели фишори хуни боло фавт намуда буданд.

Ҷадвали шумораи 1: Муқоисаи бурузи анвои мухталифи бемориҳои қалбӣ дар мардон ва занони бистарӣ дар бахшҳои қалб дар соли 1391=2013.

Бемориҳои қалбӣ	Теъдод	%	Теъдоди умумӣ	%-и умумӣ
Стенокардия			1614	68,47
Зан	981	70,77		
Мард	643	57,5		
Норасоии эҳтиқонии қалб			322	13,46
Зан	143	11,2	143	
Мард	180	16,1	180	
Сактаи қалбӣ			313	13,09
Зан	104	8,3	104	
Мард	208	18,49	208	
Ҳамлаи ногаҳонии қалбӣ			27	1,13
Зан	17	1,3	17	
Мард	10	0,9	10	
Аритмия			116	4,85
Зан	55	4,3	55	
Мард	61	4,44	61	

Баҳс. Бемориҳои қалбӣ-уруқии эпидемии замони мо маҳсуб мешаванд, ва муҳимтарин беморӣ дар ҷаҳон мебошанд, ки боиси морбидитӣ, морталитӣ, нотавонӣ ва афзоиши хазинаҳои дармонӣ то соли 2020 хоҳад гашт (Гозино,2005). Ин бемории музмин таъсири зиёде бар кайфияти зиндагии беморон дорад. Дар ин мутолиа шоеътарин бемориҳои қалбӣ ва урукӣ, энжини садрӣ (63,3%) ва фишори хуни боло (91,7%) буданд, теъдоди занони бистарӣ ба далели бемориҳои қалбӣ- урукӣ бештар аз мардон ва теъдодафроси мутаҳил (оиладор) бештар аз муҷаррадҳо буданд. Омори дақиқе аз нилҳои анжини садрӣ дар Эрон ёфт нашуд, вале ин омор дар кишварҳои Амрико нишон медиҳад, ки тақрибан як нафар аз ҳар 42 нафар (2,35%) ё 6,4 млн.нафар мубтало ба ин беморӣ мебошанд. Дар байни амрикоӣҳое, ки синни 40-74 сол, шиюъи (пахншавии) стенокардия бар ҳасби синн дар занон бештар аз мардон аст (Лиодгепез ва ҳамкорон, 2009), гарчи додаҳои маркази контрол ва пешгирии бемориҳои (2007) нишон дод, дар соли 2005 мардон (5,5%), паҳншавии болотарӣ аз ан-

жини садрӣ (стенокардия) ва бемориҳои коронарии қалбӣ нисбат ба занон (3,4%) доштанд. Дар мутолиаи Хадоиқ ва ҳамкорон (Nadouqh, F) соли 2009, ки бар рӯи 5984 фарди аз 30 сола болотар дар Афғонистон анҷом шуд, шиюъи (пахншавии) бемории коронарии қалбӣ 21,8% буд ва дар занон нисбат ба мардон шиюъи болотаре дошт (22,3% дар муқобили 18,18%) ва шиюъи стенокардия 10,7% буд (бар асоси пурсишномаи Анжин Раз) ва дар афроди аз 65 сол ба боло паҳншавии стенокардия бештар буд (62%) , ки бо мутолиаи ҳозир ҳамгонӣ дорад ва баъд аз ин ки паҳншавии он бар асоси интибоқи (мувофиқати) синни санчида шуд, занон ба таври қобили мулоҳиза паҳншавии бештаре аз стенокардия нисбат ба мардон доштанд (11,5% дар муқобили 98,9% ва $P<0,001$). Дар ин мутолиа паҳншавии пурфишории хун ва истеъмоли сигор низ ба таври маънидоре дар намунаҳое, ки бемории коронарии қалбӣ доштанд, бештар буд.

Дар мутолиаи дигаре, ки дар шаҳри Исфохон анҷом шуд, густариши бемории ко-



ронарии қалбӣ дар афроди 30 то 79 сол 19,4% буд, ки дар байни занҳо нисбат ба мардҳо паҳншавии бештар дошт (21,9% дар муқобили 16%) $P < 0,001$ [Roqer, Veronique L. ва ҳамкорон, 2012]. Паҳншавии болои бемориҳои коронарии қалбӣ дар занони эронӣ мумкин аст ба дунболи паҳншавии болои синдроми метаболикӣ дар занон дар муқоиса бо мардон бошад (42% дар муқобили 24% ва $P < 0,001$) [Азизӣ ва ҳамкорон, 2003]. Дар кишвари Афғонистон маъмулан сатҳи фаъолияти физикии занон камтар аз мардон аст ва афзоиши вазн ва чоқӣ дар байни занон шоеътар аст. [Daryani, A. ва ҳамкорон, 2007]. Дар мутолиаи Хотамӣ низ коҳиши фаъолияти физикӣ дар байни занон бештар буд. Дар як мутолиаи мета-анализ, ки дар мавриди муқоисаи паҳншавии стенокардия дар занон бо мардон дар 31 кишвар анҷом шуд аз байни 199494 зан, 13331 маврид ва аз байни 201821 мард, 11511 мавриди стенокардия гузориш шуд, ки нишондоди паҳншавии стенокардия дар занон каме бештар аз мардон аст [Heminqway, H. ва ҳамкорон, 2008].

Мутолиаи ҳозир нишон медиҳад, ки пурфишории хун ва стенокардия ду бемории бо паҳншавии боло мебошанд, ба тавре ки пурфишории хун дар занон 49,9% ва дар мардон 45% буд. Ҳамчунин 41,7% -и намунаҳои фишори хуни систоликӣ болотар аз 140 мл/л сут.сим. ва 34,4% фишори хуни диастоликӣ болотар аз 90 мл/л сут.сим. доштанд. Ин ёфтаҳо бо натоиҷи дигар мутолиот бисёр мутафовит мебошад, ба тавре ки дар мутолиаи Хотамӣ ва ҳамкорон (2007) ки бар рӯйи 1381 зан ва 1619 мард анҷом шуд (ҷамъан 3000 зану мард). 13,7% фишори хуни систоликӣ болои 140 ва 9,1% фишори хуни диастоликӣ болои 90 мл/л сут.сим. доштанд ва дар ин мутолиа паҳншавии пурфишории хун фишори хун беш аз 140/90 мм. сут.сим. дар занон бештар аз мардон ва дар гурӯҳи синни 56 то 65 сол бештар буд. Дар мутолиаи Sarrafzadeon ва ҳамкорон (1999) дар Исфохон ҳам 8624 марду зани 19 сол ба боло мавриди мутолиа қарор гирифтаанд, ки дар қулли 18% (8% мардон ва 19,4% занон) пурфишории хуни систоликӣ доштанд.

Дар ин мутолиа шиюъи (паҳншавии) болоӣ аз чоқӣ, гиперлипидемия ва диабет дар байни афроди мубтало ба фишори хун дар муқоиса бо афроде, ки фишори хун на доштанд, вучуд дошт.

Алалрағми паҳншавии болои стенокардия ва пурфишории хун, дар ин мутолиа, мизони маргумири дохилибемористонӣ 2,3% буд, ки дар муқоиса бо мутолиоти мушобех бисёр поин мебошад, ба тавре ки дар мутолиаи Kazerani, H. ва ҳамкорон (2008) бар рӯйи 12 млн. нафар ҷамъияти мубтало ба пурфишории хун дар Канада дар солҳои 1995-2005 анҷом доданд, маргумири нош аз пурфишории хун аз 11,3% дар 1000 нафар дар соли 1995 ба 9,6% дар 1000 нафар дар соли 2005 расид, ки коҳиши нисбӣ 15,5% дошт ва ин коҳиш дар мардон, бештар аз занон буд (22,2% муқобили 7,3% $P < 0,001$) тақрибан 60% аз тамоми маргҳои нош аз бемориҳои коронарии қалб мебошад, ки хориҷ аз бемористон иттифоқ меафтанд, бинобар ин мушкил ба назар мерасад, ки битавон тахмин ба арзиш ва дақиқӣ аз раванди марги ногаҳонии нош аз бемории коронарии қалбӣ дар дохил ва хориҷи бемористон ба даст овард [Virtanen, Marianna, ва ҳамкорон, 2012].

Дар пажӯҳиши ҳозир миёнгини муддати замони бистарӣ дар бемористон $1,65 \pm 3,5$ рӯз ва миёна 3 рӯз ва миёнгини синни афроди мутолиа $60 \pm 12,5$ сол буд, ки бо мутолиоти анҷомшуда дар кишварҳои дигар ҳамгонӣ дорад, ба тавре ки дар Англия миёнгини тӯли иқомат дар бемористон ба далели стенокардия 5,5 рӯз ва миёна 3 рӯз ва миёнгини синни беморон 60 сол ва дар Австралия миёнгини тӯли иқомат дар бемористон 4,1 рӯз ва омори бистаришудагон ба далели стенокардия дар бемористонҳои умумӣ 5,8 дар ҳар 10000 нафар дар соли 2001-2002 будааст [Vandev linde ва ҳамкорон, 2010].

Дар ин мутолиа 53,8% беморон ба далели ҳамлаи қалбии ногаҳонӣ фавтида буданд, ки ин мизон дар занон дар муқоиса бо мардон бештар будааст. Марги ногаҳонӣ, ки аз тазоҳуроти шоеъи гирифтори уруқи қалб аст ва беш аз 50%-и беморон, ки бо марги ногаҳонӣ фавтидаанд, ҳеч собиқае аз алои-



ми қалбӣ надоштаанд [Atkins, D 2009]. Дар кулли ними аз маргу мири ношӣ аз бемориҳои қалбӣ-уруқии қабл аз расидан ба бемористон ба сурати ногаҳонӣ дар занон камтар аз мардон будааст, дар 57% мардон ва 64% заноне, ки ба сурати ногаҳонӣ фавт намудаанд, ҳеч мадраке барои вучуди бемори қалбӣ-уруқии қаблӣ вучуд надоштааст [Yasuuf, S.(2004).]

Дар мутолиаи ҳозир бештари афроди таҳти мутолиаро оиладорон (99%) ташкил медоданд, оиладорӣ ба унвони омили иҷтимоии муҳим дар иртибот бо маргу мир шинохта шудааст. Мутолиа дар мавриди ин масъала дар ИМА, кишварҳои аврупоӣ ва Япония нишон доданд, ки хатари маргу мир барои ашхоси мутлақа, (талокдодашуда) ё мучаррад 1,2 то 2,5 баробар бештар аз афроди оиладор аст. Дар мутолиае, ки дар Япония бар рӯйи 94062 мард ва зани аз 40 то 79 -сола анҷом шуд, нишон дод мардоне, ки ҳаргиз издивоҷ накарда буданд, дар маърази хатари бештари маргу мир дар асари бемориҳои қалбӣ-уруқӣ қарор доштанд. Хамчунин дар мардоне, ки талок гирифта буданд, хатари маргу мири ношӣ аз бемориҳои қалбӣ-уруқӣ (дилу рағҳо) дар муқоиса бо мардони оиладор ба таври мутавасит болотар буд, аммо ин раванд дар мавриди занон мушоҳида нашуд [Herlits, J. 2010]. Таҳқиқоти дигаре нишон доданд, "кайфияти издивоҷ" ба таври маънидор бо баҳои 4-сола дар мардон ва занони мубтало ба норасоии қалбӣ рабт доштааст [Kivimäki ва ҳамкорон, с. 2013]. Натоиҷи мутолиаи ҳозир ҳам нишон медиҳад, алалриғми ин ки теъдоди афроди оиладор бештар шудааст, вале мизони маргу мир камтар будааст.

Натиҷагирӣ.

Атеросклероз падидаест, ки аз кӯдакӣ оғоз мешавад ва то чандин даҳа бидуни аломат мебошад. Баррасиҳои эпидемиологӣ бо нишон додани авомили хатар кӯмак мекунанд, то битавон бо иттиҳози (интиҳоб) роҳбурдҳои муносиб аз хатари бемориҳои қалбӣ- уруқӣ кост. Бо таваҷҷӯҳ ба аҳамияти беморӣ ва низ авомили хатарсози бемориҳои қалбӣ- уруқӣ, пешгирии паҳншавии он амрест ҳамаҷониба, ки мебоист илова бар мардум, ки нақши асосӣ доранд, дастгоҳҳои иҷроӣ бо мушорикат ва ҳамкориҳои ҳамаҷониба дар ин замина фаъолият наоянд. Дар ин мутолиа стенокардия ва пурфишории хун аз паҳншавии болое бархурдор буданд ва ҳарду беморӣ бо контроли авомили хатаре монанди фишори хуни боло, адами истеъмоли сигор, коҳиши сутуҳи холестероли хун ва вазн метавон то ҳадди зиёде аз бурузи бемориҳои қалбӣ-уруқӣ пешгирӣ намуд. Хамчунин чихати тағйир дар сабки зиндагӣ ташвиқи афрод ба масрафи ғизоҳои солим, маҳдуд кардани масрафи алкул, контроли фишори хун, тарки сигор ва иҷтиноб (парҳез) аз стресс ва аҳамият додан ба варзиш тавсия мегардад. Бо ҳадафи тарвиҷи (ривоҷ додани) фарҳанги саломат ва шиносӣ ва контроли беморони қалбӣ дар шаҳристони Ҷаҳрам иҷро гардад " қалби солим" пешниҳод мешавад тарҳ ва шахрвандон бо синни аз 35 то 40 сол аз назари ибтило ба бемориҳои қалбӣ-уруқӣ мавриди мутолиа қарор гиранд ва барои афроди солим ва дар маърази хатар, барномаҳои пешгирӣ ва барои мубталоён барномаи пайгирии доруй- дармонӣ иҷро гардад.

АДАБИЁТ

- 1- Ai Ikeda, Hiroyasu.et al.(2007) Marital status and mortality among Japanese men and women: the Japan collaborative cohort study. BMC Public Health. 7:73.
- 2- Atkins, D. etal.(2009). Epidemiology and outcomes from out-of-hospital cardiac arrest in children the resuscitation outcomes consortium epistrycardiac arrest. Circulation. 119(11), 1484-1491.
- 3- Azizi, F. etal.(2003). Prevalence of metabolic syndrom in an urban population:Tehran lipid and glucose study . Diabetes research and clinical practice .61(1): 29-37.
- 4- Cannon, C. P.etal. (2010). Safety of anacetrapib in patients with or at high risk for coronary heart disease. New England Journal of Medicine.363(25), 2406-2415.
- 5.- Centers for Disease Control and Prevention. (2007). Prevalence of heart disease- United Sataes,2005. Morbidity, Mortality, WKLY Rep.56(6): 113- 8. [Med line].



- 6- Dabiran, S.etal. (2000). Evaluation of survival rate and effective factors in acute myocardial infarction patients in Emam Hospital .Tehran University Medical Journal. 60 (4) :347-353.
- 7- Daryani, A. et al. (2005). Risk factors for coronary heart disease among immigrant women from Iran and Turkey, compared to women of Swedish ethnicity. *Ethn Disspring*. 15(2):213-20.
- 8- De Koning, Lawrence. et al.(2012) "Sweetened beverage consumption, incident coronary heart disease, and biomarkers of risk in men clinical perspective." *Circulation*. 125(14): 1735-1741.
- 9- Eaker, ED. (1998). Psychosocial risk factors for coronary heart disease in women. *Cardiology Clinic*. 16:103-11.
- 10- Everett, B. (2011). Sensitive cardiac troponin T assay and the risk of incident cardiovascular disease in women with and without diabetes mellitus: The women's health study. *Circulation*. 123(24), 2811-2818.
- 11- Gazino, JM. & Braunwald, Eugene.(2005). *Heart disease: A text book of cardiovascular medicine*.7. Philadelphia: WB. Saunders Company. P.7.
- 12- Azizi, F.etal. (2002).Distribution of blood pressure and prevalence of hypertension in Tehran adult population: Tehran lipid and glucose study 1999-2000; *Journal of Human Hypertension*.16(5): 305-12.
- 13- Hadaegh, F. (2009). Prevalence of coronary heart disease among Tehran adults: Tehran Lipid and Glucose Study . *Health Journal*. 15(1).
- 14- Hatami, ZN.(2007). Prevalence of coronary artery disease risk factors in Iran: A population based survey. *Cardiovascular Disorders* . 7:32.
- 15- Hemingway, H.(2008). Prevalence of angina in women versus men. *Circulation*. 117 : 1526-1536.
- 16- Herlitz, J. (2010). Epidemiology of cardiac arrest outside and inside hospital: Experiences from registries in Sweden. *SIGNA VITAE*, 5(Suppl. 1), 44-45.
- 17- Karen ,Tu. et al.(2008). Mortality among patients with hypertension from 1995 to 2005 : A population - based study . *CMAJ* . 178(11):1436 -1440.
- 18- Kazerani, H. (2006). "Epidemiology of acute myocardial infarction patients admitted to hospital." *Journal of Ilam University of Medical Sciences*. 14(3): 40-46.
- 19- Kivim?ki, Mika.& Ichiro, Kawachi. (2013). "Need for more individual-level meta-analyses in social epidemiology: example of job strain. and coronary heart disease." *American Journal of Epidemiology*. 177.1 (1-2).
- 20- Lioyd-Jones, D. et al. (2009). Heart disease and stroke statistics, 2009 update: A report from the American Heart Association Statistics Committee and Stroke Statistics Subcommittee. *Circulation*. 119(3): e21-181.
- 21- Mente, A.etal. (2009). A systematic review of the evidence supporting a causal link between dietary factors and coronary heart disease. *Archives of Internal Medicine*. 169(7), 659-669.
- 22- Mirmiran, P. et al.(2001). Measurement of total energy requirement in adults : Prospective Tehran lipid and glucose study .*Journal of Shaheed Beheshti University of Medical Sciences*.6 : 157- 66[in Farsi].
- 23- Ortega,L.M. & Materson,B.J.(2011).Hypertension in peritoneal dialysis patients:Epidemiology, pathogenesis, and treatment. *Journal of the American Society of Hypertension*.5(3), 128-136.
- 24- Roger, V?ronique. L. et al.(2012) "Executive summary: Heart disease and stroke statistics-2012 update: A report from the American Heart Association." *Circulation*. 125(1):188.
- 25- Sarrafzadegan, N. (1999). Prevalence of hypertension and associated risk factors in Isfahan, Islamic Republic of Iran . *East Mediterenian Health Journal* .5(5): 992-1001.
- 26- Singh, R.B. et al. (2000). Hypertension and stroke in Asia: Prevalence, control and strategies in developing countries for revention .*Journal of Human Hypertension* . 14(10/11):749-763.
- 27- Vander, Bom. et al. (2010). "The changing epidemiology of congenital heart disease." *Nature Reviews Cardiology*. 8.1 50-60.



- 28- Vander, Linde. (2011). Birth prevalence of congenital heart disease worldwide: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Journal of the American College of Cardiology*, 58(21), 2241-2247.
- 29- Vasccarion, V. & Parsons, B.(1999). Sex - based differences in early mortality after myocardial infarction. *New England Journal of Medicin.*341:217- 225.
- 30- Virtanen, Marianna. et al. (2012). "Long working hours and coronary heart disease: A systematic review and meta-analysis." *American Journal of Epidemiology*. 176(7): 586-596.
- 31- Yasuf, S.et al. (2004) .Effect of potentially modifiable risk factors associated with myocardial infarction in 52 countries(The INTER HEART Study) : case- control study . *Lancet*. 364: 937-52. 10

ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ГОСПИТАЛИЗИРОВАННЫХ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ПАЦИЕНТОВ В БОЛЬНИЦАХ

Мохаммад Седик Рауф1, Курбонов К. М.2

1. Факультет Балхского государственного университета, г. Балх, Мазоре Шариф, Исламская Республика Афганистан. 2. ТНУ кафедра эпидемиологгт и инфекционные болезни. РТ, г. Душанбе.

Резюме.

Цель: описать эпидемиологическое состояние пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями, поступивших в больницы.

Справочная информация. Сердечно-сосудистые заболевания - самая частая причина смерти в большинстве стран, включая Иран. Это основная причина инвалидности. Сердечно-сосудистые заболевания считаются одними из наиболее предотвратимых неинфекционных заболеваний человека.

Метод: В этом ретроспективном описательном исследовании были изучены 2392 медицинских пациента, госпитализированных в 2012-2013 гг. с первичным диагнозом сердечно-сосудистые заболевания. Данные были получены из контрольного списка, состоящего из двух частей: первая часть включала демографическую информацию, а вторая была посвящена различным типам сердечных заболеваний, факторам риска сердечно-сосудистых заболеваний, продолжительности госпитализации и исходу заболевания. Данные были проанализированы с использованием статистической программы SPSS (Статистический пакет для общественных наук).

Заключения. Согласно полученным данным, 53,2% пациентов составляли женщины, 46,8% - мужчины. Из пациентов 99% состояли в браке и 61,2% были коренными. Средний возраст выборки составлял 60 + 12,5 лет, и большинство из них находились в возрастном диапазоне 42-83 года. Наиболее частыми сердечно-сосудистыми заболеваниями были стенокардия и гипертония соответственно. Среди пациентов с сердечными заболеваниями 53,8% умирают от внезапного сердечного приступа, 5,8% - от сердечной аритмии, 5,1% - от застойной сердечной недостаточности, 3,5% - от острого инфаркта миокарда и 0,5% - от стенокардии. Среди пациентов с сосудистыми заболеваниями 8,9% умерли от тромбоза глубоких вен и 2,3% умерли от гипертонии.

Вывод. Контролируя такие факторы риска, как гипертония, курение, высокий уровень холестерина в крови и вес тела, можно значительно снизить риск сердечно-сосудистых заболеваний.

Ключевые слова: эпидемиология, сердечно-сосудистые заболевания.



EPIDEMIOLOGIC STUDY OF HOSPITALIZED CARDIOVASCULAR PATIENTS IN HOSPITALS

Dr. Mohammad Sediq Raouf - teacher at Balkh Medical Faculty

Epidemiologic study of hospitalized cardiovascular patients in hospitals

Abstract

Aim. The aim was to describe epidemiologic characteristics of cardiovascular patients admitted in hospitals.

Background. Cardiovascular disease is the most common cause of death in most countries including Iran. It is the major cause of disability. Cardiovascular disorders are counted as one of the most preventable, noncommunicable illnesses in human.

Method. In this retrospective descriptive study, 2392 medical records of patients admitted to the hospital in 2012-2013 with a primary diagnosis of cardiovascular diseases were studied. Data were obtained from a checklist with two parts, the first part included demographic information and the second part was about different types of heart disease, cardiovascular risk factors, and duration of hospitalization and outcome of the disease. The data were analyzed using SPSS statistical software.

Findings. According to the findings, 53.2% of patients were female, and 46.8% were male. Of the patients, 99% were married and 61.2% were native. The mean age of the sample was 60 ± 12.5 and the majority were in the age range of 42-83 years. The most common cardiovascular disease were angina and hypertension, respectively. Among patients with heart disease, 53.8% died of a sudden heart attack, 5.8% due to cardiac arrhythmias, 5.1% due to congestive heart failure, 3.5% of acute myocardial infarction and 0.5% due to angina. In patients with vascular disease, 8.3% died due to deep vein thrombosis and 2.3% died due to hypertension.

Conclusion. With controlling risk factors such as hypertension, smoking, high blood cholesterol and body weight, it is possible to greatly prevent the risk of cardiovascular disease.

Keywords: Epidemiology, Cardiovascular disease.

Address: District 3 Mazar_e_Sharif, Balkh, Afghanistan; Phone: +93 (0) 700 505959 - +93 (0) 799 208366, Email: drsediqraouf@gmail.com



ҒАЙРИТИБӢ

ЗАБОНИ ЛОТИНӢ ДАР ҶАҶОНИ МУОСИР

М.Қ. Муродова, С.Қ. Муродова

Кафедраи анатомияи одам ва истилоҳоти тиббии лотини (мудири кафедра н.и.т., дотсент Р.Зокиров)- и МДТ "ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино"

Муҳиммият. Бисёриҳо чунин меҳисобанд, ки омӯхтани забон аз грамматика ва аз худ кардани калимаҳо вобаста аст. Дар вақти омӯзиши забон, мо хоҳу ноҳоҳ ба таърих, фалсафа, адабиёт, ҷуғрофия ва бисёр илмҳо рӯ меоварем.

Забони лотинӣ яке аз забонҳои қадимтарини ҳиндуаврупоӣ мебошад. Забони лотинӣ забони давлатии империяи Рим буд, ки дар асри III масоҳати хеле бузургӣ атрофи баҳри Миёназаминро ишғол мекард, забони лотинӣ ягона забони тамаддуну фарҳанг дар қисми ғарбии он буд. Ин мазмуни худро ҳатто пас аз пошхӯрии империяи Рими ғарбӣ дар асри V нигоҳ дошт. То асри XII-XIII забони лотинӣ забони ягонаи адабиёт ба ҳисоб мерафт ва пеш аз ҳама забони дини католикӣ буд, ки асоси ғояи (идеология) асри миёна буд. Ҳарчанд баъди асри VI (пас аз пошхӯрии империяи Рими Ғарбӣ) забони лотинӣ ҳамчун забони мусоҳиба аз истифода баромада ва забони мурда ба ҳисоб равад ҳам нақши вай дар таърихи асри миёнаи Аврупои Ғарбӣ, ки вақти зиёд ҳамчун забони ягонаи хат аст, хеле бузург мебошад. Ҳамаи забонҳои Аврупои Ғарбӣ, ғайр аз юнонӣ, алифборо дар асоси алифбои лотинӣ истифода мебаранд, дар замони ҳозира ин алифбо дар тамоми кураи замин паҳн шудааст.

Дар нутқи шифоии қабिलाҳои сершумори романиҳо забони лотинӣ то дараҷае тағйир ёфт, ки дар асрҳои III-IV ба лаҳҷаҳо (шеваҳо) ҷудо шуд. Дар оянда ин лаҳҷаҳо ба пайдошавии забонҳои романиҳои ҳозира мутобикат карданд. Ин забон бойтарин буда, беш аз анъанаҳои духазорсолаи илмӣ дорад, яке аз муҳимтарин забонҳои маданияти умумиинсонӣ мебошад, дар баъзе соҳаҳои илм (тиб, биология, истилоҳоти илмҳои гуманитарӣ ва дақиқ) дар замони муосир низ ғаёлона истифода бурда мешавад.

Бояд қайд кард, ки дар замони ҳозира забони лотинӣ қариб барои тамоми аҳолии замин шинос аст, зеро тамоми мактабҷагон онро дар дарсҳои математика, ё забони хориҷӣ меомӯзанд (барои баъзе забонҳои алифбои лотинӣ алифбои забони модарӣ аст). Барои ҳамин ин "алифбои муоширати байналхалқӣ" ба ҳисоб меравад.

Нақши забони лотиниро дар маданияти ҷаҳонӣ баҳогузорӣ кардан душвор аст. Маҳз забони лотинӣ ба бисёр забонҳои аврупоӣ арзи ҳастӣ бахшидааст ва ба таркиби луғавии онҳо дохил шудааст. Бо забони лотинӣ асарҳои беназири адабиёти Рими қадим таълиф шудаанд, махсусан ин забон забони байналмилалӣ илм шуд.

"In via est in medicina via sine lingua Latina" - "Дар тиб бе забони лотинӣ роҳи гузашт нест".

Забони лотинӣ ҳарчанд "забони мурда" ба ҳисоб равад ҳам, чун зухуроти маданияти ҷаҳони муосир боқӣ мемонад. Дар тиб забони лотинӣ дар истилоҳоти анатомӣ, клиникӣ ва фармасевтӣ васеъ истифода бурда мешавад. Донистани забони лотинӣ ба табибони тамоми ҷаҳон имконият медиҳад, ки бе мушкилот ҳамдигарро фаҳманд. Истифодабарии забони лотинӣ дар тиб анъанавии қадимаи омили муттаҳидкунандаи тамоми табибони ҷаҳон ба ҳисоб меравад. Забони касбии муосири табибон ва фармасевтҳо - маҳсули бисёрасраи ташаккули тиб ва фарматсияи ҷаҳонӣ аст. Таъсири ин инкишофӣ ва бисёр дигар воқеаҳои таърихи илм ва маданияти Юнони Қадим ва Рим гузаштааст. Ин таъсири таърихӣ ифодаи худро дар тамоми забонҳо ёфтааст. Номи бемориҳо, ҳолати патологӣ, усулҳои ташхис ва табобати беморон қариб дар ҳамаи миллатҳо бо истилоҳоти юнонӣ-лотинӣ гузошта мешавад. Мисол: arthritis (илтиҳоби бандҳо), gastritis (илтиҳоби пардаи луобии меъда), anaemia (камхӯнӣ) ва ғайра.



Забони лотинӣ дар анатомия ва фармакология нақши муҳим дорад. Ҳамаи узвҳо ва қисмҳои бадани инсон, ҳамчунин доруҳо номҳои лотинӣ доранд. Дорухатҳо бо забони лотинӣ бо қоидаҳои махсус барои фармасевтҳои тамоми ҷаҳон фаҳмо навишта мешавад.

Луғатҳои тиббӣ таърихи зиёда аз 2000 сола дорад. Истилоҳи тибби муосир яке аз силсилаи истилоҳоти мураккаб ба шумор меравад. Шумораи умумии истилоҳоти тиббӣ маълум нест - аз рӯи баҳогузори мутахассисон фонди истилоҳоти тиббии муосир зиёда аз 500 ҳазор истилоҳи тиббиро ташкил медиҳад. Истилоҳоти тиббӣ чун маҷмӯъ ба се қисм ҷудо мешавад, ки ба ҳамдигар робитаи мутақобила доранд:

1. Истилоҳоти анатомӣ - яке аз қисмҳои ҷудонашавандаи ба вучудоии тиббӣ аст, зеро ҳамаи истилоҳи анатомӣ бо забони лотинӣ омӯхта мешавад.

2. Истилоҳоти клиникӣ - ин истилоҳот дар соҳаи клиникӣ истифода бурда мешавад. Қисми зиёди истилоҳи клиникӣ аз калимаҳои мураккаб иборатанд, аз элементҳои калимасозӣ ба вучуд омадаанд.

3. Истилоҳоти фармасевтӣ - дар ин ҷо асосан калимаҳои юнонӣ ва лотинӣ ё қисмҳои онҳо истифода бурда мешаванд, ки аз онҳо истилоҳи нав ё номҳои сунъӣ месозанд.

Бо гузашти вақт табибон ва дигар кормандони соҳаи тиб дар муоширати касбӣ ба забони миллии худ гузаштанд, аммо мисли пештара аз элементҳои юнонӣ-лотинӣ, калимаҳо ва ибораҳои истифода мебаранд. Барои ҳамин номи бемориҳо, ташхис ва табобат дар тамоми забонҳо фаҳмо аст.

Забони лотинӣ дар замони мо ҳамчун забони байналхалқии илм дар якҷанд фанҳои тиббӣ-биологӣ истифода бурда мешавад, ки табибон ва кормандони тиб онро дар тамоми ҷаҳон меомӯзанд ва истифода мебаранд. Бинобар ин донишҷӯи усулҳои калимасозӣ ва фаҳмидани истилоҳоти тиббии лотинӣ барои ҳар як мутахассис, ки дар соҳаи тиб кор мекунад, зарур аст. Дар анатомия, гистология, микробиология, анатомияи патологӣ, фанҳои клиникӣ, ҳамчунин дар фармакология ин анъана ҳамеша арзи вучуд дошт ва дар замони мо низ идома дорад.

Хулоса: Дар алоқа бо пешрафти илмӣ ва ташаккули технологияи тиббӣ (пайдоиши доруҳои нав, ташхиси бемориҳои нав, коркарди таҷҳизоти тиббӣ ва ташхисӣ) забони лотинӣ вучуд дорад ва инкишоф хоҳад ёфт.

Айни замон ҳарчанд аҳамияти забони лотинӣ мисли пеш бузург набошад ҳам, ин забон дар системаи илмҳои гуманитарӣ нақши муҳимро мебозад.

АДАБИЁТ

1. Тронский И.М. Очерки из истории латинского языка. М.: Молодая гвардия, 1999. 267 с.
2. Чернявский М.Н. Латинский язык и основы терминологии. М.: Медицина, 2000.
3. Амосова Н. Н. Этимологические основы словарного состава современного английского языка. Под ред. Н. Н. Амосовой. Лексикология английского языка. М.: Либроком, 1956. 218 с.
4. Знаменская С.В. История латинского языка и медицинской терминологии. Общекультурное значение латинского языка. М.: ФГОУ "ВУНМЦ Росздрава", 2007 - 20-23 с.

ЛАТИНСКИЙ ЯЗЫК В СОВРЕМЕННОМ МИРЕ

М.К.Муродова, С.К.Муродова

Кафедра анатомии человека и латинской медицинской терминологии
ГОУ "ТГМУ имени Абуали ибни Сино"

В данной статье речь идет о значении латинского языка в современном мире. Влияние латинского языка на другие языки произошло очень давно, поэтому не удивительно, почему эти слова нам такие родные и привычные. Основными методами исследования являются:

материалы и научные сборники по медицине, сравнительно-сопоставительный метод; метод историко-этимологического анализа.

Ключевые слова: изучение языка, анатомия, клиника, фармакология, история, география.



LATIN LANGUAGE IN THE MODERN WORLD

M.Q.Murodova, S.Q.Murodova

Department of Human Anatomy and Latin Medical Terminology of SEI "Avicenna Tajik state medical University"

This article is about the Latin language in the modern world. The influence of the Latin language on others came a long time ago, so these words are familiar and usual to us. The main research methods are: materials and

scientific collections on medicine, comparative method: method of historical and etymological analysis.

Key words: language learning, anatomy, clinic, pharmacology, history, geography.

Муродова Муҳайё Қурбоналиевна - муаллими калони кафедраи анатомияи одам ва истилоҳоти тиббии лотинии МДТ "ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино", тел.: 917-72-22-27

Муродова Муҳайё Қурбоналиевна - ст. преподаватель кафедры анатомии человека и латинской медицинской терминологии ГОУ "ТГМУ имени Абуали ибни Сино", тел.: 917-72-22-27

Murodova Mukhayo Qurbonalievna - senior teacher of the Department of Human Anatomy and Latin Medical Terminology of SEI "Avicenna Tajik state medical University", Tel.: 917-72-22-27

ШАРҲИ НОМВОЖАИ САРАЗМ

Зулфониён Р.Р.

Кумитаи забон ва истилоҳоти назди Ҳукумати Ҷумҳурии Тоҷикистон, унвонҷӯи Донишкадаи давлати забонҳои Тоҷикистон ба номи Сотим Улуғзода.

Муҳиммият. Пас аз истиклолияти давлати Асосгузори сулҳу ваҳдати миллӣ, Пешвои миллат, Президенти Ҷумҳурии Тоҷикистон Эмомалӣ Раҳмон ба ҳифзи ёдгориҳои таърихӣ таваҷҷуҳи хоса зоҳир намуда, қайд менамояд, ки дар шароити ҷаҳонишавӣ яке аз вазифаҳои асосии ҳар як давлат - ҳифзи асолати миллӣ, забон, фарҳанг, аз ҷумла, ёдгориҳои таърихӣ мебошад ва ин муҳтаво дар Конститутсияи Ҷумҳурии Тоҷикистон низ муқаррар шудааст. Маҳз бо ҳамин сабаб, Саразм, ки яке аз нахустин ёдгориҳои давраи ориёӣ ва намунаи беҳамтои ин тамаддун дар Суғд мебошад, бо қарори Ҳукумати Ҷумҳурии Тоҷикистон таҳти №391 аз 21-уми сентябри соли 2000 ҳамчун маркази ташаккули фарҳанги кишоварзӣ, хунармандӣ ва шаҳрсозии тоҷикон мамнуъгоҳи таърихӣ-бостоншиносӣ эълон гардид. Баъдан, ... хангоми ташрифи худ Пешвои миллат ба Саразми Бостон солҳои 2003 ва 2005, ба ин шаҳри қадима чунин баҳо додаанд: "Саразм - ҳазинаи тиллоии таърихи халқи тоҷик мебошад" (10, 34).

Ин икдоми нек ва хирадмандонаи Пешвои миллат ҳар яки моро водор менамояд,

то аз тамаддуне, ки ханӯз дар ҳазорсолаи IV-III қабл аз мелод саразмиёни бостон ба тоҷикон мерос гузоштаанд, баҳрабардорӣ намуда, дар ҳазорсолаи III мелодӣ аз пайи боло бурдани эътибору нуфузи иқтисодию фарҳангии Тоҷикистон дар миқёси ҷаҳон бошем.

Хуллас, Саразм бо бозёфтҳои нодир, бо таваҷҷуҳи хосаи бостоншиносии ҷаҳонӣ дар байни ёдгориҳои аҳди қадим ҷойгоҳи хосаи худро соҳиб гаштааст ва ҳамасола мавриди назари олимони сайёҳон аз тамоми ғушаву канори дунё қарор мегирад.

Аҳамияти муҳими Саразмро ба назар гирифта, Пешвои муаззами миллат - Эмомалӣ Раҳмон соли 2020-ро соли ҷашнгирии 5500-солагии Саразми бостонӣ ҳамчун маркази ташаккули тамаддуни кишоварзӣ, хунармандӣ ва шаҳрсозии тоҷикон эълон намуданд, ки ин боз як нишони бузурги арҷгузорӣ ба арзишҳои таърихии миллати тоҷик мебошад. Пешвои миллати мо бо арҷгузорӣ ба таъриху тамаддуни миллати мо ҷиҳати куҳанбунёдиву таърихан қадима будани минтақаи Саразм барҳақ гуфтаанд: "Сарчашмаҳои таърихӣ гувоҳи медиҳанд,



ки бозёфтҳои маданияти қадимаи халқи тоҷик ба ҳазорсолаи чоруми то милод мансуб буда, аввалин шаҳрҳои нахустин давлатҳои таърихӣ мо дар ҳамин сарзамин ба вучуд омадаанд, ки намунаи беҳтаринашон шаҳраки қадимаи Саразм мебошад" (10, 34).

Саразм ягона ёдгории аҳди энеолит ва ибтидои асри биринҷӣ дар Мовароуннаҳр буда, ба миёнаи ҳазорсолаи IV ва ибтидои ҳазорсолаи III то мелод мансуб аст, ки дар ин давра тамаддуни кишоварзӣ, ҳунармандӣ ва шаҳрсозии тоҷикон ташакул ёфтааст.

Дар омӯзиши таърихи чандинҳазорсолаи халқи тоҷик нақши олимони ватанию хориҷӣ, махсусан, бостоншиносон хеле бориз мебошад. Илми бостоншиносии тоҷик умуман, аз солҳои 30-юми асри гузашта рӯ ба ташаккул ва рушд ниҳодааст. Дар ин ҷода хизмати таърихшиносии бузург Б. Ғафуров ва асосгузори илми бостоншиносии кишвар А.Ю. Якубовский, М.М. Дяконов, А.М. Белинитский, Б.А. Литвинский, В.А. Ранов ва даҳҳо нафари дигар хеле бузург аст. Маҳз хизматҳои арзандаву шоёни онҳо буд, ки тоҷикон аз гузаштаи таъриху тамаддуни ниёгони хеш бархурдоранд. Дар қатори чунин олимони намоён, муаррих ва бостоншиносии варзидаи асри XX, доктори илми таърих, профессор Абдуллоҷон Исҳоқов мақоми хоса дорад.

Дар ин қорҳои хайр кашфиёти деҳшаҳри Саразм (1976) дар омӯзиши таърихи қадимтарини Панҷакент мавқеи асосиро ишғол мекунад.

Саразм деҳшаҳри асрҳои сангу биринҷӣ буда, дар ҳазорсолаҳои IV-III пеш аз мелод ташаккул ёфтааст. Вай аввалин ва қадимтарин маскани шаҳрнишини бани одам дар сарзамини Мовароуннаҳр ба шумор меравад. Ҳафриёти он ба мо имконият медиҳанд, ки зинаҳои аввалини таърихи Панҷакенти Суғдро омӯзем, зеро сокинони Саразм асосгузори фарҳанги кишоварзӣ, чорводорӣ, ҳунармандӣ, тичоратӣ, меъморӣ, маъдангудозӣ ва касбу ҳунарҳои дигар буданд. Маҳз дар ин асос, метавон гуфт, ки сӯғдиён халқи қадимтарини водии Зарафшонанд.

Соли 1976 таърихи водии Зарафшон саҳифаҳои нави худро боз мекунад. Яъне шаҳ-

раки қадимаи сӯғдиён - Саразми Бостон аз тарафи Абдуллоҷон Исҳоқов кашф мегардад.

Кашфи Саразм дар ноҳияи Панҷакент яке аз дастовардҳои маъмули даҳсолаҳои охири асри XX дар илми бостоншиносии тоҷик ба ҳисоб меравад. Саразм яке аз нахустин ёдгориҳои давраи ориёӣ - намунаи беҳамтои ин тамаддун дар Суғд мебошад.

Мероси умумибашарӣ - ёдгориҳои табиӣ ва иншоотҳои эъморашта мебошанд, ки тибқи муқаррароти ЮНЕСКО вазифаи аввалиндараҷаи ин нигоҳдорӣ ва ҳифзи арзишҳои фарҳангӣ-таърихӣ ва экологии онҳо мебошад.

Дар солҳои 70-ум дар ҷумҳурӣ ҳангоми азхудкунии заминҳои нав ва қорам қардани онҳо, хатари нестшавӣ бисёр аз ёдгориҳои ҷумҳуриро таҳдид мекард. Дар мавқеи ҷойгиршавии ёдгории Саразм, ки ҳанӯз олами илм аз он хабар надошт, низ азхудкунии заминҳои нав оғоз гардида буд. Деҳқонон ва аҳолии маҳаллӣ ҳангоми қорчизҳои атиқа, ба монанди кӯзаҳо, олоти биринҷӣ, ашёҳои ороишӣ ва ғайраҳо меёфтанд, вале касе аз онҳо дар бораи ин бозёфтҳо ба Осорхонаи таърихӣ-кишваршиносӣ хабар намедод. Танҳо як нафар аз аҳолии маҳалла, қаҳрамони Ҷанги Бузурги Ватанӣ Ашуралӣ Тайлонов соли 1976 дар бораи табари биринҷе, ки 6 сол боз дар хонааш нигоҳ медошт, хабар дода буд (1, 3). Ва вақте, ки соли 1977 димнаҳои ин шаҳр аввалин маротиба аз тарафи бостоншиносон таҳқиқ карда шуданд, ин ҳангомаи ҳақиқӣ, бузургтарин кашфиёти аср дар илми таърих - бостоншиносӣ гардид. Боз деворҳо ва бурҷҳои шаҳр, ки 5500 сол пеш нашъунамо карда сохта шуда буданд, рӯшноиро дид, ки ҳоло яке аз ёдгориҳои қадимтарин дар Осиёи Марказӣ ба ҳисоб меравад.

Ин буд, ки барои ба ҷаҳониён нишон додани таърихи қадимтарини Саразм ва мавқеи мақоми он дар қатори ёдгориҳои қадимаи кишоварзии шарқ А. Исҳоқов ва дигар бостоншиносон дар як қатор ҳамоишҳои байналмилалӣ дар Тоҷикистон (1979 ва 1994), Вашингтон (1981 ва 1986), Париж (1985), Узбекистон (1983 ва 1987), Олмон (1992), Эрон (2003), Италия



(2007) ва Африко (2008) маърузаҳои илмӣ намудаанд. Инчунин, як қатор монографияҳо ва асарҳои илмӣ-таҳқиқотӣ, ки ба ин маҳалла бахшида шудааст, аз тарафи Исҳоқов А.И., Пянкова Л.Т., Эшонқулов У., Раззоқов А.Р., Бобомуллоев С. (аз Тоҷикистон), Безенвал Р., Франкфорт А.П., Лионе В., Казанова М. (аз Фаронса), Ламберг Карловский ва Колл Ф. (аз ИМА), Массон В., Кошеленко Г.А. (аз Россия) ва дигар олимони забонҳои гуногун нашр гардидаанд. (1, 4)

Нуъмон Неъматов - академики АИ Ҷумҳурии Тоҷикистон, муаррих ва бостоншинос навиштааст: "Шаҳраки Саразм бо маҷмӯи бойи меъмориву сохтмон бо иншоотҳои хочагиву рӯзгордорӣ чаҳор давраи зистроҷун маркази фарҳанги аҳди қадимаи кишоварзии болооби Зарафшон, ки бо фарҳанги Ҷанубу Ғарбии Осиёи Марказӣ ва Шарқи Миёна алоқамандии зич дорад, муаррифи менамояд" (1, 4).

Муаррих бозёфти сабади пур аз дастхати суғдиро, ки аз қалъаи Абаргари болои Қӯҳи Муғ асту онро соли 1932 ҷӯпон - Ҷӯраалӣ Мухаммадалӣ дар деҳаи Хайрободи ноҳияи Айнӣ пайдо намуда буд, кашфиёти Саразмро саҳифаи дувуми таърихи ин сарзамин медонад. Он дастхатҳо пури ҳуҷҷатҳо ва навиштаҷоти суғдӣ, хитой ва арабӣ буданд. Сабадчаи таърихӣ даст ба даст, шаҳр ба шаҳр гашта, аз назари суғдшинос А.А. Фрейман ва арабшинос И.Я. Крачковский гузашт. Маълум шуд, ки ҳуҷҷатҳои дарёфтаи марди одии бесавод ҳазонаи асрори пурқиматанд. Онҳо ҳуҷҷатҳои ҳокимони Панҷакенти Қадим буда, ба ибтидои садаи VIII тааллуқ доранд. Туфайли ин кашфиёт дар сарзамини мо кофтукови бостоншиносӣ дар соли 1933 бо экспедитсияи А.А. Фрейман оғоз ёфт. Аз ҳамон сол инҷониб ихтисосмандони зиёди соҳаи илми бостоншиносӣ сирру асрори суғдиёни водии Зарафшонро меомӯзанд (6, 8).

Ҷустуҷӯҳои мукамал аз ин баъд оғоз шуданд. Ташаббускори он фарзанди барӯманди тоҷик, таърихшинос Бобочон Ғафуров буд. Соли 1946 бо роҳнамоии ӯ шарқшиносон А.Ю. Якубовский, А.М. Беленитский, М.М. Дяконов дар Тоҷикистон ба ҷустуҷӯҳои бостоншиносӣ пардохтанд.

Ин таҳқиқотҳо оламиёноро бо саҳифаҳои рангини таърихи фарҳанги пеш аз исломию арафаи исломии сокинони Мовароуннахр шинос кард. Ин халқ бо номи суғдиёну мамлақати онҳо ба номи Суғд машҳур аст.

Калимаҳои "Суғд" ва "суғдиён" қариб 3 ҳазор сол пеш арзи вучуд кардаанд. Ин аст, ки бозёфтҳои таърихӣ сеҳазорсолаи то соли 1977 дастрасгашта низ ибтидои тамаддуни суғдиён шуда наметавонанд. Зеро кашфиёти Саразм аз он беш, яъне қариб 6000 солро дар бар мегирад ва он оғози тамаддуни мардуми мосту ба мо бисёр асрорро мекушояд (5, 7).

Муаррих рӯзи 13-уми сентябри соли 1976-ро бо хабарӣ як сокини одӣ, хокпоши деҳаи Авазалии ноҳияи Панҷакент Ашуралӣ Тайлонов, таъкид мекунад, ки дар ин рӯз ёдгории қадимтарини сарзамини имрӯзаи тоҷикон - шаҳраки Саразм - Саразм кашф шудааст.

Шаҳраки Саразм дар сарзамини Мовароуннахр ҳамтою ҳамзамони худро надорад. Аз ин рӯ, шаҳраки Саразм модари тамоми шаҳрҳои байни дарёҳои Сиру Ому шуда метавонад. Зеро шаҳрҳои қадимтарини ин сарзамин: Бухоро, Самарқанд, Хучанд, Истаравшан, Ҷуст ва даҳҳои дигар таърихи 3000 ё 2500 сола доранду Саразм зиёда аз панҷуним ҳазор сол пештар ташкил ёфтааст (5, 7).

САРАЗМ - ҳоло ин номро дар аксар донишгоҳҳою марказҳои бостоншиносии ҷаҳон медекананд. Зеро оид ба ҳафриёти он дар як муддати кӯтоҳ, тарзе ки баррасӣ шуда буд, зиёда аз 40 мақола ва 2 китоби мукамал навишта шуданд. Аксари ин асарҳои илмӣ дар китобхонаҳои калони марказҳои бостоншиносии ватанамон ва дар давлатҳои хориҷӣ маҳфузанд ва ҳар як шахс, агар каме хоҳиш дошта бошад, метавонад бе мамониёт бо мошини аксардор барои худ онҳоро нусхабардорӣ кунад (1, 51).

Ёдгориҳои бостонии сарзамини Тоҷикистонамонро таҳлилу баррасӣ намуда, ба хулоса омадем, ки шаҳраки Саразм қадимтарин манзили маскани ниёгонамон маҳсуб мешавад. Баъдан, дар ин ёдгорӣ аввалин кишоварзону чорводорон, хунармандону



меъмрон дар тӯли зиёда аз 1500 сол зиндагӣ карда, касбу ҳунари худро ҳамчониба рушд додаанд. Боз Саразм дар рушди тамаддуни мардуми Мовароуннаҳр, ки асоси сарзамини Осиёи Марказӣ мебошад, саҳми боризе гузоштааст. Ҳоло ҳар як далелу бурҳони мо аз бозёфтҳои сершумори осори сокинони Саразм маншаъ мегиранд.

Ҳар як қавму миллат дар ҷустуҷӯ сароғози таърихи худ мебошад. Мо тоҷикон ба туфайли шаҳраки Саразму осори моддӣ ва маънавии он сароғози худро дарёфт кардем, ки вай дар айни замон решаи беш аз 5500-сола дорад ва ин ҳақиқату ҳастии таърихи мебошад.

Қайд намудан бамаврид ва боиси ифтихор низ ҳаст, ки ин шаҳракаи атиқай сарзамини мо соли 2010 бо қарори иҷлосияи 34-уми Кумитаи байналмилалӣ мероси фарҳанги ҷаҳонии ЮНЕСКО ёдгории бостонии кишвари мо тоҷикон ба феҳристи мероси фарҳанги ҷаҳонӣ бо номи Саразм дохил ва сабт гардидааст (1, 51)

Маҳз бо ҳамин ақида, муаррих А. Исҳоқов шаҳраки Саразмо - оғози тамаддуни тоҷикон номидааст ва дар ин гуфтани комилҳуқуқ низ ҳаст.

Пеш аз он, ки ба далелу исботҳои аз шаҳраки Саразм бадастдаровардамон рӯ оварем, лозим аст гӯем, ки дар таҳлилу таҳқиқи он мо ягон осори хаттию ривоятӣ надорем. Зеро дар замони арзи ҳастӣ доштани ин ёдгорӣ, ханӯз дар кишварҳои Шарқи Наздику Осиёи Марказӣ ва аз ҷумла, дар Саразми водии Зарафшон алифбову хатнависӣ пайдо нашуда буд. Бо вучуди ин, мардуми ин кишварҳо забони гуфтугӯиву муомилотӣ доштанд. Тӯрониёну Эрониён бо забони ягонаи ба ҳамдигар фаҳмо байни ҳамдигар муколама мекарданд.

Ин ақидаро мутахассисони соҳаи забонкомилан тасдиқ намуда, забони қадимаи ин кишварҳоро "забони эрониёни қадим" меҳисобанд. Он далелу исботҳои хаттиё, ки аз нахусткинони ниёгонамон "Авасто" ва катибаҳои ёдгориҳои кишварҳои Шарқи Наздик, пеш аз ҳама, аз навиштаҷоти "Бесутун"-и шаҳри назди Кирмоншоҳи Эрони Ғарбӣ баррасӣ шудаанд, тасдиқи гуфтаҳои

болоянд. Ҳарчанд он осор аз фарҳанги Саразм 2500 сол дертар пайдо шуда бошанд ҳам, онҳо қадимтарин осори хаттӣ ва забонии мардуми Шарқи Наздиканд. Ҳоло бостоншиносон ақидаи забоншиносонро, ки дар таҳлилу таҳқиқи он миқдори зиёди олимони ҷаҳон ширкат варзида, ба ҳулосаи ягона омадаанд, низ ҷонибдорӣ мекунанд.

Ба ақидаи муаррих А. Исҳоқов ҷонибдор шуда, мо метавонем иброндорем, ки идомаи ҳафрии шаҳраки Саразм рӯзе осори хаттӣ ва забонии ниёгонамонро ошкор месозаду мо мисли муҳаққиқони ёдгориҳои Миср, Шумеру Аккад хат ва забони ниёгонии асри биринҷиамонро равшан хоҳем намуд.

Саразм, - тибқи шарҳи суғдшиноси шинохта В.А. Лившиц, маънои "Сари Замин"-ро дорад. Барои дастгирии шарҳи олимони забоншинос зарур аст бигӯем, ки сокинони кӯҳистони Фалғар Саразмо - Саразмин талаффуз мекунанд. Метавонем боварӣ ҳосил намуд, ки ин шакли тағйирёфтаи ҳамон Саразм мебошад. Аҳолии маҳаллии гирду атрофи ёдгорӣ, онро Саразм мегӯянд. Барои равшан кардани мақсад гуфтанием, ки "Саразм ё Сари Замин ин на номи ёдгорӣ асту на номи деҳа, ин ном ба манзили васеъ хос аст, ки асосан, аз замини ҳамвор иборат буда, майдони он қариб ба 10 км² баробар аст. Ҳато нахоҳем кард, агар гӯем, ки ин ибтидои замини Суғдиён мебошад. Модоме, ки аз Саразм то Бухоро танҳо ҳамворист ва он ҳамворӣ ба маънои пуррааш замини васеъ аст, ин ҷойро Сари Замин номидани аҷлодонамон дурусту ҳаққонист. Дар асл имрӯз аз Саразм сар карда, то баҳри Каспий (дар асри миёна Хазар меномиданд) дар пеш ягон кӯҳи баландеро намебинем" (1, 51). То саршавии Саразм бошад кас вақте ба тарафи болооби водии Зарафшон назар меафканад, мушоҳида хоҳад намуд, ки дигар дараҳои танг ҷой доштаву замини ҳамвору қорам дар ин қисмати водӣ хеле кам буда, болооби водӣ то сарғаҳи онро пурра кӯҳистон фаро гирифтааст.

Саразм ҳамчун ҷойном дар ягон манбаъҳои илмию таърихӣ дида намешавад, вале ин номвожа садсолаҳо дар забони мар-



дум ифодакунандаи мавзеи пахнои ин сарзамин будааст, тули асрҳо ва хазорсолаҳо аз даҳон ба даҳон гузаштаву то ба мо расидааст. Ва кудрати воқеи забон буд, ки ин номвожаи куҳанасл то имрӯз вирди забони мо гаштаву боқӣ мондааст.

Дар минтақаҳои куҳандиёри мо, ки ачдо-дони ориёии мо маскун буданд, бо чунин чузъҳои ҷойномсоз, ки худ решаи алоҳида ва маъноӣ хосро соҳиб ҳастанд, бисёр ҷойномхоро вохӯрдан мумкин аст. Аз ҷумла, Хоразм, Хризм (маҳалла дар деҳаи Лангари Ҷ/д. Зонги н. Ишқошим), Возм (деҳа дар Поршневи Шуғнон), Шохиризм ва Тағизм (чарогоҳҳо дар Роштқалъа) ва ғ.

Муҳаққиқону мутахассисони варзидаи тоҷик, муаллифони китоби Фарҳанги номҳои чуғрофӣ (8. 181) ҷойноми Шохиризмро санги калони бодхӯрда ва ба маъноӣ макони офтобӣ маънидод карда, маъноӣ лӯғавии Возмро аз тоҷикии шарқӣ дар "канори замини шибар, сероб" овардаанд, ки решаи вожаи "замин" дар шакли қадимаю кӯтоҳи худ шакли "зм"-ро гирифтаву то имрӯз корбурд шуда, мавриди истифодаи ҷойномҳои чуғрофиро ифода мекунад. Ба ин андешаву афкори ин муҳаққиқони Фарҳанги мазкур ҳамақида шуда, метавонем илова кунем, ки ҳатто "шохиризм" метавонад мафҳуми "замини офтобрӯяи калон" низ бошад. Зеро вожаи "шо//шоҳ" дар забони тоҷики имрӯз маъноӣ калону бузургро низ ифода мекунад ва мо дар забонамон вожаву истилоҳоти "шоҳкоса - косаи калон" ва ё "шоҳроҳ" - роҳи бузургу азим"-ро дорем, ки бо ин вожа (шо/шоҳ) дар калимасозӣ бо чунин маъно низ фаровон корбурд мешаванд.

Агар номи Хоразмро мо дар сарчашмаҳои илмӣ-таърихӣ форсӣ арабӣ бингарем (Xw?razm), ба мафҳумҳои гуногун маънидод мешавад. Аз рӯи этимологияи мардумӣ, ки дар манбаъҳои асрҳои X сабт гардидааст, Xw?r - гӯшт (ар. лаҳм) ва rzm - ҷӯб (ар. hatab). Маъноӣ аслии ин номвожа аз мафҳуми "хамии замин" бармеояд, зеро чузъи zmi дар шакли форсии бостон Nuwa?zmi? ва дар шакли форсии миёнаву наваш zamin замин"-ро мефаҳмонад ва Xw?r дар форсии нава маъноӣ "хамӣ, пастхамӣ"-

ро ифода мекунад. Баъзе аз муҳаққиқон Xw?r-ро аз хуршед дониста, маъноӣ Хоразмро кишвари баромади офтобаш мехонанд. Ва муҳаққиқ Боголюбов М.Н. чунин ақида меронад, ки ин номвожа аз шакли эронии қадим hu-wa-razam буда, кишвари барои чорво мутобиқро мефаҳмонад. Хеннинг В.Б. тахмин мекунад, ки Хоразм аз авастой буда, замини ориёӣро мефаҳмонад. Ва "Готҳо"-и Авасто низ тавре ӯ қайд мекунад, чун дар минтақаи Марви Ҳироти Хуросони Шимолӣ навишта шудааст, он ба сарзамини Хоразм тааллуқ дошт. (9, 28-37).

Чун Хоразм мафҳуми ховарзамин. Яъне замини офтобиро фаҳмонад, пас ба маъноӣ аслии Саразм ва пайдоиши ин ҷойном хоҳем ақида ронд.

Саразм чун равшан аст, дар сарчашмаҳои таърихӣ асримиёнагии мо қариб ки ҳамчун ҷойноми ифодакунандаи номи маҳалли аҳолинишини алоҳида вонамехӯрад. Ва ин номвожа асрҳо инҷониб, ифодакунандаи номи мавзеи кушоду барҳаво ва ҳамвореро ифода мекард, ки он дар забони мардуми бумии минтақаи имрӯзаи Ҷамоати деҳоти Саразми шаҳри Панҷакент (водии Зарафшон)-и вилояти Суғди Ҷумҳурии Тоҷикистон воқеъ мебошад.

Одатан, таҷрибаи рӯзгор ва ривояти мардумони рӯзгордидаву фарҳангиро ба назари эътибор гирифта, метавон чунин андеша ронд, ки мардумони бумии минтақаҳои мо бо таъсири хурофот баъзан тарки манзил ва ё маҳал низ мекарданд. Ва гӯё эшон вақте мубталои ғорату харобкориҳо ва хунрезии душманони аҷнабӣ мешуданд, аз макони зисти худ дур гашта, ҷойи дигар ва муносибтареро интихоб мекарданд. Тибқи ривояту нақлҳои калонсолону мардумони таҳҷойӣ ҳамин гуна боисҳо исбот бар онанд, ки бисёре аз шаҳру деҳқадаҳои ин водӣ зери хок мондаву ба теппаҳо бадал гардидаанд. Худи Панҷакенти Қадим, Наврӯзтеппа, Қалъаи Санҷаршоҳ ва Саразми Бостон исботи чунин андеша буда метавонад, ки баъди як офату нобасомонӣ ва ё оташсӯзиву хунрезии ва ҷангу ғоратгарии мардумон беҳонаву дар шуда, манзили худ ва маҳалли худро иваз мекарданд. Бо вучуди ин ҳама гирудорҳо, мардум дар



ҳар сурат номи мавзеву маҳал ва шаҳру дех-кадаҳои ба харобазор бадалгашта ва балозадашударо ном мебурданд, ки ҳамин номи Саразм низ то кунун вирди забонҳо буду имрӯз аз нав ҳамчун номвожаи маҳалли аҳолинишин маъмулу номнавис шудааст. Дар ин мавзёҳои аз назари мардуми маҳаллӣ ва бумӣ дурмонда дар миёнаҳои дувуми асрҳои 18 қабिलाҳои кӯчманчии туркнажоди бо номи туюқлҳо (Андреев // рӯзномаи "АваС", соли ...) омадаву ин чоро интихоби зист мекунанд. Ва номи қадимаи ин мавзё чун дар забони мардумони бумӣ боқӣ монда буд, роиҷ гашту то имрӯз бо ин ном Саразм мехонандаш, ки акнун тибқи далоили муҳаққикони бостоншинос ин мавзё ва ин ин макон таърихи беш аз 6000-сола дошта, макони аввалини зисти мардуми ориёист.

Аслан номвожаи Саразм аз ду реша (сар ва замин) ташаккул меёбад, ки он маънои сари замин/оғози заминро мефаҳмонад.

Дар забоншиносии эронӣ вожаи "сар" чунин маъниҳоро медиҳад: "сар /sar/ калла, роъис ... тос бӯй до д ва гуфт аз он ҳавз тосӣ чанд бар сари ман об фурӯ рез (Туркилллоҳ Таноб 9/385) sarah- "сар", қиёси санскрит: sʔras сар, калла, кулла, siro-grʔva сару гардан, a-sirsaka- бесар, ʔirs-akti "дарди сар, сардард" муштақанд аз ҳиндуурупой: ker1. (дар канор -kerʔ, kra-kereī-) сар, калла, шох, кулла, ситег; аз ҳамин калима аст юнонӣ: kʔpʔ "сар" лотинӣ: cerebrum "муғ, мағз" олмонии куҳан: hirn (?) (<олмониинав: Hirn "муғ, мағз"), арманӣ: sar "иртифоъ, баландӣ, кулла"

Дар муқоиса бо авастой sarah- "сар", форсии миёнаи турфонӣ ва портӣ sr-, [sar]- "сар, роис, оғоз", суғдӣ -sr "сар", (< авастой: -sarah-), srcu "аввал, нахуст, сар", srcuk "сарвар, меҳтар"-ро ифода карда, сарчик, хоразмӣ: srsr "сар", дар srp:srnyʔr "сар ба сар", паштунӣ -сар, калла омадааст (2, 1715-1716).

Дар бобати маъникушоии чузъи "зм", ки кӯтоҳшудаи "замӣ //замин" аст, М. Ҳасандӯст (2, 1577-1578) инвожа дар Бурҳони қотей чунин дода шудааст: "муҳаффафи замин аст, ки ба арабӣ арз хонанд" (Бурҳони қотей); сибос мар эзидро, ки офаридгори замӣ ва осмон аст (Ҳидоят-ул-мутаъаллимин). Фазл дорад чу фалак бар замӣ аз

фаҳраш, Санги даргоҳаш бар лаъли Бадахшонӣ (Н. Хусрав 44/437). Дар форсии миёна zamʔk< эронии бостон: zam замин (бо пасванди -ик). zamʔk аслан сифат аст, ки корбурди исмӣ ёфтааст (ниг.: EilersVSMO 12 Anm/ 13). Ин вожаро метавон дар забони санскрит низ қиёс кард: ksam "замин", jma "замин", муштақанд аз ҳиндуурупой: ghem-/ghom- (дар канор -ghoem/-ghoom) "замин" ва аз ҳамин калима дар забони юнонӣ: Xʔwv замин, бум; дар лотинӣ: humus бум, замин, hominis "инсон, башар" дар русӣ: zemlya хок, замин, zmieazmʔya мор, дар литвонӣ: zeme литуниёӣ: zeme, замин, албонӣ: dhe замин, dhemje ҳазорпо"-ро дарёфт, к ибто ҳамин маънӣ меоянд (PokornyIEW 414f,...). Низ қиёси авастойро метавон иқтибос кард: zam "бум, замин", zemale>. zamare (қайд) "дар замин, зери замин", -zemar-guz ва zamare-guz дар замин пинҳоншаванда . зеризамин хазанда", urasma- зери замин зиянда, зери замин дар мағок зиянда (дар бораи ҳайвонот) (ura+zam->) nisma- "умқ, жарфо, гавдӣ" (аз ni-zam аслан, тӯрафтагии замин"), abairizema зери замин зиянда, (<abairi+zam) urairiztma рӯйи замин зиянда (BarthokomaeAiW 58,395,396,1086, 1662, 1665) (2, 1577-1578).

Ин вожа дар форсии миёнаи турфонӣ ва портӣ: дар шакли zmyg [zamʔg] замин, хок, чаҳон; сарзамин, бум (ВоусеММРР104, Durkin-MelsterernstDMMРР 382) омада, дар суғдӣ "замин", ва қиёси авастой: ҳолати фоилӣ (nominativecase=) дар шумори муфрад яғнобӣ: zoу "замин" (GershevitchGMS 1218, BaileyDKS 346) аст (2, 1577-1578).

Ҳамчунин, ин вожаро дар забони сақоӣ дар шакли uzama "замӣ, замин", (<-zama) дар узama-ssandaa чаҳон, қайҳон ва шояд uysma -"замин, хок, гил" (<u-zma бо пешванди u- (Bailey, StudiaOrientalia 47/1977 21, MDKS 345f) ва дар хоразмӣ дар шакли zum "замин", осӣ: zæxx, z nx "замин", (zam-ka->) (АбаевIEOIV/307) ва дар паштунӣ ба шакли zmeка "замин", дар ядғӣ ба шакли захто "замин, киштзор", дар шуғнӣ zimc дар сарикӯлӣ: zimc, zemc, дар язғулумӣ: zamc "замин, кашмон", дар хуфӣ zimar-wux гоҳе, ки аз ғалла ва ҳабубот бар ҷой монад" (суратҳои ахир зоҳиран бар асари идғоми ду лу-



гати авастой: zemaba ва zamare падида омадааст) (MorgenstierneEVShG 108), дар балуҷӣ ба шакли zamik, ва дар сурха дар шакли zam, дар курдӣ бошад дар шакли zawî, zavî (-m -> -w/-v-) "замин" оварда шудааст, ки ҳама як мафҳум, яъне заминро ифода мекунад. (Varman-AsatrianWIDMI/83) (2, 1577-1578)(2, 1577-1578).

Вожаи "замин" бошад, дар забонҳои эронии бостон (zamaina) заминӣ, ҳокӣ маънӣ дода, "замӣ"-ро ифода кардааст ва дар авастой низ (zamaena) заминӣ, ҳокӣ мебошад (BartholomaeAiF 1690) (2, 1577-1578).

Тахлилу баррасии номвожаи Саразм дар муқоиса бо забонҳои оилаи ҳиндуаврупоӣ аз рӯи маъноӣ решагии худ мафҳуми "сари замин, оғози замин"-ро ифода мекунад ва равшан аён аст, ки ин номвожа бо дарназардошти мафҳуми чуғрофии худ дар ҳақиқат сари замини бекаронро ифода мекунад, ки он баъди тамомшавии кӯху пуштаҳо оғоз меёбад ва ба дарозову пахноӣ водӣ қад мекашад. Боиси зикр ва таъкид аст, ки ин номвожа аз қадим таърихан ба ин мавзеи минтақаи Панҷакент ном бурда шуда, то имрӯз боқӣ мондааст, ки имрӯз ин номвожаи бо рӯнамоии мавзеи чуғрофӣ ва макони таърихиву тамаддуномаӣ эҳғари тамаддуни қавми мо ориёнажодон мебошад.

Ҳамчунин, дар мафҳуми ин номвожа метавон тахмин кард, ки эҳтимол ин номвожа

аз "сар" ва "зам" бо маъноӣ дигартар пайдо шуда, мафҳуми маъноӣ макон ва ё хоку буми сархоро ифода кунад, ки ин қавм дар номвожаи Сир//Сар (Сардарё) ва калимаи "сарт" нухуфта боқӣ мондааст, ки таҳқиқоти алоҳида ва амиқро талаб мекунад.

Имрӯз бо корбурди номвожаи таърихан куҳани ориёӣ - Саразм мо дар таърихи ҳастии башарият деҳшаҳри асрҳои сангу мису биринҷиро ба оламиён муаррифӣ мекунем, ки бо ин ҷойном минтақаи Саразми дар ҳазорсолаҳои IV-III пеш аз мелод ташаккулёфта пеши назар меояд. Саразм маскани нахуст ва бостонии шаҳршинони мардумон дар сарзамини Вароруд буда, суғдиёни он халқи маскун ва қадимтарини водии Зарафшон маҳсуб мешаванд. Кофтукофи Саразм моро водор мекунад, ки таърихи Панҷакенти Суғдро дурусту амиқ биёмӯзем ва тамаддуни ориёии бостони худро бо ин номвожа - Саразм муаррифӣ кунем, ки дар маъхазҳои то милодӣ дар натиҷаи даргириҳои таърихӣ сӯхтаву аз байн рафта буд, вале номи он номи он, ки ба худаш арзанда асту хусусияти чуғрофӣ ва табиӣ маҳалли мазкурро ифода мекард, дар забони мардумони он боқӣ монду аз қарни асрҳо забони моро ва меҳани моро зинда нигоҳ дошта меояд. Ва дар тафсиру шарҳи ин номвожа дигар ҷойи баҳс ҳам нест. Саразм сари замин аст.

АДАБИЁТ

1. Исҳоқов Абдуллоҷон. Саразм - оғози тамаддуни тоҷикон. / А. Исҳоқов. - Душанбе, "Дониш" 2018, - 280 саҳ.
2. Конститутисияи Ҷумҳурии Тоҷикистон. / Конститутисияи Ҷумҳурии Тоҷикистон. - Душанбе. "Нашриёти Ганҷ", 2016, -136 саҳ.
3. Муҳаммад Ҳасандӯст. Фарҳанги решашинохтии забони форсӣ. Ҷ.П. /М. Ҳасандӯст. Техрон: Осор, 1393, -2080 саҳ. (2, 1715- 1716)
4. Поселение Саразм. - Древности Таджикистана: Каталог выставки. / Поселение Саразм. - Древности Таджикистана, -Душанбе: Дониш, 1985. - С.32 - 35;
5. Раззоқов А. Саразми Панҷакент 5500 сол. /А. Раззоқов. -Душанбе, 2002. - С. 7.
6. Раззоқов А.Р., Бобомуллоев С. Таърихи бостоншиносии сарғаҳи Зарафшон. / А. Раззоқов. С. Бобомуллоев -Душанбе, дониш, 1997. - 35с;
7. Саразм. - Таджикская Советская Энциклопедия, том 6. / Саразм-Душанбе, СИ ЭСТ. 1986. -591с.;
8. Фарҳанги номҳои чуғрофӣ. / Фарҳанги номҳои чуғрофӣ. -Душанбе: 2019, 280 саҳ.



9. Хромов А. Хорезм в древнеиранских и среднеиранских письменных источниках. / Мухаммад ал Хоразми в мировой истории и культуре. // А. Хромов. - Душанбе "Дониш", 1983. - 220 сах. (сах. 28-37).
10. Эмомалӣ Раҳмон. Паёми Президенти Ҷумҳурии Тоҷикистон ба Маҷлиси Миллии Маҷлиси Олии ҚТ (26.12. 2018). / Э. Раҳмон.

ТОЛКОВАНИЯ ТОПОНИМИЯ САРАЗМА

В статье рассматриваются истории возникновения, развития, употребления и лингвистические значения географического наименования Саразм, который сопоставляя на основе научно-литературном и диалектов Зеравшанской долины, а также исследовании историков- археологов и лингвистов раскрываются научные споры о значениях понятия вопросов и семантике этого топонима.

Следовательно рассматриваясь в определенные исторические периоды осуществления этого топонима в исконных как названия географического объекта и сегодня обо-

значая исторического топонима населенного пункта представляется точные и правильные фактов из научных источников мнение историковедов, ученых, чтобы получить истинную информацию и сведения о топониме Саразм и правильное использовании настоящего ойконима.

Ключевые слова: топоним, согдийский, Гора Муг, Саразм, Саразмин, Хоразм, Хризм, Тагизм, Пенджикент, Зеравшанская долина, Самарканд, каменный век, Абдулло Исаков, таджикская цивилизация, Согд, Мовароуннахр.

INTERPRETATION OF THE TOPONYM SARAZM

Here in this article, we are going to talk about the origins, development, the way of using and also the geographical meaning of Sarazm's name, which is explained in compare to scientific and literature sources and from the legends of people living in Panjakent, Zerafshan valley, as well as based on the archaeologists and linguists researches and scientific discussions.

During the certain historical stages, old excavation express as the name of the object, nowadays as exit geographical name of

historical city toponim Sarazm was considered and different scientific opinions in accordance with correct and accurate evidences from the original literature of the historians it is proposed that the title Sarazm shall be used in the original form.

Keywords: wordname, soghdian, Mugh Mountain, Sarazm, Sarazmin, Khorazm, Khrizm, Taghizm, Panjakent, Zerafshan valley, Samarqand, stone Age, abduullo isakov, Tajik civilization, Sogd, Movaroennahr.

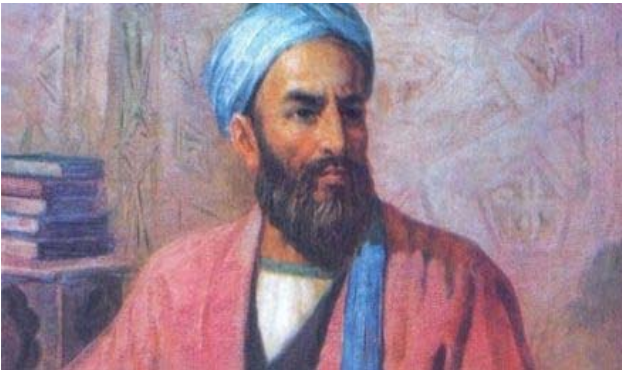
Зулфониён Раҳим Раджабзода - Комитет по языку и терминологии при Правительстве Республики Таджикистан, соискатель Государственного института языков имени Соти-ма Улугзода. E-mail: Zulfonov64@mail.ru Тел.: 92 721 53 46.

Sulfonyon Rahim Rajabzoda - The Committee of Language and Terminology by the Government of the Republic of Tajikistan civil servant, applicant for the State Institute of Languages of Tajikistan named after Sotim Uluzoda.



АЗ ҲАЁТИ ОЛИМОНИ МАЪРУФ

ЗАКАРИЁИ РОЗӢ



Абӯбакр Муҳаммад ибни Закариёи Розӣ (زکریای رازی) (Abu Bakr Muhammad ibn Zakariya ar-Razi) - олим, кимиёгар, файласуф, табиб ва табиатшиноси машҳури асрҳои VIII - IX - и аҳли форсу тоҷик, ки арабҳо ӯро "табибу-л-муслимин" ва ба муносибати ба забони арабӣ будани китобҳои "Қолинусу-л-араб" номидаанд, дар Аврупо ӯро "Abubater" ё "Razes" ном гузоштаанд



Ал-Ҳовӣ - الحاوي

Абубакри Муҳаммад ибни Закариё ибни Яҳёи Розӣ дар шаҳри Рай соли 251-и ҳиҷрӣ баробар ба 28-уми августи соли 865-и мелодӣ дар оилаи касиб таваллуд шудааст. Аз қайди дар "Китоб ул - мансурӣ" бармеояд, ки донишманд дар аввалҳои умр бо касби заргариву саррофӣ машғул буда, дар як давраи муайян ба ҳаваси кимиёгарӣ дар пайи омӯхтани илми кимиё меафтад. Дар ин ҳусус Абӯрайҳони Берунӣ (973-1048) дар "Феҳристи мусаннифоти Розӣ" ном асараш менависад: "Ӯ нахуст ба кимиё иштиғол варзид ва чашми худро дар маърази авориз ва офот ниҳод. Наздикӣ ба оташ ва бӯйҳои

тунд чашми ӯро маъюб сохт ва ӯро ба сӯйи муолиҷа ва мудово ва сипас ба илми пишикӣ кашонид".

Розӣ аз овони ҷавонӣ ба омӯхтани илму адаб ба василаи китобу навиштаҷот, маҳфилҳо ва баҳсу мунозирот дилбастагии маҳсусе доштааст.

Вай дар рисолаи "Сирати фалсафӣ"-и худ навиштааст, ки аз айёми ҷавонӣ то кунан умри худро вақфи донишандӯзӣ кардааст ва он китоберо, ки бояд мехонд ва он донишмандеро, ки бояд мулоқот мекард, то ин амалро ба анҷом намерасонид, аз пой наменишаст.

Баъзе муҳаққиқон ақида доранд, ки Розӣ пас аз чилсолағӣ дар ҳаёташ ба гардиши бузургӣ ноил гашт, дар соҳаи тиб ба дараҷаву мақоми бузургони олам мерасад ва тибқи ифодаи Алиасғари Ҳалабӣ ба чунин мартаба соҳиб мешавад: "Пишикӣ набуд, Букрот онро ба вучуд овард, мурда буд, Қолинусу онро зинда кард, пароканда буд, Розӣ онро фароҳам овард, ноқис буд, Ибни Сино онро комил кард".

Закариёи Розӣ аввало ба хидмати ҳокими Рай-Мансур ибни Исҳоқ ибни Аҳмад ибни Асад, солҳои 902-908 ҳукуматдорӣ кардааст, ба вазифаи сарвари бемористон дохил мешавад. Баъди чанд муддат ин табиби ҳозиква мутафаккири барҷастаро ҳокими Бағдод даъват мекунад ва сарвари бемористони ин шаҳр таъйин мекунад.

Закариёи Розӣ баъди солҳои зиёд дар бемористони Бағдод хидмат намудан ва соҳиби тахаллуси "табиби мористон" шудан ба зодгоҳаш баргашт.

Ӯ як қисми умрашро дар Мовароуннаҳр гузаронида ва бо доираҳои илмии ин кишвар робитаҳо доштааст. Дар охири умри худ нобино шуда, дасташ аз кор монда будааст. Файласуф ва табиби мушқилкушо, кимиёгари маъруф Закариёи Розӣ дар байни соли 320 ҳиҷрӣ (25-уми октябри соли 925 мелодӣ) аз олам ҷашм пӯшидааст.

Муҳаммад Закариёи Розӣ олими энциклопедисти барҷаста, файласуф, табиб, омӯзгор, риёзидон, кимиёгар ва табиатшиноси



машхури асрҳои VIII - IX - и форсу тоҷик тақрибан 238 китоб ва рисола навиштааст, ки мутаассифона, аксарияти онҳо несту нобуд гардида ва имрӯз фақат 30 ҷилд аз осори ӯ боқӣ мондаасту халос ва аксарияташон ба забони арабӣ нигошта шудаанд. Мероси ба тиб бахшидаи ӯ зиёда аз 60 китобу рисола аст. Аз ҷумлаи муҳимтарин асарҳои энциклопедии донишманд "Китоб-ул-ҳовӣ" ва "Китоб - ут - тиб ул - Мансурӣ" дохил мешаванд. Китоби якум аз 30 ҷилд иборат буда, тамоми шоҳаҳои тиббӣ - назариявӣ ва амалиро дар бар мегирад. Дар китоби мазкур назария ва комёбиҳои пешқадами илми тибби қадимаи юнонӣ, ҳиндӣ, арабӣ, форсиву тоҷикӣ, дар навбати аввал таҷрибаи амалии ҳуди ҳаким гирд оварда шудааст. Ин асар соли 1279 ба забони латинӣ тарҷума ва дар соли 1486 нусхаи ҷопии он дастраси аврупоиён гардид. Асари дигари Закариёи Розӣ "Китоб - ул ҷадори вал ҳасба" (китоби нағзак ва сурхак) бо забони латинӣ, юнонӣ, англисӣ ва олмонӣ тарҷума шуда, 49 маротиба пайи ҳам нашр гардидааст.

Закариёи Розӣ доир ба илми кимиё 22 китобу рисола, дар боби тиб зиёда аз 60 асар таълиф кардааст, ки муҳимтарини онҳо "Китоб-ул-ҳовӣ" ва "Китоб-ут-тибб-ил-мансурӣ" (ё "Алкунон-ул-мансурӣ", 10 ҷилд) буда, тамоми илмҳои тиббии асри Закариёи Розиро фаро гирифтаанд ва ба инкишофи минбаъдаи илми мамлакатҳои Шарқи муслмонӣ таъсири амиқ расонидаанд. Ин асарҳо дар асри XII ба забони латинӣ тарҷума шуда, дар арзи ҷандин аср барои табибони Ғарб дастури аввалиндараҷа буданд. Закариёи Розӣ дар асарҳояш "Аттибб-ул-мулукӣ" ва "Тибб-ул-фуқаро" ғояи табобати фардиро тарғиб кардааст. Вай дар "Тибб-ул-фуқаро", ки барои омма навишта шудааст, бемориҳои роиҷ, роҳ ва воситаҳои осони дар шароити хона пешгирӣ ва табобат кардани онҳоро нишон додааст. Ӯ дар "Китоб-ул-ҷадарӣ ва-л-ҳасба" ном асараш нахустин бор нағзак, сурхак ва роҳҳои талқиҳи (гул буридан) онҳоро ба таври возеҳ нишон додааст, ки ин бемориҳо такрор намешаванд, яъне як кас ду бор гирифтори нағзак ва сурхак нахоҳад шуд. Ин китоб ба забони

латинӣ, юнонӣ, англисӣ ва олмонӣ тарҷума шуда, 40 бор нашр гардидааст. Олими англис Чекнер фақат баъди нашри англисии ин асар усулҳои талқиҳи обила ва сурхакро пешниҳод кард.

Закариёи Розӣ аз нахустин табибҳост, ки тибро ба таҷриба ва амалия пайваستاаст. Ӯ ин корро бо роҳи ҷорӣ кардани таъриҳи беморӣ, ки дар тибби имрӯза маъмул аст, ба анҷом расонид. "Китоб-ул-ҳовӣ"-и ӯ ҳақиқатан дар заминаи чунин таъриҳҳои беморӣ таълиф шудааст. Закариёи Розӣ дар соҳаи ҷарроҳӣ низ ҷандин ихтироъ ва кашфиёт дорад; ӯ аввалин бор асбоби аз ҳалқ берун овардани ҷисмҳои бегонаро тасвир кард, пунба (пахта)-ро барои бастан ва зеҳро барои дӯхтани ҷароҳат ба кор бурд. Вай тавсия кардааст, ки ҳангоми ҷарроҳии саратон бофтаҳои атрофи онро ҳарчи бештар бурида, ҷояшро доғ кардан зарур аст. Ӯ мегуфт: "Ҳар гоҳ табиб муваффақ шавад, ки бемориҳоро бо ғизо (парҳез) дармон кунад, пас ба саодат расидааст"

Фаъолияти илмии ин донишманди бузург ба тадриҷ ба Аврупо нуфуз намуд ва дар он ҷо бо номи "Abubater" ё "Razes" шӯҳрат пайдо кард. Аз омӯзиши осори Закариёи Розӣ бармеояд, ки ӯ дуруст будани назарияи сунъӣ, яъне истехсоли тило ва нукраро оид ба тавассути иксир эътиқоди комил надоштааст, ки онро мо аз ду асари ӯ таҳти унвони "Меҳнат- ул - заҳоб ва алфизати ва мизони табиӣ" ва "Фиана саноатил кимиёи ақрабу илал вучуд минҳо илал имтиноъ" дарёфт карда метавонем. Ин нуктаи назари Закариёи Розиро мо зимни мутолиаи асарҳои дигари ӯ ба монанди "Китоб- ул - асрор" ва "Китоб -ул - сирил - асрор" низ пайдо намудем. Бояд тазаккур дод, ки китоби дуввуми дар боло номбаршуда, яъне "Китоб-ул- сирил - асрор" ҳанӯз дар замони Розӣ ба забони латинӣ тарҷума шуда, дар кишварҳои ғарб шӯҳрати васеъ пайдо кардааст. Ҳуди Муҳаммад Закариёи Розӣ дар ҷое зикр кардааст, ки "Китоб-ул- сирил - асрор" аз асари "Китоб- ул- асрор" пурмазмунтар аст, мақоми баланде дорад. Дар ҳақиқат ин китоб дар тарҷумаи Ҳасаналии Шайбонӣ ба забони форсӣ (ҳаҷмаш 630 саҳифа)



буда, аксари матни онро маълумоти кимиёӣ ташкил медиҳад.

Яке аз кӯшишҳои муҳимтарини Розӣ таснифи (классификатсия)-и моддаҳои гуногун буд. Тавре, ки дар боло зикр гардид, ӯ моддаҳои маълуми он замонро ба шаш гурӯҳ табақабандӣ кардааст. Ар-Розӣ инчунин баъд аз Ҷобир ибни Ҳайён чараёнҳои кимиёиро ба мисли дистилатсия, калсинатсия ва филтратсия дақиқ тасвир намуда, истифодаи онҳоро асоснок кардааст. Донистани асосҳои тиб ва тарикаи истифода ва истеъмоли гиёҳҳо ба Розӣ имкон додаанд, ки дар бораи ядроӣ

кимиёӣ низ тадқиқотҳои зиёд анҷом диҳад. Ӯ аввалин шахсе буд, ки алкул спиртро дар тиб истифода кардааст, аммо ин амали ӯ аз ҷониби дигар табибон дастгирӣ наёфтааст.

Дар мачмуъ метавон гуфт, ки Абӯбакр Муҳаммад Закариёи Розӣ аксарияти илмҳои замонашро аз устодаш Ҷобир ибни Ҳайён фаро гирифта худ саромад ва устои бузурги ин риштаҳои илм гардидааст. Ин дастовардҳои илмии Закариёи Розӣ ба илми Аврупо таъсири назаррас расонида, номи ӯро ба қатори саромадони тамаддуни башарӣ шомил гардонида аст.



ЧАШНВОРА



Ҳочибоев Юлдош Ҳочибоевич,

Шумо соли 1967 факултети химияи Донишгоҳи далакти Тоҷикистон (ҳоло ДМТ)-ро хатм намуда, дар оғоз муддати си сол дар муассисаҳои гуногунии илмию таълимии мамлакат барои рушду нумӯи соҳаҳои илму маорифи кишвар меҳнати садоқатмандонаро паси сар намудаед. Дар ин давом ҳисси нозуки ҷустуҷуву ковишҳои илмӣ аз нав Шуморо ба таҳсилоти иловагӣ водор сохт ва тӯли се соли таҳсил (1972-75) дар кафед-

раи химияи органикии Донишқадаи химияю дорусозии шаҳри Санкт-Петербурги ФР худро бо донишҳои баланди касбӣ мусаллаҳ намуда, ҳамчун номзади илм ба Ватан баргаштед. Мо ифтихормандем, ки аз соли 1999 фаъолияти касбиатонро дар ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино ба тарбияи мутахассисони ҷавони тиб бахшида, тӯли солҳо дар ин ҷода ба дастовардҳои назаррас ноил гаштед ва тавассути меҳнату заҳматҳои монданашивандаатон ба мартабаҳои профессорӣ ва мудирии кафедраи хичияи органикӣ ва физколлоидӣ (2000-2015) расидед. Солҳои 2011-2015 ҳамзамон мудирӣ Озмоишгоҳи химияи пайвастиҳои гетеросиклики Институти химияи АИ ҷумҳурӣ будед.

Шумо ҳамчун олими соҳа низ шахси муваффақед ва беш аз 140 таълифоти илмӣ, 4 монография ва дастурҳои зиёди методиадон нишонаи фаъолияти пурсамари Шумо дар ҷодаи илм маҳсуб меёбанд.

Роҳбарияти Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абӯалӣ ибни Сино ва ҳайати таҳририяи маҷаллаи илмӣ-амалии "Авчи Зухал" Шуморо бо рӯзи мавлудатон табрик гуфта, бароятон тандурустӣ, хушбахтӣ, ва дастовардҳои тозаи илмиву омӯзгориву муолиҷавиро таманно доранд.



Одинаев Фарход Исмагуллоевич

Фаъолияти Шумо ба сифати як мутахассиси варзидае, ки дар марҳилаҳои камолоти касбиатон самтҳои табибӣ, омӯзгорӣ ва илмро тавъам карда тавонистаед, ҷолиби таваҷҷӯҳ ва пайравии дигарон мебошед. Мо ифтихор дорем, ки Шумо тақдири худро тӯли солҳо бо Донишгоҳи тиббӣ пайвастаед ва ин пайванд ҳамеша қавию мустаҳкам ва сермаҳсулу пурсамар будааст.

Шумо солҳои зиёд вазифаи ассистентӣ (1968-1990) ва профессори кафедраи бемориҳои да-

рунии №1-и ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Синоро (аз соли 2010) бошарафона иҷро намуда, дар миёни аҳли кафедра ҳамчун шахси ҳалиму меҳрубон, омӯзгори серталабу ғамхор шинохта шуда, соҳиби эҳтироми самимӣ гаштаед. Ба ҳайси олими варзидаи соҳа дар таълиф ва таҳияи якчанд китобҳои дарсӣ, дастурҳои таълимӣ фаъолона ширкат варзида, бештар аз 210 мақолаи илмиатон оид ба масъалаҳои мубрами соҳа дар нашрияҳои гуногуни илмӣ чумғурӣ ва берун аз он ба таъб расидаанд, ки ҳар кадоми онҳо дар кушодани гиреҳҳои нозуки ҷарроҳии рағҳо нақши босазо гузоштаанд.

Ҳамзамон шумо усулҳои муосири ташхису табобати дар амал татбиқ намуда, оид ба масъалаҳои мубрами соҳа дар ҳамоишҳои зиёди ватанию хориҷӣ бо маърузаҳои пурмазмунӣ илмӣ баромад кардаед. Аз ҷумла доир ба хусусиятҳои эпидемиологӣ, клиникӣ ва патогенезу ҷараёни бемории дилу рағҳо, бронху шуш ва масоили ҳифзи тандурустии ҷамъияти тадқиқотҳои арзишманд анҷом додаед.

Роҳбарияти Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абӯалӣ ибни Синоро ва ҳайати таҳририяи маҷаллаи илмӣ-амалии "Авчи Зухал" Шуморо бо рӯзи мавлудатон табрик гуфта, бароятон тандурустӣ, хушбахтӣ, ва дастовардҳои тоза илмиву омӯзгориву муолиҷавиро таманно доранд.



Салоҳиддин Раҷабзода,

Баъди хатми ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино (1994) фаъолияти хешро ба ҳайси табиби муолиҷавӣ дар муассисаҳои тандурустии ноҳияи Файзобод (1995-97) оғоз намуда, сипас солҳои тӯлонӣ дар вазифаҳои гуногуни роҳбарикунанда, аз қабилӣ мутахассиси пешбари Сарраёсати ташкили ёрии тиббӣ ба аҳоли, сармутахассис ва муовинии сардори раёсати ташкили умури тиббӣ, сардори шуъбаи кӯмаки госпиталӣ ва махсусгардонида, сардори раёсати банақшагирӣ, Ҳамоҳангсозӣ ва ислоҳот, сардори раёсати ислоҳот ва равобитӣ байналмилалӣ, сардори шуъбаи таҳлили сиёсати тандурустӣ, сардори раёсати таҳсилоти тиббию фар-

матсевтӣ, сиёсати кадрҳо ва илми Вазорати тандурустӣ ва ҳифзи иҷтимоии аҳолии ҚТ (1997-2020) муваффақона адои хизмат намудед. Ҳамзамон аз соли 1997 дар ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино ба тарбияи мутахассисони ҷавони тиб машғул гашта, солҳои 2010-2018 мудири кафедраи тибби оилавии № 2 ва баъдтар кафедраи нигоҳдории тандурустӣ ва оморӣ тиббӣ бо курси таърихи тибро ба уҳда доштед. Алҳол вазифаи масъулиятноки директори Маркази ҷумҳуриявии таълимӣ-клиникии тибби оилавино ба зимма дошта бошед ҳам, таълими мутахассисони ояндаи тибро яке самтҳои асосии фаъолияти бисёрҷабҳаи хеш қарор дода, бо меҳнати софдилона ва дониши қавии касбӣ хурмату эҳтироми ҳақиқии ҳамкасбон ва шогирдонро сазовор гаштаед.

Шумо ҳамчун олими сермаҳсул муаллифи беш аз 150 таълифоти илмӣ, аз ҷумла 16 китоб ва дастурҳои таълимӣ-методӣ махсуб ёфта, тавассути ҷустуҷӯву пажӯҳишҳои доимӣ сазовори унвонҳои баланди профессорӣ ва доктори илмҳои тиб гаштаед. Хизматҳои софдилонаатон ҳаққонӣ бо медали "Хизмати шоиста" (2012), Ҷоизаи давлатии Исмоили Сомонӣ (2004), унвони Аълочии тандурустии ҚТ (2004) қадрдонӣ гаштаанд.

Роҳбарияти Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абӯалӣ ибни Сино ва ҳайати таҳририяи маҷаллаи илмӣ-амалии "Авчи Зухал" Шуморо бо рӯзи мавлудатон табрик гуфта, бароятон тандурустӣ, хушбахтӣ, ва дастовардҳои тозаи илмиву омӯзгориву муолиҷавиро таманно доранд.



Бобохочаев Ёктам Иқровиҷ,

Доктори илмҳои тиб, хатмкардаи ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино дар соли 1983, баъди хатми аспирантура (солҳои 1987-1991) ҳамчу роҳбари Маркази ҷумҳуриявии клини-

ки иммунология ва аллергология (1991-1993), ҷонишини сардухтури Маркази миллии ташхиси бемориҳо (1993-2000), сардори Раёсати хадамоти тиббии Вазорати тандурустии ҚТ, ҳамзамон аз соли 2007 дар вазифаи дотсенти кафедраи фтизиатрияи ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино ифои вазифа намудаед.

Шумо муаллифи зиёда аз 100 таълифоти илмӣ, 3 монография, 5 дастурамали таълимӣ-методӣ ҳастед. Тахти роҳбарии Шумо 2 нафар рисолаи нимзади илмҳои тибро химоя кардааст.

Хизматҳои софдилонаатон бо Ифтихорномаи Вазорати тандурустии Тоҷикистон (2007) ва унвони Аълочии тандурустии Тоҷикистон (2008) қадрдонӣ шудаанд.

Роҳбарияти Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абӯалӣ ибни Сино ва ҳайати таҳририяи маҷаллаи илмӣ-амалии "Авчи Зухал" Шуморо бо рӯзи мавлудатон табрик гуфта, бароятон тандурустӣ, хушбахтӣ, ва дастовардҳои тозаи илмиву омӯзгориву муолиҷавиро таманно доранд.



Маликов Мирзобадал Халифаевич,

Соли 1986 ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Синоро хатм карда, ҳисси нозуки ҷустуҷӯву ковишҳои илмӣ аз нав ба таҳсилоти иловагӣ водоратон сохт ва тӯли 4 соли соли таҳсил (1990-1994) дар Донишкадаи такмили ихтисосоти духтурони шаҳри Москва худро бо донишҳои баланди касбӣ мусаллаҳ намуда, ба Ватан баргаштед. Фаъолияти

минбаъдаи касбиатонро дар кафедраи беморихои дарунии № 2 ва ба тарбияи мутахассисони ҷавон бахшида, тӯли солҳо дар соҳаи интихобкардаи хеш ба дастовардҳои назаррас ноил гаштед ва тавассути меҳнату заҳматҳои монданашавандаатон сазовори унвони баланди доктори илмҳои тиб (2017) гаштед. Дар мавзӯи "Қарроҳии контрактурои ишемияи Фолкман" рисолаи номзадӣ ва дар мавзӯи "Қарроҳии барқарорсозандаи андомҳои боло ҳангоми оқибатҳои вазнини осеб" рисолаи докторӣ Ҳимоя намудаед, ки то ҳол ҳамчун дастури муҳим дар раванди таълиму тарбияи мутахассисони ҷавон пурсамар истифода бурда мешаванд. Шумо ҳамчун олими соҳа низ шахси муваффақед ва беш аз 210 таълифоти илмӣ, 7 пешниҳоди навоварона ва дастурҳои зиёди методикатон нишонаи фаъолияти пурсамаратон дар ҷодаи илм маҳсуб меёбанд.

Роҳбарияти Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абӯалӣ ибни Сино ва ҳайати таҳририяти маҷаллаи илмӣ-амалии "Авчи Зухал" Шуморо бо рӯзи мавлудатон табрик гуфта, бароятон тандурустӣ, хушбахтӣ, ва дастовардҳои тозаи илмиву омӯзгориву муолиҷавиро таманно доранд.



Чумбаев Бахшулло Бокиевич,

Дар соли 1987 баъди хатм намудани ДДОТ ба номи С. Айнӣ бо дипломи аъло ба шӯъбаи рӯзонаи аспирантураи Пажӯҳишгоҳи физиология ва биофизикаи растании назди АИ ҚТ дохил шуда, соли 1991 рисолаи номзадӣ ва соли 2000 рисолаи докториатонро дар бахши биохимияи растаниҳо бомувафакқият дифоъ намудед. Солҳои 1991- 2003 дар вазифаҳои лаборанти калон, ходими хурди илмӣ, ходими калони илмӣ, ходими пешбари илмӣ фаъолият намуда, айни замон дар вазифаи сарходими илмии озмоишгоҳи биохимияи фотосинтези Пажӯҳишгоҳи ботаника, физиология ва генетикаи растании АМИ Тоҷикистон фаъолият доред. Мо ифтихормандем, ки аз соли

2003 то кунун дар кафедраи биохимияи ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино фаъолияти омӯзгорӣ дошта, то соли 2015 ба ҳайси ассистент ва аз соли 2016 ба ҳайси профессори кафедраи биохимия ба тарбияи мутахассисони ҷавони тиб машғул мебошед.

Дар натиҷаи таҳқиқотҳои арзишноки илмӣ ба Шумо муяссар гардидааст, ки 6 монография, зиёда аз 200 мақолаҳои илмӣ, 2 китоби дарсӣ, 30 дастури таълимӣ-методӣ ва бештар аз 60 мақолаи илмӣ-оммавиरो пешкаши мутахассисони соҳа ва шогирдонии бешуморатон гардонед.

Солҳои 2000-2014 аъзои Шӯрои Ҷимояи рисолаҳои докторӣ оид ба ихтисоси "Физиология ва биохимияи растанӣ", айни замон аъзои Шӯрои диссертатсионии ДДОТ ба номи С.Айнӣ ҷихати дарёфти дараҷаи илмии доктори фалсафа (PhD) мебошед. Барои дастовардҳои назаррасатон бо нишони "Аълочии маориф ва илми Ҷумҳурии Тоҷикистон" ва нишони "Аълочии тандурустии Ҷумҳурии Тоҷикистон" сазовор дониста шудаед. Раёсати Академияи миллии илмҳои Тоҷикистон кашфиёту дастовардҳои илмию амалиятонро ба инобат гирифта, соли 2017 Шуморо узви вобастаи Академияи миллии илмҳои Тоҷикистон интихоб намудааст.

Роҳбарияти Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абӯалӣ ибни Сино ва ҳайати таҳририяи маҷаллаи илмӣ-амалии "Авчи Зухал" Шуморо бо рӯзи мавлудатон табрик гуфта, бароятон тандурустӣ, хушбахтӣ, ва дастовардҳои тозаи илмиву омӯзгориву муолиҷавиро таманно доранд.



Шукурова Нигина Январовна,

Ба сифати як мутахассиси фидой дар марҳилаҳои камолоти касбиатон самтҳои омӯзгорӣ, илм ва табибиро муваффақона пеш бурда, дар ҳар кадоми он ба дастовардҳои назаррас ноил гаштаед. Боиси ифтихор аст,

ки Шумо дар баробари ҳамчун табиби мушфиқ ба камол расидан тӯли солҳо тақдири худро бо Донишгоҳи тиббӣ пайваста, барои омода намудани мутахассисони олидарачаи соҳа саҳми босазое гузоштаед.

Солҳои зиёд дар вазифаҳои ассистент (1997 -2017) ва дотсенти кафедраи физиологияи патологияи ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино (аз соли 2017 инҷониб) фаъолият намуда, ҳамчун устои ҳалиму меҳрубон ва мутахассиси кордону соҳибтаҷриба шинохта шуда, соҳиби эҳтироми самимӣ гаштаед.

Ҳамчун олими сермаҳсул оид ба мушкилоти гуногуни соҳа бештар аз 30 таълифоти илмӣ ба нашр расонида, дар мавзӯи "Гипертрофияи чубронии гурдаи таҷдидшавандаи обҳоиҳо" рисолаи номзадӣ дифоъ намудаед.

Роҳбарияти Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абӯалӣ ибни Сино ва ҳайати таҳририяи маҷаллаи илмӣ-амалии "Авчи Зухал" Шуморо бо рӯзи мавлудатон табрик гуфта, бароятон тандурустӣ, хушбахтӣ, ва дастовардҳои тозаи илмиву омӯзгориву муолиҷавиро таманно доранд.

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, хошияҳо 2,5 см ва фосилаи байни сатрҳо 1,5 мм хуруфчинӣ ва дар ду нусха дар як тарафи ҷарағон чоп карда, бо ҳамроҳии шакли ҳатмии электронии мақола пешниҳод гардад.

2. Мақолаҳои оригиналие, ки ба мушоҳидаҳои ҷудоғонаи таҷрибаҳои амалӣ бахшида шудаанд, бояд аз 12 саҳифа зиёд набоянд.

3. Пешниҳод кардани Шохиси УДК (индекси мазкурро аз дилхоҳ китобхонаи илмӣ дастрас намудан мумкин аст).

4. Мақолаҳои ҳулосавӣ 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 (нимсиёҳ), 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, ҳулоса, 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 зери 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 қор 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 20.11.2020 имзо шуд. Андозаи 60x84 ¹/₁₆,
9,25 чузъи чопӣ. Адади нашр 100 нусха.*