



## **САРДАБИР**

**д.и.т.**

**Мухаббатов Циёнхон Қурбонович**

**Ҷонишини сардабир ва  
мухаррири масъул**

**н.и.ф., дотсент**

**Юсуфов Абдулло Исмоилович**

## **ҲАЙАТИ ТАҲРИРИЯ**

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

## **ШҶҶРОИ ТАҲРИРИЯ**

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

**Наشري чорӣ:**

**№ 2 (39) 2020**

Мувофиқи қарори Раёсати ҚОА назди Президенти Ҷумҳурии Тоҷикистон" 31.01. соли 2019, тахти №29 мачаллаи мазкур ба феҳристи мачаллаву нашрияҳои илмии тақризи, ки ҚОА 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, тахти №0124 ба кайд гирифта шуд.

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

## **СУРОҒАИ 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

Курбонов К.М. - д.м.н., профессор  
академик АМН РТ

Ибодов С.Т. - д.м.н., профессор

Хакназарова М.А. - д.м.н., профессор

Исмоилов К.И. - д.м.н., профессор

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.,

Курбонбекова П.К.,

Носири К.Н.,

Каландаров Ё.К.,

Ишонкулова Б.А.,

Курбонов С.С.,

Курбонов Дж.М.,

Раззоков А.А.,

Раджабов У.Р.,

Султонов Ш.Р.,

Хокироев Т.З.,

Шарофова Н.М.,

Шерматов Д.С.,

Юлдошев У.Р.

# AVÇI ZUHAL

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

Научно-практический журнал

Издаётся каждые три месяца

Учреждено 21 июня 2010 года

**Текущее издание:**

**№ 2 (39) 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

### ТИББИ АМАЛӢ

<b>Артиков К.П., Хусейнзода Д., Юлдошев М.А., Абдурахмонов Ф.Ф., Иброхимов И.Т.</b> Оризаҳои пас аз амалиёти ҷарроҳии варикоселе.....	5
<b>Муротов Ҳ.М., Қосимов М.М., Темиров Н.Х., Салимов Х.Г., Усмонов Б.Н.</b> Баҳогузори муқоисавии самаранокии муолиҷаи ҷарроҳии нефролитиаз ҳангоми ҳавзаки дохилигурдави.....	9
<b>Сараев А.Р., Назаров Ш.К., Ҳалимов Ҷ.С.</b> Алгоритми тактикаи табобати ҷарроҳии перитонити паҳнғашта.....	14
<b>Шарифзода Х.С., Қодирова Д.А., Комилхочаев Б.Ҳ.</b> Нақши ғизо дар пайдо шудани бемориҳои дилу рағҳо.....	21
<b>Фаттоева Н.В., Алиева Е.Г., Мухитдинова Л.С.</b> Истифодаи табобати квантӣ дар реабилитатсияи беморони гирифтори бемории фишорбаландӣ.....	25
<b>Бозоров С.С., Мирзоева М.Х., Мухаммадиева К.М.</b> Ҳолати микросиркулятсия ҳангоми ҳлозма ва алопетсияи лонавӣ.....	27
<b>Ҷонибекова Р.Н., Абдурахимов А.Х., Олимов А.М., Абдурахмонов А.З., Рахимов Н.М.</b> Таҳлили нуқсонҳои модарзодии лабу ком дар шароити шӯбаи ҷарроҳии ҷоғу рӯи кӯдакон ва наврасон.....	32
<b>Шайдоев С.С., Полвонов Ш.Б., Мухторова П.Р., Раҳматуллоев Р.Р., Шарипов А.М.</b> Интиҳоби тартиби табобати зиддиретсидивии папилломатози ханчара дар кӯдакон.....	36
<b>Шарипова Х.Ё., Абдуллаев, Ф.Н., Султонов Х.С., Ҳамидова А.Н., Хатари</b> пайдо шудани резистентнокӣ ба табобат ва бемориҳои серброваскулярӣ дар беморони мубтало ба фишорбаландии шарёнӣ.....	40
<b>Мамадҷонова Г.С., Умарова З.К., Бақоев Ф.С.</b> Синдроми ихтилоҷӣ дар кӯдакон: нақши сироятҳои герпесвирусӣ.....	45
<b>Ҳасанов З.Г., Одинаев Ф.И., Одинаев Ш.Ф.</b> Паҳншавии гименолепидоз миёни аҳолии ҷумҳурии Тоҷикистон дар шароити муносири иҷтимоӣ иқтисодӣ.....	49
<b>Аминуллоҳ Нусрат, Мухаммад Ҷовид Иброҳимӣ.</b> Баррасии таъсири нанатекнуложӣ бар улуми пизишкӣ ва зисти муҳитӣ аз дидгоҳи абзорҳои нонометрӣ.....	52
<b>Навидуллоҳ Азиз.</b> Сафари ҳавоӣ ва бемориҳои қалбӣ-уруқӣ (дилу рағҳо).....	56
<b>Раҳматуллаева М.А., Ходжаева О.Т., Раҳимов Т.И., Розиков Ф.С., Астанакулов С.Р.</b> Тағйироти системаи дилу рағҳо дар кӯдакони гирифтори пиелонефрити музмини дуввумдараҷа.....	62
<b>Қосимов О.И., Муниева С.Х., Хомидов М.Ф., Нуралиев М.Д.</b> Ҳомилагӣ ва ҳадшаҳои келлоидӣ.....	66
<b>Самандаров Н.Ю., Холов Ё.Қ., Қодиров А.Х., Маҳкамова Б.Х.</b> Синтези тозилоксиэфири баъзе ҳосилаҳои кислотаи холановӣ ва омӯзиши фаълнокии зиддимикробии кислотаҳои 12 $\alpha$ -тозил-оксиэфир 3 $\alpha$ ,7 $\alpha$ -диатсетокси 5 $\beta$ метилхоланӣ.....	69
<b>Абдулқарим Султонӣ.</b> Танзими синтези асидҳои зарурӣ ва анбошт дар гиёҳон.....	74
<b>Юлдошева У.П., Талбов Ф.Ш.</b> Принсипҳои асосии фитотерапияи синдроми метаболитикӣ.....	80
<b>Ҷалилов Ҷ.Н., Бобизода Г.М., Гулмуродов И.С., Халифаев Д.Р., Валиев А.Х., Фарзонаи А., Халифаев П.Д.</b> Омӯзиши этноботаникии растаниҳои ҳудруи шифобахши баъзе минтақаҳои Тоҷикистон.....	86
<b>Нушервони Б.Х., Бабаев А.Б.</b> Ҳолати саломатии ронандагони воситаи нақлиёт ҳангоми фаъолият дар шароити шаҳрҳои калон.....	92
<b>Ҳолиқова О.У., Азонов Ҷ.А.</b> Хусусияти талхаронии маводи тагетол ҳангоми захролудкунии ҷигар бо захри ҷигаркуши сс14.....	98

**ТИББИ НАЗАРИЯВӢ**

<b>Соҳибова З.Н., Шукурова Ф. Ш., Бобоева Г.А.</b> Таҳқиқоти морфологии пӯст дар беморони гирифтори хадшаҳои келоидӣ.....	103
<b>Каримова О.А., Диловарова Р.М., Гаффулова М.Б., Каримова М.А.</b> Баҳодиҳии муқоисавии лейкоцитҳои хуни ҳомила ва муайянсозии аворизи он.....	109

**ҒАЙРИТИББӢ**

<b>Юсупов А.И.</b> Роҳҳои ҳамгунсозии истилоҳоти тиббӣ дар забони тоҷикӣ.....	112
<b>Бузургов М.А.</b> Андешаҳои баъзе мутафаккирони шинохта роҷеъ ба ахлоқ.....	117
<b>ҶАШНВОРА</b> .....	122
<b>ЁДБУД</b> .....	127



## ТИББИ АМАЛӢ

### ОРИЗАӖОИ ПАС АЗ АМАЛИӖТИ ӖАРРОӖИИ ВАРИКОСЕЛЕ

**К.П. Артиков, Д. Хусейнзода, М.А. Юлдошев, Ф.Ф. Абдурахмонов, И.Т. Иброхимов**

Кафедраи бемориҳои ҷарроҳии №2 (мудири кафедра д.и.т., Халифаев М.Х.)-и

ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино.

*Артиков К.П. - д.и.т., профессори кафедраи бемориҳои ҷарроҳии №2, ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино. k.p.artikov\_53@mail.ru, +992919401616*

*Артыков К.П. - д.м.н., профессор кафедри хирургических болезней №2, ТГМУ имени Абуали ибни Сино, k.p.artikov\_53@mail.ru, +992919401616*

*Artikov K. P.-MD, Professor of the Department of surgical diseases No. 2, Avicenna Tajik State Medical University, k.p.artikov\_53@mail.ru, +992919401616*

### ОСЛОЖНЕНИЯ ПОСЛЕ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ВАРИКОЦЕЛЕ

**Цель исследования.** Дать сравнительный анализ результатам различных хирургических методов лечения варикоцеле.

**Материал и методы.** В период 2006-2016 годов было обследовано 278 больных с варикоцеле различной степени. Возраст оперированных больных колебался от 15 до 46 лет. Выполнено четыре вида оперативных вмешательств.

**Результаты.** На основании клинико-лабораторных и УЗ методов исследования установлено, результаты хирургического лечения варикоцеле по Иванисевичу и Мар-

мар оказались хуже, чем микрохирургические операции по Мармар-Гольштейну и формирование межвенозных анастомозов. Установлено, что кровообращение яичек и патоспермия значительно улучшаются после микрохирургических оперативных вмешательств.

**Заключение.** Операции Иванисевича и Мармар являются менее эффективными по сравнению с микрохирургическим методами лечения варикоцеле.

**Ключевые слова:** варикоцеле, осложнения варикоцеле, межвенозные анастомозы.

### COMPLICATIONS AFTER VARICOCELE SURGERY

**Purpose of the study.** Comparative analysis of the results of various surgical treatments for varicocele.

**Material and methods.** In the period 2006-2016, 278 patients with a certain degree of varicocele were examined. The age of the operated patients ranged from 15 to 46 years. Four types of surgical interventions were performed.

**Results.** Based on clinical, laboratory and ultrasound research methods, the results of surgical treatment of varicocele according to

Ivanissevich and Marmar turned out to be worse than microsurgical operations according to Marmar-Holstein and the formation of intervenous anastomoses. It was found that testicular blood circulation and pathospermia are significantly improved after microsurgical surgery.

**Conclusion.** The operations of Ivanissevich and Marmar are less effective than microsurgical treatment of varicocele.

**Key words:** varicocele, complication of varicocele, intervenous anastomoses)

**Муҳиммият.** Паҳншавии варикоцеле мувофиқи маълумоти Конгресси ассотсиатсияи касбии андрологҳои Фелератсияи Россия (с.2015) дар байни мардҳо аз 11 то 30% -ро ташкил медиҳд. Алоқамандии варикоцеле бо бенасли муқаррар карда шудааст ва вай ба барномаи ТУТ (Ташкилоти Умумиҷаҳории Тандурустӣ) шомил карда шудааст.

Ҳангоми варикоцеле чуни мекисобанд, ки 40%-и мардҳо аз бенасли ранҷ мекашанд. Дар айни замон ҳангоми варикоцеле усулҳои гуногуни табобат пешниҳод карда мешавад, вале ягон табобат то имрӯз идеали ҳисобида намешавад. Мувофиқи маълумотҳои Конгресси авруприи урологҳо, ретсидивҳои (такрроршавии) варикоцеле пас аз ҷарроҳии



Иванисевич дар 25-43,5% ҳолат ва пас аз чарроҳии Паломо - дар 4,4-48,0% ҳолат ба назар мерасад [3,5].

Усулҳои табобати эндоскопӣ ва рентгено-эндоваскулярии варикоселе аз амалиётҳои чарроҳии намуди "height ligation" фарқ намекунад. Чарроҳии Мармар-Голштейн аз дастраскунии субингвиналӣ дар айни замон паҳншудатарин ба ҳисоб меравад. Ин намуди чарроҳиро дар нашрияҳои хориҷӣ ба таври густурда таълиф мекунад, зеро натиҷаҳои он аз усулҳои анъанавӣ хеле боло меистанд [2,7].

Бо мақсади кам кардани гипертензияи варидаӣ аз анастомозҳои байниваридаӣ истифода мекунад, ки вобаста аз намуди гемодинамикӣ фишори варидаиро паст мекунад ва аз ҷиҳати патогенӣ асоснок ҳисобида мешавад [1,4].

Мавзӯи беҳтар сохтани наслгузорӣ ҳангоми табобат варикоселе пайваста баррасӣ мешавад. ба ақидаҳои ихтилофнок нигоҳ накарда, муҳаққиқони зиёде ба он ишора мекунад, ки табобати чарроҳии варикоселе параметрҳои спермаро дар мардҳои инфертиль хеле беҳтар мегардонад. Ҳомилагӣ пас аз ҳар як 2,62-2,87 чарроҳии варикоселэктомия пайдо мешавад. Ба он нигоҳ накарда, ки усулҳои зиёде табобати варикоселе пешниҳод карда шудаанд, дар айни замон тавсияҳои мушаххас барои интиҳоб кардани ин

ё он усули табобат дида намешавад, таҳлили муқоисавии натиҷаҳои усулҳои гуногуни табобати варикоселе то ҳол ба қадри кофӣ инъикос наёфтаанд [3,5,7].

**Мавод ва усулҳои таҳқиқот.** Мо таҳлили натиҷаҳои усулҳои гуногуни табобати чарроҳии варикоселро дар 278 бемор гузаронидем. Табобати чарроҳии беморон дар шуъбаи чарроҳии барқарорсозии Маркази илмӣ ҷумҳуриявӣ чарроҳии дилу рағҳои ВТ ва ҲИА ҚТ ва шуъбаи урологияи Беморхонаи клиникии "Мадади Акбар" дар давраи солҳои 2006-2015 анҷом дода шуд.

Мо картаҳои махсусро таҳия кардем, ки дар онҳо тамоми маълумоти зарурии анамнезӣ, ҳамчунин натиҷаҳои таҳқиқотҳои объективӣ ва инструменталӣ дохил карда шуда буданд. Синну соли беморони чарроҳишуда аз 15 то 46 сол буда, мардҳои ҷавон ва қобили меҳнат бартарӣ доштанд.

Аксари бештари беморон, ки таҳти муоина (68%) қарор доштанд, то 26-сола буданд. Беморони боқимонда синну соли 26-сола ва болотар 32%-ро ташкил доданд. Ин аз ташхиси дер, сабабҳои иқтисодӣ ва мазҳабӣ-динӣ вобастагӣ дорад. Таснифи Dubin и Amelar-ро истифода намудем. Вобаста аз дараҷаи беморӣ ва синну соли беморон бартарии дараҷаҳои II ва III-и беморӣ мушоҳида карда шуд (ҷадвали 1).

### Ҷадвали №1.

#### Гурӯҳбандии беморони гирифтори варикоселе вобаста аз синну сол ва дараҷаи беморӣ

Дараҷаи варикоселе	Синну сол			Миқдори умумӣ	Ҷоиз
	15-19	20-25	26-46		
I	13	8	2	23	8,2%
II	9	52	4	65	23,5%
III	9	97	84	190	68,3%
Ҳамагӣ:	31	157	90	278	100%

Тавре ки дар ҷадвали 1 дида мешавад, миқдори бештарро беморони дараҷаи III ташкил медиҳанд. Беморони аз 26-сола калонтар асосан барои табобати чарроҳӣ вобаста аз симптоматикаи дард бистарӣ гаштаанд.

Ташхиси варикоселеро мо дар асоси шиқоятҳои беморон, маълумотҳои анамнез, статуси объективӣ ва натиҷаҳои усулҳои махсуси таҳқиқот гузоштем. Бо мақсади

таҳқиқоти самаранокии чарроҳӣ ва арзёбии нишондодҳои спермограмма дар ҳамаи беморон усулҳои стандартии таҳқиқот ва минбаъд муоинаи онҳо аз рӯи меъёрҳои (критерияҳои) яқхела сураат гирифт.

Термометрияро мо бо ёрии электротермометри рақамии Digital Thermometer GTN - 1200 ширкати "GREISINGER electronic" (с.1999) дар ҳамаи беморон то ва пас аз чарроҳӣ гузаронидем.



Таҳқиқоти ултрасадоии хоядон ба таври стандартӣ ҳангоми ҳолати горизонталии бемор, ба пушт хобида, гузаронида шуд. Датчикҳои раҳдори басомадашон 7-10 МГцс, аммо ҳангоми хеле калон шудани хоядон, датчикҳои конвексионӣ бо басомади 5 МГцс истифода шуданд.

Спермограмма мувофиқи "Дастурамали ТУТ оид ба таҳқиқоти лаборатории эякуляти одам ва таъсири мутақобилаи сперматозоидҳо дар луоби сервикалӣ" (ТУТ, 2010) пас аз 3-5 рӯзи алоқаи ҷинсӣ накардан гузаронида шуд.

Дар беморон 4 намуди амалиёти ҷарроҳӣ гузаронида шуд: ҷарроҳии Иванисевич (71); ҷарроҳии Мармар (68); ҷарроҳии Мармар-Голдштейн (87) ва ташаккул додани анастомозҳои байни варидӣ (52). Дар ҳамаи беморон патоспермияи дараҷаи возеҳияш гуногун дида шуд.

**Натиҷаҳо.** Пас аз ҷарроҳии Иванисевич такроршавии беморӣ дар 19 (26,76%) беморон ба назар расид. Дар 52 бемори боқимонда дигар тағйиротҳои клиникӣ такрор нашуданд. Нороҳатӣ ва дард дар мавзеи хоядон аз 35 то 6, гипотрофияи хояҳо дар 2 бемор муътадил гашт, аммо дар 7 бемор пас аз ҷарроҳӣ бинобар осеб дидани шарёни хоя, дар 8 ҳолат гидроселе пайдо шуд.

Дар ҳамаи беморони дорои ретсидиви беморӣ градиенти ҳарорати пӯсти хоядон бетағйир буд. Ҳарорати пӯсти хоядон дар 11 бемор пас аз ҷарроҳи дар тарафи ҷаррохишуда нисбат ба тарафи солим паст буд. Ин аз он гувоҳӣ медиҳад, ки эҳтимоли осеб дидани шарёни хоя ҳангоми ҷарроҳӣ имконпазир аст.

Концентратсияи сперматозоидҳо ба таври эътимоднок ( $P < 0,05$ ) аз  $9,3 \pm 1,93$  млн/мл то  $11,2 \pm 1,1$  млн/мл зиёд шуд, ҳаракатнокии сперматозоидҳо аз  $26,7 \pm 2,3$  то  $32,0 \pm 4,3\%$  беҳтар гашт, миқдори сперматозоидҳои зинда аз  $31,7 \pm 4,7$  то  $38,0 \pm 5,63\%$  зиёд шуд. Аммо ин беҳтаршавиҳои параметрҳои спермаҳо на дар ҳамаи беморон возеҳ буд. Дар беморони аз 26-сола боло тағйироти параметрҳои спермаҳо аз дараҷаи возеҳии варикоселе вобаста набуданд. Бо беҳтар гаштани параметрҳои спермаҳо пас аз ҷарроҳӣ намудҳои па-

тоспермия низ кам шуданд. Ҳамин тавр, миқдори беморони дорои олигоспермия аз 12 то 10, дорои астенозооспермия - аз 29 то 19, дорои тератоспермия - аз 9 то 6, дорои некроспермия - 7-6, дорои азооспермия - аз 11 то 10, гипоспермия - аз 6 то 3.

Дар ин гурӯҳ аз 71 бемори дорои патоспермия дар ҷуфти ҳамсарон 10 нафар ҷарроҳӣ карда шуд. дар раванди муоина дар яке аз занҳо ҳомилағӣ рух дод.

Натиҷаи табобати ҷарроҳӣ пас аз ҷарроҳии Мармар дар 68 бемор баҳогузорӣ карда шуд. Нишондод барои табобати ҷарроҳӣ дар ин беморон инҳо буданд: дарди хояҳо ва патоспермия. Аз бенасли 15 (22%) бемори оиладор озор медиданд.

Дар давраи баъдиҷарроҳӣ дар муҳлати то як сол ретсидиви беморӣ дар 12 (17,65%) дида шуд. Дар 56 бемори боқимонда вай дида нашуд, вале ин падидаҳо муайян карда шуданд: нороҳатӣ ва дард дар мавзеи хоядон (5); гипотрофияи хояҳо (18); гидроселе (11). Градиенти ҳарорати пӯсти хоядон ҳангоми ретсидиви беморӣ мисли аввала боқимонд, дар 13 бемор бошад, нисбат ба тарафи солимхурд шудааст, ки ин аз осеби шарёни хояҳо дарак медиҳад.

Концентратсияи сперматозоидҳо ба таври эътимоднок ( $P < 0,05$ ) аз  $9,4 \pm 2,77$  млн/мл то  $11,4 \pm 4,4$  млн/мл калон шудааст, ҳаракатнокии сперматозоидҳо аз  $26,9 \pm 6,34$  то  $32,5 \pm 6,65\%$  беҳтар гаштааст, миқдори ҳуҷайраҳои зиндаи сперматозоидҳо аз  $32,0 \pm 6,92$  то  $38,6 \pm 7,32\%$  зиёд шудааст. Дар беморони аз 26-сола боло тағйироти параметрҳои сперма аз дараҷаи беморӣ вобаста набуд.

Беҳтаршавии намуди патоспермия низ муайян карда шуд. Олигоспермия аз 6 то 4, астенозооспермия - аз 15 то 10, тератоспермия - аз 19 то 12, некроспермия - аз 7 то 3, азооспермия - аз 10 то 8, гипоспермия аз 6 то 5 кам шудааст. Дар ин гурӯҳ аз 68 бемори оиладор 15 бемори ҷаррохишуда буданд, аз ин миқдор дар 3 (20%) ҳолат занҳо ҳомила шуданд.

Пас аз ҷарроҳии Мармар-Голштейн арзёбии натиҷаҳо дар 87 бемор гузаронида шуд. Аз бенасли 10 (11,49%) бемори оиладор ранҷ мекашид. Ретсидиви беморӣ дар 6



(6,9%) бемор ошкор карда шуд. Нороҳатӣ ва дард дар мавзеи хоядон дар 3 бемор ба назар расид. Гипотрофияи хояҳо дар 11 бемор, калон шудани хоядон дар 6 нафар боқӣ монд, гидроселе дар 2 бемор пайдо шуд.

Дар давраи баъдичарроҳӣ градиенти пӯсти хоядон, ба истиснои ретсидивҳо, дар ягон ҳолат дида нашуд.

Аз 23 бемори дорои гипотрофияи хояҳо дар 12 нафар калон шудани андозаи хояҳо то ҳадди меъёрӣ дида шуд. Аммо дар 11 бемори аз 26-сола боло динамикаи мусбат дида нашуд.

Концентратсияи сперматозоидҳо пас аз ҷарроҳӣ ба таври эътимоднок ( $P < 0,05$ ) аз  $9,1 \pm 3,41$  млн/мл то  $14,9 \pm 4,18$  млн/мл зиёд шуд, ҳаракатнокии сперматозоид аз  $26,1 \pm 3,11$  то  $42,7 \pm 6,04\%$  беҳтар гашт ва миқдори ҳуҷайраҳои зиндаи сперматозоидҳо аз  $31,0 \pm 7,62$  то  $50,7 \pm 4,61\%$  зиёд шуд. Дар 6 бемори калонтар аз 26-сола тағйироти параметрҳои сперма ночиз буданд.

Намудҳои патоспермия: олигоспермия аз 12 то 2; астенозооспермия - аз 29 то 6; тератоспермия - аз 9 то 3; некроспермия - аз 7 то 1; азооспермия - аз 11 то 5; гипоспермия - аз 6 то 1 кам шудаанд. Дар ин гурӯҳ аз 81 бемори оиладор 10 нафар ҷарроҳӣ карда шуд, дар протсессии муоина дар 4 (40%) зан ҳомилагӣ дида шуд.

Амалиётҳои ҷарроҳии микроргии варид-дренажкунӣ дар 52 бемори дорои варикоцеле гузаронида шуд. Анастомози дисталӣ бо варидаи эпигастралӣ дар 29 бемор ва варидаи сафенӣ дар 9 бемор ҳангоми навъи илеоспематикии гемодинамикӣ иҷро карда шуд. Анастомози проксималӣ барои кам кардани сарбории гипертензияи ҷигар дар 5 бемор анҷом дода шуд. Ҳангоми навъи омехтаи гемодинамики варикоцеле дутогӣ анастомоз бо маҷрои варидаи тихигоҳ дар 9 нафар бемор иҷро карда шуд.

Ретсидиви беморӣ дида нашуд. Дард ва нороҳати дар мавзеи хоядон аз 37 бемор дар 35 бемор нест шуд. калоншавии андозаи хоядон танҳо дар як бемор боқӣ монд. Инкишофи гипотрофия ва гидроселе дар ягон бемор ба қайд гирифта нашуд.

Градиенти ҳарорати пӯсти хоядон пас аз ҷарроҳӣ дар ҳамаи беморон баробар шуд. Гипотрофияи хояҳо дар 11 бемор нест шуд, дар 10 нафар динамикаи мусбати баробаршавии андозаи хояҳо дида шуд.

Концентратсияи сперматозоидҳо ба таври эътимоднок ( $P < 0,05$ ) аз  $9,2 \pm 2,14$  млн/мл то  $16,8 \pm 1,88$  млн/мл, ҳаракатнокии сперматозоидҳо аз  $26,4 \pm 3,32$  то  $48,2 \pm 5,62\%$  беҳтар ва миқдори ҳуҷайраҳои зиндаи сперматозоидҳо аз  $31,4 \pm 3,7$  то  $57 \pm 6,62\%$  афзуд.

**Намуди патоспермия тағйир ёфт:** олигоспермия аз 12 то 2, астенозооспермия - аз 29 то 6, тератоспермия - аз 9 то 3, некроспермия - аз 7 то 1, азооспермия - аз 11 то 3, гипоспермия - аз 6 то 1 кам шуд.

Дар байни беморони ин гурӯҳи оиладор 19 бемори ҷарроҳишуда буданд. Дар протсессии муоина дар 12 (63,1%) зан ҳомилагӣ ба назар расид. Ин маълумотҳо ба ҳадди олий эътимоднок нестанд, зеро ки омили бенаслии занҳо ба эътибор гирифта нашудааст.

Ҳамин тавр, натиҷаҳои ба даст овардашудаи усулҳои мухталифи ҷарроҳии варикоцеле аз асоснок будани истифодабарии усулҳои табобати микроҷарроҳии варикоцеле дарак медиҳанд.

**Хулоса,** ҷарроҳии Иванисевич ва Мармар дар шакли классикӣ бинобар доштани оризаҳои зиёд бояд маҳдуд карда шавад; ҷарроҳии микроҷарроҳии Мармар-Голштейн ҳангоми навъи реносперматикии гемодинамики варикоцеле нишондод дорад; ҳангоми навъҳои ҷарроҳии илиосперматики ва омехтаи гемодинамикӣ амалиёти варид-дренажзорӣ интиҳоб карда мешавад.

## АДАБИЁТ

1. Бокиев А.И. Эффективность микрохирургической варикоцелэктомии при мужском бесплодии / А.И. Бокиев, Д.А. Карутюнян // 1-й Российско-азиатский урологический конгресс, 9 - й конгресс профессиональной ассоциации андрологов России. Евразийский андрологический саммит. Сборник тезисов. - Санкт-Петербург. - 2014. - С. 36.





2. Аполихин О.И. Предикторы успеха в рациональном выборе метода оперативного лечения больных варикоцеле / О.И. Аполихин [и др.] // Сборник тезисов 7-го конгресса профессиональной ассоциации андрологов России. - Сочи. - 2012. - С. 16 - 17.
3. Тестикуло-нижнеэпигастральные анастомозы в лечении варикоцеле / М. Е. Чалый, К.П. Артыков, М.А. Юлдашев // Вестник Авиценны. - 2016. - № 2 (67) -С. 28-31
4. Умаров Б.А. Сравнительная оценка результатов хирургического лечения варикоцеле / Б.А. Умаров // Вестник Кыргызско-Российского славянского университета. - 2012. - Т. 12, №. 9. - С. 129-131
5. Севергина Э.С. Ремоделирование сосудов как проявление компенсаторных процессов при варикоцеле разной степени выраженности / Э.С. Севергина [и др.] // Андрология и генитальная хирургия. 2013. №2. Стр. 35-39.
6. Сироид Д.В. Проблемы оперативного лечения варикоцеле / Д.В. Сироид, Н.В. Антипов // Клінічна анатомія та оперативна хірургія. 2009. Т8. №4. Стр. 76-78.
7. Armalan A., Ergln O., Bal E. et al. Long-term effects of microsurgical varicocelectomy on pain and sperm parameters in clinical varicocele patients with scrotal pain complaints // Andrologia. - 2012; 44 (Suppl. 1): 611-4.
8. Ni K. Treatment of varicocele infertility men patients of different Chinese medical syndrome types by integrative medicine treatment selection: a primary research / K. Ni [et al.] // Chinese journal of integrated traditional and Western medicine - 2013. - V. 33, №3. -P. 326-331.

### **БАҶОГУЗОРИИ МУҚОИСАВИИ САМАРАНОКИИ МУОЛИҶАИ ҶАРРОҶИИ НЕФРОЛИТИАЗ ҲАНГОМИ ҲАВЗАКИ ДОҶИЛИГУРДАВӢ**

**Ҳ.М. Муротов, М.М. Қосимов, Н.Х. Темиров, Х.Г. Салимов, Б.Н. Усмонов**

Кафедраи урология (мудири кафедра д.и.т., профессор Ҷ.А.Шамсиев) - и Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абӯалӣ ибни Сино

Муассисаи давлатии "Маркази ҷумҳуриявии илмию клиникаи урология (директор н.и.т. Н. С. Ибодов)"-и Вазорати тандурустӣ ва ҳифзи иҷтимоии аҳолии Ҷумҳурии Тоҷикистон ҶДММ "Маркази тиббии №25"

*Муротов Хумоюн Музаффарович - аспиранти кафедраи Урологияи МДТ ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино; тел.: (+992) 918381485; 934368086; e - mail: КНММdoctor@mail.ru.*

*Муротов Х.М.-аспирант кафедраи Урологияи ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. e - mail: КНММdoctor@mail.ru тел.: (+992) 918381485; 934368086*

*Murotov Humoyun Muzaffarovich- graduate student of the Department of Urology Avicenna TSMU, e-mail: КНММdoctor@mail.ru tel.: (+ 992) 918381485; 934368086;*

### **СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ НЕФРОЛИТИАЗА ПРИ ИНТРАРЕНАЛЬНОЙ ЛОХАНКЕ**

**Муротов Х.М., Косимов М.М., Темиров Н.Х., Салимов Х.Г., Усмонов Б.Н.**

Кафедра урологии (заведующий кафедрой, д.м.н., профессор Дж.А. Шамсиев) ГОУ Таджикского государственного медицинского университета имени Абуали ибни Сино ГУ "Республиканский научно-клинический центр Урология" МЗ и СЗН РТ ООО "Медицинский центр 25"

Несмотря на ввидение в урологической практике современные, малоинвазивные методы хирургического лечения нефролитиаза выбор метода разрушения и/или удаления конкрементов остается на сегодняшний день предметом дискуссии. Один из сложных

форм мочекаменной болезни является нефролитиаз внутриваночечной лоханке. Следует отметить, что в литературе имеется очень мало научных работ о влиянии индивидуальных особенностей строения чашечно-лоханочной системы на течение нефролитиаза, их



значение при выборе хирургического метода лечения нефролитиаза, а также структура послеоперационных осложнений. В данной работе приведены результаты лечения 107 больных с нефролитиазом внутрипочечной лоханке, которые разделены на 2 группы в зависимости от применяемые методы хирур-

гическое лечение. Анализ полученных данных показывают, что применение пункционная нефролитотрипсия/нефролитоэкстракция значительно улучшает результаты лечения больных нефролитиазом.

**Ключевые слова:** нефролитиаз, интраренальная лоханка, хирургическое лечение.

## COMPARATIVE EVALUATION OF THE EFFECTIVENESS OF SURGICAL TREATMENT OF NEPHROLITHIASIS IN INTRARENAL PELVIS

Murotov H.M., Kosimov M.M., Temirov N.H., Salimov H.G., Usmonov B.N.

Department of Urology (head of department, doctor of medical sciences, professor J.A. Shamsiev) SEI Tajik State Medical University named after Abualiibni Sino, State Institution "Republican Scientific and Clinical Center Urology" of the Ministry of Health and Social Sciences of the Republic of Tajikistan, A limited liability company "Medical Center 25"

Despite the introduction of modern, minimally invasive methods of surgical treatment of nephrolithiasis into urological practice, the choice of the method of destruction and / or removal of calculi remains a subject of discussion today. One of the complex forms of urolithiasis is nephrolithiasis of the intrarenal pelvis. It should be noted that in the literature there are very few scientific works on the influence of individual structural features of the pyelocaliceal system on the course of nephrolithiasis, their importance in the choice of the surgical method for the treatment of

nephrolithiasis, as well as the structure of postoperative complications. This paper presents the results of the treatment of 107 patients with nephrolithiasis of the intrarenal pelvis, which are divided into 2 groups depending on the methods used for surgical treatment. Analysis of the obtained data shows that the use of puncture nephroolithotripsy/nephroolithoextraction significantly improves the results of treatment of patients with nephrolithiasis.

**Key words:** nephrolithiasis, intrarenal pelvis, surgical treatment.

**Муҳимият.** Хусусияти рушди муосири табобати чарроҳии нефролитиаз чорӣ намудани технологияи камосеб мебошад, ки литотрипсияи масофавӣ (ЛТМ), нефролитотрипсияи тавассути пӯстӣ (НЛТП) ва нефролитоэкстраксияро дар бар мегирад [1,2]. Ба гуфтаи бисёрмуаллифон, самаранокии литотрипсияи масофавӣ асосан аз зичии санг ва андозаи он вобаста аст. Шумораи сеансҳои литотрипсия ба ин омилҳо вобаста аст, ки афзоиши шумораи онҳо ба гурда таъсири манфӣ дорад [3,4,5]. Файр аз он, Аляев Ю.Г. ва дигарон соли 2010 далел меоваранд, ки самаранокии ЛТМ бо хусусиятҳои анатомии системаи ҳавзакуҷомчаҳо (СХҶ) алоқаманд аст. Ба гуфтаи Э.Н. Ситдиқова, барои бомуваффақият майда кардани сангҳо ҳангоми ҳавзаки берунигурдавӣ, ба ҳисоби миёна  $2,18 \pm 0,18$  ( $p < 0,05$ ) сеансҳои ЛТМ лозим аст,

ҳангоми ҳавзаки дохилигурдавӣ ва намуди омехтаи ҳавзак мутаносибан  $2,73 \pm 0,1$  ( $p < 0,05$ ) ва  $2,43 \pm 0,17$  ( $p < 0,05$ ) мебошад [6]. Имрӯзҳо, дар табобати сангҳои калон ( $> 2,0$  см), сершумор ва марҷонмонанди гурдаҳои асосиро НЛТП ишғол мекунад, ки тибқи маълумоти сарчашмаҳои гуногун, ҳамчун монотерапия 45-80% -ро ташкил медиҳад [7,8,9,10]. Исбот шудааст, ки ҳангоми иҷрои дасткорҳои тавассути пӯстӣ дар гурда чарроҳ бояд дар бораи сохтори СХҶ гурдаҳои бемор маълумоти пурра дошта бошад. Барои сохтани дастраси оптималӣ ва беҳтар дар вақти амалиётҳои тавассути пӯстӣ интихоби дурусти қомча барои пунксия кардан хеле аҳамияти калон дорад [7,11,12]. НЛТП бештар аз қомчаи поёнӣ, ки камтар беҳатар ҳисобида мешавад, иҷро карда мешавад [1,2,7]. Вале ҳангоми сангҳои мураккаб



ва марчонмонанд он барои пурра берун кардани сангрезаҳо нокифоя ё дар беморони гирифтори сангҳои бандаки хавзаку холиб ва қисми сеяки болои холиб нокулай мебошад. Дар ин ҳолатҳо, ҷарроҳ метавонад пунксияи "баланд" -и СХЧ-ро тавассути чомчаи болоӣ интиҳоб кунад, ки дастрасии бевоситаро ба қисми асосии системаи хавзаку чомчаҳои гурдаҳо ва холиб таъмин мекунад[13]. Новобаста аз истифодаи васеи усулҳои камосеби табобати бемории санги пешоб(БСП), ҷарроҳии кушода имрӯз низ аҳамияти клиникии худро гум накардааст, ки ҳиссаи он, ба гуфтаи бисёр муаллифон, на бештар аз 2-5%-ро ташкил мекунад. Бояд махсус қайд кард, ки гурӯҳи беморони гирифтори нефролитиаз вучуддоранд, ки барои онҳо ҷарроҳии кушода усули интиҳоб аст[14,15]. Амалиётҳои кушода, ки ҳангоми БСП гузаронида мешаванд, бояд ба таври максималӣ эҳтиёткорона ва узвмаҳфуздоранда бошанд[16]. Хатари хунравӣ ва як қатор оризаҳои дигар ҷарроҳон-урологҳоро аз истифодаи НЛТП

ҳангоми санги марчонмонанди гурдаи ягона ва ягонафаъолияткунанда нигоҳ медорад[14,17].

**Мақсади таҳқиқот.** Беҳтар намудани натиҷаҳои табобати ҷарроҳии нефролитиаз ҳангоми хавзаки дохилгурдавӣ.

**Мавод ва усулҳои таҳқиқот.** Дар таҳқиқоти мазкур натиҷаҳои табобати ҷарроҳии 107 нафар бемороне, ки гирифтори сангҳои гурда ҳангоми хавзаки дохилгурдавӣ мебошанд, дар шароити МД "МҶИКУ" ва ҶДММ "Маркази тиббии 25" ҷарроҳӣ карда шудаанд оварда шудааст. Мардон 58(54,2%), занон 49(45,8%)-и беморонро ташкил додааст. Синну соли миёнаи беморон 39,5(8 то 72) солро ташкил дод. Онҳо ба ду гурӯҳ тақсим карда шудаанд: гурӯҳи I-55(51,4%) бемороне, ки ҷарроҳии кушода гузаронида шудаанд; гурӯҳи II - 52(48,6%) бемороне, ки ба онҳо нефролитотрипсию ва нефролитоестраксияи тавассути пӯстӣ гузаронида шудаанд. Хусусиятҳои беморони ҳарду гурӯҳ дар ҷадвали 1 оварда шудааст.

#### Ҷадвали 1.

##### Маълумот дар бораи беморон, ки ба таҳқиқот дохил карда шуда буданд.

№	Нишондиҳандаҳои баҳододашуда	Гурӯҳи – I Ҷарроҳии кушода	Гурӯҳи – II Нефролитотрипсию тавассути пӯстӣ
1.	Шумораи беморон(%)	55(51,4%)	52(48,6%)
2.	Синну соли миёнаи беморон, сол	39,1	40
3.	Чинс (М/З)	30/25	28/24
4.	Тарафи ҷойгиршавии санг (Рост/Чап/Дугарафа)	21/20/14	14/28/10
5.	Сангҳои ягона n(%)	14(25,45%)	20(38,5%)
6.	Сангҳои марчонмонанд ва сершумор (М/С)	41(11/30)	32(8/24)

Аз он бармеояд, ки таносуби синну сол ва чинси беморон дар ҳарду гурӯҳ яхела мебошанд. Дар гурӯҳи аввал беморони гирифтори сангҳои марчонмонанд ва сершумор мебошанд, зиёд будаанд(74,5%). Дар гурӯҳи дуюм бошад, шумораи беморон бо сангҳои ягона(61,5%) нисбат ба гурӯҳи якум бисёрранд. Ғайр аз усулҳои клиникӣ ва лабораторӣ, ба ҳамаи беморон ташхиси ултрасадо(ТУС)- и гурдаҳо, урографияи назарӣ ва ихроҷӣ гузаронида шудааст. Истисно 7 нафар беморон мебошанд, ки урографияи ихроҷӣ гузаронида нашуд(дар як ҳолат аллергия ба маводи контраст мавҷуд буд, дар 6 ҳолати дигар норасоии музмини гурда-

ҳо(НМГ) марҳилаҳои II-III ҷой дошт). Бо воситаи ТУС- и гурдаҳо, урографияи назарӣ ва ихроҷӣ андозаи гурдаҳо, ғафсии паренхима, андозаи санг ва ҷойгиршавии он, васеъшавии ковокиҳои гурда, ҳолати функционалии гурдаҳо ва роҳҳои пешобгузари болои муайян карда шуд. Дар асоси усулҳои таҳқиқоти клиникӣ ва биохимиявӣ, фаъолнокии илтиҳоб дар бадани бемор, мавҷуд будан ё набудани авҷирии пиелонефрити музмини сангзод, норасоии музмини гурдаҳо ва марҳилаҳои он муайян карда шуд. Дар асоси таҳқиқотҳои гузаронидашуда равиши ҷарроҳии дарпешистода ба нақша гирифта шуд, ҳангоми банакшагирии не-



фролитотрипсиия тавассути пӯстӣ чомчаи оптималӣ барои пунксия интиҳоб карда шуд, имкониятҳои истифодаи пиело/нефро-томия ҳангоми банакшагирии чарроҳии кушода муайян карда шуд. Оризаҳои эҳтимолии чарроҳӣ бо беморон муҳокима карда шуд. Ҳангоми ҷой доштани сирояти роҳҳои пешобгузари болои дар давраи пеш аз чарроҳӣ табобати антибактериалӣ гузаронида шуд.

Нефролитотрипсиия тавассути пӯстӣ ба ҳамаи беморони гурӯҳи дуюм дар ҳолати шикам гузаронида шуд, нефроскоп ва асбобҳои стандартӣ истифода бурда шуд. Пунксияи системаи ҳавзаку чомчаҳо таҳти назорати ултрасадо ё якҷоя бо назорати рентген гузаронида шуд. Ба ҳамаи беморони гурӯҳи

якум люмботомия бо усули Фёдоров гузаронида шуд. Сипас, вобаста аз вазъ, пиело/нефролитотомия гузаронида шуд. Дар байни ин ду гурӯҳ таҳлили муқоисавии параметрҳои зерин гузаронида шуд: вақти чарроҳӣ, давомнокии бистарӣ дар беморхона, миқдори оризаҳои ҳангоми чарроҳӣ ва баъди чарроҳӣ.

#### Натиҷаҳои таҳқиқот ва баррасии онҳо.

Амалиёт дар ҳамаи беморон бомуваффақият буд. Натиҷаҳои чарроҳӣ дар ҳарду гурӯҳ вобаста ба нишондиҳандаҳои омӯхташуда дар ҷадвали 2 оварда шудаанд. Аз он маълум аст, ки дар тамоми нишондиҳандаҳои муқоисашаванда байни ин ду гурӯҳ фарқи калон аз ҷиҳати омӯри мавҷуд аст.

#### Ҷадвали 2.

#### Натиҷаҳои чарроҳии кушода ва нефролитотрипсиия тавассути пӯстӣ.

№	Нишондиҳандаҳои омӯхташуда	Чарроҳии кушода	Нефролитотрипсиия тавассути пӯстӣ
1.	Давомнокии миёнаи чарроҳӣ(дак)	85(40-180)	103(50-210)
2.	Вақти миёнаи бистарӣ дар беморхона (рӯз)	13,2(5-28)	7,6(1-16)
3.	Ҳаҷми хунравӣ(мл)	167,3(300-700)	75,67(40-150)
4.	Самаранокии чарроҳӣ (%)	72,7%	88,5%
5.	Гемо/плазматрансфузия, n	4/10	0/1
6.	Миқдори умумии оризаҳо, n(%)	14(25,45%)	4(7,7%)
7.	Сангҳои резидуалӣ, n(%)	15(27,3%)	6(11,5%)
8.	Зарурияти амалиётҳои такрорӣ, n(%)	4(26,7%)	1(16,7%)

Дар гурӯҳи I амалиётҳои чарроҳӣ аз 55 бемор дар 40(72,7%) бемор ва дар гурӯҳи II - дар 46(88,5%) бемор аз 52 самаранок буд. Вале, шумораи беморони гирифтори нефролитиазии марҷон монанд ва сершумор дар гурӯҳи I нисбат ба гурӯҳи II зиёд мебошад(41/32), ки ин метавонад сабаби паст будани самаранокии усулҳои чарроҳии анъанавӣ нисбат ба нефролитотрипсиия тавассути пӯстӣ гардад. Пеш аз тавсифи мавҷудияти сангҳои резидуалӣ(сангҳои пасмонда пас аз чарроҳӣ), мо мехоҳем маълумоти адабиёти ҷаҳониро ба хотир орем. Савол дар бораи сангҳои резидуалӣ дар адабиёт кушода боқӣ мемонад.

Сеансҳои такрории нефролитотрипсиия масофаӣ ва тавассути пӯсти ба кадом гурӯҳ дохил карда шаванд: ба оризаҳо ё ин як марҳилаи табобати нефролитиаз мебошад? Таҳлили маълумотҳои муосир нишон медиҳад,

ки сангҳои резидуалии холиб ва масона, ки ҳангоми амалиётҳои чарроҳӣ аз гурда мигратсия шудаанд, инчунин сангҳои резидуалӣ, ки пас аз амалиётҳои чарроҳӣ оиди сангҳои ягонаи гурдаҳо ба амал омадаанд ва дар давраи пас аз чарроҳӣ амалиётҳои иловагиро талаб мекунанд ҳамчун ориза ҳисоб карда шаванд[18]. Чунин оризаҳо дар таҳқиқоти мо дар 4/1 ҳолатҳо мутаносибан мушоҳида шуд. Аз 15/6 нафар бемороне, ки сангҳои резидуалӣ доштанд, дар 4/1 нафари онҳо сангҳо аз ҷиҳати клиникӣ аҳамиятнок будаанд, аз ин сабаб ба онҳо амалиётҳои зарурӣ гузаронида шуд. Боқимонда сангҳои резидуалӣ аҳамияти клиникӣ надошта, гузаронидани амалиётҳои иловагӣ нолозим доништа шуд.

**Хулоса.** Ҳамин тариқ, усулҳои муосирӣ табобати нефролитиаз бо истифодаи нефроскопҳо ва литотрипторҳои муосир ка-



мосеб буда, натиҷаҳои хуб медиҳанд ва метавонанд бомуваффақона услубҳои анъанавиро иваз намоянд. Истифодаи васеи нефролитотрипсию тавассути пӯстӣ имкон медиҳад, ки давомнокии ҷарроҳӣ, давомнокии бистарӣ дар беморхона ва оризаҳои баъдичарроҳӣ дар ин гурӯҳи беморон паст карда шавад.

### АДАБИЁТ

1. Коган М.И., Хасигов А.В., Белоусов И.И., Боташев М.И. Эффективность эндоскопической хирургии и дистанционной литотрипсии кораллоидного нефролитиаза: монотерапия и комбинированная терапия. // *Современные проблемы науки и образования*. - 2012. №3. - С.11.
2. Donaldson J.F, Lardas M., Scrimgeour D., Stewart F., MacLennan S. et al. Systematic review and meta-analysis of the clinical effectiveness of shock wave lithotripsy, retrograde intrarenal surgery, and percutaneous nephrolithotomy for lower-pole renal stones. // *Eur. Urol.* - 2015. Vol.67, №4. P.612-616. doi: 10.1016/j.eururo.2014.09.054.
3. Elmansy H.E., Lingeman J.E. Recent advances in lithotripsy technology and treatment strategies: a systematic review update // *Int. J. Surg.* - 2016. - №36. - С. 676-680. doi: 10.1016/j.ijssu.2016.11.097.
4. Gokce M.I., Tokatli Z., Suer E., Hajiyev P., Akinci A. et al. Comparison of shock wave lithotripsy (SWL) and retrograde intrarenal surgery (RIRS) for treatment of stone disease in horseshoe kidney patients // *J. Urol.* - 2016. - №42(1). - С. 96-100. doi: 10.1590/S1677-5538.
5. Хасигов А.В., Хажоков М.А., Ильяш А.В., Глухов В.П., Набока Ю.Л., Гудима И.А. Эффективность и безопасность дистанционной ударно-волновой литотрипсии простых лоханочных камней // *Вестник Урологии*. - 2017. - №5 (3). - С.39-48.
6. Неймарк А.И., Неймарк Б.А., Каблова И.В. Мочекаменная болезнь. Вопросы лечения и реабилитации. - Москва: ГЭОТАР-МЕДИА, 2011. - 224с.
7. Перлин Д.В., Костромеев С.А., Шульгин Р.Е. Эндоскопические методы лечения мочекаменной болезни. Учебное пособие. - Волгоград, 2018. - 47с.
8. Шамсиев Дж.А. Мочекаменная болезнь. Душанбе; 2019. - 47с.
9. Turk C., Petrik A., Sarica K., Seitz C. et al. EAU Guidelines on interventional treatment for urolithiasis // *Eur. Urol.*-2016.-Vol. 69, №3.-P. 475-482. doi:10.1016/j.eururo.2015.07.041.
10. De la Rosette J., Assimos D., Desai M., Gutierrez J/, Lingeman J/, Scarpa R. et al. CROES PCNL Study Group. The Clinical Research Office of the Endourological Society Percutaneous Nephrolithotomy Global Study: indications, complications, and outcomes in 5803 patients // *J.Endourol.*-2011.-Vol. 25, №1.-P. 11-17. doi: 10.1089/end.2010.0424.
11. Песегов С.В., Руденко В.И., Саенко В.С., Александрова К.А., Серова Н.С., Капанадзе Л.Б. Современные лучевые технологии в оценке чашечно-лаханочной системы при планировании хирургического лечения больных нефролитиазом // *RUSSIAN ELECTRONIC JOURNAL OF RADIOLOGY*.-2019.-№9 (3).-С.127-133.
12. Donaldson J.F., Lardas M., Scrimgeour D., Stewart F., MacLennan S. et al. Systematic review and meta-analysis of the clinical effectiveness of shock wave lithotripsy, retrograde intrarenal surgery, and percutaneous nephrolithotomy for lower-pole renal stones // *Eur Urol.* - 2015. - №67(4). - С.612-616. doi: 10.1016/j.eururo.2014.09.054.
13. Ali S.H., Grigorev N.A., Vinarov A.Z. PCNL via supracostal transpleural access is not a complication // *European urology supplements*.-2016. Vol. 15, issue 6. P.194.
14. Имамвердиев С.Б., Талыбов Т.А., Махмудов И.Ф. Результаты открытого хирургического лечения двустороннего кораллоидного и множественного нефролитиаза // *Казанский медицинский журнал*. - 2018. - Т.99, №4. - С. 722-729.
15. Имамвердиев С.Б., Талыбов Т.А. Место открытых операций при кораллоидном и множественном нефролитиазе // *Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований*.-2012, (12).-С. 51-60.



16. Лопаткин Н.А. Урология. Национальное руководство. - Москва: ГЭОТАР -МЕДИА, 2013. - 1021с.
17. Винник Ю.С., Бережной А.Г., Капсаргин Ф.П. Послеоперационные осложнения у больных с мочекаменной болезнью // РМЖ. Медицинское обозрение. - 2018. - № 12. - С.44-47.
18. Акилов Ф.А., Гиясов Ш. И., Мухтаров Ш. Т., Насыров Ф.Р., Мирхамидов Д.Х. Оценка осложнений эндоскопической хирургии нефролитиаза с позиций классификации Clavien-Dindo // Экспериментальная и клиническая урология.-2012.-№3.-С. 26-29.

## **АЛГОРИТМИ ТАКТИКАИТАБОБАТИ ЧАРРОҶИИ ПЕРИТОНИТИ ПАҲНГАШТА**

**А.Р.Сараев, Ш.К. Назаров, Ҷ.С.Ҳалимов.**

Кафедраи бемориҳои чарроҳии №1 (мудири кафедра д.и.т., профессор Ш.К.Назаров)  
МДТ "ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино"

*Сараев Алишер Раҳматуллоевич, дотсенти кафедраи бемориҳои чарроҳии №1 МДТ "ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино" E.mail dr.saraev@mail.ru тел.918650540*

*Сараев Алишер Раҳматуллоевич, доцент кафедры хирургических болезней №1 ГОУ "ТГМУ им. Абуали ибни Сино", E.mail dr.saraev@mail.ru Тел.918650540*

*Saraev Alisher Rahmatulloevich, docent of the department of surgical diseases №1 SEI "ATSMU", E.mail dr.saraev@mail.ru, Tel. 918650540*

## **АЛГОРИТМ ТАКТИКИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ РАСПРОСТРАНЁННОГО ПЕРИТОНИТА**

**А.Р.Сараев, Ш.К. Назаров, Дж.С.Халимов**

Кафедра хирургических болезней №1 (заведующий кафедрой, д.м.н., профессор Ш.К.Назаров) ГОУ "ТГМУ им. Абуали ибни Сино"

Вопрос о целесообразности выполнения, показаниях и противопоказаниях к выполнению релапаротомий "по требованию", программированных релапаротомий, включая лапаростомии у больных с тяжёлыми формами распространённого перитонита остаётся в центре внимания хирургов, поскольку сохраняются трудности в объективизации прогноза течения заболевания и принятии решений в определении хирургической тактики у таких больных. В стадии абдоминального сепсиса релапаротомия по требованию является более предпочтительным методом, нежели

запланированная релапаротомия. Для тяжёлых больных с распространённым перитонитом в стадии септического шока, показано применение тактики программированной релапаротомии с этапными санациями брюшной полости. Алгоритм выбора оптимальной хирургической тактики при тяжёлых формах распространённого перитонита является спорным в клинической практике.

**Ключевые слова:**распространённый перитонит, абдоминальный сепсис, септический шок, релапаротомия по требованию, программированная релапаротомия.

## **ALGORITHM FOR THE TACTICS OF SURGICAL TREATMENT OF GENERALIZED PERITONITIS**

**A.R. Saraev, Sh.K. Nazarov, J.S. Halimov**

Department of surgical diseases №1 (head of department, doctor of medical sciences, professor Sh.K.Nazarov) SEI "ATSMU"

The question of the advisability of performing, indications and contraindications for performing of relaparotomies "on demand",

programmed relaparotomies, including laparostomies in patients with severe forms of peritonitis, remains in the focus of attention of



surgeons, since difficulties remain in objectifying the prognosis of the disease and making decisions in determining surgical tactics in such patients. In the stage of abdominal sepsis, relaparotomy on demand is a preferable method than a planned relaparotomy. For severe patients with widespread peritonitis in the stage of septic shock, the use of programmed

**Муҳимият.** Муолиҷаи беморони гирифтори шаклҳои вазнини перитонити паҳнғашта муҳимтарин ва мураккабтарин проблемаи ҷарроҳии муосир ба шумор меравад. Муваффақияти муолиҷаи беморони гирифтори шаклҳои вазнини перитонити паҳнғашта, аксаран ба саривақтӣ будан, пуррагӣ ва мувофиқат доштани амали ҷарроҳии иҷрошуда ва нигоҳубини беморон дар давраи баъдичарроҳӣ вобаста мебошад [2, 7].

То кунун дар адабиёти соҳавӣ масъалаи оид ба мақсаднокии иҷро, нишондодҳо ва зиддинишондодҳои релапаротомияҳои "аз рӯйи дархост", релапаротомияҳои барномавӣ, бо шумули лапаростомия бахшнок боқӣ мемонад. Дар беморони гирифтори шаклҳои вазнини перитонити паҳнғашта мушкилиҳо дар мушаххасозии пешгӯии ҷараёни беморӣ ва қабули қарор дар муайянкунии тактикаи ҷарроҳӣ вучуд доранд [5]. Аммо ба ақидаи баъзе муаллифони ҳангоми табобати беморон бо истифода аз усули поксозии барномавии ковокии шикам на бештар аз 2-3 релапаротомия муносиб доништа мешавад, чунки ҳангоми поксозии минбаъда ғавти баъдичарроҳӣ ба таври назаррас афзоиш меёбад [3, 6]. Дар баргузории поксозии барномавии ковокии шикам вижагиҳои техникӣ ва тактикӣ ба сифати омилҳои нигоҳдоранда баромад мекунад, ки ба пайдоиши хунравиҳо аз ковокии шикам ва пардаи луобии узвҳои ҳозима, пайдошавии оризаҳои нозокомиалӣ, ҳосилшавии носурҳои дигестивӣ, тақвия ёфтани равандҳои транслокасия ва токсемия иртибот доранд [10].

Дар миёни ҷарроҳон муносибат ба методи "лапаростомия" ниязқидилӣ пайдо накардааст. Дар кишварҳои Ғарб қорбурди мето-

relaparotomy tactics with staged abdominal sanitation is indicated. The algorithm for choosing the optimal surgical tactics for severe forms of widespread peritonitis is an aid in clinical practice.

**Key words:** generalized peritonitis, abdominal sepsis, septic shock, relaparotomy on demand, programmed relaparotomy.

ди лапарастомия, баъд аз он ки таҳқиқот дараҷаи баландтари беморшавӣ ва ғавтёби-ро дар ҷараёни тактикаи мазкур нишон дод, бекор карда шуд [12-14]. Бартариҳои лапарастомия дар он аст, ки он имкони дастрасии бевосита ба ковокии шикам ҳангоми поксозии марҳилавӣ фароҳам менамояд, инчунин ба пешгирии инкишофи "синдроми компартменти абдоминалӣ" мусоидат мекунад. Камбудии методи мазкур эҳтимоли пайдошавии оризаҳои аз қабили начаспидани анастомозҳои байнирӯдавӣ ва ғайра, ташаккули носури беруна, қабзияти рӯдаҳо, талафёбии ғавқуллодаи моеъот, хунравӣ аз сатҳи ҷароҳат, сирояти дубора, азҳамдуршавии канораҳои захмиҷарроҳӣ бо ташаккули қурраи вентралӣ ва дар ин роҳита афзудани нишондиҳандаҳои ғавти беморон ба ҳисоб меравад [4, 11-13].

Ҳамин тариқ, номуайянии меъёрҳои клиникию морфологӣ вучуд доранд, ки ҳолати беморони гирифтори шаклҳои вазнини перитонити паҳнғаштаро барои интихоби тактики мувофиқи муолиҷа баръало инъикос мекарданд. Ҳамчунин қорбурди методҳои конструктивии маҳкам қарданизаҳми лапаротомӣ ҳангоми баланд будани фишори дохилишикамӣ, зарур аст [1].

**Мақсади таҳқиқот:** беҳтар намудани натиҷаҳои табобати беморони гирифтори перитонити паҳнғашта аз ҳисоби муносибсозии тактикаи ҷарроҳӣ.

**Мавод ва усулҳои таҳқиқот.** Натиҷаҳои муолиҷаи 245 нафар беморони гирифтори перитонити паҳнғашта мавриди таҳлил қарор дода шуд, аз ҷумлаи онҳо 226 нафар гирифтори шаклҳои вазнин, ки дар шӯбаҳои ҷарроҳӣ ва эҳғарӣ ва табобати интенсивии муассисаҳои қалонитиббии Ҷумҳурии Тоҷикистон дар муддати 10 сол аз



феврари соли 2009 то декабри соли 2018 бистарӣ буданд ва ба релапаротомия эҳтиёҷ доштанд. Мардҳо 139 нафар (56,7%), занҳо 106 нафар (43,3%) ва синнусоли онҳо аз 35 то 76 солро ташкил мекард. Синни миёнаи беморон  $53,8 \pm 1,2$  - солро ташкил мекард. Ҳамаи беморон ба таври таъҷили мавриди лапароскопия ва лапаротомия, минбаъд "релапаротомияи дархостӣ" ё "релапаротомияи барномавӣ" бо поксозиҳои марҳилавии ковокии шикам, қарор гирифтанд. Фавтидагон ҳамагӣ 124 нафар буданд ва он 50,6 %-ро аз шумораи умумии беморони тахти ҷарроҳии такрорӣ қароргирифтаҳо ташкил намуд. Вазнинии ҳолати беморон аз рӯи ҷадвали АРАСНЕ II арзёбӣ гардид. Вазнинии перитонит дар ибтидо аз рӯи шохиси Мангеймӣ перитонит (ШМП) ва Шохиси перитонит (ШП) арзёбӣ карда шуд [8]. Сабабҳои асосии перитонити паҳнғашта захми сӯрохшудаи меъда ва рӯдаи дувоздаҳангӯшта, аппендитситаи шадид ва перитонити баъдичарроҳӣ буданд. Беморон ба ду гурӯҳ ҷудо шуда буданд: гурӯҳи 1-умро 19 нафар (7,8%) беморони гирифтори перитонити паҳнғашта дар марҳилаи захролудшавии эндогенӣ (ЗЭ), гурӯҳи 2-юмро 140 нафар (57,1%) беморони гирифтори перитонити паҳнғашта дар марҳилаи сепсиси абдоминалӣ (СА) ташкил мекарданд. Ба гурӯҳи сеюм 86 нафар (35,1%) беморони гирифтори перитонити паҳнғашта дар марҳилаи шоки септикӣ (ШС) дохил шуда буданд [9]. Ҳамаи беморон (аз рӯи дархост ё тибқи барнома) тахти релапароскопия ё релапаротомия қарор гирифтанд.

Ҳангоми арзёбии дараҷаи фишорбаландии дохилишикамӣ (ФДШ) аз таснифи World Society of the Abdominal Compartment Syndrome, созишномаи 2013 истифода бурда шуд.

- дараҷаи I - ФДШ 12-15 мм сут. симоб
- дараҷаи II - ФДШ 16-20 мм сут. симоб
- дараҷаи III - ФДШ 21-25 мм сут. симоб
- дараҷаи IV - ФДШ бештар аз 25 мм сут. симоб

Қоркарди омории маълумот бо ёрии ҷадвалҳои электронии "Excel" ва барномаи амалии "Statistica 6,0" амалӣ гардидаанд. Қор-

карди аввалияи риёзӣ бо ҳисобкунии қиматҳои миёнаи маълумоти бадастомада роҳандозӣ шуданд; тавсифномаҳои рақамии тағйирёбандаҳои интиҳобӣ (миёна, инхилофи стандартӣ), арзёбии дақиқии тағйирёбандаҳои интиҳобӣ (иштибоҳи стандартӣ) муайян карда шуданд. Эътимоднокии тафовутҳо аз рӯи меъёрҳои Студент ва Фишер ҳангоми тақсими муътадили радиҳои муқоисавӣ ва тибқи меъёрҳои Манн-Уитни ва Ҳангоми радиҳои бо тақсими ғайримуътадил тафовутдошта, муайян карда шуданд.

**Натиҷаҳои таҳқиқот ва баррасии онҳо.** Вобаста ба патологияи сабабӣ дар ковокии шикам муҳтавои серозӣ, геморрагӣ, фасодӣ, талхавӣ, муҳтавои начосатӣ ҳангоми ихтилоли бутуниирӯдаи ғафс дар соатҳои аввали оғози беморӣ ба назар мерасид. Дар ҳамаи беморони гирифтори марҳилаи аввали перитонити паҳнғашта тағйироти ғайривозеҳи патоморфологияи ковокии шикам, баъди тайёрии пешазҷарроҳии кӯтоҳмуддат, ҷарроҳӣ бо усули видеолапароскопӣ иҷро мешуданд, поксозӣ ва обияткашии ковокии шикам роҳандозӣ мешуд. Дар 4 ҳолат дар натиҷаи душвориҳои техникӣ ба конверсия, барои дӯхтани чоки рахнашудаи рӯдаи ғафс, гузашта шуд.

Дар гурӯҳи аввали беморон дар 12 ҳолат ҳангоми норасоии анастомоз релапароскопияидархостӣ, дар 7 нафар беморон релапаротомияи дархостӣ иҷро гардидааст. Сихатшавӣ  $6,1 \pm 1,9$  рӯзро ташкил додааст.

Дар гурӯҳи дуюм табобати перитонити паҳнғашта дар 140 нафар беморон роҳандозӣ гардид. Собикаи беморӣ  $3,8 \pm 1,3$  рӯзро ташкил мекард. Манзараи ковокии шикам ба таври зерин зоҳир мешуд: дар 53 нафар (37,9%) беморон фасоди ғализ, дар 21 нафар (15%) муҳтавои рӯдаи ғафс ба назар расидааст. Дар 38 нафар (27,1%) беморони гирифтори перитонити паҳнғаштаи фасоднок раванди фибринозӣ часпанда, дар 21 нафар (15%) беморон думмалҳои байниҳалқавӣ ба назар расида, дар 7 (5%) ҳолат равандҳои номбурда омехта будаанд. Баъди омодагии пешазҷарроҳӣ ва устуворшавии нишондодҳои асосии ҳаётан муҳим, беморон





ба таври таъчилӣ чарроҳӣ шуданд. Дар хамаи беморон дар марҳилаи сепсиси абдоминалӣ бо муҳтавои фасодӣ ва начосатии ковокии шикам бидуни пардаҳои дағали фибринозӣ дар девораҳои рӯдаҳо ва илтисокҳо, эндовидеолапароскопия бо поксозӣ ва обияткашии ковокии шикам бидуни найчагузори рӯдаи борик иҷро карда шуд. Беморони гирифтори думмалҳои байнирӯдавӣ ва падидаҳои илтисоқию фибринозӣ мавриди лапаротомия қарор гирифтанд. Аз ҷумлаи онҳо релапаротомияи дархостӣ дар 84 нафар беморон (дар 31 нафар беморон

аз ҷумлаи онҳо ду маротиба поксозии шикам анҷом дода шуд), релапаротомия дар 56 нафар (аз онҳо дар 23 нафар беморон - ду маротиба, дар 28 нафар беморон - се маротиба ва дар 5 нафар бемор - чор маротиба поксозии марҳилавии ковокии шикам) иҷро гардид.

Ҳамин тариқ, барои беморони гирифтори перитонити паҳнғашта дар марҳилаи сепсиси абдоминалӣ пайомади номусоид бештар дар бемороне ба назар расид, ки дар онҳо релапаротомияи барномавӣ иҷро гардида буд (ҷадвали 1).

### Ҷадвали 1

#### Тактикаҳангоми перитонити паҳнғашта дар марҳилаи сепсиси абдоминалӣ

Тактикаи чарроҳӣ	Миқдори беморон	%	Вафот карданд	Дараҷаи фавт%
РД	84	60	34	40,5
РБ	56	40	35	62,5*
ҳамагӣ	140	61,9	69	49,3

Эзоҳ: \*  $p < 0,05$  - қимати омории тафовути миёни гурӯҳҳо (аз рӯи меъёри  $\chi^2$ ); РД - релапаротомия дархостӣ; РБ - релапаротомияи барномавӣ.

Дараҷаи фавт 40,5%- ро дар гурӯҳи беморони таҳти релапаротомияи дархостӣ қарор гирифта дар муқобили 62,5% дар гурӯҳе, ки релапаротомияи барномавӣ иҷро шуда буд ( $p < 0,005$ ), ташкил меод. Чунин натиҷагирӣ ба ақидаи дар миёни чарроҳон ва сеъ маъмулбуда дар бораи бартарии релапаротомияи барномавӣ ихтилоф дорад. Боз як ҳукми тасдиқнаёфта аз он иборат аст, ки релапаротомияро ҳатман танҳо дар ҳолатҳои перитонити начосатӣ, ҳангоми лапаротомияи аввалия, бояд ба нақша гирифт. Дараҷаи фавт ҳангоми релапаротомияи барномавӣ, нисбат ба релапаротомияи дархостӣ, дар ҳолати перитонити паҳншудаи фасодӣ ва начосатӣ дар марҳилаи сепсиси абдоминалӣ, баландтар будааст.

Ба беморони таҳти релапаротомия қарор гирифтаи дархостӣ миқдори камтари релапаротомия - 115 ҳолат ( $31 \times 2 + 53$ ) дар муқобили 150 ҳолат ( $23 \times 2 + 28 \times 3 + 5 \times 4$ ) дар гурӯҳи релапаротомияҳои ба нақша гирифташуда иҷро шудааст; 63,1% ( $53/84$ ) беморони гирифтори релапаротомияҳо аз рӯи дархост ҳеч гоҳ ба поксозии марҳилавӣ ниёзманд набуданд. Гузашта аз он, фоизи

релапаротомияҳои "беҳуда" (манбаи фасодию илтиҳобии боқимонда ё аз нав ташаккулифта набуд) дар гурӯҳи "аз рӯи дархост" - 4,3% ( $3/62 + 2/53$ ) дар муқобили 7,3% ( $4/46 + 6/84 + 1/20$ ) дар гурӯҳи беморони дорои релапаротомияҳои тибқи барнома, камтар буд. "Релапаротомияҳои беҳуда" на танҳо бефоида, балки барои бемор хатарнок мебошанд. Интиҳоби беморон барои чарроҳӣ бо ёрии томографияи компютерӣ (ТК) аз лиҳози назариявӣ метавонад ба пастшавии минбаъдаи шумораи релапаротомияҳои "беҳуда", ҳангоми корбурди тактикаи аз рӯи дархост, мусоидат намояд. Ғайр аз он, бояд ҳамеша аҳамияти калони обияткашии манбаи моеъи чамъшуда ҳангоми лапаротомияи аввалияро дар хотир дошт, ки он ҳам метавонад ниёзмандии ба релапаротомияро коҳиш диҳад.

Натиҷаҳои таҳқиқоти бори дигар онро тасдиқ менамояд, ки ҳангоми набудани шоки септикӣ дар ҳолати перитонити паҳнғашта, релапаротомияи дархостӣ усули бештар афзалиятнок нисбат ба релапаротомияи банақшагирифташуда мебошад. Сарфи назар аз бартарии релапаротомияи дархостӣ аз



тарафи чарроҳон ҳанӯз ҳам релапаротомияҳои банақшагирифташуда иҷро мешаванд. Аммо айни замон зарурат вучуд дорад, ки меъёрҳо барои иҷрои ин амали на ҳамеша нишондоддошта муайян карда шаванд.

Дар гурӯҳи сеюм 86 нафар бемороне буданд, ки собикаи бемории онҳо  $6,7 \pm 2,1$  рӯзро ташкил мекард. Манзараи ковокии шиками онҳо зерин буд: дар 41 нафар бемор - фасоди ғализ, дар 23 ҳолат - мухтавои рӯдаи ғафс, дар 22 нафар бемор - думмалҳои байнирӯдавӣ. Ҳамаи ин равандҳо дар беморон бо тағйироти фибринозӣ илтисокӣ ҳамроҳ буд. Баъди омодагии пешазчарроҳӣ ба муддати на бештар аз 3-4 соат, беморон ба таври таъҷилӣ чарроҳӣ шуданд, тасхеҳи ченакҳои асосии ҳаётан муҳим дар болои мизи чарроҳӣ идома дода шуд. Дар беморони дорои мухтавои фасодию наҷосатӣ дар ковокии шикам бо пардаҳои фибринозӣ да-

ғал ва думмалҳои байнихалқавии рӯдаҳо, лапаротомия бо поксозӣ ва обияткашии ковокии шикам ва найчагузории рӯдаи борик бо мақсади пасткунии фишор ва энтеросорбсия иҷро карда шуд. Аз онҳо дар 52 нафар беморон релапаротомияи дархостӣ бо поксозии марҳилавии ковокии шикам дар 22 нафар беморон - ду маротиба, дар 26 нафар - се маротиба ва дар 4 нафар - чор маротиба анҷом дода шуд. Дар 34 нафар беморон релапаротомияи барномавӣ бо поксозии марҳилавӣ ду маротиба дар 4 нафар бемор, се маротиба - дар 21 нафар бемор ва чор маротиба - дар 9 нафар бемор роҳандозӣ гардид.

Ҳамин тариқ, барои беморони вазнини гирифтори перитонити паҳнғашта дар марҳилаи шоки септикӣ, тактикаи релапаротомияи барномавӣ матлуб доништа шудааст (ҷадвали 2).

## Ҷадвали 2

### Тактикаҳангоми перитонити паҳнғашта дар марҳилаи шоки септикӣ

Тактика чарроҳӣ	Микдори беморон	%	Вафот карданд	Дарачаи ғавт %
РД	52	60,4	36	69,2
РБ	34	39,6	19	55,9*
Ҳамагӣ	86	38,1	55	64,0

Эзоҳ: \* $p=0,21$  -- қимати омории тафовути миёни гурӯҳҳо (аз рӯйи меъёри  $X^2$ ); РД - релапаротомияи дархостӣ; РБ - релапаротомияи барномавӣ;

Нишондоди ғавтноки дар гурӯҳи беморони таҳти релапаротомияи дархостӣ қароргирифта  $69,2\%$  -ро дар муқобили  $58,8\%$  дар гурӯҳе, ки релапаротомияи барномавӣ иҷро шуда буд ( $p=0,21$ ), ташкил кардааст. Ҳамин тариқ, дар беморон дар марҳилаи шоки септикӣ, ки дар ковокии шикам аксар вақт ҷараёни фасодӣ, илтисокӣ, илтиҳобӣ-иртишоҳӣ бештар бо ташаккули думмалҳо ошкор мегардад, корбурди тактикаи релапаротомияи барномавӣ бо поксозии марҳилавии ковокии шикам ҳамчун нишондод баромад мекунад.

Бо дарназардошти ҳамаи пайомадҳои манфии лапаростома дар ҳамаи беморони дорои дараҷаи фишори дохилишикамии камтар аз 20 мм сут симоб захми лапаротомӣ дӯхта шуд. Аммо агар дар натиҷаи дамиши рӯдаҳо, варами виссералӣ баҳамовари канораҳои захм душвор гардад ё фи-

шорбаландии дохилишикамии дараҷа 3-юм (аз 21 то 25 мм сут симоб) ҷой дошта бошад, дар ҳолати набудани тағйироти намоёни фасодию илтиҳобии канораҳои захм дар 7 нафар беморон ба ҳам овардани канораҳои захмро тавассути сихҳо, ки ба таври мувозӣ ба канораҳои захмкашидашуда амалӣ гардид, ки онҳо бо ёрии ресмони капронии мустаҳкам ба ҳам наздик карда шуданд.

Барои табобати 9 нафар беморони дорои фишорбаландии дохилишикамии (ФДШ) дараҷаи 3-юм, ки дар миёни онҳо ҳамчунин беморони гирифтори перитонити паҳнғашта бо нуқсонҳои калони девораи пеши шиками ҷанбаи илтиҳобию некротидошта дар давраи авҷгирӣ, лапаростома бо роҳи дӯхтани тури биологии илтисокнашаванда дар канораҳои захм иҷро карда шуд ва он алтернативаи оқилона дар техникаи пӯшондани ковокии шикам гардид.



Ин амал ба пайвастании канораҳои нуқсони девораи шикам бо ҳалқаҳои рӯдаҳо мусоидат мекунад, яъне эвентератсияи мустаҳкамшуда ба вучуд меояд. Баҳамовариҳои барвақтии канораҳои олудагардидаи захм ҳангоми ҷарроҳии аввалия бо истифодаи тури биологӣ эҳтимолияти ташаккули носур ва ҷурраи вен-тралиро коҳиш медиҳад. Дар ҳамаи ҳолатҳо тадбирҳо оид ба пӯшондани алтернативии захми лапаротомӣ самаранок буданд.

Ҳангоми ФДШ дараҷаи 4-ум (бештар аз 25 мм сут симоб) дар 5 нафар беморон лапаростома бо дӯхтани мавкуфгузоштаи канораҳои захм гузошта шуд, гарчанде, ки чунин иқдом на ҳамеша самарабахш аст - дар 2 ҳолат носурҳои рӯдавӣ ташаккул ёфтанд.

Аз рӯйи натиҷаҳои таҳқиқот алгоритми интихоби тактикаи ҷарроҳии ковокии шикам дар давраи баъдичарроҳӣ мураттаб гардид, ки асоси онро ҷанбаи муҳтавои ковокии шикам аз рӯйи марҳилаҳои инкишофи перитонити паҳнғашта ташкил медиҳад.

Марҳилаи перитонити паҳнғашта	Муҳтавои ковокии шикам	Лапароскопия	Лапаротомия	Ҷарроҳии такрории "дархостӣ" бо поксозиҳои марҳилавии эҳтимоли	Релапаротомияи барномавӣ (ё поксозиҳои лапароскопӣ)	Лапаростома
заҳролудшави эндогенӣ	серозӣ	+		+		
	геморрагӣ	+		+		
	талхавӣ	+		+		
	фасодӣ	+		+		
	начосатӣ	+		+		
сепсиси абдоминалӣ	фасодӣ	+		+		
	начосатӣ	+		+		
	ҷараёни фибринозӣ илтисоқӣ		+	+		
	думмалҳо		+	+		
Шоки септикӣ	омезишҳои эҳтимолии онҳо		+	+		
	фасод, ҷараёни фибринозӣ илтисоқӣ		+	+		
	думмалҳо, ҷараёни фибринозӣ илтисоқӣ		+		+	ҳангоми ФДШ дараҷаи 4-ум
	муҳтавои рӯдаи ғафс, ҷараёни фибринозӣ илтисоқӣ		+		+	ҳангоми ФДШ дараҷаи 4-ум
	омезишҳои эҳтимолии онҳо		+		+	ҳангоми ФДШ дараҷаи 4-ум

Дар партави корбурди технологияҳои муосирҳангоми ҷарроҳии аввалияи таъҷили бояд ба усули видеолароскопӣ бартарӣ дода шавад, замоне ки пардаҳои дағали фибринозӣ дар ҳалқаҳои рӯда ва ҷараёни илтисоқӣ дар ковокии шикам ҳанӯз вучуд надорад. Душвориҳои техникийи вобаста ба тағй-

ирот дар ковокии шикам ҳангоми лапароскопия, бояд ба амалҳои қатъитар ба воситаи конверсия, водор намоянд. Ҳангоми набудани беҳбудии ҳолати беморон дар давраи баъдичарроҳӣ ё вазнинтар шудани он, бояд қарори релапаротомияи дархостӣ қабул кард. Ҷар гуна амали ҷарроҳии так-



рориро баъди видеолапароскопия ҳамчунин "аз рӯи дархост" ичро кардан низ мувофиқи мақсад аст. Дар ҳолати вучуд доштани тағйироти фибринозию илтисоқидар заминаи-чараёни фасодӣ ва аломатҳои клиникии шоки септикӣ, гузаштан ба лапаротомия ё бо он оғоз кардан, ва поксозихои марҳилавии ковокии шикамро ба нақша гирифтани, ки миқдори онҳо аз динамикаи тағйироти патоморфологии ковокии шикам вобаста мебошад, мувофиқи мақсад хоҳад буд.

Нишондодҳо ба релапаротомияҳои санатсионии дуҷум ва минбаъда инҳо хоҳанд буд:

- думмалҳои ташаккулёфтаи ковокии шикам;
- беш аз 500мл тарашшуҳи фасод;
- тарашшуҳи анаэробӣ, новобаста аз миқдори он.

Ҳангоми дастрасии техникӣ метавон "усули омехта" - якҷоягиитактикаи нимпӯшида (анъанавӣ)-ро бо поксозихоибарномавӣ видеолапароскопӣ-ро истифода намуд.

**Хулоса.** Дар марҳилаи сепсиси абдоминалӣ релапаротомияи дархостӣ назар барелапаротомияи барномавӣусули бештар афзалиятнок мебошад. Барои беморони вазнини гирифтори перитонити паҳнғашта дар марҳилаи шоки септикӣ, замоне ки дар ковокии шикам, аксар вақтчараёни фасодӣ, илтисоқӣ, илтиҳобӣ-иртишоҳӣ бештар бо ташаккули думмалҳо ошкор мегардад, корбурди тактикаи релапаротомияи барномавӣ бо поксозихои марҳилавии ковокии шикам ҳамчун нишондод баромад мекунад. Бо дарназардошти ҳамаи пайомадҳои ҷиддии манфии лапаростома мо тавсия медиҳем, ки аз рӯи имкон аз гузоштани лапаростома худдорӣ карда канораҳои захми лапаротомӣ, бо истифода аз усулҳои воситаҳои дастрас, наздик карда шаванд. Алгоритми тибқи натиҷаҳои таҳқиқот тартибдодашуда, дар интиҳоби тактикаи муносиби ҷарроҳӣ ҳангоми шаклҳои вазнини перитонити паҳнғашта, кумак хоҳад расонд.

## АДАБИЁТ

1. Бенсман В.М. Тактика закрытия лапаротомной раны в хирургии распространённого перитонита / В.М. Бенсман, Ю.П. Савченко, К.В. Триандафилов, И.В. Голиков, С.Н. Пятаков, В.В. Чайкин, А.С. Саакян // Кубанский научный медицинский вестник. - 2013. - №3. - С.26-31
2. Земляков Д.С., Арутюнян А.Г., Гольбрайх В.А. Хирургическая тактика при многочисленных реоперациях у больных с разлитым гнойным перитонитом. Аспирантский вестник Поволжья. 2016. № 1-2. С. 139-144
3. Здзитовецкий Д.Э., Борисов Р.Н. Выбор хирургической тактики при распространенном гнойном перитоните // Сибирское медицинское обозрение. - 2010. - № 6. - С. 68-72.,
4. Маскин С.С. Основы дифференцированного подхода к лечению перитонита толстокишечного генеза / С.С. Маскин, А.М. Карсанов, Т.В. Дербенцева, И.Н. Климович, А.В. Павлов, В.В. Матюхин, В.В. Ерофицкая // Вестник хирургической гастроэнтерологии. - 2017. - №1. - С.17-23.
5. Маскин С.С. Программные и экстренные релапаротомии в лечении распространенного перитонита / С.С. Маскин, В.А. Гольбрайх, Т.В. Дербенцева, А.М. Карсанов, Н.К. Ермолаева, Д.С. Лопастейский // Вестник Волгоградского государственного медицинского университета. - 2012. - № 4 (44). - С. 105-107.
6. Рычагов Г.П., Барсуков К.П. Третичный перитонит // Новости хирургии. - 2010. - Т. 18, № 2. - С. 43-49
7. Салахов Е.К., Власов А.П. Программированные лапароскопические санации брюшной полости у больных с распространенными формами перитонита // Фундаментальные исследования. - 2014. - № 4-1. - С. 158-162
8. Сараев А.Р. Прогнозирование исхода и выбор лечебной тактики при распространенном перитоните / А.Р. Сараев, К.М. Курбонов, Ш.К. Полвонов, Д.С. Халимов // Вестник Авиценны. - 2015. - №3 (64). - С. 16-19.



9. Сараев АР. Усовершенствование классификации перитонитов / А.Р. Сараев. // Вестник Авиценны. - 2018. - №4 (20) - С. 42-47. Available from: <http://dx.doi.org/10.25005/2074-0581-2018-20-4-442-447>
10. Суковатых Б.С., Блинков Ю.Ю., Иванов П.А. Новый подход к выбору способа лечения распространенного гнойного перитонита // Новости хирургии. - 2011. - Т. 19, № 3. - С. 51-56
11. Черданцев Д.В. Вакуум-ассистированная лапаростома при лечении распространенного гнойного перитонита / Д.В. Черданцев, О.В. Первова, В.А. Шапкина // В мире научных открытий. - 2015. - №2(72). - С.517-531.
12. Atema J. J., Gans S. L., Boermeester M. A. Systematic review and meta-analysis of the open abdomen and temporary abdominal closure techniques in non-trauma patients. *World J Surg*, 2015, 39(4), pp. 912-925.
13. Burlew C. C., Moore E. E. et al Sew it up! A Western Trauma Association multi-institutional study of enteric injury management in the postinjury open abdomen. *J.Trauma*, 2011, 70(2), pp. 273-277.
14. Kiewiet J. J., van Ruler O. et al Treatment of secondary peritonitis: slow progress. *Ned Tijdschr Geneeskd*, 2009, 153, A386.

## НАҚШИ ФИЗО ДАР ПАЙДО ШУДАНИ БЕМОРИҲОИ ДИЛУ РАҒҲО

**Х.С. Шарифзода, Д.А. Қодирова, Б.Х.Комилхочаев**

Кафедраи тибби оилавии №1 (мудирӣ кафедра д.и.т., профессор Д.А. Қодирова)-и  
МДТ "Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абӯалӣ ибни Сино"

*Шарифзода Х.С. н.и.т., дотсенти кафедраи тибби оилавии № 1-и ДДТТ ба номи Абуалӣ ибни Сино.*

*Шарифзода Х.С.к.м.н., доцент кафедраи семейной медицины №1, ТГМУ им. Абуали ибни Сино.  
Sharifzoda Kh. S., Candidate of Medical Science, Assistant Professor at Family Medicine Department  
No.1 of Tajik State Medical University named after Abuali ibn Sino*

## ПИТАНИЯ В РАЗВИТИИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

**Шарифзода Х.С., Кадырова Д.А., Комилхочаев Б.Х.**

Кафедра семейной медицины №1 ТГМУ имени Абуали ибни Сино

Результаты исследования показали, что у больных с ССЗ имеются выраженные нарушения питания. У 76,1% больных с ССЗ обнаружены нарушения питания различной степени выраженности. В питании у них преобладают углеводы по сравнению с белками и жирами. Минералы и витамины поступают в организм в малом количестве так, как больные с БДР намно-

го реже употребляют фрукты и овощи. Рассмотрение основных проблем БДР через призму оценки алиментарного статуса и образа жизни, открывает новые перспективы для доступной, безопасной профилактической и лечебной терапии этих заболеваний у населения.

**Ключевые слова:** сердечно-сосудистые заболевания, рациональное питание.

## CONCLUSION

The study results showed that patients with cardiovascular diseases have evident eating disorders. 76,1% of patients with cardiovascular diseases have varying levels of eating disorders. Carbohydrates prevail in their nutrition

compared to proteins and fats. Minerals and vitamins enter the body in small quantities since patients with cardiovascular diseases consume fruits and vegetables less often. Examination of the main cardiovascular disease issues through



assessment of nutritional status and mode of life of patients opens up new perspectives for affordable and safe prevention and treatment

Муҳимият. Проблемаи профилактикаи бемориҳои дилу рағҳо (БДР) дар ҷомеаи муосир, дар робита бо паҳншавии онҳо, ғоизи баланди маъюбшавӣ ва ғавтияти ниҳоят зиёд, махсусан дар байни аҳолии синну соли дорои қобилияти қорӣ дорои аҳамияти тиббу иҷтимоӣ мебошанд [2,4,5,6].

Дар Аврупо ҳамасола аз БДР тақрибан 3 млн. одам, дар ИМА- 1 млн. меғавтанд, синну соли миёнаи аз ин беморӣ ғавтидагоғто 65-сол аст[1,2]. Дар Россия нишондиҳандаи ғавтият аз бемориҳои ғардиши хун тақрибан 55 %-и ҳамаи ғавтҳои аҳолиро ташкил медиҳад ва айни замон баландтарин нишондиҳанда дар дунё ба ҳисобу меравад.

Дар кишвари мо тақрибан 90%-и ҳолатҳои ғавт аз БДР ба бемориҳои ишемикии дил ва инсулт рост меоянд [6]. Аҳамияти бештари клиникаро ҷиҳати паҳншавӣ, таъсир ба саломатӣ, давомнокии умр ва қобилияти қори аҳоли дар байни бемориҳои дилу рағҳо бемории ғишорбаландӣ (БФ), стенокардия, инфаркти миокард (ИМ), инсулт, ихтилоли ритми дилдору мебошанд [2,3,6.7]. Бемориҳои мазкур дар асари таъсиррасонии омилҳои муҳталиф ба организм тадричан инкишоф меёбанд. Лар натиҷаи ин мағҳуми омили хатар пайдо мешавад. Омилҳои хатар- ин хусусиятҳои ҳаёти одам ҳастанд, ки барои пайдо шудан, пешравӣ ва зохиршавии беморӣ мусоидат мекунанд. Тамоми омилҳои хатарро ба бартарағшаванда ва бартарағнашаванда ҷудо мекунанд [2,3,6.7]. Омилҳои бартарағшаванда - омилҳои хатаре мебошанд, ки онҳоро бо ин ё он усул бартарағ қардан ё муборизва бурдан бо онҳо имқонпазир аст. ба ин ғурӯҳ дохил мешаванд: аз меъёр зиёд истеъмол қардани машрубот, сигорқашӣ, ғизои номуқаммал, стресси психосоиқтитмоӣ, ғавлнокии пасти қисмонӣ. Онҳо ба инкишофи гипертензияи шарёӣ, дислипидемия, пайдо шудани қарбсорӣ мусоидат мекунанд. Омилҳои бартарағнашаванда: всинну сол, қинс, тамоюли ирсӣ доштан.

of these diseases among population.

**Key words:** cardiovascular diseases, balanced nutrition

Яке аз сабабҳои асосии паҳншавии ғустурдаи БДР тағхис ва исдоҳи дери омилҳои хатар (ОХ) мебошад [3,6.7]. Муносибати асосӣ ба профилактикаи БДР аз дастғирӣ қардани массаи меъёрии бадан иборат аст, зеро қарбсорӣ яке аз омилҳои пайдошавии беморӣ ба ҳисоб меравад. Ин аз ҳисоби қам қардани қалориянокии ғизо, ҳаҷунин муносибати ратсионали қардан ба ғизо ба даст оварда мешаванд: қам қардани миқдори ҳиссаи таом, зиёд қардани басомади истиеъмоли ғизо, ҳамҷунин лаҳзаи муҳим қам қардани истеъмоли ғизои дорои липопротеидҳои аз атерогенҳо бой ба ҳисоб меравад. Тибқи маълумоти ТУТ саломатии одамон то 50-55% аз тарзи ҳаёт ва шароити иҷтимоӣ, то 20-22% - аз омилҳои ғенетикӣ, то 19-20% аз муҳити зист ва то 7-10% аз сатҳи системаи нигоҳдории тандурустӣ ва сифати расонидани ёрии тиббӣ вобастаанд [5].

Бо дар назардошти ғуфтаҳои боло, мақсади тағқиқоти мо низ арзёбии статуси алиментарии хатари пайдошавии бемориҳои дилу рағҳо дар ш. Душанбе ва ошқор намудани иртиботи имқонпазири пайдошавии бемории системаи дилу рағҳо мебошад.

Мавод ва усулҳои тағқиқот. Обьекти тағқиқот 248 бемори ғирифтори БДР (ФШ ва БИД) буданд, ки дар минтақаи марқазҳои саломатии шаҳрии (МСШ) №№ 2,10,8 ш. Душанбе мезистанд ва синну солашон 45-55 солро ташқмл меқард. Аз онҳо 144 нафар мард ва 104 нафар зан буданд. Тағхиси БДР дар беморон дар асоси омӯзиши қидди анамнез, шикоятҳо, усулҳои объективӣ, лабораторӣ ва инструменталии тағқиқот мувофиқи стандартҳои байналмилалӣ ғузошта шуд [5].

Анкетаронӣ дар вақти ғузаронидани муоинаҳои нақшавии тиббӣ, аз тарафи табибони оилавии МСШ анқом дода шуд. Меъёрҳои ба ғурӯҳи тағқиқотӣ фаро ғирифтани зисти доимӣ дар ш. Душанбе, розигии ихтиёрии огоҳонидашуда барои тағқиқот буданд. Вобаста аз мақсади асосии тағқиқоти



мо анкета таҳия карда шуд, ки дар он маълумотҳо оид ба ратсиони ғизои респондентҳои таҳқиқшуда дохил карда шуда буданд.

Ғайр аз ин, мо аз саволномаи ТУТ низ истифода намудем, ки масъалаҳои оид ба басомади ғизо, истеъмоли намаки ошӣ, карбогидратҳо, чарб ва сафедаи ҳайвонот ворид шуда буданд, хусусияти ғизо арзёбӣ карда шудааст. Респондентҳоро ба чунин гурӯҳҳо дохил карданд: бо ихтилоли дараҷаи сабуки ғизо-яке аз намудҳои ихтилоли мубодилаи карбогидратҳо, чарбҳо ва маъданҳо; дараҷаи миёна- 2 намуди ихтилоли ғизо; дараҷаи возеҳ- 3 ихтилол; ғизои солимдар ҳолати набудани ихтилолҳои зикршуда[2].

Коркарди омории мавод мувофиқи усулҳои стандартии омори вариатсионӣ ба таҳлили коррелясионӣ ва ёрии пакетҳои омории барномаи Microsoft Excel 7 сураат гирифт. Маълумотҳо дар шакли  $M \pm m$ , пешниҳод карда шуданд, дар ин ҷо  $M$  - моҳияти миёнаи бузургӣ,  $m$  - инҳирофи стандартии он мебошанд. Барои баҳогузори эътимодноки фарқияти байни моҳиятҳо аз  $t$ -критерияи Стюдент истифода карда шуд.

Натиҷаҳо ва баррасии онҳо. Таҳлили хусусияти ғизо ҳамчун яке аз омилҳои модификатсияшуда нишон дод, ки ратсиони ғизои беморони таҳқиқшуда танҳо дар 89,9% аз карбогидрат бой аст. Манбаи асосии воридшавии карбогидратҳо ва лифҳои ғизоӣ, мувофиқи натиҷаи анкетагузаронӣ, дар интиҳоби таҳқиқшудагон маҳсулоти нонӣ, меваҳо ва баъзан поғаҳои чав ва сабӯси гандум буданд. Ҳамин тавр аз як маротиба бештар беморон маҳсулоти нониро (99,8 %) истеъмол мекунанд, поғаҳои чавро 6,1 %. Қанд ва маҳсулоти онро беморон хеле зтед дар 87,9% ҳолат истеъмол кардаанд. Мева ва сабзавотро камтар - ҳамагӣ 48,2 %. Маҳсулоте монанди гӯшт дар бештари ҳолатҳо 2-3 маротиба дар ҳафта дар 51,4 % истеъмол шудааст. Ғайр аз гӯшт, ғалладонагӣ беморон ба сифати манбаи сафеда дар 45,6% ҳолат истеъмол кардаанд.

Зикр бояд кард, ки хӯроки зуд тайёр карда шудагиро (fast-foot) зиёда аз як маротиба дар як моҳ дар 9,7 % респондентҳо, шир ва

панир, ба сифати манбаи сафеда ва чарбҳо зиёд не- 36,2 %-и беморон истеъмол мекунанд.

Дар 76,1% нафари гирифтори БДР ихтилоли дараҷаҳои возеҳияш гуногуни ғиз ба мушоҳида расид. Дар байни мардҳо ихтилолҳои зерин бартарӣ доранд: дараҷаҳои сабук ва миёна - мутаносибан 39% ва 34; дараҷаи возеҳ - 19,1% ҳолат. Дар байни занҳо ихтилолҳои ғизои дараҷаи сабук бартарӣ - 57,2% дорад, ҳол он ки ихтилоли дараҷаи миёна дар ҳар як бемори чорум-26,7%, дараҷаи возеҳ - дар 16,1% ба қайд гирифта шуд. Таҳлили муқоисавии хусусиятҳои ғизои занҳо ва мардҳо нишон доданд, ки дар байни мардҳои дорои ихтилоли дараҷаҳои миёна ва возеҳи ғизо (мутаносибан 40,3% ва 28,1%) ба таври эътимоднок назар ба занҳо бештар аст ( $p < 0,05$ ).

Ҳамин тавр, натиҷаҳои таҳқиқоти мо нишон доданд, ки дар беморони гирифтори БДР ихтилоли возеҳи ғизо ҷой дорад. Дар ғизои онҳо карбогидратҳо назар ба сафеда ва чарбҳо бартарӣ доранд. Минерал ва витаминҳо ба организм ба миқдори кам дохил мешаванд, зеро беморони гирифтори БДР мева ва сабзавотро кам истеъмол мекунанд.

Дер боз таъсири таркиб ва хусусияти ғизо ба инкишофи беморӣ, аз ҷумла БДР маълум аст. Исроҳоти қотей мавҷуданд, ки ғизои мутаносибии дорои миқдори зиёди маҳсулоти ширӣ, рағани зайтун, маҳсулоти ғалладонагӣ, шоколади сиёҳ, сабзавот ва меваҳо, чормағз, моҳӣ, қаҳва ҳафтари пайдо шудани БДР-ро кам, истеъмоли гӯшти коркардшуда, кислотаҳои чарбии ба таври транс-изомерии саноатӣ истехсолшуда ин хатарро зиёд месозанд. Ирриботии истифодаи маҳсулоти серхлестерин, аз ҷумла тухм ва хатари пайдошавии БДР дар ҳоли ҳозир номаълум боқӣ мемонад. Таъсири мусбати микроэлементҳои монанди магний ва калий ба организми шахси гирифтори БДР маълум аст.

Ҳамин тавр, ихтилоли ғизо яке аз ҷузъҳои таркибии носолимии тарзи ҳаёт ва пешравии беморӣ ба ҳисоб меравад. Ин гурӯҳи аҳоли ба коркарди чорабиниҳои профи-



лактикии пайдошавии бемориҳои дилу рагҳо бо роҳи ислоҳи ғизо ва додани донишҳо оид ба зарари ихтилоли ратсионӣ ғизо зарурат доранд. Ба таври дуруст баррасӣ кардани проблемаҳои асосии БДР, арзёбии статуси алиментарӣ ва тарзи ҳаёт барои аҳоли перспективаҳои нави дастрасӣ, таъботати беҳатари профилактикӣ ва муолиҷаи ин беморию мекушояд.

**Хулосаҳо:** 1. Дар 76,1% беморони гирифтори БДР ихтилоли ғизо бо да-

раҷаҳои возеҳии гуногун ба назар расид. Ин гурӯҳи аҳоли ба коркарди чорабиниҳои профилактикии пайдошавии бемориҳои дилу рагҳо бо роҳи ислоҳи ғизо зарурат дорад.

2. Ба таври дуруст баррасӣ кардани проблемаҳои асосии БДР, арзёбии статуси алиментарӣ ва тарзи ҳаёт барои аҳоли перспективаҳои нави дастрасӣ, таъботати беҳатари профилактикӣ ва муолиҷаи ин беморию мекушояд.

### АДАБИЁТ

1. Барбараш Н.А., Кувшинов Д.Ю. Питание и сердечно-сосудистое здоровье //Комплексные проблемы сердечно-сосудистых заболеваний, 2017.-N 2.-С.87-92.
2. Евдокимова А.А. Изучение факторов риска и оценка суммарного риска сердечно-сосудистых заболеваний среди городского взрослого населения. Автореферат диссертации на соискание ученой степени кандидата медицинских наук, Москва, 2010 - 34 с.
3. Кадырова Д.А., Шарифзода Х.С., Комилходжаев Б.Х. Система оценки факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний в практике семейного врача //Сборник статей международной научно-практической конференции ТГМУ им. Абуали ибни Сино "Медицинская наука XXI века - взгляд в будущее" (67-ая годовичная), посвященной 80-летию ТГМУ им. Абуали ибни Сино и "Годам развития села, туризма и народных ремёсел (2019-2021)" - Душанбе, 2019 -С. 72-74
4. Маринина Е.С., Нагибин О.А. Научное обоснование основных путей профилактики сердечно-сосудистых заболеваний //Медицина и фармакология : электрон. научн. журн. 2018.- № 2(47) -С. 65-69
5. Национальные рекомендации по кардиоваскулярной профилактике Всероссийского научного общества кардиологов / ВНОК. М., 2019. Формат PDF. 64 с.
6. Нозиров Дж.Х. Динамика основных кардиоваскулярных заболеваний и их модифицируемых факторов риска среди популяции мужчин Таджикистана. //Вестник Авиценны/ Терапия. 2015. - №2 -С. 90-94.
7. Цатурян Л. Д. Изучение показателей периферической крови и уровня гомоцистеина в оценке риска развития сердечно-сосудистых заболеваний // Вестник ОГУ. 2009 - № 9. - С. 99-103.

### ИСТИФОДАИ ТАБОБАТИ КВАНТӢ ДАР РЕАБИЛИТАТСИЯИ БЕМОРОНИ ГИРИФТОРИИ БЕМОРИИ ФИШОРБАЛАНДӢ

**Н.В. Фаттоева, Е.Г. Алиева, Л.С. Мухитдинова**

Кафедраи варзиши муолиҷавӣ ва тибби шарқ (мулири кафедра-д.и.т., профессор Начмидинова М.Н.)-и МДТ "ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино"

**Фаттоева Натаья Валеревна** - муаллими калони кафедраи варзиши муолиҷавӣ ва тибби шарқи МДТ "ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино" E.mail: musnat06@mail.ru тел:935-01-71-92.

**Фаттоева Наталья Валерьевна** - старший преподаватель кафедры лечебная физкультура и восточная медицина ГОУ "ТГМУ им. Абуали ибни Сино",. E.mail: musnat06@mail.ru тел:935-01-71-92





**Fattoeva Natalya Valerievna** - Senior Lecturer at the Department of Physiotherapy and Oriental Medicine GOU "TSMU named after Abuali ibni Sino ", E. mail: musnat06@mail.ru tel: 935-01-71-92.

## ПРИМЕНЕНИЕ КВАНТОВОЙ ТЕРАПИИ В РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ.

**Фаттоева Н.В., Алиева Е.Г., Мухидинова Л.С.**

Кафедра ЛФК и восточной медицины ГОУ "ТГМУ им. Абуали ибни Сино"  
(зав. кафедрой д.м.н., профессор Нажмидинова М.Н.)

В данной статье рассматриваются вопросы применения квантовой терапии в реабилитации больных гипертонической болезнью. Под наблюдением находилось 16 больных (в основном женщины) в возрасте от 35 до 65 лет с диагнозом гипертоническая болезнь 1Б-2А стадии.

Для учёта эффективности восстановительной терапии, кроме общепринятого клинического исследования, проводили наблюдения за изменением пульса и артериального давления до и после проведения физиотерапевтической процедуры, а также антропометрические исследования. В комплекс реабилитационных мероприятий,

включая медикаментозную терапию (гипотензивные, коронарорасширяющие, антиаритмические, седативные, диуретические средства и др.), входило применение квантовой терапии от аппарата "Милта-Ф".

Аппарат "Милта-Ф" в своём действии использует следующие комбинации воздействий: лазер, оптический квантовый генератор, испускающий свет в узком спектральном диапазоне в виде направленного высококогерентного, монохроматического, поляризованного луча, поток инфракрасного луча и поток постоянного магнитного поля.

**Ключевые слова:** гипертоническая болезнь, реабилитация, квантовая терапия.

## APPLICATION OF QUANTUM THERAPY IN REHABILITATION OF PATIENTS WITH HYPERTENSION DISEASE.

**Fattoeva N.V., Alieva E.G., Mukhidinova L.S.**

Department of physical therapy and oriental medicine GOU "TSMU named after Abuali Ibn Sino "(Head of the Department, MD, Professor Nazhmidinova M.N.)

This article discusses the use of quantum therapy in the rehabilitation of hypertensive patients. Under the supervision were 16 patients (mainly women) aged 35 to 65 years old with a diagnosis of hypertension stage 1B-2A.

In order to take into account the effectiveness of rehabilitation therapy, in addition to the generally accepted clinical study, we also monitored changes in the pulse and blood pressure before and after the physiotherapeutic procedure, as well as anthropometric studies. The complex of rehabilitation measures, including drug therapy

(hypotensive, coronary expansion, antiarrhythmic, sedatives, diuretics, etc.) included the use of quantum therapy from the Milta-F apparatus.

The Milta-F device in its operation uses the following combinations of actions: a laser, an optical quantum generator that emits light in a narrow spectral range in the form of a directional highly coherent, monochromatic, polarized beam, an infrared beam flux and a constant magnetic field flux.

**Key words:** hypertension, rehabilitation, quantum therapy.

**Мухиммият.** Омилҳои ҷисмонӣ бо мақсади табобат ва пешгирии бемориҳо аз қадим ба қор бурда мешаванд. Рушди ҷомеаи инсонӣ ва прогрессии илмӣ-техникӣ

барои дар тиб татбиқи намудани омилҳои ҷисмонӣ мусоидат мекунанд, ки аз энергияҳои гуногун, ки ибто роҳи сунъӣ бо ёрии дастгоҳҳои махсус ба даст оварда шудаанд.



Тасаввуроти назариявӣ дар бораи механизми асабӣ-рефлекторӣ ва нейрогуморалии таъсири омилҳои ҳисмонӣ самтҳои асосӣ ва инкишофи физиотерапияро муайян мекунад ва ба такмил ва коркарди усулҳои самаранок (аз ҷумла табобати квантӣ) мусоидат мекунад.

Дар айни замон усулҳои ҳисмонӣ ҳангоми табобати бемориҳои зиёд, аз ҷумла ҳангоми табобат ва реабилитатсияи бемориҳои фишорбаландӣ ба таври васеъ ба кор бурда мешаванд.

Прогрессии илмӣ-техникӣ дар ҳамаи соҳаҳои ҳаёт фаъолияти двигатели одаморо якбора маҳдуд кард. Одамони муосир таъсири ангезандаҳои дисгормонияи асабӣ ва ҳисмониро эҳсос мекунанд. Ин дисгормония барои организм бетараф нест ва метавонад, ки боиси вайроншавии функсияи системаи асаб ва дилу рағҳо гардад, аз ҷумла яке аз сабабҳои пайдошавии бемории фишорбаландӣ ба ҳисоб меравад.

Бемории фишорбаландӣ ҳамчун беморие баррасӣ карда мешавад, ки дар заминаи ихтилоли таносуби кортикӣ-виссералӣ гардад, ки аз пайдо шудани лонаи ангезишҳои руҳ дар ноҳияи марказҳои рағҳоро танзимкунанда дар қишри майнаи сар ва зер қишрӣ вобаста мешавад (Г.Ф. Ланг 1938, А.Л. Мясников 1954, Н.Н. Куршаков 1956 ва ғ.).

Вобаста аз ин дар табобат ва реабилитатсияи бемории фишорбаландӣ усулҳои физиотерапевтии табобат (аз ҷумла истифодаи табобати квантӣ) аҳамияти калон доранд, зеро онҳо ба тамоми организм, системаҳои асаб ва дилу рағҳо таъсири мусбат мерасонад.

Усулҳои физиотерапевтӣ дар марҳалаҳои авали беморӣ, сифати усулҳои профилактика ва дар марҳалаҳои реабилитатсия дар шароити статсионарҳо, поликлиникаҳо ва санаторияҳо хеле самаранок аст.

**Мақсади таҳқиқот.** Омӯхтани таъсири усулҳои физиотерапевтии табобат - аз ҷумла истифодаи табобати квантӣ - МИЛ-табобат - аз дастгоҳи "Милта-Ф" ҳангоми табобати реабилитатсияи беморони бемории фишорбаландӣ.

**Мавод ва усулҳои таҳқиқот.** Таҳти муоинаи мо 16 бемор (асосан занҳо) дар синну соли аз 35 то 65-сола бо ташҳиси бемориҳои фишорбаландӣ марҳалаҳои 1Б-2А қарор дошт.

Барои ба ҳисоб гирифтани самаранокии табобати барқароркунӣ, бар иловаи таҳқиқотҳои аз тарафи умум қабулшудаи клиникӣ, мушоҳида кардани тағйироти набз ва фишори шараёнӣ то ва пас аз гузаронида ни протсекураҳои физиотерапевтӣ, ҳамчунин таҳқиқотҳои антрогометрӣ низ гузаронида шуд.

Дар комплекси чорабиниҳои реабилитатсионӣ, аз ҷумла табобати медикаментозӣ (гипотензивӣ, зидди ритмӣ, седативӣ, воситаҳои диуретикӣ ва ғ.) истифодаи табобати квантӣ аз дастгоҳи "Милта-Ф" дохил карда шудааст.

Дастгоҳи "Милта-Ф" (дастгоҳи магнитӣ-инфрасурх-лазерӣ-табобатӣ) дар таъсири худ чунин комбинатсияи таъсирот истифода мешавад: лазер, генератори оптики квантӣ, ки равшаниро дар диапазони борики спектралӣ дар шакли когерентнокии олии мақсаднок, монохрамикӣ, нури қутбнок, селай нури инфрасурх ва селай майдони доимии магнитӣ.

Ин таъсирҳо ба бофтаҳои организм бо ёрии нурафканӣ аз дастгоҳи "Милта-Ф" равона карда мешаванд. Минтақаҳои таъсиррасонӣ ҳангоми бемориҳои фишорбаландӣ ин нуқтаҳои ноҳияи сар, қисми пешониву чакка ва дар сатҳи муҳраи ҳафтуми гардан мебошанд. Экспозитсияи таъсир ба ҳар як минтақа ҳангоми фишорбаландӣ дар ҳудуди аз 1 то 2 дақиқа давом мекунад. Миқдори умумии минтақаҳои таъсиррасонӣ ҳангоми бемориҳои фишорбаландӣ аз 10-12 нуқта иборат аст. Миқдори набз ва тавоноии нурафкании равшанидиодҳо аз марҳалаи беморон вобаста аст. Ба таври умумӣ дар як курси табобат 10-14 протсекура таъйин карда мешавад, баъди ин то 2 ҳафта танаффус бояд кард ва курси табобати квантиро такроран намудан зарур аст.

Натиҷаҳо ва баррасии онҳо. Натиҷаҳои табобат барқароркунӣ бо ёрии табобати квантӣ аз давомнокии чорабиниҳои комп-



лексии реабилитациониро гузаронидан ва марҳалаҳои инкишофи бемориҳои фишорбаландӣ вобастаанд.

Ҳамин тавр, пас аз 20-25 рӯзи пас аз комплекси табобат бо ёрии табобати квантӣ шикоятҳои беморон хеле кам ва ё пурра нест шудаанд, тамоюли паст шудани фишори шараёнӣ, суст шудани набз, хуб шудани хоб ба назар расид, вале қобилияти кори ҷисмонӣ тағйир наёфт.

Беҳтаршавии ҳолати умумии ҷисмонии беморон пас аз курси такрории табобати квантӣ, набз, хоб муътадил гашт, қобилияти кори ҷисмони беҳтар, шикоятҳо хеле кам ё пурра нест шудаанд ва ғ.

Баъди курси 3-юми МИЛ - табобат фишори шараёнӣ, набз муътадил, хоб беҳтар шуд, аммо нишондиҳандаҳои антропометрӣ тағйир наёфт. Қобилияти кори ҷисмонӣ хеле баланд шуд.

Методикаи МИЛ - табобат бояд бо назардошти ҳамаи комплекси чорабиниҳои табобатӣ дар ҳар як ҳолати мушаххас бояд сохта шавад, дар ин маврид марҳалаи бемории фишорбаландӣ, бемориҳои ҳамроҳшуда, синну сол, вазн ба ҳисоб гирифта шаванд. Энергияи равшанро чазб кардани бофтаҳо лаҳзаи калидӣ аст, ки аз возеҳии

протсессҳои зерин вобаста аст. Дар натиҷа шиддатнокии туршӣ - барқароркунӣ ва протсессҳои биосинтетикӣ тағйир меёбад, метаболизми бофтаҳои биологӣ муътадил мешавад, микроциркулятсияи хун ва лимфа аз ҳисоби васеъ шудани капиллярҳои амалкунанда ва кушодани захиравӣ барқарор карда мешавад.

Муқаррар карда шудааст, ки майдони доимии магнитӣ дорои таъсири возеҳи вазодилаторӣ ҳастанд, микрогемасикулятсия беҳтар мешавад. Таъсири табобати МИЛ - таъсирот дар заминаи биостимулятсия ва мобилизатсияи потенциали мавҷудбудаи энергетикаи организм бо бартарии таъсири рагвасеъкунандагӣ, зиддиомосӣ, нейротрофикӣ, гипохолестеритмӣ, десинсибилизатсионӣ асоснок мешавад.

**Ҳамин тавр**, мушоҳидаҳо нишон медиҳанд, ки истифодаи МИЛ-табобат бо ёрии дастгоҳи "Милта-Ф" бо якчанд курс ба ҳолати организм ҳангоми бемории фишорбаландӣ таъсири мусбат мерасонад.

Дар марҳалаҳои авали бемории фишорбаландӣ дозаи маводи дорувориро тадричан паст карда, онҳоро бо машғулиятҳои варзиши шифойӣ, масх, саёҳат ва протсекураҳои физиотерапевтӣ иваз кардан мумкин аст.

## АДАБИЁТ

1. В.А.Буймин, Ю.В.Алексеев, Г.А.Антонова, А.Н.Шейна. Применение лечебно-диагностических магнито-ик лазерных аппаратов типа "Милта-Ф" в медицинской практике. / В.А.Буймин, Ю.В.Алексеев, Г.А.Антонова, А.Н.Шейна. Москва, Медицина, 2015 г.
2. А.Д.Юлдашев, И.А.Куликов. Физиотерапия. / А.Д.Юлдашев, И.А.Куликов. Ташкент, 2009 г.
3. В.Ф. Балаков, И.К.Алексеев, И.В. Ярин. Применение физиотерапевтических процедур в комплексном лечении ГБ на разных стадиях заболевания. / В.Ф. Балаков, И.К.Алексеев, И.В. Ярин. В кн. Актуал. вопр. ЛФК. Москва, 2016, 128-136 стр.

## ҲОЛАТИ МИКРОСИРКУЛЯТСИЯ ҲАНГОМИ ХЛОАЗМА ВА АЛОПЕТСИЯИ ЛОНАВӢ

**С.С. Бозоров, М.Х. Мирзоева, К.М. Мухаммадиева**

Кафедраи дерматовенерология (мудири кафедра д.и.т., профессор Мухаммадиева К.М.)-и МДТ"Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абӯалӣ ибни Сино"

*Бозоров Савриддин Сулаймонович - докторант PhD кафедраи дерматовенерологияи МДТ"Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абӯалӣ ибни Сино" , e.mail:savridin\_tj@mail.ru; +992-904-18-74-78*



**Бозоров Савриддин Сулаймонович** - докторант PhD кафедры дерматовенерологии ГОУ "ТГМУ имени Абуали ибни Сино" e.mail: savriddin\_tj@mail.ru; +992-904-18-74-78

**Bozorov Savriddin Sulaymonovich** - PhD student of the Department of Dermatovenereology, State Educational Institution "TSMU named after AbualiibniSino" e.mail: savriddin\_tj@mail.ru тел: +992-904-18-74-78

## СОСТОЯНИЕ МИКРОЦИРКУЛЯЦИИ ПРИ ХЛОАЗМЕ И ОЧАГОВОЙ АЛОПЕЦИИ

**С.С. Бозоров, М.Х. Мирзоева, К.М. Мухамадиева**

Кафедра дерматовенерологии (зав. кафедрой д.м.н., профессор Мухамадиева К.М.)  
ГОУ "ТГМУ имени Абуали ибни Сино"

Целью исследования явилось изучение состояния микроциркуляции у больных с косметическими дефектами кожи в виде хлоазмы и очаговой алопеции.

**Материал и методы исследования.** Под наблюдением находилось 22 больных с очаговой алопецией (13 - мужского и 9 - женского пола) и 27 больных с хлоазмой (8-мужского и 19 - женского пола). Средний возраст больных очаговой алопецией составил  $15,0 \pm 0,5$  лет, а больных с хлоазмами  $25,0 \pm 0,2$  лет. Исследование микроциркуляции проводилось методом лазерной доплеровской флоуметрии (ЛДФ) на аппарате ЛАЗМА ПФ (Россия).

**Полученные результаты.** В очагах алопеции наблюдались нарушения микроциркуляции в виде преобладания гипертонуса артериол за счет воздействия миогенного и нейрогенного факторов. Снижение индекса эффективности микроциркуляции в очаге выпадения волос ( $0,9 \pm 0,016$ ), по сравнению с контрольной группой ( $1,3 \pm 0,19$ ) указывает на выраженные застойные явления в ве-

нулярном отделе микроциркуляторного русла. В зоне локализации хлоазмы выявлены нарушения кровотока, проявляющиеся застойными явлениями в венулярном отделе микроциркуляторного русла, а в участках окружающей кожи - преобладание гипертонуса артериол. Микроциркуляция на участках, расположенных вокруг очагов алопеции и хлоазмы отличалась усилением кровотока с отсутствием застойных явлений в венулярном аппарате, что указывает на возможное увеличение площади очагов выпадения волос и гиперпигментации.

**Заключение.** Выраженные застойные явления в венулярном аппарате в очагах пораженных алопецией и хлоазмой указывают на тяжесть течения процесса, для устранения которого необходимо включение в комплексную терапию препаратов, улучшающих кровоснабжение в тканях.

**Ключевые слова.** очаговая алопеция, хлоазма, микроциркуляция, гемодинамика, лазердоплерофлуометрия, кровоток, пульсовые волны.

## THE STATE OF MICROCIRCULATION IN CHLOASMA AND ALOPECIA AREATA

**Bozorov S.S., Mirzoeva M.Kh., Mukhamadieva K.M.**

Department of Dermatovenereology, State Educational Institution "TSMU named after Abuali ibni Sino"

The aim of the study was to study the state of microcirculation in patients with cosmetic skin defects in the form of chloasma and alopecia areata.

**Material and research methods.** The study included 22 patients with alopecia areata (13 male and 9 female) and 27 patients with chloasma (8 male and 19 female). The average

age of patients with alopecia areata was  $15.0 \pm 0.5$  years, and those with chloasma were  $25.0 \pm 0.2$  years. The study of microcirculation was carried out by the method of laser doppler flowmetry (LDF) on a LAZMA PF apparatus (Russia).

**Results.** In the foci of alopecia, microcirculation disorders were observed in the



form of a predominance of hypertonicity of arterioles due to the influence of myogenic and neurogenic factors. A decrease in the microcirculation efficiency index in the hair loss focus ( $0.9 \pm 0.016$ ), compared with the control group ( $1.3 \pm 0.19$ ), indicates pronounced stagnation in the venular section of the microcirculatory bed. In the area of chloasma localization, blood flow disturbances were revealed, manifested by stagnation in the venular section of the microvasculature, and in the areas of the surrounding skin, the predominance of arteriole hypertonicity. Microcirculation in the areas located around

the foci of alopecia and chloasma was distinguished by increased blood flow with the absence of congestion in the venular apparatus, which indicates a possible increase in the area of foci of hair loss and hyperpigmentation.

**Conclusion.** Pronounced congestion in the venular apparatus in the foci of those affected by alopecia and chloasma indicate the severity of the course of the process, for the elimination of which it is necessary to include drugs that improve blood circulation in the tissues in the complex therapy.

**Key words:** alopecia areata, chloasma, microcirculation, hemodynamics, laser doppler flowmetry, blood flow, pulse waves.

Муҳиммият. Вайроншавии микрсиркулятсия яке аз муҳимтарин омилҳои патогенетикӣ дар дерматозҳои музмин ба ҳисоб меравад. Ангиогенез, яъне протсессҳои шохаронии микрокапиллярҳо аз рағҳои қаблии худ, ҳамроҳ бо як миқдор протсессҳои патологӣ сурат мегирад, ки барои онҳо рушди барзиёди рағҳо хос аст [1,2]. Таҳти таъсири омилҳои барангезанда кератиноситҳо ва эпителиоситҳо ситокин ҳосил мекунанд, ки омили рушд ва апоптоз мебошанд, аз ин ҳисобгузаронандагии рағҳо зиёд шуда, боиси вазодиятатсия ва ташаккул ёфтани рағҳои нав мегардад, ки дар натиҷаи ин протсессҳои фиброгенез фаъол гашта, протсессҳои илтиҳобӣ - пролиферативӣ стимулятсия мешаванд [1,2,3]. Маълум аст, ки механизмҳои патогенетикии пайдошавии дерматозҳои музмин ғизои номутаносиб, норасоии таносуби витаминҳо ва микроэлементҳо мебошад, ки дар навбати худ ба ихтилолҳои нейротрофикӣ ва микросиркуляторӣ, вайрон шудани гемодинамика ва мубодилаитранскапиллярии оксиген бо аломатҳои гипоксияи бофтаҳо оварда мерасонад [4,5,6].

Ин механизм дар як қатор омилҳои барангезанда монанди инуксонҳои косметикии пӯст, ба монанди хлоазма ва аполепсияи лонавӣ, ки дар онҳо чараёни торпидӣ ва ретсидивҳои зуд-зуд ба мушоҳида мерасанд [7,8,9]. Мувофиқи маълумотҳои баъзе муаллифон, дар беморони гирифтори аполепсияи лонавӣ аломатҳои реоэнсефалографии тағйироти тонуси шарёнҳои хурд ва миёна

ва вайроншавии қобилияти кашишхӯрии венулаҳо муайян карда шуд [9,10]. Аполепсияи лонавиро аз ҳисоби номутаносибӣ дар системаи нейроэндокринӣ ҳамчун трофоневрози пӯст баррасӣ мекунанд, ки он ба вайроншавии трофикаи фолликулҳои мӯйҳо оварда мерасонад. Хеле зиёд шудани миқдор ва сифати рағҳои хунбари пӯст ва тағйироти возеҳи рағҳо дар мавзёҳои аз хлоазма осебдидаи пӯст намоиш дода шуд [7,10]. Ғайр аз ин, дар минтақаҳои хлоазма қувват гирифтани экспрессияи кератиноситҳои омилҳои рушди рағҳои эндотелии нишон дода шуд, ба ин васила исбот карда мешавад, ки тағйироти рағҳомустақиман ба дараҷаи пигментатсия иртибот доранд, ки дар асарии муҳтавои зиёди дезоксигемоглобин пайдо мешавад [9,11]. Яке аз усулҳои, ки имконият медиҳад то ҳолати маҷрои хун баҳо дода шавад, ин усули лазердоплерфлуометрия (ЛДФ) мебошад, ки бо ғайриинвазивӣ ва қулай будани истифодабарии фарқ мекунанд [5]. Зичии ҷойгиршавии капиллярҳои фаъолияткунанда, ғафсии эпидермиси пӯст, ҳамчунин миқдори пигментҳои меланин, сигнали нишондиҳандаи ЛДФ ба бузургии нишондиҳандаҳои базавии микромаҷрои хун таъсир мерасонанд [12,13].

Мақсади таҳқиқот омӯختани ҳолати микросиркулятсия дар беморони гирифтори нуқсонҳои косметикии пӯст дар шакли хлоазма ва алопетсияи лонавӣ мебошад.

Мавод ва усулҳои таҳқиқот. Таҳти муоина 22 нафар беморони гирифтори алопетсияи



лонавӣ (13 мард ва 9 зан) ва 27 беморони гирифтори хилозма (8 мард ва 19 зан) қарор дошт. Синну соли миёнаи беморон  $15,0 \pm 0,5$  солро ташкил дод, дар беморони гирифтори хилозма бошад, соли миёнаи беморон  $15,0 \pm 0,5$  сол буд. Таҳқиқоти микросиркулятсия дар дастгоҳи ЛАЗМА ПФ (Россия) бо усули флоуметрия доплеровии лазерӣ гузаронида шуд. Таҳлили амплитудӣ-басомадии спектри ЛДФ-грамм таносуби амплитудаҳо миувофиқи тағйироти (А): ба тағйироти миёнаи квадратӣ:  $A_{max}LF$  (мавҷҳои сусти тағйирот)- фаълнокии миогении вазомоторӣ,  $A_{max}HF$  (мавҷҳои босуръати тағйирот)- флукуатсияи маҷрои хун, ки ба ритмҳои нафаскашӣ алоқаманданд,  $A_{max}CF$  (ма-

вҷҳои набзии тағйирот) - флукуатсияи маҷрои хун, ки ба ритмҳои дил алоқаманданд. Индекси самаранокии микросиркулятсия аз рӯи формулаи  $IЭМ = A_{max}LF / (A_{max}HF + A_{max}CF)$  муайян карда шуд. Андозагирӣ бо ҳисобкунаки пӯстӣ дар лонаи осебдида ва мавзёҳои солими пӯст (на камтар аз 3 андозагирӣ дар як таҳқиқот бо минбаъда ҳисобкардани ифодаи миёна).

**Натиҷаҳои ба даст овардашуда.** Натиҷаҳои лазердоплерофлуометрия дар лонаҳои алопетсия паст шудани нишондиҳандаи микросиркулятсияро нишон доданд, ки  $0,6 \pm 0,19\%$  -ро ташкил кард, ки ин нисбат ба шахсони солими гурӯҳи назоратӣ 1,3 маротиба ( $13,5 \pm 0,20\%$ ) паст аст (ҷадвали 1).

### Ҷадвали 1.

#### Натиҷаҳои таҳқиқоти нишондиҳандаҳои ЛДФ-грамма дар беморони дорои алопетсияи лонавӣ (n=22).

Минтақаи таҳқиқот	ПМ (%)	СКО	ALF/СКО (%)	АНF/СКО (%)	АСF/СКО (%)	ИЭМ (%)
Лонаҳои алопетсия	$10,6 \pm 0,19^*$	0,91	$128,1 \pm 0,19^*$	$98,23 \pm 0,18^*$	$31,12 \pm 0,11^*$	$0,9 \pm 0,016$
Пӯсти солим	$11,4 \pm 0,19^*$	0,78	$121,7 \pm 0,17^*$	$65,18 \pm 0,17^*$	$35,13 \pm 0,18^*$	$1,2 \pm 0,011$
Гурӯҳи назоратӣ (n=30)	$13,5 \pm 0,20$	0,91	$117,6 \pm 0,19$	$61,12 \pm 0,17$	$32,16 \pm 0,16$	$1,3 \pm 0,19$

Эзоҳ: \* - ( $p < 0,05$ )-и боэтимоди фарқияти нишондиҳандаҳо нисбат ба гурӯҳи назоратӣ.

Тавре ки аз ҷадвал бармеояд, нишондиҳандаҳои микросиркулятсияи атрофии пӯсти солим гарчанде нисбат ба маълумотҳои лонаҳои алопетсия баланд бошад ҳам, вай 1,2 маротиба назар ба гурӯҳи назоратӣ паст буд. Баланд будани нишондиҳандаи ALF/СКО ва паст будани индекси самаранокии микросиркулятсия, ки аз зухуроти руқуд дар қисмати шараёнии маҷрои микросиркуляторӣ гувоҳӣ медиҳанд, дар минтақаҳои рехтани мӯйҳо ошкоркарда шуданд ва мутаносибан  $128,1 \pm 0,19\%$  ва  $0,9 \pm 0,016$  -ро ташкил доданд, ки ин аз ҳамин гуна нишондиҳандаҳо на танҳо дар мавзёҳои пӯст, ки дар ин ҷо рехтани мӯйҳо ба қайд гирифта нашуда буд, (мутаносибан  $121,7 \pm 0,17\%$  ва  $1,2 \pm 0,011$ ), балки аз гурӯҳи назоратӣ низ (мутаносибан  $117,6 \pm 0,19\%$  ва  $1,3 \pm 0,19$ ) хеле фарқ дошт.

Ғайр аз ин, дар лонаҳои алопетсия баланд шудани АСF/СКО ( $98,23 \pm 0,18\%$ ) ва паст шудани АСF/СКО ( $31,12 \pm 0,11\%$ ) ба мушоҳида расид. Ин аз афзудани мавҷҳои босуръати тағйиротҳо ва паст шудани флукуатсияи

набз гувоҳӣ медиҳад. Яъне, дар лонаҳои алопетсия ихтилолҳои микросиркулятсия дар шакли бартарӣ доштани гипертонуси артериолаҳо аз ҳисоби таъсиррасонии омилҳои миогенӣ ва нейрогенӣ ба мушоҳида расид. Паст шудани индекси самаранокии микросиркулятсия (ИМС) ИЭМ ( $p < 0,05$ ) дар лонаҳои рехтани мӯйҳо ( $0,9 \pm 0,016$ ), назар ба гурӯҳи назоратӣ ( $1,3 \pm 0,19$ ) аз руқуди возеҳи қисми венулярии маҷрои микросиркуляторӣ дарак медиҳад.

Қайд кардан ба маврид аст, ки ихтилолҳо дар системаи микромаҷрои хун дар пӯсти қисми мӯйдори сар низ ба мушоҳида расид, ки дар ин ҷо алопетсия дида нашуд, аммо дар муқоиса аз лонаҳои алопетсия дар ин ҷо зиёд шудани ҳам ALF/СКО  $121,7 \pm 0,17$  нисбат ба гурӯҳи назоратӣ  $117,6 \pm 0,19\%$ , ҳам нишондиҳандаҳои АСF/СКО  $35,13 \pm 0,18\%$  дар муқобили  $32,16 \pm 0,16$  мутаносибан ба мушоҳида расид. Микросиркулятсия дар мавзёҳои гирду атрофии лонаҳои алопетсия ва хилозма бо қувват гирифтани маҷрои хун ва набудани зухуроти



рукудӣ дар дастгоҳи венулярӣ аз имкониятҳои калон шудани майдони лонаи рехтани мӯйҳо ва гиперпигментатсия гувоҳӣ медиҳад.

Ҳангоми омӯхтани ҳолати маҷрои хун дар беморони гирифтори хлоазма низ тағйиротҳои нишондиҳандаҳои микросиркулятсия ошкор карда шуданд, бо хеле паст шудани нишондиҳандаҳои микросиркулят-

сия ( $9,5 \pm 0,21\%$ ) дар минтақаи чойгиршавии хлоазма дар заминаи паст шудани нишондиҳандаҳои ифодаҳои миёнаи квадратӣ зоҳир шуданд, ин 0,53-ро ташкил дод, ки дар муқоиса аз маълумотҳои нишондиҳандаҳои гурӯҳи назоратӣ, ки мутаносибан  $10,45 \pm 0,18\%$  ва 0,79 -ро ташкил карданд (ҷадвали 2).

## Ҷадвали 2

### Натиҷаҳои таҳқиқоти нишондиҳандаҳои ЛДФ-грамма дар беморони дорои хлоазма (n=27).

Минтақаи таҳқиқот	ПМ (%)	СКО	ALF/СКО (%)	АНF/СКО (%)	АСF/СКО (%)	ИЭМ (%)
Лонаҳои аполепсия	$9,5 \pm 0,21^*$	0,53	$143,7 \pm 1,16^*$	$75,18 \pm 0,12^*$	$39,31 \pm 1,22^*$	$1,26 \pm 0,016$
Пӯсти солим	$13,4 \pm 0,18^*$	1,29	$146,2 \pm 1,19^*$	$73,16 \pm 0,21^*$	$37,24 \pm 1,13^*$	$1,32 \pm 0,014$
Гурӯҳи назоратӣ (n=30)	$10,45 \pm 0,18$	0,79	$138,1 \pm 0,18$	$70,40 \pm 0,17$	$31,18 \pm 0,19$	$1,35 \pm 0,016$

Эзоҳ: \* - ( $p < 0,05$ )-и боэътимоди фарқияти нишондиҳандаҳо нисбат ба гурӯҳи назоратӣ.

Яъне, паст шудани ПМ ва СКО бақайд гирифта шуд, ки аз кам шудани фаъолнокии функсияҳои механизмҳои танзимкунанда гувоҳӣ медиҳанд. Дар муқобили ин дар мавзӯҳои аз хлоазма озодбудаи пӯст, аммо дар канори гиперпигментатсияи ПМ то андозаи 1,3 маротиба, СКО бошад, то 1,6 ҳадди маротиба калон буданд, ин қувват гирифтани фаъолнокии функсияҳои механизмҳои танзимкунандаро нишон медиҳад.

Дар лонаҳои хлоазма фаъолнокии возеҳи миогении вазомоторҳо ба мушоҳида расид, ки ба он нишондиҳандаи Атах LF ишора мекунад, ки дар муқоиса аз нишондиҳандаҳои гурӯҳи назоратӣ ( $138,1 \pm 0,18\%$ ), нишондиҳандаҳои баланд ( $143,7 \pm 1,16\%$ ) дошт. Ғайр аз ин, афзудани нишондиҳандаи мавҷҳои босуръати флукуатсияи маҷрои хун ба назар расид, ки дар муқоиса аз нишондиҳандаҳои гурӯҳи назоратӣ ( $75,18 \pm 0,12\%$  дар муқобили  $70,40 \pm 0,17\%$ ) баланд буд. Мавҷҳои набзии тағйирот, ки бо нишондиҳандаҳои Атах CF ифода шудаанд, дар муқоиса аз нишондиҳандаҳои гурӯҳи назоратӣ ( $39,31 \pm 1,22\%$  дар муқобили  $31,18 \pm 0,19\%$ ) баланд буд. Ин тағйирот дар шохиси самаранокии микросиркулятсия

инъикос ёфтааст, ки аҳамияти он на танҳо аз ҳамин гуна нишондиҳандаи гурӯҳи назоратӣ, балки дар мавзӯҳои пӯсти аз гиперпигментатсия озод низ паст буданд. Яъне дар лонаҳои гиперпигментатсия вайроншавии маҷрои хун ба назар мерасад, ки бо зухуроти рукудӣ дар қисми венулярӣ маҷрои микросиркулятсия зоҳир мегардад, дар мавзӯҳои атрофии пӯст бошад, гипертонуси артериола бартарӣ дорад.

Ҳамин тавр, бо усули лазердоплерфлуометрия ихтилолҳои возеҳи микросиркулятсия дар беморони гирифтори алопетсия ва хлоазми лонавӣ ошкор карда шуд. Дар натиҷаи таҳқиқотҳои гузаронидашуда тағйиротҳои микромаҷрои хун на фақат дар лонаҳои осебҳо, балки дар мавзӯҳои аз рехтани мӯй ва гиперпигментатсия низ дида шуд, ки ин ба имконпазирии пешравии протсесси патологӣ ҳангоми ин намудҳои патологияҳо ишора мекунад. Зухуроти возеҳи рукуд дар дастгоҳи венулярӣ дар алопетсия ва хлоазми лонавӣ аз вазнинии чараёни протсес гувоҳӣ медиҳанд, ки барои бартараф кардани он ба табобати комплексӣ ворид намудани доруҳои беҳтаркунандаи бо хун таъминшавии бофтаҳо зарур аст.

## Адабиёт

1. Пигарева Ю.Н., Салмина А.Б., Карачева Ю.В. Особенности микроциркуляторного русла кожи: механизмы регуляции и современные методы исследования. Сибирское медицинское обозрение. 2013; 4:3-8.



2. ХассанХалед. Оптимизация терапии диффузной алопеции с учетом нарушения микроциркуляции и обмена микроэлементов: Автореф. дис. ... канд. мед.наук : М., 2011. - 26 с.
3. Потекаев Н.Н., Коган Е.А., Гаджигорова А.Г., Терещенко Г.П., Демура Т.А. Исследование местных иммунных механизмов воспаления при гнездовой алопеции с учетом активности заболевания. //Клиническая дерматология и венерология, 2010, № 5, 103-108.
4. Николаева, Т.В. Цинк-зависимые факторы в регуляции цикла фолликула волоса / Т.В. Николаева, Н.П.Сетко, Л.Г.Воронина // Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований. - 2014. - №9. - С. 74.
5. Гаджигорова А.Г., Коган Е.А., Потекаев Н.Н., Терещенко Г.П. Соотношение процессов апоптоза, пролиферации, неоангиогенеза и клеточной дифференцировки при иммунном воспалении в очагах гнездовой алопеции. //Клиническая дерматология и венерология, 2010, X" 2, с.23-31.
6. Логина А.В., Супильников А.А., Антипов Е.В. Обзор методов воздействия на микроциркуляцию кожи Вестник медицинского института "РЕАВИЗ". 2015;3:57-61.
7. Орасмяз Т., Глаголева Е. Улучшение микроциркуляции кожи как часть эстетической коррекции внешних проявлений старения. Экспериментальная и клиническая дерматокосметология. 2011;3:43-47.
8. Юсова ЖЮ, Баранов ВН, Потекаев Н.Н. Изменение микроциркуляторного русла и инволюционные изменения кожи. Эстетическая медицина. 2010; 9(4):423-428.
9. Hasegawa K, Fujiwara R, Sato K, Park JY, Kim SJ, Kim M, et al. Increased blood flow and vasculature in solar lentigo. J. Dermatol. 2016; 43(10): 1209-1213.
10. Dessinioti C, Pavlidis A, Katsambas AD. Melasma. Pigmentary Disorders. 2014;1:11.
11. Верхогляд, И.В. Особенности микроциркуляции в коже головы у больных гнездовой алопецией и ее динамика на фоне терапии эксимерным лазером / И.В. Верхогляд, О.Ю. Олисова, И.Я. Пинсон // Рос. журнал кожных и вен. болезней. - 2010. - №4. - С. 59-61.
12. Videira IF, Moura DF, Magina S. Mechanisms regulating melanogenesis. An Bras Dermatol. 2013;88:76-83.
13. Ucak, H. Prognostic factors that affect the response to topical treatment in patchy alopecia areata / Ucak H., Cicek D., Demir B. // J of the European Academy of Dermatol and Venereol 2014; 28: 34-40.

## **ТАҲЛИЛИ НУҚСОНҲОИ МОДАРЗОДИИ ЛАБУ КОМ ДАР ШАРОИТИ ШУЪБАИ ЧАРРОҲИИ ЧОҒУ РҶӢИ КӢДАКОН ВА НАВРАСОН**

**Р.Н. Қонибекова, А.Х. Абдурахимов, А.М. Олимов, А.З. Абдурахмонов, Н.М. Рахимов**  
Кафедраи чарроҳии чоғу рӯй (мудири кафедра н.и.т., дотсент Қонибекова Р.Н.)- МДТ  
"ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино"

*Қонибекова Розия Наҷмиддиновна, н.и.т., дотсент мудири кафедраи чарроҳии чоғу рӯйи МДТ "ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино", E. Mail: Roziya66@mail.ru тел.: 917-52-93-80*

*Джонибекова Розия Наҷмиддиновна, к.м.н., доцент заведующий кафедры челюстно-лицевой хирургии ГОУ "ТГМУ имени Абуали ибни Сино", E. Mail: Roziya66@mail.ru тел.: 917-52-93-80*

*Jonibekova Rosia Najmiddinova, c.m.s., Associate Professor of the Department of maxillofacial surgery of SEI "Avicenna TSMU" e-mail: Roziya66@mail.ru, tel.: 917-52-93-80*

## **АНАЛИЗ ВРОЖДЁННОЙ ПАТОЛОГИИ ВЕРХНЕЙ ГУБЫ И НЁБА В УСЛОВИЯХ ОТДЕЛЕНИЯ ДЕТСКОЙ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ХИРУРГИИ И ПОДРОСТКОВ**

**Р.Н. Джонибекова, А.Х. Абдурахимов, А.М. Олимов, А.З. Абдурахмонов, Н.М. Рахимов,**  
Кафедра челюстно-лицевая хирургия (заведующий кафедрой Джонибекова Р.Н. ГОУ  
"ТГМУ имени Абуали Ибни Сино")

В данной статье проведено статистическое исследование по изучению истории болезней 1861 врождённых расщелин губы и нёба (РВГН) в отделение детской челюстно-лицевой хирургии ГУ





НМЦ РТ "Шифобахш" за период с 2015 по 2019 годы. Отмечено непрерывный рост в динамике по годам число врождённых патологий и число оперируемых больных с данной патологией.

**Ключевые слова:** врождённая расщелина, аномалия, деформация, альвеолярный отросток, ортодонт, двухсторонняя врождённая расщелина верхней губы и нёба.

## ANALYSIS OF CONGENITAL PATHOLOGY OF UPPER LIP AND PALATE IN CONDITIONS OF CHILDREN'S MAXILLOFACIAL SURGERY AND ADOLESCENTS DEPARTMENT

R.N. Jonibekova, A.H. Abdurahimov, A.M. Olimov, A.Z. Abdurahmonov, N.M. Rahimov

Department of maxillofacial surgery (Head of the Department Jonibekova R.N. SEI "Avicenna TSMU")

In this article, a statistical investigation on studying of case histories of 1861 congenital cleft lip and palate (CULP) in the Department of Children's maxillofacial Surgery of the SI NMC RT "Shifobakhsh" for the period from 2015 to 2019 was carried out. Continuous increase in

dynamics by years the number of congenital pathologies and the number of operating patients with this pathology were noted.

**Keywords:** congenital cleft, anomaly, deformation, alveolar process, orthodontist, two-line congenital cleft of upper lip and plate

Мухиммият. Табобати беморони дорои нуқсонҳои модарзодии рӯй яке аз масъалаҳои мураккаби клиникӣ буда, ифодакунанда ва ҳамроҳикунандаи аномалия ва деформатсияи системаи ҷоғу дандон мебошад. Натиҷаи ноустувори табобати дуру дароз ва зиёд ба мушоҳида расидани такроршавӣ сабабгори ин ҳама шакли вазнини механизми беморӣ мегардад [2,3].

Бояд қайд кард, ки роғи модарзодии лабу ком (РМЛК) ифодакунандаи вайроншавии шакли вазнинтарини анатомияи ҷоғу рӯй мебошад. Ҳамин тавр, ҳангоми роғи модарзодии лаби боло ва шоҳаи алвеолярии ҷоғи боло чунин норасоӣҳо мушоҳида мешаванд: кутоҳии баландии лаби боло, деформатсияи пӯсту тағояки қисми бинӣ, деформатсия ва номукаммалии инкишофии ҷоғи боло дар минтақаи шоҳаи алвеолярӣ ва қираи сӯроҳии нокмонанд [1,4,5,6].

РМЛК дар байни дигар маъюбшавиҳои модарзодии одамон, дар сохтори патологияи антенаталӣ ҷои дуҷумро ишғол мекунад. Вай то 90%-и ҳамаи аномалияҳои модарзодии ҷоғу рӯйро ташкил мекунад. [1, 6,9].

Тибқи маълумоти USBC (United States Bureau of Census) миқдори миёнаи таваллудшудани кӯдакони дорои нуқсонҳои ҷоғу рӯй дар ҷаҳон 1:700 [1,6,7] мебошад.

Таъсири омилҳои нохуб дар қисми аввали ҳомилагӣ, аз ҳафтаи 4-ум сар карда, ме-

тавонад, ки ба ташаккули РМЛК-и модарзодӣ оварда расонад. Дар 20% -и ҳолатҳо нуқсонҳои инкишоф аз таъсири омилҳои генӣ, дар 10% -и ҳолатҳо ба омилҳои хромосомавӣ ва дар 70% -и боқимонда аз таъсири омилҳои экзогенӣ вобастаанд [2,8,].

Дар ҳолати роғи модарзодии ком чунин норасоӣҳо ба мушоҳида мерасад - кӯтоҳии коми нарм, васеъшавии қисми ҳалқ, инкишофии номукаммали андозаи ҷоғи боло.

Бояд қайд кард, ки вайроншавии шакли анатомии ифодакунандаи аномалия ва тағйирёбии миқдори дандонҳо ва ҷойгиршавии онҳо, инчунин сари вақт нагузаронидани табобат боиси тағйирёбии зиёди намуди зохирии рӯй, вайроншавии функсияи хойиш, фурубарӣ, нафаскашӣ, талаффузи овозҳо, инчунин тағйирёбии сифати ҳаёти бемор ва пайдошавии дигар бемориҳои патологӣ мегардад [6].

Аз ин сабаб, кӯдакони гирифтори РМЛК-и модарзодӣ барои бартараф намудани аномалияҳои модарзодиву ихтилолҳои функсионалии ба онҳо вобаста табобати бисёрмарҳилавӣ ва комплекси ҷарроҳӣ, ҷорабиниҳои реабилитатсиониро талаб мекунад [1, 3, 6].

Аз ин лиҳоз гуфтаҳои дар боло зикршуда бори дигар исбот менамоем, ки табобати ин беморон комплексӣ буда, бе иштироки (неонотолог, логопед, ортодонт, ЛОР, педиатр, реаниматолог, асабшинос) дигар

мутахасисон ғайриимкон мебошад.

**Мақсади тадқиқот.** Омӯзиши афзоиш ва тамоюли нуқсонҳои модарзодии лабу ком дар шароити шӯъбаи ҷарроҳии ҷоғу рӯи кӯдакон ва наврасони Муассисаи Давлатии Маркази миллии тиббии "Шифобахш"

**Мавод ва усулҳо.** Гузаронидани натиҷаи таҳлилҳо ва муоинаи беморони дорои роғи модарзодии ком ва лаб дар шароити шӯъбаи ҷароҳии ҷоғу руи кӯдакон ва наврасони МД ММТ "Шифобахш" аз рӯи мурочиат дар давоми солҳои 2015 - 2019 .

**Ҷадвали №1 Тармими лабу ком дар солҳои 2015-2019 дар шӯъбаи ҷарроҳии ҷоғу рӯи кӯдакон ва наврасони МДММТ "Шифобахш".**

№№	Номгӯи амалиёт	микдор	
		1861	100
1.	Тармими лаби боло	859	46,2
2.	Тармими коми мулои	488	26,2
3.	Тармими коми сахт	479	25,8
4.	Тармими коми сахт ва мулоим	35	1,9

**Натиҷаҳо ва баррасии онҳо.** Таҳлилҳои нишон доданд, ки дар панҷ соли охир афзоиш ва тамоюли бемориҳои роғи модарзодии лабу ком рӯ ба зиёдшави мебошанд.

-2015 ҳамаги 395 бемор оиди роғи модарзодии лабу ком мурочиат намудаанд, аз инҳо: 148 (32,4%) амалиёти тармими лаби

боло гузаронида шудааст, 187 (46,5%) амалиёти тармими коми сахт.

-2016 ҳамаги 352 бемор оиди роғи модарзодии лабу ком мурочиат намудаанд, аз инҳо: 158(36,7%) амалиёти тармими лаби бол гузаронида шудааст. 194(48,4%) амалиёти тармими коми сахт.

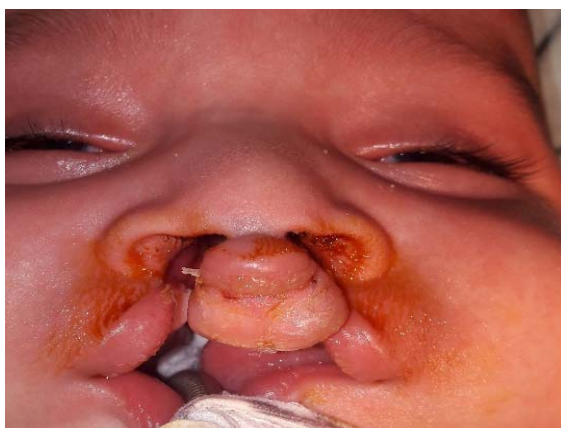


А



Б

**Расми 1.** Ш. А.Ташхис. Нуқсони модарзодии пурраи либи боло коми сахт ва мулоим. А- то амалиёти ҷарроҳи. Б- баъди амалиёти тармими лаби боло аз тарафи рост.



А



Б

**Расми 2** Ташхис. Нуқсони модарзодии пурраи дутарафаи лабу ком. А. то амалиёти ҷарроҳи. Б- баъди амалиёти тармими дутарафаи лаби боло.



-2017 бошад ҳамаги 345 бемор оиди роғи модарзодии лабу ком мурочиат намудаанд, аз инҳо: 173 (42,2%) амалиёти тармими лаби бол гузаронида шудааст. 172 (41,9%) амалиёти тармими коми сахт.

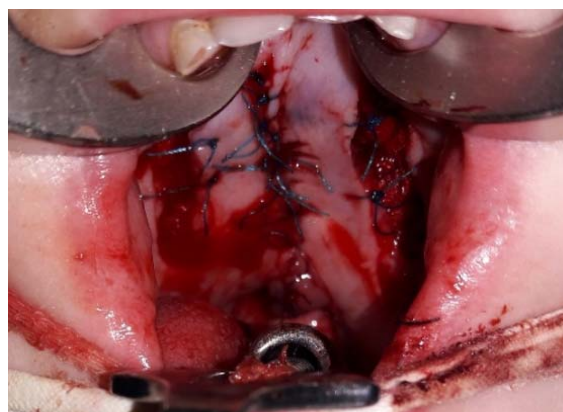
-2018 бошад амаги 403 бемор оиди роғи модарзодии лабу ком мурочиат намудаанд, аз инҳо: 182 (45%) амалиёти

тармими лаби боло гузаронида шудааст. 221 (54,7%) амалиёти тармими коми сахт.

-2019 бошад ҳамаги 426 бемор оиди роғи модарзодии лабу ком мурочиат намудаанд, аз инҳо: 198 (49,5%) амалиёти тармими лаби бол гузаронида шудааст. 228 (56,1%) амалиёти тармими коми сахт.



А



Б

**Расми 4.** Ташхис. Роғи модарзодии пурраи коми мулоим. А- то амалиёти чарроҳи. Б- баъди амалиёти чарроҳии тармими коми мулоим.

Чадвали № 2 Нишондодҳои афзоиши роғи модарзодии лабу ком босолҳо



Хулоса. Рушди муттасили динамикаи (аз рӯи солҳо) миқдори РМЛК ба назар мерасад. Ҳамин тавр, омилҳои нохуби экологӣ, ирсият, никоҳи хушутаборӣ дар маҷмӯъ метавонанд, ки ба саломатии одамон таъсири манфӣ расонанд ва ба зиёд шудани миқдори таваллудшавии кӯдакони дорои РМЛК -

и модарзодӣ оварда расонанд.

Реабилитатсияи чунин беморон аз рӯи аввали таввалуд сар шуда, то синни 18- солағӣ идома меёбад, аз рӯи таҳлилҳои баъзе муалифон ва таҷрибаи чандинсолаи мутахассисони шуъбаи ЧЧЧ ҳатто то охири ҳаёт низ идома меёбад.

Бояд қайд кард, ки ба ғайр аз шуъбаи дар боло номбаршуда боз клиникаҳои гирду атрофии шаҳр ва баъзе мутахассисони ғайресоҳавӣ низ барои таъботи ин гуна беморон машғул мебошанд. Дар вилояти Суғд ш. Хучанд, н. Бобочон Ғафуров, н. Исфара ва ПИК Стоматологӣ, низ таъботи ичунин беморон ба роҳ монда шудааст. Оянда ба нақша гирифта шудааст, ки барои маълумоти пурра гирифтани, байни муассисаҳои тиббӣ, ки ба таъботи чунин беморон сари кордоранд, ҳамкориҳои зичро ба роҳ мемонем.

## АДАБИЁТ

1. Абдурахмонов А.З., Субхонов С.С., Постников М.А., и др. Комбинированные мероприятия реабилитации больных с односторонней расщелиной губы и нёба до и после хирургического вмешательства // Вестник медицинского института "Реавиз" (РЕАБИЛИТАЦИЯ, ВРАЧИ И ЗДОРОВЬЕ). - 2018. - №3(33). - С.97-106.



7. Барашнев Ю.И., Бахарев В.А., Новиков П.В. Диагностика и лечение врожденных и наследственных заболеваний у детей. // М., Триада-Х, 2004. - С. 12-87.
2. Геворкян А.А. Об изучении распространенности причин, приводящих к челюстно-лицевым дефектам / Геворкян А.А., Харазян А.Э. // Сибирский медицинский журнал 2007, № 1 с. 75-78.
3. Долгополова Г.В., Бимбас Н.В. Развития верхней челюсти детей с врожденными аномалиями при раннем ортопедическом лечении // Ортодент-инфо. -2002. №4. -С. -7-11.
4. Давлетшин Н.А. Реабилитация детей с врожденной расщелиной верхней губы и нёба в Республике Башкортостан / Н.А. Давлетшин Автореф. дисс. докт. мед. наук. / 14.00.21.- Москва 2009, 42 с.
5. Хорошолкина Ф.Я. Ортодонтия. Диагностика и комплексное лечение при зубочелюстно-лицевых аномалиях, сочетающихся с врожденным несращением верхней губы, альвеолярного отростка, неба. - СПб., 2001. -276 с.
6. Хирургическая стоматология и челюстно-лицевая хирургия. Национальное руководство. / А.А. Кулакова, Т.Г. Робустова, А.А. Неробеев. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010. - 928 с.
7. Черненко Ю.В., Нечаев В.Н. Диагностика, профилактика и коррекция врожденных пороков развития. // Саратовский научно-медицинский журнал. - 2009.- № 3. - С. 379-383.
8. Marcusson A. Changes in occlusion and maxillary dental arch dimensions in adults with treated unilateral complete cleft lip and palate: a follow-up study / A. Marcusson, G. Paulin // European Journal of Orthodontics. - 2004, - Vol.26, № 4, - P. 385-390.
9. McIntyre G.T. Parenteral craniofacial morphology in orofacial clefting / G.T. McIntyre, P.A. Mossey // European Journal of Orthodontics. - 2004, - Vol.26, № 4, - P. 375-384.

### **ИНТИХОБИ ТАРТИБИ ТАБОБАТИ ЗИДДИРЕТСИДИВИИ ПАПИЛЛОМАТОЗИ ХАНЧАРА ДАР КУДАКОН**

**С.С.Шайдоев, Ш.Б. Полвонов, П.Р.Мухторова, Р.Р.Рахматуллоев, А.М.Шарипов**  
Кафедраи бемориҳои гушӯ гулӯ ва бинӣ (мудири кафедра н.и.т., дотсент Б.Н.Шамсидинов) МДТ "Донишқадаи таҳсилоти баъдидипломии кормандони соҳаи тандурустии Чумҳурии Тоҷикистон"

*Шайдоев Сухроб Сафаралиевич, ассистент кафедры бемориҳои гушӯ, гулӯ ва бинии МДТ "Донишқадаи таҳсилоти баъдидипломии кормандони соҳаи тандурустии Чумҳурии Тоҷикистон", Тел. 988211034*

*Шайдоев Сухроб Сафаралиевич, ассистент кафедры оториноларингологии ГОУ "Института последипломного образования в сфере здравоохранения Республики Таджикистан", - Тел. 988211034*

*Shaidoev Sukhrob Safaralievich, assistant of Department of Otorhinolaryngology Institute of Postgraduate Education in Healthcare. Candidate of Medical Sciences: Тел. 988211034*

### **ВЫБОР ТАКТИКИ ПРОТИВОРЕЦИДИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ПАПИЛЛОМАТОЗА ГОРТАНИ У ДЕТЕЙ**

**С.С. Шайдоев, Ш.Б. Полвонов, П.Р. Мухторова, Р.Р. Рахматуллоев, А.М. Шарипов**  
Кафедра оториноларингологии (зав.кафедрой к.м.н., доцент Б.Н.Шамсидинов)  
ГОУ "Института последипломного образования в сфере здравоохранения  
Республики Таджикистан"

Из 25 госпитализированных больных в возрасте от 5 до 9 лет преобладали мальчики (60%), с первичным папилломатозом гор-

тани госпитализирована 44% больных, с рецидивирующим папилломатозом 66%. Больным основной группы в послеоперационном



периоде были назначены противовирусные иммуномодулирующие препараты Циклоферон и Амиксин, которые оказались эффективными, что было подтверждено лабораторными показателями. Первый рецидив был отмечен через 11 месяцев. Межрецидивный пери-

од был в среднем 1 год и  $3 \pm 0,3$  месяца. А больные контрольной группы первый рецидив был отмечен через 6 месяцев и межрецидивный период составил  $8 \pm 0,2$  месяцев.

**Ключевые слова:** папилломатоз, рецидивирующий папилломатоз, рецидив

## THE CHOICE OF TACTICS FOR ANTI-RELAPSE TREATMENT OF LARYNGEAL PAPILLOMATOSIS IN CHILDREN

S.S. Shaidoev, S.B. Polvonov, P.R. Mukhtarova, R.R. Rakhmatulloev, A.M. Sharipov

Department of Otorhinolaryngology of the State Education Establishment "Institute of Postgraduate Education in Health Sphere of the Republic of Tajikistan", State Education Establishment "Tajik State National University"

State Education Establishment "Avicenna Tajik State Medical University"

Out of 25 hospitalized patients aged 5 to 9 years, boys prevailed, with primary papillomatosis 44%, with recurrent 66%. Patients of the main group in postoperative period were prescribed antiviral immunomodulating Cycloferon and Amiksin, which turned out to be effective, which was confirmed by laboratory

predictors/ The first relapse was noted after 11 months. Inter-relapse period on average 1 year and  $3 \pm 0,3$  months. And in patients of the control group, the first relapse was noted after 6 months and inter-relapse period was  $8 \pm 0,2$  months.

**Key words:** papillomatosis, recurrent papillomatosis, relapse.

**Мухимият.** Проблемаи папилломатози ханчара имрезҳо яке аз масъалаҳои мураккаби то ба охир ҳалли худро пайдо накарда боқӣ мемонад. Аҳамияти проблемаи папилломатози ханчара дар он аст, ки афзудаҳои папилломатозӣ ба ханчара осеб расонида, сӯроҳии онро танг мекунад, ки он боиси ихтилолотии амалқарди овозбарорӣ ва минбаъд нафаскашӣ мегардад. [1,2,7].

Сарфи назар аз он ки табиқҳои охир дар роҳи ҳалли проблемаи папилломатози роҳи нафас комёбиҳо ба даст омадаанд, вале ханӯз муҳимтарин масъалаҳои ташхис, муолиҷаи ҷарроҳӣ ва ҳифозатӣ (зиддитакроршавӣ), инчунин пешгӯии ҷараён ва пайоманди беморӣ ҳалношуда боқӣ мондаанд. Бинобар ин, проблемаи муолиҷаи папилломатози роҳи нафас яке аз проблемаҳои муҳимтарин ва мураккабтарин дар оториноларингология ба ҳисоб меравад [1,3,7].

Табиқҳои охир дар саросари ҷаҳон, аз ҷумла дар Ҷумҳурии Тоҷикистон ҳам тамоюл ба афзоиши шумораи беморони гирифтори папилломатози ханчара идома дорад, дар ин ҳол теъдоди беморони гирифтори шакли масдудкунда ва паҳнгардидаи беморӣ аф-

зоиш намуда, сифати зиндагии кӯдакони бемор дар натиҷаи маҳдудшавии фаъолияти ҷисмонӣ ва иҷтимоии онҳо табоҳ мегардад, дар ҳоле ки яке аз муҳимтарин вазифаҳои тибби муосир беҳсозии сифати зиндагии кӯдакон, коҳиш додани беморшавӣ ва таъмини имконии рушди кӯдакон мебошад [3,4,5].

Имрӯз ҷарроҳӣ методи асосии муолиҷаи кӯдакони гирифтори папилломатози такроршавандаи роҳи нафас мебошад, қатъи назар аз он ки моҳиятан он методи паллиативӣ мебошад. Микроларингоскопия ва микроҷарроҳии эндоларингеалӣ имконоти муолиҷаи папилломатози ханчараро хеле густариш доданд. Дар амалияи ҷарроҳӣ ҷорӣ намудани технологияҳои эндоскопӣ, таъмини бедардгардонии муосир имкон медиҳад, ки хатари пайдошавии оризаҳо хангоми ҷарроҳии эндоларингеалӣ, аз ҷумла дар беморони хурдсол ба ҳадди ақал расонида шавад [4,5,8].

Далели самаранокии баланди муолиҷаи папилломатози ханчара бо истифодаи методи маҷмӯӣ, амали ҷарроҳӣ ҳамроҳ бо корбасти табобати мададгорӣ, дар қиёс бо муолиҷаи маҷмӯӣ, муқаррар гардидааст [2,8].



Аммо бо вучуди гуногунии доруҳо, методҳо ваҷиҳозоти техникӣ, проблемаҳанӯз аз ҳалшавӣ хеле дур аст, басомади такроршавиҳо баланд буда, ба коҳишбӣ тамоюл надорад. Таҳлили маълумоти адабиёт нишон дод, ки коркарди равишҳои комилан нави муолиҷаи беморони гирифтори папилломатози роҳи нафас дар асоси равишҳои методологӣ бо дарназардошти дастовардҳои нави илм тақозо мегардад ва ҳолатҳои мазкур водор месозанд, ки бо мақсади муносибгардонии муолиҷаи кӯдакони гирифтори папилломатози такроршавандаи роҳи нафас бо дарназардошти сифати муолиҷаи патологияи мазкур ангораи табобат иваз карда шуда, гурӯҳҳои нави доруҳоеро ҷустуҷӯ намуд, ки ба ҳалқаҳои гуногуни масуният ва фаъолнокии зиддивирӯсии организм таъсиррасон бошанд, ҳамчунин тадбирҳои тавонбахшӣ таҳия гарданд.

**Мақсади тадқиқот:** баланд бардоштани самаранокии табобати папилломатози ҳанҷара бо роҳи микрочарроҳии эндоларингеалия истифодаи ҷиҳози оптикӣҳамроҳ бо табобати мададгорӣ мебошад.

**Мавод ва усулҳои тадқиқот.** Таҳқиқот дар заминаи шӯъбаи бемориҳои гӯшу гулу ва бинии кӯдакони Маркази миллии тиббии ВТ ва ҶИА Ҷумҳурии Тоҷикистон ва кафедраи оториноларингологияи Муассисаи давлатии таҳсилоти "Донишкадаи таҳсилоти баъдидипломӣ дар соҳаи тандурустии Ҷумҳурии Тоҷикистон" ВТ ва ҶИА ҚТ иҷро карда шудааст.

Барои расидан ба мақсад ва иҷро намудани вазифаҳои матраҳгардида, 25 нафар беморони синашон аз 5 то 9 сола (писарон - 15 (60%), духтарон - 10 (40%)), ки солҳои 2016-2019 дар ҳоли бистарӣ мавриди таҳқиқот қарор дода шуданд. Бо папилломатози аввалин - 11 (44%) нафар (писарон - 15, духтарон - 10) ва бо папилломатози ретсидивӣ 14 (66%) нафар (писарон - 15, духтарон - 10) кедакон бистари гардиданд. Беморонро ба ду гурӯҳ тақсим намудем. Беморони гурӯҳи I - 14 нафарро (писарон - 8, духтарон - 6) ташкил намуданд, ки дар давраи баъдичарроҳӣ ба ҳайси маводҳои зиддивирӯсӣ ва тақвиятбахшии масуният Сиклоферон ва Амиксинтаин карда шуд. Беморони гурӯҳи II аз 11 нафар (писарон - 7, духтарон - 4) иборат буданд ва давраи баъдичарроҳӣ табобати анъанавӣ гирифтанд.

Шакли маҳдуди беморӣ - дар 9 (36%), шакли паҳнгардида - дар 11 (44%), шакли масдудкунанда - дар 5 (20%) кӯдакони бемор дучор омадааст.

Ҳангоми таҳлили собиқаи ҳаёт муқарраргардид, ки 68% таҳқиқшудагон дар оила кӯдакони сарнахустин ва 32% - кӯдакон аз таваллуди дуҷум аз модарони ҷавон ( $20 \pm 1,2$  - сола) ва бо роҳи табиӣ, яъне зоиши вагинали ба дунё омада буданд. Дар 40% ҳолатҳо дар яке аз нафарони оила сирояти папилломавирусӣ дар намуди ба мушоҳида мерасид. Бемориҳои ҳамроҳ дар 80% кӯдакони гирифтори папилломатози ҳанҷара ошкор карда шуд. Патологияи узҳои гӯшу гулу ва бинӣ дар 68% кӯдакон, ҷиҳози меъдаю рӯда - бемории захми меъда ва рӯдаи дувоздаҳангушта - дар 20%, сирояти вирусӣ (ситомегаловирус, вирусҳои табҳоли одӣ, вирусҳои Эпштейн-Барр) - дар 12% кӯдакон, аллергияпатология - дар 20% кӯдакон ошкор гардидааст. Қасбу қори 16 нафар падару модарон (48%) бо зарарнокҳои истеҳсоли робита дошт, 6 нафар волидайнӣ (24%) кӯдакон одати тамоқуқашӣ доштанд.

Меъёрҳои шомилсозӣ инҳо буданд: дар ҳанҷара вучуд доштани папилломаҳо, аломатҳои беморӣ, хирришавӣ, овози паст ва заиф, нафасгир шудан ҳангоми сарбории ҷисмонӣ, нафасгир шудан дар ҳолати оромӣ, сулфа, эҳсоси вучуд доштани ҷисми бегона дар гулу, гулуғиршавӣ ҳангоми таомхӯрӣ.

Бо дарназардошти ҳаллу фасли масъалаҳои матраҳгардида, ба ҳамаи беморон ларингоскопияи мустақим ва ғайримустақим, фиброларингоскопия, таҳқиқоти рентгенологӣ, ҳуҷайрашиносӣ ва иммунологӣ гузаронида шуд.

**Натиҷаҳо ва баррасии онҳо.** Табобатро ба ҳамаи беморон аз бартарафкунии эндоларингеалии папилломаҳо оғоз намудем. Ҳангоми бартарафкунии ташкилаҳои папилломатозӣ ба таъмини беҳиссоӣ таваҷҷуҳи маҳсус дода мешуд, зеро вижагии ҷарроҳии мазкур дар як майдони ҷарроҳӣ фаъолият кардани ҷарроҳ ва эҳёгар мебошад. Бартарафкунии ҷарроҳии папилломаҳо бо қорбасти методи фавворавии таҳвилии сунъии шуш анҷом дода мешавад, ки бидуни найчагузории нойжа амалӣ карда мешавад ва бо ҳамин



ичрои чарроҳӣ бодиди пурраи майдони чарроҳӣ бо натиҷаи ҳадди аксари амалкардӣ таъмин мегардад. Дар ҳеҷ як ҳолати барта- рафкунии папилломаҳо хунравӣ ба назар нарасид ва оризаҳо дар миён набуданд.

Баъди бартарафкунии эндоларингеалии папилломаҳо маводҳои Сиклоферон ва Амиксин таъин карда шуд. Сиклоферон 1 бор ба андозаи 2 ҳаб (300мг) ва Амиксин 1 ҳаб (60 мг) 1 маротиба дар шабонарез ба- рои қабул аз роҳи даҳон дар шабонарӯзҳои 1, 2, 4, 6, 8, 10 таъин карда шуд.

Дар кӯдакони гирифтори папилломато- зи ҳанчара дар ҳамаи гурӯҳҳои синнусолӣ пеш аз табобат аломатҳои норасоии масу- ният - коҳишҳои миқдори фоизӣ ва мут- лақи зерпопулятсияҳои лимфоситҳои дорои ресепторҳои CD3+, CD4+ ва CD8+ ба му- шоҳида расидааст. Шиддатнокии масуни- яти гуморалӣ ҷой дошт, ки ба он афзоиши боэътимоди муҳтавои нисбӣ ва мутлақи лимфоситҳои CD16+ гувоҳӣ меод. Шид- датнокии масунияти гуморалӣ дар коҳиш- ёбии муҳтавои Ig A, M ва G ифода ёфта буд. Баъд аз муолиҷадар беморони гурӯҳи асос- ӣ муҳтавои нисбӣ ва мутлақи лимфоситҳои CD3+, CD4+ ва CD8+ афзоиш ёфта, шумо- раҳои нисбӣ ва мутлақи лимфоситҳои B нисбат ба меъёр баландшуда боқӣ монд, аммо тамоюл ба коҳиш ёбии дошт. Баланд шудани имконоти захиравии синтези зидди-

вирусҳо: ИФН- $\alpha$  ва ИФН-  $\gamma$  рӯй дод. Дар беморони гурӯҳи назоратӣ бошад, аз тара- фи нишондодҳои масунӣ дигаргунӣ ба самти эътидол ба назар намерасид.

Такроршавии аввалини беморӣ дар бе- морони гурӯҳи асосӣ баъд аз 11 моҳ аз оғози мушоҳида ба қайд гирифта шуд. Давраи байнитакроршавӣ бошад ба 1 солу 1 моҳ  $\pm$  0,3 моҳ баробар мешуд. Дар беморони на- зоратӣ бошад, такроршавии аввалини бе- морӣ баъди 6 моҳ ба вуқе пайваст ва дав- раи байнитакроршавӣ ба  $8\pm 0,2$  моҳ баро- бар мешуд.

**Хулоса.** Ҳамин тавр, равиши маҷмӯӣ ба табобат ва тавонбахшии кӯдакони гириф- тори папилломатози ҳанчара, ба коркарди усуле мусоидат намуд, ки он имкон дод на- тиҷабархшии табобат баланд бардошта шуда, офиятбахшии пурраи кӯдакон муяс- сар гардад. Муолиҷаи маҷмӯӣ папиллома- този ҳанчараи кӯдакон, бо истифодаи Сик- лоферон ва Амиксин имконият фароҳам намуд, ки такроршавии аввалини беморӣ давраҳои байнитакроршавӣ нисбат ба бе- морони назоратӣ ба кулӣ ре ба беҳбудӣ ниҳад, равиши муносиби боэътимод беҳтар- кунандаи амалкардҳои овозбарорӣ ва на- фаскашии ҳанчара, сифати зиндагии кӯда- кон ба воқуниши масуниятшиносии орга- низм таъсири мусбат расонида, ҳифозати зиддивирусии организмро фаъол намуд.

## АДАБИЁТ

- 1.Егоров В.И.,Мустафаев Д.М.,Кочнева А.О. Папилломатоз гортани у детей: современное состояние проблемы //Вестн. оторинолар. 2018. Т. 83, № 5. С. 84-90.
- 2.Мазин Н.К.,Мазина П.В.,Редькина Д.В. Влияние циклоферона на эффективность фармакотерапии инфекционных заболеваний широкого спектра у детей и взрослых. Систематический обзор и метаанализ//Антибиотики и Химиотерапия. 2018. Т. 63. С. 31-40.
- 3.Наджимутдинова Н.Ш., АмоновШ.Э. Комплексное лечение рецидивирующего респираторного папилломатоза у детей // Оторинолар. Вост. Европа. 2014. Т. 15, №2. С. 12-15.
- 4.Усманова С.Ш.,АбдуллаеваН.Н. Современный подход к лечению рецидивирующего ювенильного папилломатоза гортани //Рос.оторинолар. 2017. Т. 87, № 2. С. 88-90.
- 5.Шамсидинов Б.Н.,Гаффарова М.А., Халимова Т.Р. Социально-гигиеническая характеристика папилломатоза гортани у детей //Рос.оториноларингология. 2016. № 5 (86).С. 88-91.
- 6.DerkayC.S.,BluhерA.E. Recurrentrespiratorypapillomatosis: update 2018 //Curr. Opin.Otolaryngol. Head Neck Surg. 2018.Vol. 26, № 6. P. 421-425.
- 7.Donovan B., CallanderD. Juvenile onset recurrent respiratory papillomatosis: the benefits of quadrivalent human papillomavirus vaccination continue to accrue //J. Infect. Dis. 2018.Vol. 217.P. 1506.



## ХАТАРИ ПАЙДО ШУДАНИ РЕЗИСТЕНТНОКӢ БА ТАБОБАТ ВА БЕМОРИҶОИ СЦЕРЕБРОВАСКУЛЯРӢ ДАР БЕМОРОНИ МУБТАЛО БА ФИШОРБАЛАНДИИ ШАРӢНИ

Х.Ӣ. Шарипова, Ф.Н. Абдуллаев, Х.С. Султонов, А.Н. Ҳамидова

Кафедраи таълими асосҳои бемориҳои даруни (мудири кафедра д.и.т., профессор Саидов Ӣ.У.)- и МДТ "ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино", шуъбаи неврологияи МТШ №2 ба номи К.Т. Тоҷиев, ш. Душанбе.

*Султонов Хабибулло Сувонович, кандидат мед. наук, ассистент кафедры, пропедевтики внутренних болезней ТГМУ им. Абуали ибни Сино, Habibulo Suvonovich Sultonov I, phd in medicine, assistant of propaedeutics of internal diseases of ATSMU.*

## РИСК РАЗВИТИЯ РЕЗИСТЕНТНОСТИ К ЛЕЧЕНИЮ И ЦЕРЕБРОВАСКУЛЯРНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Х.Ӣ. Шарипова, Ф.Н. Абдуллаев, Х.С. Султонов, А.Н. Ҳамидова

Кафедра пропедевтики внутренних болезней ТГМУ им. Абуали ибни Сино, отделение неврологии ГМЦ №2 им. К.Т. Таджиева, г. Душанбе

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,

высокий 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

## RISK OF DEVELOPMENT OF RESISTANCE TO TREATMENT AND CEREBROVASCULAR DISEASES IN PATIENTS WITH ARTERIAL HYPERTENSION

### Резюме.

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.

**Мақсади таҳқиқот.** Омӯхтани паҳншавӣ ва сохтори бемориҳои цереброваскулярӣ (БСВ) дар беморони гирифтори фишорбаландии шарӢни (ФШ) бо хатари олии пайдо шудани резистентнокӣ ба табобат.

**Мавод ва усулҳои таҳқиқот.** Натиҷаҳои таҳқиқоти 1029 бемори гирифтори фишорбаландии шарӢни, ки ба табобат майлдоранд ва дар шуъбаи неврология ва кардиологияи МТШ №2 ба номи академик К.Т. Тоҷиеви шаҳри Душанбе (солҳои 2014-2018) бистарӣ буданд, чамъбаст

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 ФШ, паҳншавӣ ва сохтори бемориҳои цереброваскулярии генезаш рағӣ ба таври муқоиса омӯхта шуданд.

**Натиҷаҳо ва баррасии онҳо.** Бартареи 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 шарёни (ФРШ) бештар ҳамроҳ бо сатҳи баланди ФШ ва дараҷаи вазнини фишорбаландии шарёни ( $p < 0,0001$ ) 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 серебропротективии онҳоро нишон медиҳад. Ихтилоли шадиди хунгардиши майна бо сатҳи хатари пайдошавии резистентнокии (ХПР) ба табобат, ҳамчунин и синну сол, чинси 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 саҳти мутақобиладошта дар беморони дорои фишорбаландии шарёни дараҷаҳои баланди хатари пайдошавии резистентнокии (ХПР) 5-сола ба табобат, диабети қанд, бемориҳои ишемикии дил, норасоии музминни 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 чараёни ихтилолҳои когнитивӣ гувоҳӣ медиҳад. Ба имконпазирии аҳамияти серебропротективии ҳамлаҳои транзитории ишемикӣ зиёдшавии нисбии онҳо дар беморони дорои хатари кам ва муътадили пайдошавии резистентнокиӣ ба табобат ишора мекунад.

**Муқаддима.** Фишорбаландии шарёни фавтиятро, аз ҷумла аз ҳисоби бемориҳои серброваскулярӣ (БСВ) хеле зиёд мекунад. Чараёни маъюбкунандаи БСВ яке аз проблемаҳои муҳимми тиббӣ- иҷтимоӣ ба ҳисоб меравад ва ба ҷомиа зарари калон мерасонад. Муқаррар карда шудааст, ки табоботи самаранокии фишорбаландии шарёни хатари пайдошавии оризаҳои кардиоваскуляриро кам ва давонокии ҳаётро зиёд мекунад. Кам шудани самаранокии табоба-

ти 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 мутақобилии гипертонияи резистентӣ ва ихтилоли хунгардиши майна бахшида шудаанд, лаҳзаҳои ҷудоғонаро инъикос мекунанд ва имконият намедиҳанд, ки дар хусуси сабабҳо ва натиҷаҳои иртиботи мутақобилаи резистентнокиӣ ба табобати бемориҳои серебро-васкулярӣ хулоса бароварда шавад [3-5].

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

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

Ба ақидаи И.Е. Чазова "гипертонияи (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 серброваскулярӣ, вобаста аз дараҷаи хатари пайдошавии резистентнокиӣ ба табобат зарурати омӯзиши ҳаматарафаи ин бемориҳоро ба миён мегузорад.



**Мақсади таҳқиқот.** Муқаррар намудани паҳншавии осебҳои шадид ва музмини рағҳои майнаи сар вобаста аз дараҷаи хатари 5-солаи пайдошавии резистентнокӣ ба табобат.

**Мавод ва усулҳои таҳқиқот.** Чамъбаст намудани таҳқиқоти 1029 бемори мубталои гипертонияяяии шарёнӣ, 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 авлия;
- 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 симптоматикаи шарёнӣ;
- Норасоии музмини дил 4 ФК
- Бемории вазнини соматикӣ.

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

Дар интихоби умумии беморони мубтало ба фишорбаландии шарёнӣ 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 шарёнӣ, паҳншавӣ ва сохтори бемориҳои серброваскулярии генезашон (пайдоишашон) рағӣ ба таври муқоисавӣ омӯхта шуданд.

Хусусиятҳои клиникӣ-гемодинамикии фишорбаландии шарёнӣ омӯхта шуданд:

сатҳи ФШ, миқдори ихтилолҳои шадиди аз сар гузаронидашудаи хунгардиши майна аз рӯйи анамнез (инсултҳои ишемикӣ ва геморағӣ, ҳамлаи транзитории ишемикӣ), бемории ишемикии дил, чарбсорӣ, диабети қанд.

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

Ҳангоми истифода намудани Шкали госпиталии изтироб ва афсурдаҳолӣ (депрессия) (Zigmond A.S. ва дигарон, 1983) скрининги ихтилолҳои изтиробӣ ва афсурдаҳолӣ (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  $\geq 6$  балл).

Коркарди омории мавод бо истифода аз пакети стандартии барномаи амалии таҳлили оморӣ (Statistica10,0) гузаронида шуд. дар ҳолати муътадил тақсим шудани аломат, эътимоднокии фарқиятҳои нишондодҳои миёна бо ёрии t - критерияи Студент баҳогузорӣ карда шуд; ҳангоми фарқ доштани аз муътадил бо U - критерияи Манн-Уитни барои ду интихоби озод ва критерияи Крускал-Уоллис барои якҷанд интихоби озод. Муқоисаи нишондиҳандаҳои миқдории он аз рӯйи критерияи  $X^2$  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 нишондодҳои  $p < 0,05$  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 вобаста аз ҷинс ва синну сол мушоҳида карда шуд (ҷадвали 1).



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

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

Эзоҳ: p- нишондиҳандаи фарқияти нишондиҳандаҳо аз рӯи ҷинс; ра-б - Фарқияти нишондиҳандаҳои байни гурӯҳҳо а) ва б) (аз рӯи критерияи  $\chi^2$ ).

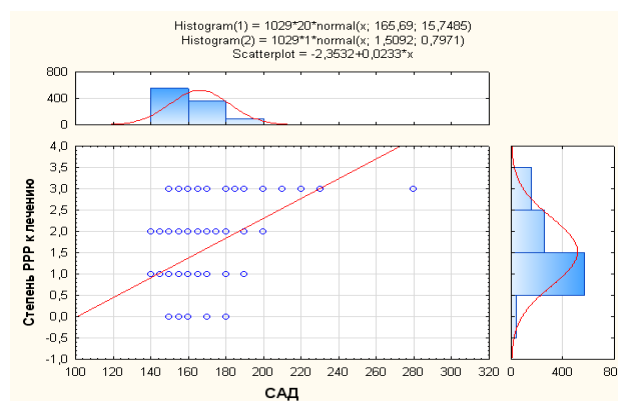
Хусусияти махсуси беморони бистаришудаи мубтало ба ФШ дар шуъбаи кардиологӣ ва неврологӣ бартарӣ доштани занҳо буд (мардҳо ва занҳо мутаносибан 27,5 ва 72,5%; p<0,0001).

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 шарёнӣ 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 резистентноки ба табобат дар 63,9% -и беморон хатари паст ва муътадили резистентноки ба табобат ва дар 36,1% хатари баланд ва хеле баланд муайян карда шуд.

Иртиботи мутақобилаи ФШ систоликӣ ва ва дараҷаи хатари пайдошавии резистентноки 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 резистентноки 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 резистентноки ба табобат (ҷадвали 2) бартари муҳими 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 бартари беморони зиёдаи 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 резистентноки 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).



**Чадвали 2. Заминаи клиникӣ-гемодинамикӣ ва миқдори бемориҳои серебровасклярӣ дар беморони дорои фишорбаландии шарёӣ вобаста аз дараҷаи хатари 5- солаи пайдошавии резистентнокӣ ба табобат.**

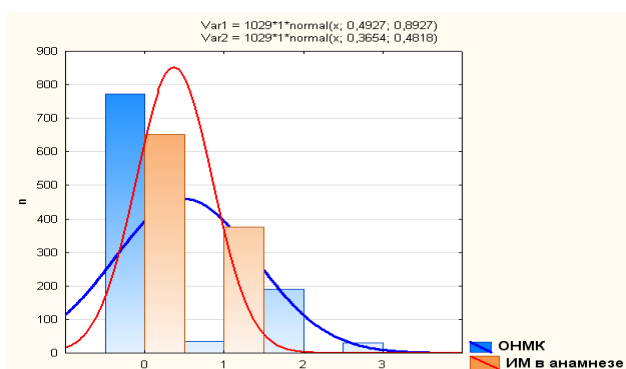
Показатели	Беморони дорои ФШ		p
	Гурӯҳи 1 (n=658)	Гурӯҳи 2 (n=371)	
Синну сол	58,6±0,3	59,8±0,4	<0,05
Мардҳо, мутлақ%	155/23,6	128/34,5	<0,05
Занҳо, мутлақ%	503/76,4	243/65,5	<0,001
ФШС, мм сут. сим.	161,3±0,5	173,5±0,9	<0,001
ФШД, мм сут. сим.	90,9±0,3	97,9±0,5	<0,001
Ихтилоли шадиди хунгардиши майна мутлақ%.	146/22,2	110/29,7	<0,01
Аз ҷумла, ҳамлаи транзиторӣ - 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 нисбӣ - мувофиқи критерияи  $\chi^2$ .)

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

Аммо ҳамлаи транзиторӣ ишемикӣ бештар дар заминаи хатари пайдошавии резистентнокӣ аст ва муътадил ба табобат ( $p < 0,05$ ) мушоҳида шуд, ки ин аз имконпазирии нишондиҳандаи серебропротекторӣ онҳо гувоҳӣ медиҳад.

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



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

Зухуроти энсефалопатияи дистсиркуляторӣ (ЭД) дараҷаи возеҳиаш гуногун тақрибан дар ҳамаи беморони гурӯҳи 2 (98,4%) ба назар расид; возеҳи 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 нисбатан зичтари ЭД бо диабети 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 шарёии 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, бемо-



риҳои заминавии бемориҳои серброваскулярии пайдоишашрағх ФШ вазнин, диabetи канд, норасоии музмини дил ба ҳисоб мераванд, ки ҳамроҳ бо шохиси баланди комор-

бидӣ чараён мегиранд. Дар заминаи хатари паст ва муътадили РКАТ шиддат гирифтани ТИА аз имконпазирии нишондоди сербропротективии 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.

### СИНДРОМИ ИХТИЛОҶӢ ДАР КӢДАКОН: НАҚШИ СИРОЯТӢОИ ГЕРПЕСВИРУСӢ

**Г.С. Мамадҷонова, З.К. Умарова, Ф.С. Бақоев**

Кафедраи бемориҳои кӯдакон №1 (мудири кафедра, н.и.т., дотсент Мамадҷонова Г.С.),  
тибби оилавии №2(мудири кафедра, н.и.т., дотсент Ёдгоров М. Ҷ.)

МДТ ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино

*Мамадҷанова Гулнора Сидиқҷонова- н.и.т., дотсент, мудири кафедраи бемориҳои кӯдакон №1, МДТ ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино, E-mail: gulnora.tamadjanova@gmail.com тел.: 918720903*



*Мамаджанова Гульнора Сидикджановна* - доцент кафедры детских болезней №1 ГОУ "ТГМУ имени Абуали ибни Сино" к.м.н., E-mail: *gulnora.mamadjanova@gmail.com* тел.: 918720903,  
*Mamadjanova Gulnora Sidikjanovna* - associate professor of the department of children's diseases №1 SEI "Avicenna Tajik State Medical University" Ph.D., E-mail: *gulnora.mamadjanova@gmail.com* tel.: 918720903

## СУДОРОЖНЫЙ СИНДРОМ У ДЕТЕЙ: РОЛЬ ГЕРПЕСВИРУСНЫХ ИНФЕКЦИЙ Г.С. Мамаджанова, З.К. Умарова, Ф.С. Бакоев

Кафедра детских болезней №1 (заведующий кафедрой - к.м.н., доцент Мамаджанова Г.С.), кафедра семейной медицины №2 (заведующий кафедрой - к.м.н., доцент Ёдгорова М.Дж.) ГОУ ТГМУ имени Абуали ибни Сино

Нередко в педиатрической практике судорожный синдром представляет большую опасность. Авторами было выделено 3 группы детей, у которых наиболее часто возникает судорожный синдром: "фебрильные" судороги, при нейроинфекциях и при эпилепсии. Дебют "фебрильных" судорог чаще возникает у мальчиков в возрасте до 1 года. Тогда как для судорог, возникающих при нейроинфекциях и эпилепсии, характерно их появление у детей в возрасте старше 3 лет. У

64,6% детей в этиологии преобладали герпесвирусы, особенно относящиеся к группе ЦМВ и ВГЧ6 типа. При поступлении ребенка в стационар с судорожным синдромом необходимо комплексное обследование, включающее не только стандартный набор, но и серологическое исследование крови (ИФА и ПЦР) для своевременной диагностики и реализации этиотропного лечения.

**Ключевые слова.** Судорожный синдром, герпес, дети.

## VASCULAR SYNDROME IN CHILDREN: THE ROLE OF HERPESVIRAL INFECTIONS Mamadzhanova G.S., Umarova Z.K., Bakoev F.S.

Often in pediatric practice, convulsive syndrome is a great danger. The authors identified 3 groups of children. Who most often have a convulsive syndrome: febrile convulsions, with neuroinfections and with epilepsy. The debut of "febrile" seizures occurs more often in boys under the age of 1 year. Whereas for seizures arising from neuroinfections and epilepsy, their appearance in children over the age of 3 years is characteristic. In 64.6% of children, herpes viruses

prevailed in the etiology, especially those belonging to the group of CMV and HHV type 6. When a child enters a hospital with a convulsive syndrome, a comprehensive examination is necessary, including not only a standard set, but also a serological blood test (ELISA and PCR) for timely diagnosis and implementation of etiotropic treatment.

**Keywords.** Convulsive syndrome, herpes, children

**Муҳимият.** Омӯзиши ихтилоҷ таърихи хеле қадимӣ дорад. Гиппократ навишта буд, ки ихтилоҷи фебрилӣ бештар дар кӯдакони 7 сола аввал пайдо шуда, дар кӯдакони калонтар камтар дида мешавад. Чандин аср сипарӣ шуда бошад ҳам, этиологияи ихтилоҷ то имрӯз ба қадри кофӣ омӯхта нашудааст. Басомади он дар кӯдакон ба 2,2 - 3,5% дар популятсия баробар аст. Дар Аврупо ва ИМА 2 - 4%-и ҳамаи кӯдакон ҳадди ақал як лаҳзаи ихтилоҷи фебрилиро то 5- солагӣ аз сар мегузаронанд, дар Япония ин фоиз зиёдтар аст ва 8,8%-ро ташкил медиҳад [1]. Зиёда аз 60%-и онҳо дар се соли аввал рост

меояд. Пас, ихтилоҷ дар кӯдакон барои чӣ рух медиҳад? Дар адабиёти илмӣ ҳолатҳои баррасӣ мешаванд, ки дар онҳо пайдо шудани ихтилоҷ имконпазир мебошад. Ихтилоҷ, мохиятан воқуниши майнаи кӯдакро дар муқобили омилҳои барангезанда инъикос мекунанд [2]. Механизми патогенетики татбиқи ҳама гунна ихтилоҷҳо разрядҳои синхронии электрики патологияи нейронҳои марказии ҳаракати эфферентии нейронҳои қишри майнаи калон дар ноҳияи қачии пешмарказии пешонӣ ба ҳисоб мераванд [3]. Аммо сабабҳои бевоситаи пайдошавии ин разрядҳои синхронӣ дар ҳар як



ҳолати мушаххас метавонад, ки гуногун бошад.

Дар адабиёти илмӣ чунин сабабҳои эҳтимоли пайдошавии ин беморӣ нишон дода шудаанд: вараҷаи бо вирус сироятшуда, омилҳои генетикӣ ва патологияи перенаталӣ [1, 4-6].

Дар кӯдакон бештар ихтилоҷҳо дар иртибот аз вараҷа пайдо мешаванд. Тақрибан ҳар як кӯдакони даҳум гирифтори ихтилоҷ аст. Манзараи клиникӣ нишон медиҳад, ки ташҳиси "ихтилоҷи фебрилӣ" бештари вақтҳо ба таври умумӣ шарҳ дода мешавад ва табибон ба ихтилоҷҳои фебрилӣ ҳамаи ҳолатҳоро дохил мекунад, к ибҳо ҳарорати баланд сурат мегиранд. Дар бештари мавридҳо ин ба он оварда мерасонад, ки сари вақт ташҳис карда нашудааснд, ҳамчунин пешгӯии ноаниқии ихтилоҷ дода мешавад [7, 8]. Тақрибан ҳамаи вирусҳои герпетикӣ нейротронӣ мебошанд, метавонанд, ки шаклҳои вазиши мененгит, энсефалитро ба вуҷуд оваранд, ки дар ин ҳолат 80%-и нейронҳои фавтида барқарор намешаванд. Натиҷаҳои шаклҳои вазиши аз сар гузаронидаи осебҳои СМА мумкин аст, ки натиҷаи эпилепсия, ДЦП, гидросефалия бошанд.

Дар солҳои охир тавачҷӯҳи олимон ва табибони амалӣ ба масъалаи камтар омӯхташудаи вирусҳои герпес чалб карда шудааст, ки ба сифати агенти этиологии пайдошавии ихтилоҷи фебралӣ дар кӯдакон баррасӣ карда мешавад. Мувофиқи маълумоти донишмандони хоричӣ ба ихтимлорче, ки дар асари герпеси вирусӣ пайдо шудаанд, 20-40% рост меояд. Дар натиҷа, дар 41%-и ҳолатҳо дар гурӯҳи таҳқиқшаванда ихтилоҷи фебрилӣ бо герпеси вирусӣ алоқаманданд.

**Мақсади таҳқиқоти мазкур баҳодии вирусҳои герпес дар генези синдроми ихтилоҷ ва муайян кардани предикаторҳои барвақти пайдоиши он дар кӯдакон мебошад.**

**Мавод ва усули таҳқиқот.** Бо мақсади муайян кардани мубрамияти масъалаи омӯхташуда мо таҳлили ретроспективии 323 таърихи бемории кӯдакон гузаронида шуд, ки дар давраи солҳои 2017 - 2019 дар шӯъбаи "Модару кӯдак" ва шӯъбаи септики МТ "Истиклол" дохил шуда буданд.

**Усулҳои таҳқиқоти беморон аз инҳо иборат буд:** ҷамъоварии анализ, муоинаи педиатр, невролог, таҳлили клиникаи хун, элетроэнсефалограмма, дар ҳолати зарурат гузаронидани томографияи компютерӣ ва томографияи магнитӣ - резонансии майнаи сар.

**Натиҷаҳо ва баррасии онҳо.** Ихтилоҷҳои фебрилӣ асосан дар беморони мо дар фасли зимистон (декабр-апрел) пайдо мешаванд, дар ин вақт ҳангоми нейроинфексия онҳо мавсимияти возеҳ надоранд. Ҳамин тавр, чунин гуфтан мумкин аст, ки фасли солро ҳамчун нишондиҳандаи барвақти пешгӯикунанда баррасӣ кардан мумкин нест, ҳол он ки синну сол ва чинси кӯдак барои ташҳиси тафриқии ин ҳолат дар марҳилаи то беморхонагӣ аҳамият доранд. Дар ҳамаи беморон ҳангоми дохил шудан ба статсионар бо ташҳиси "синдроми ихтилоҷӣ" таҳлили клиникаи хун таҳқиқ карда шуд. Сатҳи баланди лейкоцитҳо дар беморони дорои "ихтилоҷи фебрилӣ" ва беморони дорои нейроинфексия ва беморони дорои ихтилоҷҳои фебрилӣ ба мушоҳида расид.

Маълумотҳои ба дастовардашуда аз он гувоҳӣ медиҳад, ки нишондиҳандаи сатҳи лейкоцитҳо ҳангоми ба статсионар дохил шудани кӯдакони дорои синдроми ихтилоҷи эътимоднок нест ва меъёри асосӣ барои баҳогузори кардани вазнини ҳолати кӯдаки бемор нест, чараёни бемориро муайян намекунад.

Дар айни замон нақши вирусҳо дар дерминатсияи ихтилоҷ бештар тавачҷро чалб мекунад. Мо профили вирусологии 97 бемор аз 114 нафарро, ки ба статсионар бо ташҳиси "синдроми ихтилоҷӣ" фиристода шудаанд, таҳлил кардем, дар ин маврид герпервирусҳо дар 64,9%-и кӯдакон бо усули ИФА ва дар 56%-ПЦР ошкор карда шудааст.

Тавре ки аз маълумотҳо бар меояд, герпервирусҳо дар зиёда аз нисфи 56%-и беморони таҳқиқшуда, ки бо ташҳиси "синдроми ихтилоҷӣ" дохил шуда буданд, ошкор карда шуд. Аз рӯи натиҷаҳои таҳқиқотҳои серологии хун титрҳои аз лиҳози ташҳисӣ



муҳимми антител ҳангоми сирояти CMV (60,3%) бартарӣ доштанд.

Сироятҳои герпетикӣ, таҳти ниқоби бемориҳои шадиди сироятӣ ва бронхит чарён гирифта, дар аксари мавридҳо ба ташаккули шаклҳои пешраванда, пайдо шудани иммунодефитсита такрорӣ оварда мерасонанд. Кӯдакони иммунокомпрометишуда дар шакли шадиди беморӣ IgM ҳосил намекунанд, то 4 ва аз он бештар зиёд шудани IgG шиддат гирифтани бемориро нишон медиҳанд, персистенсияи сирояти ситомегаловирусӣ ва Эпштейн-Барри вирусӣ аҳамияти калон доранд. Аммо дар нейросироятҳо бештар шаклҳои шадиди сирояти герпесвирусӣ ошкор карда шуданд. Дар кӯдакони гурӯҳи 3-и дорои "ихтилоҷи фебрилӣ" герпес ва сирояти CMV бартарӣ доштанд. Азбаски дар фаъолияти амалии клиникӣ табибон ба маълумотҳои ПСР таъя мекунанд, мо низ таҳлили ПСР -и хунро барои муайян кардани вирусӣ CMV ва герпес дар беморон аз рӯйи гурӯҳҳо бо мақсади муайян кардани аҳамияти ташхисии усули мазкурҷанҷом додем, ки ҳангоми пайдо шудани синдроми ихтилоҷӣ вирусӣ герпес зиёдтар аз 29,2% то 53,8% ташхис мешавад. Барои кӯдакони гурӯҳи якуми дорои синдроми

ихтилоҷӣ ҳангоми нейросироятҳо, бариловаи инҳо CMV ва HSV низ аҳамият доранд. Қайд кардан зарур аст, ки барои ташхиси сироятҳои герпетикӣ муносибати комплексӣ ба баҳодиҳии натиҷаҳои маълумотҳо ва серология ва ПСР зарур аст.

### ХУЛОСА

1. Таҳқиқоти гузаронидашуда нишон дод, ки таҳти ташхиси мақсадноки "синдроми ихтилоҷӣ" дар кӯдакон на танҳо ихтилоҷи "фебрилӣ", балки оғози саръ ва нейросироят пинҳонанд, пайдошавии онҳо аз фасли осл вобаста нест.

2. Мо аломатҳои барвақти ташхиси тафриқии ихтилоҷро дар марҳалаи то беморхонагӣ ҷудо кардем: дар кӯдакон (писарҳо) -и соли авали ҳаёт бештар ихтилоҷи "фебрилӣ" пайдо мешавад, ҳол он ки оғози саръ ва нейросироят дар сини аз яксола калонтар ба амал меоянд.

3. Маълумотҳои ба даст овардашуда омӯзиши минбаъдаи аҳамияти герпесвирусоҷоро дар генези "синдроми ихтилоҷӣ" дар кӯдакон талаб мекунад ва табибонамалиро водор месозад, ки ба таъйини саривақтии табобати этиотропии антигерпетикӣ аҳамияти зарурӣ диҳанд.

### АДАБИЁТ

1. Медведев М.И. Проблемы диагностики и терапии судорожных состояний в раннем детском возрасте и пути их решения // Педиатрия. 2012 ;3; 149-158.
2. Мухин К.Ю., Миронов М.Б. Фебрильные приступы // Русский журнал детской неврологии. 2010; 5:34-37
3. Ward K.N., Andrews N.J., Verity C.M. et al. Human herpesvirus-6 and 7 each cause significant neurological morbidity in Britain and Ireland // Arch. Dis. Child. - 2005. - 90 (6): 619-623.
4. Никольский М.А., Радыш М.В. Роль вирусов герпеса человека 6 и 7-го типов в возникновении фебрильных судорог у детей // Вопросы диагностики и педиатрии. 2012;. 4: С. 46-48.
5. Мелёхина Е.В., Чугунова О.Л., Каражас Н.В. Клинические формы инфекции, вызванной вирусом герпеса человека 6 типа, у детей старше одного года / Тезисы: Педиатрия и детская хирургия // Данные ФГБУ "НИИЭМ им Н.Ф. Гамалеи" Минздрава России. 2012; Т. 3: 45-49
6. Каражас Н.В., Малышев Н.А., Рыбалкина Т.Н., Калугина М.Ю. и др. Современные аспекты герпесвирусной инфекции. Эпидемиология, диагностика, лечение и профилактика: Метод. Рекомендации / Правительство Москвы, Департамент здравоохранения. - М.: Спецкнига, 2012: 128 с.





## ПАҲНШАВИИ ГИМЕНОЛЕПИДОЗ МИЁНИ АҲОЛИИ ҶУМҲУРИИ ТОҶИКИСТОН ДАР ШАРОИТИ МУОСИРИ ИҶТИМОИЮ ИҚТИСОДИ

**З.Г.Хасанов, Ф.И.Одинаев, Ш.Ф.Одинаев**

Унвонҷӯи пажӯжишгоҳи илмию таҳқиқоти тибби профилактикии Вазорати  
тандурустӣ ва ҳифзи иҷтимоии аҳолии Ҷумҳурии Тоҷикистон

*Хасанов З.Г. - соискатель ГУ "НИИ профилактической медицины Таджикистан", тел.: +992  
93731222*

*Ҳасанов З.Г. - унвонҷӯи ПИТТП Вазорати тандурустӣ ва ҳифзи иҷтимоии Ҷумҳурии Тоҷи-  
кистон,*

## РАСПРОСТРАНЕНИЕ ГИМЕНОЛЕПИДОЗА СРЕДИ НАСЕЛЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ ТАДЖИКИСТАН В СОВРЕМЕННЫХ СОЦИАЛЬНО- ЭКОНОМИЧЕСКИХ УСЛОВИЯХ

**Цель исследования.** Изучение заболеваемости населения Республики Таджикистан паразитарными и гименлепидозными заболеваниями в современных социально-экономических условиях.

**Материалы и методы исследования.** Данная работа выполнена на базе "НИИ профилактической медицины МЗ и СЗН Республики Таджикистан" (в лаборатории паразитологии и иммунологии) в период 2015-2019 годы. Обобщение результатов исследования проводилось на основе статических данных отчетов Республиканского центра государственного санитарно-гигиенического контроля РТ о заболеваемости населения разных регионов РТ паразитарными и гименлепидозными болезнями.

**Результаты исследования.** Результаты анализа заболевания в республике показали, что в Согдийской области рост заболевания в период с 2015 по 2019 годы уступает другим регионам республики, количество больных становятся меньше.

**Выводы.** Таким образом, результаты проведенного исследования свидетельствуют о том, что данное заболевание в Согдийской области имеет тенденцию к уменьшению, в то время, как в Хатлонской области и некоторых районах республиканского подчинения отмечается обратное.

**Ключевые слова.** гельминтоз, яйцеклеток глистов, контаминация.

## HYGIENIC BACKGROUND OF THE PREVALENCE OF PARASITIC DISEASES IN THE POPULATION OF THE REPUBLIC OF TAJIKISTAN

**Z.G. Hasanov, F.I. Odinaev, SH.F. Odinaev**

State Institution "Research Institute of Preventive Medicine" of the Ministry of Health and  
Social Protection of the Republic of Tajikistan

The main sources and routes of entry of helminthic eggs into the human body have been studied, these are environmental objects - soil, water of reservoirs, wastewater, from where they get into table greens, food products (vegetables, fruits, berries), dirty hands. Invasive material (helminthic eggs, tapeworm segments, lamblia cysts) enter the soil with human and animal feces.

Бемориҳои паразитарӣ, ки ба таркиби онҳо гименолепидоз ҳам дохил аст, дар соҳтори амрози аҳолии аксарияти давлатҳо, аз

The high degree of contamination of the main sources and routes of transmission of helminthic eggs (soil, plant products, washings from hands, tableware) creates the prerequisites for infection of the population with helminthic eggs with the development of parasitic diseases.

**Key words:** helminthes, helminthic eggs, contamination.

ҷумла кишварҳои мутаммадини ҷаҳон яке аз ҷойҳои намоёнро ишғол мекунад ва бар замми саломати одамон зарари бузурги



иктисодӣ низ мерасонад. Махсусияти амрози паразитарӣ дар он аст, ки дар вучуди одами ин бемориро паси сар карда иммунитет ташаккул намеёбад ва аз ин рӯ, ӯ метавонад тақроран бемор гардад.

Барои аксарияти онҳо, аз ҷумла барои гименолепидоз, манбаи асосӣ ва роҳҳои асосии воридшавии маводи инвазионӣ хок, оби хавзҳо, обҳои чорӣ маҳсулоти ғизоии аз растаниҳо ҳосилшуда (орд, маҳсулоти нонӣ барои гименолепидоз), инчунин дастони ифлос ба шумор меравад.

Ба таҳқиқи масъалаи паҳншавии бемориҳои паразитарии ҷудоғона - аскаридоз, лямблиоз, токсоплазмоз, токсокароз дар Ҷумҳурии Тоҷикистон дар солҳои гуногун олимони ҷумҳурии мо - Х.К. Камардинов, Р.К. Мирзоева, М.С. Талабов, М.Қаюмова ва дигарон низ машғул шудаанд.

Таҳлили адабиёти марбут ба ин соҳа нишон медиҳад, ки ба масъалаи гименолепидоз дар кишвари мо чандон тавачҷуҳ нашудааст ва ин омил моро водор намуд, ки ба проблемаи паҳншавии ин навъи маризӣ дар миёни аҳолии Ҷумҳурии Тоҷикистон машғул шавем.

Натиҷаи таҳқиқоти мо нишон дод, ки гирифторшавӣ ба ин беморӣ бештар дар миёни аҳолии вилоятҳои Хатлон, Суғд ва ноҳияҳои тобеи ҷумҳурӣ зиёд мебошад.

Муҳимият. Ба таҳқиқи махсусиятҳои паҳншавии бархе бемориҳои паразитарӣ миёни аҳолии Ҷумҳурии Тоҷикистон олимони тоҷик низ машғул шудаанд. Масалан, оид ба проблемаи аскаридоз олимони Х.К. Камардинов ва Р.К. Мирзоева пажӯҳишҳои бунёдӣ анҷом додаанд. Дар таҳқиқоти онҳо заминаҳои гигиении густариши аскаридоз ва роҳҳои паҳншавии ин беморӣ мушаххас шудааст, М. Қаюмова масъалаи паҳншавии токсокарозро мавриди баррасӣ қарор додааст. Ба пажӯҳиши омилҳои санитарияи гигиении ин беморӣ М.С. Талабов дахл намулдааст.

Қорҳои вижае, ки ба масъалаи гименолепидоз ва паҳншавии он миёни аҳолии Тоҷикистон бахшида шуда бошанд, то кунун вучуд надорад. Ҳол он ки гименолепидоз ба яке аз амрози хеле зиёд дучоршавандаи па-

разитарӣ мансуб буда, сарчашмаи гирифторшавӣ ба он тасмагиччаи хурд (*hymenolepis nana*) - биогелминте мебошад, ки на фақат инсонҳо, балки баъзе ҳояндаҳо (хайвоноти мушмонанд)-ро гирифтор мекунад. Инсон метавонад дар як вақт ҳам хӯчанини асосӣ ва ҳам фосилавии сирояти ин маризӣ ва низ манбаи асосии сироятбӣ - наҷосат, оби даҳон, тавассути дастони ифлос, дастаи дар, пашшаву магасҳо, нонхӯрақҳо бошад.

Ҳадафи таҳқиқ. Мақсади таҳқиқ омӯзиши ҳолати беморшавии аҳолии Ҷумҳурии Тоҷикистон ба маризии паразитарии гименолепидоз дар шароити кунунии иқтисодиву иҷтимоӣ мебошад.

Мавод ва усулҳои таҳқиқ. Таҳқиқот роҷеъ ба паҳншавии бемориҳои паразитарӣ дар миёни аҳолии Ҷумҳурии Тоҷикистон дар пояи Пажӯжишгоҳи илмию таҳқиқотии тибби профилактикии Вазорати тандурустӣ ва ҳифзи иҷтимоии Ҷумҳурии Тоҷикистон (озмоишгоҳҳои паразитология ва иммунология) дар тӯли солҳои 2015-2019 анҷом дода шудааст.

Таҳқиқот дар асоси ҳисобот оид ба гирифторшавии аҳолии Тоҷикистон ва бархе минтақаҳои он тибқи гузоришҳои Маркази ҷумҳуриявии назорати санитарияи гигиении давлатӣ ва сохторҳои он дар ҷумҳурӣ амалӣ шудааст, инчунин варақаҳои амбулатории маризоне мавриди санҷиш қарор гирифтаанд, ки маризияшон тибқи санҷиши клиникалии озмоишгоҳҳо - санҷиши копроовоскопии наҷосати одам бо усули флотатсия бо методи Фюллеборн ва мутобиқи МУК 4.2.735-99 "Методҳои паразитологии ташҳиси озмоишгоҳии гелминтозҳо ва протозоозҳо" ва методи ташҳиси иммуноферментӣ - ИФА муайянкунии ҷисми бегона дар озмоишгоҳи паразитологияи Пажӯжишгоҳи илмию таҳқиқотии тибби профилактикӣ татбиқ гардидааст.

Натиҷаи таҳқиқот ва баррасии он. Таҳлили беморшавии аҳолии вилояти Хатлон дар муддати таҳқиқ (ҷадвали 1) нишон дод, ки соли 2015 паҳншавии ин беморӣ 99 нафарро дар нисбати 100 ҳазор одам (шумораи умумӣ - 3313 нафар); соли 2016 108 кас дар нисбати



100 ҳазор одам (3617 нафар); соли 2017 109 кас дар нисбати 100 ҳазор одам (3654 нафар); соли 2018 1152 кас дар нисбати 100 ҳазор одам (4042 нафар) ташкил додааст. Чунин хулоса мешавад, ки суръати беморшавии аҳолии вилояти Хатлон ба гименолепидоз баланд буда, рӯ ба афзоиш мебошад.

Беморшавӣ ба гименолепидоз дар вилояти Суғд соли 2015 47,3 фоизро дар нисбати 100 ҳазор аҳоли (1237 нафар); соли 2016 46,7 фоизро дар нисбати 100 ҳазор одам (1220 нафар); соли 2017 32,5 фоизро дар нисбати 100 ҳазор одам (850 нафар); соли 2018 28,5 фоизро дар нисбати 100 ҳазор одам (745 нафар) ва соли 2019 25,2 дар қиёс бо 100 ҳазор одам (658 нафар) ташкил додааст. Дар муқоиса бо гирифторшавии аҳолии вилояти Хатлон ба гименолепидоз дар Вилояти Мухтори Кӯҳистони Бадахшон суръати мубталошавӣ ба ин навъи маризӣ паст аст. Чунончи, соли 2015 беморшавии аҳолии ин минтақа ба гименолепидоз 9,0 фоизро бо назардошти 100 ҳазор аҳоли (20 нафар); соли 2016 9,9 фоиз дар нисбати 100 ҳазор аҳоли (22 нафар); соли 2017 сураъати беморӣ коҳиш ёфтааст: то 3,6 фоиз ба 100 ҳазор аҳоли; соли 2018 6,3 фоиз ба 100 ҳазор аҳоли ва соли 2019 9,0 ба 100 ҳазор аҳоли (20 нафар).

Дар ноҳияҳои тобеи ҷумҳурӣ гименолепидоз бештар соли 2015 авҷ гирифтааст - нишондиҳандаи ин беморӣ 63,0 фоизро дар нисбати 100 ҳазор аҳоли (1376 нафар); соли 2016 45 фоиз дар қиёс бо 100 ҳазор аҳоли

(993 нафар); соли 2017 49,0 фоиз ба ҳар 100 ҳазор аҳоли (1060 нафар); соли 2018 48,0 фоиз дар қиёс бо 100 ҳазор аҳоли (1047 нафар) ва соли 2019 60,0 фоиз дар нисбати 100 ҳазор аҳоли (1313 нафар) ташкил додааст. Дар тамоми давраи таҳқиқ динамикаи афзоиш ба назар намерасад, аммо соли 2019 тамоюли афзоиши ин беморӣ, яъне гименолепидоз ба мушоҳида мерасад.

Дар шаҳри Душанбе сироятбӣ ба гименолепидоз дар муқоиса бо дигар манотиқи ҷумҳурӣ хеле паст буда, он соли 2015 11,1 фоизро ба ҳар 100 ҳазор аҳоли (105 нафар); соли 2016 9,3 фоизро ба ҳар 100 ҳазор аҳоли (88 нафар); соли 2017 11,8 фоизро ба ҳар 100 ҳазор аҳоли (111 нафар); соли 2018 11,5 фоизро ба ҳар 100 ҳазор аҳоли (109 нафар) ва соли 2019 6,7 фоизро ба ҳар 100 ҳазор аҳоли (82 нафар) ташкил дод.

Дар маҷмӯъ, дар ҷумҳурӣ беморшавӣ ба гименолепидоз дар соли 2015 75,0 фоизро дар қиёс бо 100 ҳазор аҳоли (6051 нафар); соли 2016 69,0 фоизро дар нисбати 100 ҳазор аҳоли (5940 нафар), соли 2017 63,0 фоизро дар қиёс бо 100 ҳазор аҳоли (5683 нафар); соли 2018 76,0 ба ҳар 100 ҳазор аҳоли (7006 нафар) ва соли 2019 73,8 фоизро ба ҳар 100 ҳазор аҳоли (7015 нафар) ташкил намуд.

Ҳамин тариқ, натиҷагирии таҳқиқот гувоҳӣ медиҳад, ки гирифторшавии аҳолии ҷумҳурӣ ба гименолепидоз дар вилояти Хатлон ва ноҳияҳои тобеи ҷумҳурӣ хусусияти баландшавӣ дорад.

## Ҷадвали 1

### Нишондиҳандаи мубталошавии аҳолии Ҷумҳурии Тоҷикистон ба бемории гименолепидоз (солҳои 2015-2019)

Минтақа	Нишондиҳанда	Солҳо				
		2015	2016	2017	2018	2019
Вилояти Хатлон	Шумораи умумӣ	3313	3617	3654	5091	4942
	Ба ҳар 100 ҳазор аҳоли	99,0	108,0	109,0	152,0	148,0
Вилояти Суғд	Шумораи умумӣ	1237	1220	850	745	658
	Ба ҳар 100 ҳазор аҳоли	47,3	46,7	32,5	28,5	25,2
ВМКБ	Шумораи умумӣ	20	22	8	14	20
	Ба ҳар 100 ҳазор аҳоли	9,0	9,9	3,6	6,3	9,0
Ноҳияҳои тобеи ҷумҳурӣ	Шумораи умумӣ	13,76	993	1060	1047	1313
	Ба ҳар 100 ҳазор аҳоли	63,0	45,0	49,0	48,0	60,0
Душанбе	Шумораи умумӣ	105	88	111	109	82
	Ба ҳар 100 ҳазор аҳоли	11,1	9,3	11,8	11,5	6,7
Дар ҷумҳурӣ	Шумораи умумӣ	6051	5940	5683	7006	7015
	Ба ҳар 100 ҳазор аҳоли	75,0	69,0	63,0	76,0	73,8



Дар ВМКБ сатҳи гирифторӣ ба маризии гименолепидоз нисбат ба манотиқи дигари мамлакат паст мебошад.

Дар динамикаи марҳилаи таҳқиқ (солҳои 2015-2019) дар вилояти Суғд як миқдор пастшавӣ ё кохиш ёфтани беморшавӣ ба гименолепидоз ба мушоҳида мерасад. Ҳол он ки дар вилояти Хатлон акси ин ҳолат ба назар

мерасад. Дар ноҳияҳои тобеи ҷумҳурӣ беморшавии аҳоли ба гименолепидоз динамикаи чашмрас надорад.

Дар шаҳри Душанбе мубталошавии аҳоли ба гименолепидоз дар муқоиса бо дигар минтақаҳои ҷумҳурӣ он қадар баланд нест ва дар маҷмӯъ мӯътадил ба ҳисоб меравад.

#### Адабиёт

1. Алиев С.П. Паразитарные системы трехдневной малярии, совершенствование её эпидемиологического надзора и элиминации в Республике Таджикистан в условиях переходного периода: дисс...д-ра мед. наук. - 2014. - 47 с.
2. Камардинов Х.К. Инфекционные и паразитарные болезни, 2009.
3. Камардинов Х.К. Малярия (эпидемиология, клиника, диагностика, лечение и профилактика малярии) // Х.К. Камардинов, Ю.Ю. Мирзоалиев, С.П. Алиев, Л.М. Базарова. Учебный модуль. - Душанбе, 2009. - 128 с.
4. Мирзоева Р.К. Распространение кишечных гельминтозов и лямблиоза и оптимизация борьбы с ними в условиях Душанбинской агломерации: дисс канд. биол. наук. 2002. - 24 с.
5. Мирзоева Р.К. Эколого-социальные основы профилактики аскаридоза в Средней Азии (на примере Республики Таджикистан): дисс д-ра. биол. наук, 2006. - 26 с.
6. Талабов М.С. Аскаридоз у детей (клиника, диагностика, лечение, профилактика): методические рекомендации. - Душанбе, 2011. - 18 с.
7. Талабов М.С. Клинико-эпидемиологические особенности острых кишечных инфекций и кишечных нематодозов у детей: дисс.д-ра мед. наук, 2012. - 46 с.
8. Ясинский А.А., Сысоева Т.Г., Чителкина Т.В. Информационный сборник статистических и аналитических материалов. - М., 2002, раздел 3.2. - С. 67.

#### БАРРАСИИ ТАЪСИРИ НАНАТЕКНУЛУЖӢИ БАҶ УЛУМИ ПИЗИШКӢИ ВА ЗИСТИ МУҲИТӢ АЗ ДИДГОҲИ АБЗОРҲОИ НОНОМЕТРӢ

Аминулло Нусрат, Мухаммад Ҷовид Иброҳимӣ,  
Факултаи тиббии Донишгоҳи Балх, Ҷумҳурии Исломии Афғонистон.

*Аминулло Нусрат, ассистент, медицинский факультет, Университет г. Балх Исламской Республики Афганистан*

*Мухаммад Ҷовид Иброҳими, ассистент, медицинский факультет, Университет г. Балх Исламской Республики Афганистан. Email: dr.jawidebrahimi2015@gmail.com тел: +93 (0) 700 525 929*

*Assistant Professor Aminullah Nasrat and Mohammad Jawid Ebrahimi teacher at Medical Faculty Balkh University District 3 Mazar\_e\_Sharif, Balkh, Afghanistan: Phone: Email: sinanasrat@yahoo.com- +93 (0) 700 510 070 -*

#### РАССМОТРЕНИЕ ВЛИЯНИЯ НАНОТЕХНОЛОГИЙ НА МЕДИЦИНСКИЕ НАУКИ И ОКРУЖАЮЩУЮ СРЕДУ С ТОЧКИ ЗРЕНИЯ НАНОМЕТРИЧЕСКИХ ПРИБОРОВ

*Аминулло Нусрат, Мухаммад Ҷовид Иброҳими, медицинский факультет, Университет г. Балх Исламской Республики Афганистан*



Впервые тема молекулярных инженерных нанотехнологических инноваций была предложена в 1959 году Ричардом Фейнманом. Нанотехнологии являются технологиями работы на уровне молекулярных структур. В данной статье рассматривается значение стратегии инноваций и ее связь с инновациями в области мелких частиц в медицинской и экологических науках. Изначально на существующий потенциал наци-

ональных учреждений по окружающей среде было обращено внимание в 2000-2001 годах. Прогресс нанотехнологий в области электроники, оптоэлектроники и компьютерных технологий окажет непосредственное влияние на развитие медицинской техники.

**Ключевые слова:** Нанотехнология, датчик экологической среды, инфракрасный лазер, гелий-онановый лазер, биологический.

## INVESTIGATING THE IMPACT OF NANOTECHNOLOGY ON MEDICAL AND ENVIRONMENTAL SCIENCES FROM THE PERSPECTIVE OF NANOMETER TOOLS

### Abstract

The idea of molecular engineering technology or nanotechnology was first put forward by Richard Feynman in 1959. Nanotechnology is actually the technology of implementing the molecular structure of atomic precision. This paper discusses the strategic importance of this technology and its relationship to fine particle technology in medical and environmental sciences. This paper discusses the strategic importance of this technology and its relationship to fine particle technology in medical and environmental sciences. We will first examine the potential of the National Institutes of Health and Science Foundation in 2000 and 2001, with funding allocated to the United States as the leading nanomaterial technology provider in health, medical, and environmental care. Examination of the biomaterials mediators of living tissue and inanimate materials and environmentally friendly materials (devices) (environmental sensors and research tools) and therapeutics

(drug delivery systems and genes to the body) are among the discussed molecular building blocks of life. (Lipids, proteins, nucleic acids, carbohydrates and their non-biological substitutes) are all substances that have unique properties due to their size, reproducibility and nanoscale size. Nano-surfaces and devices, including infrared lasers in the frequency range of 1000 nm and helium-neon gas He-Ne at 632.8 nm, with a power of a few milliseconds, can be difficult to process. The complexity of genome sequencing and decoding of genes has dramatically transformed and increased their efficiency. Increasing our ability to identify the hereditary framework will revolutionize medical diagnosis and treatment. In addition to facilitating optimal drug use and formulas, nanotechnology has invented new ways to deliver the drug to the body, which in turn extends the therapeutic potential of the drugs.

**Keywords:** Nanotechnology, Environmental Sensors, Infrared Laser, Helium-Neon Laser, Biological

**Мукадима.** Нанотекнулужӣ (Nanotechnology) твонмандии тавлиди мавод, абзорҳо ва системаҳои ҷадид бо дар даст гирифтани кантрӯл дар сатҳи молекулярӣ атомӣ бо истифода аз ҳаво-си он дар он сутӯҳ зоҳир мешавад. Барои нанотекнулужӣ корбурдҳои дар ҳавоҳои таҷрибаҳои пизишкӣ, физика, дору, биотекнулужӣ, муҳити зист, энеоҷӣ, шимӣ, физик ва ғайра баршумурдаанд, ки ин фаровариҳо ба унвони як заминаи фарориштаӣ ё фаробахшӣ матраҳ мекунад [1,134].

Моҳияти фарориштаии улуми текнулужӣ нано ба унвони тавониандӣ ва тавли-

ди мавод ва барои ва абзорҳо ва системаҳои ҷадид бо диққати атомумолекул дар ё зуд таъсири худро дар баҳши пизишкӣ ва беҳдошт, аз ҷумла системаи расониши дору дар дохили бадан хоҳад гузошт. Масрафи дору дар ҳоли ҳозир басурати ҳаҷмӣ аст, тавре ки ағлаби селулаҳои (ҳучайраҳои) ҳоси бадан и ниёз ба дору доранд [2,227].

Дар равиши ҷадид, дору бо васоили таъриқи ҷадид ба таври мустаким ба самти селулаи мушаххас ҷиҳатгирӣ намуда ва ба маҳалли мавриди ниёз таҳвил дода меша-



вад. Бо ҳамин созу корбемориҳои кӯчак ва бузург дар оғози шаклгирӣ қобили ташхис ва дармон хоҳанд буд [3,86].

Тарҳи миллии нанотекнулуҷӣ дар кишварҳои Урупой, Ийолоти муттаҳида ва Жопон бо авлавияти болое дар ҳазаҳои муҳталиф дар ҳоли иҷро аст. Ҳавзаҳои дар ҳоли зуҳури улум ва муҳандисии ноно, тавоноии ҷобачойии бисёр дақиқи мавод, дарк ва кантрули бесобиқаи аҷзои бунёдини ташкилдиҳандаи аҷсоми физикиро ба ҳамроҳ дорад [4,178].

Ба назар мерасад, ки ин пешрафтҳо шеваи тарроҳӣ ва сохти ҳама чизро аз воксин гирифта то кампютар тағйир хоҳад дод. Ин тарҳ, сармоягузори дар ҳавзаҳои нанотекнулуҷиро ҳарсола ҳудуди ду баробар нисбат ба соли қабл афзоиш медиҳад [5,272].

Аз дастгоҳҳои мушорикаткунанда дар ин тарҳ метавон муассисоти миллии беҳдошт ва бунёди миллии улум дар кишварҳо ишо-

ра кард. Будҷаи таҳқиқ ва тавсеаи ин дуддастгоҳ барои нанотекнулуҷӣ дар Ийолоти муттаҳида дар солҳои 2001, 2002, 2003 дар ҷадвали 1 омадааст.

Меҳварҳои таҳқиқоти умдаи муассисоти миллии беҳдошт дар заминаи нанотекнулуҷӣ.

-Маводи зистии воситаҳои муштараки бофти зинда ва моддаи бечонва маводи созгори муҳитӣ, (васоили) ҳисгирҳои муҳитӣ (Biosensors) ва абзорҳои таҳқиқотӣ, (дармоншиносӣ) системи расониши дору ва ген (ген) ба бадан) ва зерсохти омӯзиш [6,318].

-Бароварди эътибор: 21 миллион доллар дар соли 1999, 32 миллион доллар дар соли 2000, 39 миллион доллар дар соли 2001, 41 миллион доллар дар соли 2002 ва 43 миллион доллар дар соли 2003.

#### Шеваҳои ҳимоят аз таҳқиқ ва тавсеа.

-Таҳқиқоти донишгоҳӣ, ҳимояти таҳқиқотӣ аз ширкатҳои кӯчак ва пуштибонӣ аз мутолиоти инфиродӣ ва гуруҳӣ.

#### Ҷадвали №1. - Будҷаи таҳқиқ ва тавсеаи ду дастгоҳ барои нанотекнулуҷӣ (миллион доллар).

Созмон	Соли 2001	Соли 2002	Соли 2003
Муассисаи миллии беҳдошт	39	41	43
Бунёдии миллии улум	150	199	221
Ҷамъ	189	240	263

-Меҳварҳои таҳқиқоти умда: маводи зистӣ, ҳисгирҳои ташхиси пизишкӣ, ҳисгирҳои женомик (Genomics), нанозаррот ва нанокурсҳо барои расонидани дору ва ген ба бадан.

-Омӯзиши чандриштаӣ (фарориштаӣ) [7,47]. Муассисоти миллии беҳдошт дар соли 2004, имтиёзҳо дар заминаи нанотекнулуҷӣ барои иҷрои барномаҳои мавҷуд ва ва пружаҳои тоза дарёфт кардааст [8,183].

Ин барномаҳо ба сурати якҷо ва ҷудогона таҳти назорати комили Маркази миллии беҳдошт ва бо унвони нвзорвти илмӣ, мудирият ва кантрул мешавад. Ҳамоҳангии кули барномаҳои ноно аз тариқи консерсиюми муҳандисии муҳити ин муассисот сурат мегирад. Барномаҳои дасткорӣ ва шиносоии муликулҳои мунфарид чихати касби иттилооти тоза дар мавриди фарояндҳои зистӣ барои шинохти корбурдҳои аз селуӣ (ҳучайравӣ) аз қабилҳои андозагирӣ,

дар сатҳи таҳқиқоти муликулҳои мунфарид дар селулаҳои зинда ва пешрафти илми шимӣ ва абзорсозӣ сурат мегирад [9,353].

Меҳварҳои таҳқиқоти умдаи Бунёди миллии улум

-Нанобиотекнулуҷӣ: биосистем, системҳои муқаллиди ҳаёт.

-Нанофарояндҳои зисти муҳитӣ.

-Сохт ва тавлид: наносохторҳои тарроҳишуда дар ҳавзаҳои бисёр рез (квантумӣ-Quantum) DNA.

-Мувоҳисаи чандмиқёсӣ ва чандпадидаӣ дар миқёси нано. Таҳқиқоти бунёдӣ ва баландмуддат дар ҳавзаҳои, ки бар пояи дарк бунёдии навсохт блокҳои созандаи нанометрӣ устувор аст, дар пизишкӣ мувоҳиса бахшҳои беҳдоштӣ, шимӣ ва саноеӣ доруӣ, биотекнологӣ ва муҳити зист дар пай хоҳад дошт [10,271]. Ин тарҳҳо бо ҳимояти мустамар аз пажухишгарони мунфарид ва гуруҳҳои кӯчаке, ки таҳқиқоти бунёдӣ ва



навоварона анҷом медиҳанд, иртиқои ҷуҷаҳои озмоишгоҳии муштарақ ва фаробакши ҳоҳад шуд [11,161].

Таъсири нанотекнолуҷӣ дар пизишкӣ, мувоқибатҳои беҳдошт ва муҳити зист.

Фаъолияти системаҳои зиндаҳо усулан аз рафтори муликулҳо дар миқёси наноношӣ мешавад. Акнун ҳама риштаҳои илм ё шимӣ, физик, пизишкӣ ва зистшиносӣ ба ин миқёсҳо гароидаанд [1,97]. Ин бинишчанд риштаҳо роҳро барои пешрафти харҷи сареътари нанотекнолуҷӣ ҳамвор месозад. Блокҳои муликулосозандаи ҳаёт (липидҳо, прутинҳо, асиди нуклеикҳо, ҳидрокарбонҳо ва ҷойгузинҳои ғайрибиолоҷии онҳо) ҳамагӣ дар зумраи маводе ҳасанд, ки ба далели бархӯрдорӣ аз ибод, такрорпазирӣ ва миқёси наноӣ вижагиҳои беназир доранд [1,44 ва 5,90].

Дар сурати бақоргирии сутуҳ ва васоили нано метавон фарояндҳо, кунунӣ ва тоқатфарсои занҷирабандии Genome ва рамзгушоии жанҳоро ба шиддат мутаҳавил кард ва бар қорои онҳо афзуд [2,146].

Афзоиши қобилиятҳои нанотекнолуҷӣ ба суди мутолиоти пояи селулиносии патолуҷӣ низ ҳоҳад буд. Пас аз тавсеаи абзорҳои таҳлилгар, ки қодир ба қовиши дунёи нонометрӣ бошанд, дигар қашфи вижагиҳои шимӣбиомиконикии селулаҳо (аз ҷумла тақсим ва ҳаракати селули) ва санҷи-

ши вижагиҳои молекулҳои мунфарид, рӯёи даст наёфтани нахоҳад шуд [12,29].

Ба ин тартиб метавон зуҳури ҳама алоими болинии бемориҳо (алоиме, ки пас аз зуҳур, ағлаб ниёз ба дармонҳо ё мудохилаҳои тӯлонимуддат доранд) -ро мутавақиқ кард ва ё ба таъхир андохт. Лизо текнолуҷии нонодар тасеаи равишҳои ташхиси алоими аввалияи бемориҳои биолоҷии ва руҳдодҳо, қолбадӣ нақши ҳаёти ифо мекунад [15, 437].

### Қорбурди нанотекнолуҷӣ

1. Фановариҳои беҳбудӣ ёфтаи аксбардориҳои пизишкӣ.

Имрӯз аксбардориҳои пизишкӣ аз тариқи ашғаҳо, ташдиди миғносӣ ва аксбардориҳои волтросион сурат мегирад. Ин фановариҳо метавонанд бо қудрати шигифтангез ва бе он ки садамаҳо бирасонанд нишон диҳанд, ки дар бадани мо чӣ мегузарад, аммо ҳанӯз бо суръат, диққат, ҳассосият ва қиммати матлуб фосилаи зиёде доранд. Дар натиҷа бисёре аз бемориҳоро танҳо пас аз пешрафти нисбӣ метавон ташхис дод [1,191]. Пешрафтҳои отии нанотекнолуҷӣ дар ҳавзаҳои электроник, Optoelectronic ва кампютар таъсири мустақим ба аксбардориҳои пизишкӣ ҳоҳад дошт. Ҳамчунин фоктурҳои (омилҳои) беҳбуд ёфтаи қорои шафоқосозии тасвир (ҷунҷи, қобили тазриқ ба системҳои аксбардорӣ бошад) ба армуғон меоварад [8,216].

## АДАБИЁТ

- 1 - Қимтеҳматалтасиастанотекнолуҷӣ, нанотекнолуҷӣ янақлабисантеяйнда Ҳадаолодوم, теҳран, анншаратиҷроҳе, 1380, 91, 44, 97, 134, 83
- 2 - Қимтеҳматалтасиастанотекнолуҷӣ, брنامه Ҳадаолодوم, теҳран, анншаратиҷроҳе, 1380, 74, 73, 146, 227
- 3 - Қимтеҳматалтасиастанотекнолуҷӣ, анқлаб Ҳадаолодوم, теҳран, анншаратиҷроҳе, 1380, 18, 25, 73, 86
- 4 - Қазинорисеҳр, Қимтеҳматалтасиастанотекнолуҷӣ, дфтр Ҳадаолодوم, теҳран, анншаратиҷроҳе, 1380, 162, 150, 178, 83
- 5 - Brige R. Protein-Based Computers. SciAm. 1995; 272: 90-95.
- 6 - Rudolph AS. Biomaterial biotechnology using self-assembled lipid microstructures. J CellBiochem. 1994 Oct; 56(2): 183-7.
- 7 - Merkle R. A new Family of six degree offreedom positional devices. Nanotechnology. 1997; 8:47-52.
- 8- Siegel R, Hu E, Roco M. Nanostructurescience and technology. Washington D.C: NSTC; 1999. 183, 216



- 9- Roco M. International strategy for nanotechnology research and development. *J nanoparticle research*. 2001; 5-6: 353-360.
- 10- Merkle RC. Biotechnology as a route to nanotechnology *Trends Biotechnol*. 1999 Jul; 17(7): 271-4.
- 11-Aitman TJ. DNA microarrays in medical practice. *BMJ*. 2001 Sep 15; 323(7313): 611-5
- 12-Jennifer L. Application of nanotechnology to biotechnology, *Curr Opin Struct Biol*. 2000; 125: 29-33.
- 13-Luckow VA. Recombinant DNA technology and applications. New York: McGraw-Hill; 1991. 107, 118, 121
- 14-Musgrave C, Perry J. Theoretical studies of a hydrogen abstraction tool for nanotechnology. *Nanotechnology*. 1991; 2: 187-195.
- 15-Dubois L. Synthesis, structure and properties of model organic surfaces., *Annu Rev Phys Chem*. 1992; 60: 437.
- 16-Svoboda K, Block SM. Biological applications of optical forces. *Annu Rev Biophys Biomol Struct*. 1994; 23: 247-85.
- 17-Ziegler C, Gopel W. Biosensor development. *Curr Opin Chem Biol*. 1998 Oct; 2(5): 585-91.
- 18-Cyranoski D. Japan sets sights on success in nanotechnology. *Nature*. 2000 Nov 30; 408(6812): 624.
- 19-Zhang Y, Seeman NC. The construction of a DNA truncated octahedron. *J Am Chem Soc*. 1994; 116: 1661-1669.
- 20-Mao C, Sun W, Shen Z, et al. A nanomechanical device based on the B-Z transition of DNA. *Nature*. 1999 Jan 14; 397(6715): 144-6.

### САФАРИ ҲАВОЙ ВА БЕМОРИҲОИ ҚАЛБӢ-УРУҚӢ (ДИЛУ РАҒХО)

Навидуллоҳ Азиз, ассистенти факултети тиббии Донишгоҳи Балх,  
Ҷумҳурии Исломии Афғонистон

### ВОЗДУШНОЕ ПУТЕШЕСТВИЕ И СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ

Навидулло Азиз, ассистент медицинского факультета Университета  
города Балх Исламской Республики Афганистан

Ежегодно совершается 2 миллиарда полетов на местных и международных авиалиниях. Случаи ухудшения самочувствия, связанные с сердцем, являются наиболее частой причиной изменения маршрутов полета и, согласно наблюдениям, чаще всего приводят к смертям в воздухе.

Увеличение среднего давления в легочной артерии приводит к более явному выражению симптомов сердечной недостаточности у больных, имеющих низкое EF (Ejektion

Fraction - фракция выброса). Дегидратация является одной из самых распространенных угроз при длительных перелетах. Одной из причин смертей, связанных с воздушными путешествиями, предполагается легочная эмболия. Также высок риск бессимптомного DVT голени у лиц старше 50-и лет в ходе полетов длительностью более 8 часов.

**Ключевые слова:** воздушное путешествие, сердечно-сосудистые заболевания, тромбоз глубоких вен.

### AIR TRAVEL AND CARDIOVASCULAR EVENTS

Dr. Nawidullah Aziz Teacher at Medical Faculty Balkh University

Annudly 2 billion passengers undertake international and domestic air travel. Cardiac events account for the greatest percentage of

flight diversions and appear to represent the major cause of in-flight death. Patients with cardiovascular disease can be more sensitive to





changes in arterial oxygen saturation. The net effect of such pressure changes is in decreasing arterial oxygen tension which could provoke ischemia and arrhythmia in those most susceptible. As a result, before flight, oxygen bags must be considered for such passengers. Several studies have demonstrated increased and mean pulmonary arterial pressure at high altitudes could be due to sympathetic activity and hypoxia. The increase in pulmonary artery pressure suggest that travelers with depressed ejection fractions might suffer from increased symptoms of right or left sided heart failure during air travel. Dehydration has been a major concern with long haul air travel. Theoretically, dehydration could be expected to contribute to the deleterious effect of air travel on cardiac patients by effectively decreasing preload and therefore cardiac output in patients with pacemakers and ICDs that are adjusted

externally via a wireless communication link, magnets producing a strong enough field that inhibit tachycardia therapy when placed on top of almost all ICD models. Pulmonary embolism (PE) has been suggested as a culprit in deaths related to air travel. Risk of symptomless calf DVT is high in subjects over 50 years of age on flights longer than 8 h. The role of aspirin therapy in the prevention of VTE has been a subject of considerable debate. Compression stocking appear to represent a reasonable measure in all travelers over the age of 50 years who fly for more than 8 h or further than 5000 Km. The current generation of pacemakers and ICDs would allow easy access to data regarding in flight arrhythmia and might help to further elucidate the impact of altitude on the occurrence of ventricular and atrial arrhythmias.

**Keywords:** Air travel, Cardiovascular diseases, Deep vein thrombosis

**Мухимият.** Солона 2 миллиард сафар тавассути парвозҳои маҳаллӣ ва байналмилалӣ ҷобачо мешаванд [1,342; 2,346]. Бо пир шудани ҷамъият ва тавоноии пизишкон дар муҳофизат аз бемориҳои қалбӣ, теъдоди афзоишдае аз афроди мубталло ба бемориҳои қалбӣ-уруқӣ (дилу рағҳо) иқдом ба парвозҳои тӯлонимуддат мекунад. Бисёре аз ин мусофирон заробонсоз ё дифибролотури худкор доранд. Тахти ревоскулориз изосиён қарор гирифтаанд ва ё мутаҳаммили навъи дигаре аз амали ҷарроҳӣ шудаанд, ки онҳо дар маърази тромбози варидҳои умқӣ (DVT) қарор медиҳад. Додаҳои ҷадид, ки аз ширкатҳои мусофирбарии Иёлооти Муттаҳида аҳз шудаанд, нишон медиҳанд, ки ба ҳар  $1/4$  миллион мусофир тақрибан 15 марг иттифоқ меафтад [3,235].

Рӯйдодҳои қалбӣ саҳми бузурге аз мавориди тағйири масири парвозҳоро ба худ ихтисос медиҳанд ва ба назар мерасад, ки бештарин иллати марг дар ҳинни парвозро ташкил медиҳанд [3,292; 4,259]. Бо афзоиши мизони мусофирати ҳавоии беморони қалбӣ-уруқӣ интизор меравад рӯйдодҳои қалбӣ ҳангоми парвоз низ афзоиш ёбад. Як намои кулӣ аз мавориди манъи парвоз ва тавсияҳои марбут ба беморони қалбӣ-уруқӣ

дар ҷадвалҳои 1 ва 2 ироа шудааст. Дар ин мақола ба баррасии патофизиологӣ ва эҳтимоли бурузи марги ногаҳонӣ, тромбоз ва рӯйдодҳои умқӣ ва инфарктус дар беморони қалбӣ-уруқӣ дар ҳангоми парвоз пардохта шудааст.

**Ҷадвали 1. Мавориди манъи парвоз барои мубталлоён ба бемориҳои қалбӣ:**

- инфарктуси (инфаркти) қалбӣ дар ду ҳафтаи ахир;
- анжени (гулӯдарди) нопойдор;
- бойпаси уруқи коронарӣ дар ду ҳафтаи ахир;
- норасоии қалбии ҷуброннашуда;
- аритмияи батн ё фавкулбатнии контролнашуда.

**Ҷадвали 2. Тавсияҳои кулӣ барои беморони қалбӣ, ки қасди мусофирати ҳавоӣ доранд:**

- доруҳои кофӣ барои муддати парвоз бояд дар бори ҳамроҳи мусофир қарор дошта бошад;
- аз масрафи ғизоҳои ҳовии сидими фаровон, алкул кофеин иҷтиноб кунанд, миқдори фаровони об бинӯшанд;
- беморон бояд як нусха аз охириин электрокардиографӣ худро бо ё бидуни заробонсозӣ, ба ҳамроҳ дошта бошанд;



- беморон бояд корти ҳовии мушаххасоти марбут ба васоили коштанӣ, монанди зарабонсозҳо, CD-ҳо ва ҳамчунин стентҳоро бо ҳамроҳ дошта бошанд (ин кортро метавон аз ширкатҳои созанда ё пизишки муолиҷ таҳия намуд);

- беморон бояд феҳристи доруҳои масрафӣ ва ҳассосиятҳои эҳтимолиро ба ҳамроҳ дошта бошанд;

- чӯробҳои фишорандаи зерӣ зону (mm Hg 20-30) бояд барои парвозҳои беш аз 5000 км ё 8 соат дар назар гирифта шаванд.

Дар 12.06.2001 Созмони федеролии ҳавонавардӣ (FAA: Federal Aviation Association) содир кард, ки ба мӯҷиби он ҳар ҳавопаймои мусофирбарӣ бо ҳадди аксари зарфияти ҳамли бори беш аз 7500 пунд, ки як меҳмондор дошта бошад, муваззаф аст, ки як дифибрилиатори худкор (AED: Automatic External Defibrillator) ва як кифи иқдомоти уружонси пешрафта ба ҳамроҳ дошта бошад (ҷадвали 3).

Ҳамаи меҳмондорон бояд давраҳои аввалия ва бозомӯзии кор бо AED ва эҳёи қалбӣ-риявиро (шуширо) бигзаранд. Ин конун аз 12.04.2004 ба мавриди иҷро гузошта шуд. Мизони бақои тӯлонимуддат дар чунин беморон аз 26% то 40% мутағайир аст, ба таври матлубе ба мизони 2 то 5% бақо дар мавриди исти қалбии хорич аз бемористон мутобиқат дорад [6,96; 7,259].

**Ҷадвали 3. Васоили мавҷуд дар ҷаббаи кӯмакҳои аввалия дар хутути ҳавоии ИМА;**

- фишорсанҷ;
- дастгоҳи эҳёи дасти худбодшаванда бо 3 моск;
- моски CPR дар 3 андоза;
- сит серум;
- часб;
- маҳлули намакӣ (500 мг);
- зидди дарди ғайри муҳаддир (325 мг, 4 курс);
- курси антигистамин (25 мг, 4 курс);
- атропин 0/5 мг (50 мл, 4 доза);
- курси аспириин (325 мг, 3 курс);
- бронходилатори истиншоқӣ;
- декстраз (50% дар 50 мл, 3 доза);
- эпинефрин 1:1000 (2 доза тазриқӣ 1 мл);
- эпинефрин 1:1000 (2 доза тазриқӣ 2 мл);
- лидокаин (2 доза тазриқӣ, 5 мл, 20 мг/мл);
- курси нитроглитсирин (10 курс 0/4 мг).

**Патофизиолоҷӣ: исқимӣ ва аритмияи қалбӣ дар ҳангоми мусофирати ҳавоӣ**

Мусофирати ҳавоӣ бар беморони қалбӣ-уруқӣ (дилу рағҳо) таъсири чандҷониба дорад. Беморони қалбӣ-уруқӣ мумкин аст ба тағйири ишбои оксигени шарёнӣ ҳассосияти бештаре нишон диҳанд. Фишори қобини ҳавопаймои мусофирбарӣ ба гунае танзим шудааст, ки иртифои (баландии) муодили сатҳи дарёро фароҳам намояд. Иртифои қобин мумкин аст дар ҳангоми парвоз тағйир кунад, дар сурате, ки бар тибқи муқаррароти FAA иртифои муассири қобин дар ҳадди аксари иртифои парвозӣ бояд 8000 по (м) бошад [8,1104].

Беморони мубтало ба бемориҳои риявӣ (шушҳо) заминаӣ ва ҳатто онҳое, ки нораҳои риявӣ надоранд, мумкин аст дар ҳангоми мусофирати ҳавоӣ ба оксигени тақмили эҳтиёҷ дошта бошанд. Тавсия мешавад, ки фишори нисбии шарён оксиген камтар аз 70 mm Hg дар сатҳи дарё дошта бошад, дар ҳангоми мусофирати ҳавоӣ оксигени тақмили дарёфт кунад [10,115]. Оксиген бояд пеш аз парвоз дархост шавад ва маъмулан фақат бо миқдори аз 2 то 4 л дар дастрас қарор мегирад. Бештари хутути ҳавоӣ як гувоҳии пизишкӣ аз пизишки муолиҷи мусофир 48 соат пеш аз парвоз дархост мекунад. Ҳазинаи (пардохти) оксигени дармонӣ дар ҳангоми парвоз дар хутути ҳавоии гуногун мутафовит аст [11,147].

Дар мутолиоти гуногун афзоиши фаъолияти симпотик дар иртифои 1500 м то 3000 м матраҳ шудааст [12,96; 13,293], ки ҳипоксӣ эҷод шуда, дар иртифоҳои болост. Дарди қалбӣ ва офати қитъаи ST дар иртифооти болотар бо фаъолияти камтаре руҳ медиҳад [12,1224], агарчи интизор меравад алоими дарди қалбӣ дар ҳангоми парвоз афзоиш ёбад. Беҳаракатии нисбӣ дар ҳангоми парвоз метавонад алоими ношӣ аз қоҳиши зарфияти қори қалбро, ки дар иртифооти боло иттифоқ меафтад, таҳфиф диҳад. Ҳамчунин бо вучуди ин ки ба далели афзоиши фаъолияти симпотик ва ҳипоксӣ эҷод шуда, дар иртифооти болотар интизор меравад, ки вуқӯи аритмӣ дар ҳангоми парвоз афзоиш ёбад.



Дегидрататсия нигаронии умда дар парвозҳои тӯлонимуддат аст, зеро рутубати ҳавои қобили ҳавопаймоҳои тиҷорӣ 10% аст, ба таври назарӣ дегидрататсия метавонад ба иллати костани пешбори қалбӣ асароти номатлуби парвоз бар беморони қалбӣ-уруқиро ташдид намояд. Бо ин ки дегидрататсия метавонад сабаби хушкӣ пӯст ва таҳарруқи чашм шавад, вале таъсири он бар ҳаҷми муассири дохилиуруқӣ (дохилирағӣ) исбот нашудааст. Skjenna OW, Evans JF, Moore M. нишон доданд, ки бештари беморон дар ҳангоми парвоз ба иллати афзоиши масрафи моеъот ҳатто изофаи вазн пайдо мекунанд [14,930]. Landgraf ET, Vanslew B, Schulte-Huerrmann D, et al. шарҳи парвозро дар 12 фарди довталаби солим шабҳасозӣ карданд, ки ба таври мутавасит 1100-1200мл афзоиш дар таъодули моеъоти онҳо ба вучуд омадааст, ки тақрибан муъодили 1кг афзоиши вазн мебошад [15,283]. Бо ин ҳама иҷтиноб аз нӯшиданиҳои алкулӣ ва кофеиндор ва масрафи моеъоти кофӣ дар ҳангоми парвоз тавсия мешавад.

### **Мусофирати ҳавоӣ ва инфарктус (ифаркт)-и миокарди ахир**

Илова бар нигаронии мавҷуд дар бораи исқимӣ ҳангоми парвоз бархе мусофирон дар ҳангоми парвоз ё наздик ба он дучори инфарктус (ифаркт)-и миокард [myocardial infarction] мешаванд. Комиссионии ҳадамоти пизишкӣ урҷонси анҷумани пизишкӣ Амрико дар соли 1982 тавсия намуд, ки беморон то 3 ҳафта пас аз инфарктус (ифаркт)-и миокард аз мусофирати ҳавоӣ иҷтиноб кунанд [17,94]. Пешрафтҳои чашмгир дар заминаи ангиоплоствӣ ва ревоскулизатсияи коронарӣ, ки аз он таърих ҳосил шудааст, лузуми бозбинии чунин тавсияро эҷоб мекунанд. Roby H, Lee A, Hopkins A. 38 беморро, ки ба таври миёнгин 15 то 16 рӯз пас аз як инфаркти миокард бидуни ориза иқдом ба мусофирати ҳавоӣ карда буданд, баррасӣ карданд [20, 73]. Беморони дучори ориза, яъне онҳое, ки дарди пайдори пас аз инфаркти миокард, аритмӣ ва ё норасоии бутайни (меъдачаи) чапи тӯлонӣ доштанд, аз мутолиа хориҷ шуданд. 24 бемори дучори инфаркти миокард ҳамроҳ бо мавҷи Q шуда

буданд. Миёнгини миқдори каротинини киноз дар гурӯҳи мудохил 866U/L ва дар гурӯҳи шоҳид 1217U/L буд. Ҳарду гурӯҳ ба василаи гурӯҳи пизишкӣ ҳамроҳ шуданд. Дар гурӯҳи мудохила беморон 2 литр оксиген аз тариқи конюли бинӣ дарёфт карданд. Фақат як бемори шавоҳид электрокардиографик ба нафъи исқимӣ дар ҳангоми парвоз дошт.

### **Дефибрилятор/ кардиовертерҳои коштанӣ ва заррабонсозҳо (ICD: Implantable Cardioverter/Defibrillator)**

Бо пешрафти фановарии кардиовертер/ дефибриляторҳои коштанӣ (ICD: Implantable Cardioverter/Defibrillator) теъдоди бемороне, ки аз ин васоил истифода мекунанд, низ афзоиш пайдо кардааст. Беморӣ аз заррабонсозҳо ва ICD-ҳо тавассути як робитаи хориҷии бесим қобили кантрул ҳастанд. оҳанрубое, ки майдони миғнотисии қавӣ эҷод кунанд, метавонад монеаи фаъолияти дармони тақрибан ҳама ICD-ҳо шавад [21,28]. ин вижагиҳо метавонанд мушкилоти билкуввае барои мусофироне, ки қасди парвози ҳавоӣ доранд, эҷод кунанд. Созандагони умдаи ICD-ҳо ва заррабонсозҳо таъкид мекунанд, ки васоили онҳо таҳти таъсири системҳои амниятии фурӯдгоҳҳо осеб намебинанд. Ҳарчанд хушдор медиҳанд, ки фаъолияти ин васоил мумкин аст, ки таҳти таъсир қарор бигирад. Ҳам ICD-ҳо ва заррабонсозҳо метавонанд нодиратан сабаби фаъолсозии филизёбҳои мавҷуд дар фурӯдгоҳ шаванд [22,235]. Ҳамаи беморон бояд корти махсусро аз пизишк ё созандаи дастгоҳ дарёфт ва ҳамроҳи худ дошта бошанд. ICD-ҳо на бояд таҳти таъсири авомили муҳитӣ дар парвоз қарор бигиранд. Бисёрии аз созандагони дастгоҳҳо ВЕБСАЙТҲО ва хутути ТИМ АЙС АЙ-ро эҷод кардаанд, то ба беморон ва пизишкон дар мавриди дастгоҳашон дар ҳини сафар мушавара диҳанд. Беморони дорои ICD мумкин аст, дастгоҳи онҳо аз кор биафтад, бо шок бо AED (Automatic External Device) ниёз пайдо кунанд; агарчи аз кор афтодани дастгоҳ тайи сафари ҳавоӣ аз мавқеи дигар шоеътар намебошад. Ҳамаи беморон бо дастгоҳҳои қарордодашуда дар бадан бояд як корти



шиносии пизишкӣ дошта бошанд, ки дар он навъи васила, шумораи тамоси пизишкони онҳо, таърихи қарордиҳии дастгоҳ мушаххас шуда бошанд. Ҳамчунин тавсия мешавад, ки беморони як купе аз як ECG бо ва бидуни бидуни зарабонсозро бо худ дошта бошанд. Хулосаи тавсияҳо ва манобеъ барои мусофирин дорои дастгоҳҳои коштанӣ дар ҷадвали 4 оварда шудааст.

#### **Ҷадвали 4. Тавсияҳо барои мусофирини дорои дастгоҳҳои коштанӣ дар бадан (ICD бо зарабонсоз).**

- **корти шиносӣ** бо навъи василаи тавасути созанда бо забонҳои мухталиф дар дастрас бошад.

- ба бемор бояд тавсия кард, ки дар муқобили филизёб диранг накунад ва ё ба он така накунад.

- дастгоҳҳои миғнотисии бозрасии дастӣ на бояд рӯйи ICD қарор дода шавад, беморон бояд бозрасии баданӣ шаванд, персоналии амниятӣ бояд эҳтиёт кунанд, ки филизёби дстиро рӯйи ICD барои муддати беш аз 1 то 2 сония қарор надиханд ва чунончи дубора мехоҳанд радёбро аз ноҳияи ICD убури диҳанд, ҳадди ақал 30 сония фосила бо навбати аввал қарор диҳанд.

- дастгоҳҳои миғнотисии дастӣ барои бозрасӣ мумкин аст барои мусофирини дорои зарабонсоз истифода шаванд, аммо персоналии амниятӣ бояд эҳтиёт кунанд, ки миғнотисро рӯйи ICD барои муддати тӯлонӣ қарор надиханд.

- беморон корти иттилоотро бо навъи дастгоҳ, иттилооти марбут ба қарордиҳии он, наҳваи тамос бо пизишкӣ созандаи дастгоҳро ба ҳамроҳ дошта бошад.

Эмболияи риявӣ (шушӣ) ва тромбози варидҳои умқӣ дар тайи сафари ҳавоӣ

Тромбоэмболия ва DVT (Deep Vein Thrombosis) муддати тӯлонӣ аст, ки ба унвони аворизи эҳтимолии сафари ҳавоӣ пешниҳод шудааст. Эмболияи риявӣ (Pulmonary Embolism) ба унвони муқасир дар марғҳои марбут ба сафари ҳавоӣ пешниҳод шудааст. Агарчи шавоҳиде, ки сафари ҳавоиро ба DVT марбут мекунад, то ҳадде гумроҳкунанда ҳастанд [28,32; 29,345; 30,160], Sarvesvaran R. пай бурд, ки 18%-и марғҳои

ногаҳонӣ дар миёни мусофирон фосилаҳои тӯлонии тайи як давраи 3-сола марбут ба PE будаанд [28,55].

Нақши дармон бо аспирин дарпешгири аз VTE (Venous Thromboembolism) мавзӯест, ки дар мавриди он баҳси зиёде вучуд дорад. Тозатарин дастуруламали Коллеҷи пизишкӣ "Қафаси сина"-и мрико истифода аз аспирино ба унвони профилактикаи тромбози варидӣ тавсия намекунад, агарчи дастуруламалҳо ба таври хос бар мавзӯи сафари ҳавоӣ ва тромбози варидӣ така накардаанд [41,355]. Дар бемороне, ки танҳо аспирин меҳӯрданддар муқобили плесбо, риски хунрезӣ 2-6% дар муқобили 2-5% буд. Истифодаи ҳамзамон аз дигар рвишҳои тромбопрофилактикӣ ва моҳияти пурхатарӣ бархе аз ҷамъиятҳои беморон имкони таъмими (пахншавии) натоичро ба дигар ҷамъиятҳо комилан мушкил месозанд.

#### **Нагиҷагири.**

Теъдоди мусофирини ҳавоии мубтало ба бимории қалбӣ рӯ ба афзоиш хоҳанд буд. Пешрафтҳо дар песмекерҳо AICD ва васкуляризатсия муҷадад ба бисёре аз афроде, ки то чанд даҳа қабл имкони сафар надоштанд, ин имконро медиҳад, то анҷоми ин кор бар эшон нисбатан роҳат бошад. Ин ҷамъият дар ҳоли рушд бо анвои мухталифи хатароти ношӣ аз сафари ҳавоӣ мувоҷеҳ хоҳанд буд, ки аз ҷумла онҳо метавон исқимӣ дар парвоз, аритмӣ ва ҳаводиси тромбоэмболики варидӣ ишора кард. Агарчи таҳқиқоте, ки мусофирини ҳавоии мубтало ба бимории қалбиро баррасӣ кардаанд, кам мебошанд, талош шудааст, ки бар асоси шавоҳиди мавҷуд ва патофизиологияи дастуруламалҳои таҳия шаванд. Ин дастуруламалҳо на бояд ҷойгузини мушовараи қалбӣ таъйид шаванд.

Таҳқиқоти бештар барои дастёбии бештар ба мизони хатарӣ хатарӣ ҳавоӣ пас аз MI дар замоне, ки реваскуляризатсияи комилтар ва дармони зиддиplatelet таҳочумитар аст, зарурӣ мебошад дар ҳеч як аз озмуноҳо дар мавриди истифода аз маҳоркунандаҳои гликопротеин, IIb/IIIa клопидограл ё стентҳои оғушта ба дору баҳсе нашудааст.

Дастуруламалҳои American Medical



Association дар мавриди ин мавзӯ мумкин аст бар асоси ин шавоҳид ниёз ба бознигарӣ дошта бошанд. насли феълии песмекерҳо ва ICD -ҳо имкони дастрасии осон ба иттилооти марбут ба аритмии парвозро фароҳам хоҳанд кард ва мумкин аст ба равшан шудани бештар таъсири баландӣ ва иртифоъ бар бурузи исти қалбӣ ба унвони як иллати мушкилоти қалбӣ дар парвоз ва марг дар парвоз фароҳам месозад.

### МАНОБЕЪ

1. Ryan ET, Kain KC. Primary care: health advice and immunization for travelers. *N Engl J Med* 2000; 342(23):1716-1725.
2. Gendreau M, DeJohn C. Responding to medical events during commercial airline flights. *N Engl J Med* 2002; 346(14): 1067-1073.
3. DeJohn CA, Veronneau SJ, Wolbrink AM, et al. The evaluation of in-flight medical care aboard selected US air carriers: 1996 to 1997. Technical report no. DOT/FAA/AM-0013. Washington, DC: US Department of Transportation, Federal Aviation Administration, Office of Aviation Medicine, 2000.
4. Cummins RO, Chapman PJC, Chamberlin DA, et al. In flight deaths during commercial air travel: how big is the problem? *JAMA* 1988; 259:1983-1988.
5. Page RL, Joglar JA, Kowal RC, et al. Use of automated external defibrillators by a US airline. *N Engl J Med* 2000; 343:17.
6. O'Rourke MF, Donaldson E, Geddes JS. An Airline Cardiac Arrest Program. *Circulation* 1997; 96:2849-2853.
7. Robertson RM. Sudden death from cardiac arrest-improving the odds. *N Engl J Med* 2000; 343:1259-1260.
8. Code of Federal Regulations, Title 14 CFR. Part 25.841. Washington, DC: US Government Printing Office, 1986. Cited in H Gong. Air travel and oxygen therapy in cardiopulmonary patients. *Chest* 1992; 101:1104-1113.
9. Gong H. Air travel and oxygen therapy in cardiopulmonary patients. *Chest* 1992; 101: 1104-1113.
10. Stoller JK, Hoisington E, Auger G. A comparative analysis of arranging in-flight oxygen aboard commercial airline carriers. *Chest* 1999; 115(4):991-995.
11. Morgan PJ, Alexander JK, Nicoli SA, et al. The patient with coronary disease at altitude: observations during acute exposure to 3100 meters. *J Wilderness Med* 1990; 1:147.
12. Levine BD, Zuckerman JH, deFilippi CR. Effect of high - altitude exposure in the elderly: the tenth mountain division study. *Circulation* 1997; 96(4):1224-1232.
13. Skjenna OW, Evans JF, Moore M, et al. Helping patients travel by air. *Can Med Assoc J* 1992; 144(3):287-293.
14. Landgraf ET, Vanslew B, Schulte-Huermann D, et al. Economy class syndrome: rheology, fluid balance, and lower leg edema during a simulated 12-hour long distance flight. *Aviat Space Environ Med* 1994; 10:930-935.
15. Krantz DS, Sheps DS, Carney RM, Natelson BH. Effects of mental stress in patients with coronary artery disease: evidence and clinical implications. *JAMA* 2000; 283:1800-1802.
16. AMA Commission on Emergency Medical Services. Medical aspects of transportation aboard commercial aircraft: *JAMA* 1982;247(7):1007-1011.
17. Ryan TJ, Anderson JL, Antman EM, et al. ACC/ AHA guidelines for the management of patients with acute myocardial infarction: executive summary. A report of the American College of Cardiology/ American Heart Association Task Force on Practice Guidelines (Committee on Management of Acute Myocardial Infarction). *Circulation* 1996; 94(9):2341-2350.
18. Cox GR, Peters on J, Bouchel L, et al. Safety of commercial air travel following myocardial infarction. *Aviat Space Environ Med* 1996;67(10):976-982.



19. Zahger D, Leibowitz D, Tabb IK, et al. Long-distance air travel soon after an acute coronary syndrome: a prospective evaluation of a triage protocol. *Am Heart j* 2000; 140:241-242.
20. Roby H, Lee A, Hopkins A. Safety of air travel following acute myocardial infarction. *Aviat Space Environ Med* 2002; 73: 91-96.
21. Pinski SL. Emergencies related to implantable cardioverterdefibrillators. *Crit Care Med* 2000; 28:N174-N180.
22. Medtronic Corporation. Guidelines: traveling and security systems. Available at:<http://www.medtronic.com> (accessed 1 November 2003).
23. Cooperman Y, Zarfati Z, Laniado S. The effect of metal detector gates on implanted permanent pacemakers. *PACE* 1988; 11:1386-1387.
24. Kattenbeck K, Achtelik M, Weissmueller P, Trappe HJ. Interactions between implantable cardioverter defibrillators and metal detectors at airports: present or not? *Europace Suppl* 2000; 1:D101.
25. Kolb C, Schmeider S, Lehmann G, et al. Do airport metal detectors interfere with implantable pacemakers or cardioverterdefibrillators? *JACC* 2003; 41:2054-2059.
26. Paulter NG. Hand-held metal detectors for use in concealed weapon and contraband detection. *NIJ Standard 0602.01*. Washington DC: US Department of justice, National Institute of justice, 2000:8-9.
27. Sarvesvaran R. Sudden natural deaths associated with commercial air travel. *Med Sci Law* 1986; 26:35-38.
28. Ferrari E, Chevallerier T, Chapelier A, et al. Travel as a risk factor for venous thromboembolic disease: a case-control study. *Thorax* 2000; 55:s32-s36.
29. Lapostolle F, Surget V, Borron S, et al. Severe pulmonary embolism associated with air travel. *N Engl J Med* 2001; 345(11):779-783.
30. Perez-Rodriguez E, Jimenez D, Diaz G, et al. Incidence of air travel-related pulmonary embolism at the Madrid-Barajas airport. *Arch Intern Med* 2003; 163(22):2766-2770.
31. Scurr jH, Machin Sj, Bailey-King S, et al. Frequency and prevention of symptomless deep-vein thrombosis in long-haul flights: a randomized trial. *Lancet* 2001 ; 357: 1485-1489.
32. Schwarz T, Siegert G, Oettler W, et al. Venous thrombosis after long-haul flights. *Arch Intern Med* 2003; 163(22):2759-2764.
33. Kazmers A, Groehn H, Meeker C. Acute calf vein thrombosis: outcomes and implications. *Am Surg* 1999; 65:1124-1127.
34. Belcaro G, Geroulakos G, Nicolaidis MS, et al. Venous thromboembolism from air travel: the LONFLI study. *Angiology* 2000; 52:369-374.
35. Ansell j. Air travel and venous thromboembolism-is the evidence in? *N Engl J Med* 2001;345(11):828-829.
36. Gertler jP, Perry L, L'italien G, et al. Ambient oxygen tension modulates endothelial fibrinolysis. *J Vasc Surg* 1993; 18:939-946.

**ТАҒЙИРОТИ СИСТЕМАИ ДИЛУ РАҒҶО ДАР КҶДАКОНИ ГИРИФТОРИ  
ПИЕЛОНЕФРИТИ МУЗМИНИ ДУВВУМДАРАЧА.**

**М.А. Раҳматуллоева, О.Т. Ходжаева, Т.И. Раҳимов, Ф.С. Розиков, С.Р. Астанакулов**

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

МД "Маҷмааи Тандурустии Истиклол"

*Раҳматуллоева Манижа Ахмедовна-ассистенти кафедраи таълими асосҳои бемориҳои кӯдаконаи МДТ "ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино", e-mail: cor-m@mail.ru, тел: 985500707.*

*Раҳматуллоева Манижа Ахмедовна-ассистент кафедраи пропедевтики детских болезней, ГОУ "Таджикского государственного медицинского университета им. Абуалиибни Сино", e-mail: cor-m@mail.ru тел: 985500707.*

*Rakhmatullaeva Manizha Akhmedovna - assistant of the department of Propaedeutics of children diseases, SEI"ATSMU", e-mail: cor-m@mail.ru tel: 985500707.*



## ИЗМЕНЕНИЯ СЕРДЕЧНО СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ ПРИ ВТОРИЧНОМ ХРОНИЧЕСКОМ ПИЕЛОНЕФРИТЕ У ДЕТЕЙ.

Рахматуллаева М.А., Ходжаева О.Т., Рахимов Т.И., Розиков Ф.С., Астанакулов С.Р.

Кафедра пропедевтики детских болезней (заведующая кафедрой-к.м.н., доцент Бабаева Л.А.) ГОУ "ТГМУ имени Абуали ибни Сино"  
ГУ "Медицинский комплекс Истиклол"

В статье приведены результаты клинико-лабораторного исследования детей страдающих вторичным хроническим пиелонефритом, которые были разделены на 3 группы в зависимости от этиологического фактора. При изучении методов исследования больше всего акцент был сделан на сердечно-сосудистую систему. При изучении данных было выявлено, что только во второй группе па-

циентов, страдающих нефросклерозом были выявлены тяжелые нарушения со стороны сердечно-сосудистой системы такие как: синусовая тахикардия, артериальная гипертензия и гипертрофия левого желудочка.

**Ключевые слова:** хронический пиелонефрит, дети, диагностика, сердечно-сосудистая система, нефросклероз, артериальная гипертензия.

## CHANGES OF THE CARDIOVASCULAR SYSTEM IN SECONDARY CHRONIC PYELONEPHRITIS IN CHILDREN.

Rakhmatullaeva M.A., Khodzhaeva O.T., Rakhimov T.I., Rozikov F.S., Astanakulov S.R.

Department of Propaedeutics of children diseases (head of the department - candidate of medical sciences, associate professor L.A. Babaeva) of SEI "ATSMU".  
State Health Complex "Istiqlol".

The article presents the results of clinical and laboratory studies of children suffering from secondary chronic pyelonephritis, which were divided into 3 diagnostic groups depending on the etiological factors. When studying research methods, the most attention was pay on the cardiovascular system. When studying the data only in the second

group of patients with nephrosclerosis was found severe disorders of the cardiovascular system, such as sinus tachycardia, arterial hypertension and left ventricular hypertrophy was revealed.

**Key words:** chronic pyelonephritis, children, methods of investigation, cardiovascular system, nephrosclerosis, arterial hypertension.

Муҳиммият: Сирояти роҳҳои пешоброн яке аз бемориҳои паҳншудаи бактериалӣ дар кӯдакон мебошад. Сирояти роҳҳои пешоброн дар кӯдакон метавонад яке аз нишонаҳои аввали нуқсонҳои модарзодии гурда ва роҳҳои пешоброн бошад (САКУТ) ё ин ки бо дисфунксияи пешобдон вобаста бошад. Чӯбчаи рӯдаи аз 80 то 90% метавонад сабаби пайдоиши пиелонефрити шадид хусусан дар кӯдакон шавад. Омилҳои вирулентии бактериалӣ ва системаи муҳофизатии бемор метавонанд сабаби пайдоиш ва вазниншавии равиши бемориҳои пешоброн шавад. Аломатҳои клииникии бемориҳои сироятии роҳҳои пешоброн дар кӯдакон метавонад хеле гуногун ва номаълум бошанд [1]. Пиелонефрит- бемории сироятии илтиҳобии ғайриспесификӣ дар бофтаҳои

тубулоинтерстициалӣ ва системаи чамъоварии гурдаҳо бо дохилшавии ҷараёни патологӣ ба маҷроҳаҳо ва рағҳои хунгарду лимфатикӣ мебошад [2]. Пиелонефрити музмин- хусусияти илтиҳобии гурдаҳо бо захмшавӣ, ки барангезандаи сирояти ресидивӣ ё ин ки мунтазам дар гурдаҳо, рефлюкси пешобдон ва пешоббарор ва ё дигар сабабҳои обструктивии роҳҳои пешоброн мебошанд. Чунин илтиҳоб қариб, ки танҳо дар беморони гирифтори нуқсонҳои модарзодии вазнини роҳҳои пешоброн ва дар кӯдакони синни бармаҳал, ки гирифтори рефлюкси пешобдон ва пешоббарор дида мешавад (РПП) [3]. Паҳншавии сирояти роҳҳои пешоброн (СРП) дар писарони бе сиркумсизия 8 маротиба зиёдтар дида мешавад дар муқоиса бо писароне, ки сиркумсизия доранд-



ва дар синни бармаҳал мебошанд. Файр аз ин беморшавӣ бо СРП дар кӯдакони чинси мардона дошта зиёдтар нисбати чинси занонаи синни бармаҳал дида мешавад. Баъд аз 12 моҳи ҳаёт СРП зиёдтар дар духтарон нисбати писарон дида мешавад. Дар навзодон сироятёбии роҳҳои пешоброн бо роҳи гематогенӣ ба вучуд меояд. Духтарчаҳои кам аз 11 сола хатари беморшавӣ то 3-5% доранд. Писарони кам аз 11 сола хатари беморшавӣ то 1% доранд[4]. Фишорбаландии шараёнӣ яке аз хатарҳои мустақил ва омили хавф барои ба вучуд омадани бемории музмини гурдаҳо (БМГ) дар кӯдакон мебошад. Дар кӯдакони гирифтори БМГ дошта, яке аз нишонаҳои барвақтии он ин фишорбаландии шараёнӣ мебошад, ки дуввуминдараҷа нисбати бемориҳои гурда мебошад [5]. Давомнокии ҳаёти кӯдакони гирифтори БМГ муддати давом дошта гарҷанде дар 2 даҳсолаи охир беҳтар шудааст, вале паст нисбати тамоми аҳолии педиатрӣ мемонад. Тавре, ки дар калонсолон бо БМГ бемориҳои дулу рағҳо сабаби асосии фавти онҳо мешавад, кӯдакон низ чунин хатари баланд аз он доранд, ки вобаста бо уремия мебошад. Дигаргуниҳои системаи дилу рағҳо, ки чунин ҳолатҳои терминалиро ба вучуд меорад, дар кӯдакони бо БМГ барвақт сар мешаванд. Аввалан онҳо барои нигоҳ доштани гомеостази гемодинамикӣ таъсир мекунанд, аммо бо афзоиш додани беморӣ ин модификатсияҳо наметавонанд вазифаи системаи дилу рағҳоро нигоҳ доранд дар солҳои тӯлонӣ, ки ба норасигии меъдаҷаи чап, бадшавии ҳолати кардиореспираторӣ ва марги нобаҳангом оварда мерасонад[6].- Омӯзиш ва ошкор намудани дигаргуниҳо аз тарафи системаи дилу рағҳо аҳамияти ин мақола мебошанд.

**Мақсади таҳқиқот:** Омӯзиши дигаргуниҳои системаи дилу рағҳо дар гурӯҳи кӯдакони гирифтори бемории пиелонефрити музмини дуввумдараҷа.

**Мавод ва усулҳои таҳқиқот:** Таҳлили ретроспективии 60 таърихҳои бемории кӯдакони гирифтори пиелонефрити музминин дуввумдараҷа, ки дар шӯъбаи нефрологияи 2, Муассисаи Давлатии "Истиклол" аз санаи

2019-2020 сол гузаронида шудааст. Тадқиқоти клинικο-анамнестикӣ ва лабораторию инструменталӣ (сабти барқии дил, ЭхоКГ), ҳамчунин параметрҳои мониторинги шабонарӯзии ФХ гузаронида шудааст. Гурӯҳи тадқиқотӣ аз 60 кӯдак иборат буд, ки аз онҳо писарон 14 (23.3%), ва духтарон 46 (76.6%) дар синну соли 2-17 сола. Ҳамаи кӯдакон ба 3 гурӯҳи тадқиқотӣ вобаста аз омилҳои этиологӣ ҷудо карда шудаанд. Гурӯҳи 1-ум кӯдакони гирифтори бемориҳои модарзодии роҳҳои пешоббарор (СРП) (25 кӯдак). Гурӯҳи 2-ум кӯдакони гирифтори бемории нефросклероз (8 кӯдак). Гурӯҳи 3-ум кӯдакони гирифтори бемории санги гурда (27 кӯдак).

**Натиҷаҳои таҳқиқот ва баррасии онҳо:** Таърихи асосӣ ҳангоми воридшавии кӯдакон ин пиелонефрити музмин дар давраи авҷгирӣ буд. Дар 30 (50%) кӯдакон таърихшавии пиелонефрити дутарафа ва дар 30 (50%) кӯдакон пиелонефрити яктарафа гузошта шуда буд. Дар миёни рӯзи катӣ 15 рӯз буд. Ҳангоми муоинаи 1-ум гурӯҳи беморон ба қайд гирифта шудааст: дар ҳамаи кӯдакон рангпаридагии пӯст ва каме варамиҳо дар руй. Аускултативӣ- ғавғои маҳини систоликӣ дар 15 (60%) беморон, тахикардия (ТД-125.6 дак) дар 10 (40%) гӯш карда мешуд, ҳангоми палмосидан- таппиши қуллагӣ дар ҳамаи беморон мувофиқ ба синну сол мебошад. Перкуторӣ- сарҳадҳои нисбии дил мувофиқи синну сол буданд. Ҳангоми мониторинги шабонарӯзии ФХ дар 18 (72%) беморон пастшавии фишори хун мушоҳида мешуд (ФХС 89.7 мм.ст.сим ва ФХД-57.7 мм.ст.сим). Дар 7 (28%) беморон фишори хун мувофиқи синну сол буд. Тадқиқоти сабти барқии дил гузаронида шудааст ба ҳамаи беморон. Ҳангоми азназаргузаронии нишондодҳои электрокардиографӣ танҳо дар 5 (20%) кӯдакон ҳамаи нишондодҳо дар меъёр буданд. Дар 20 (80%) кӯдакон вайроншавии ҷараёни реполяризатсия ва тахикардияи синусӣ (ТД 125.6 дак) дарёфт шуд. Ҳангоми муоинаи ЭхоКГ дар ҳамаи кӯдакон нишондодҳо дар меъёр буданд. Таҳлили умумии хун: Эр-3.0x10<sup>12</sup>, Нб-95г/л, лейко-7.0x10<sup>9</sup>, СТЭ-12мм/соат. Дар таҳлили умумии





пешоб дар ҳамаи кӯдакон лейкоситурия (30-50м/б). Озмоиш тибқи Нечипоренко гузаронида шудааст ба 5(20%) беморон, ки дар он баландшавии микдори лейкоцитҳо (5000 дар 1мл) дида мешуд. Озмоиш тибқи Зимнитский гузаронида шудааст ба 4(16%) бемор, ки дар он гипостенурия(1008) дида мешуд.

Ҳангоми азназаргузаронии гурӯҳи II-ум, рангпаридагии пӯсти бадан, каме варамиҳо дар рӯй ва пойҳо дида мешуд. Ҳангоми палмосидан дар 3(37.5%) беморварамиҳо дар қисми поёнии бадан дида мешудаанд, ки зуд баъди гирифтани ангуштон рост мешуданд. Дар 3 (37.5%) кӯдакон ҳангоми палмосидани таппиши қуллагӣ- васеъшуда (4см<sup>2</sup>), барҷаста ва баланд, ки ба қисми чап васеъ шуда буд муайян карда мешуд, дар боқимонда беморон таппиши қуллагӣ дар меъёри синну солӣ буд. Аускултативӣ дар ҳамаи беморон ғавғои маҳини систоликӣ дар қуллаҷаи дил гӯш карда мешуд. Баландшавии садои II-ум дар мавқеи аорта, ки дар 6(75%) кӯдакон бо тахикардия (ТД 120\дак) муайян карда мешуд. Дар 3 (37.5%) беморон перкуторӣ васеъшавии сарҳадҳои нисбии дил ба тарафи чап ва дар 5 (62.5%) беморон сарҳадҳои дил мувофиқи синну сол муайян карда мешуданд. Ҳангоми МШФХ дар 3 (37.5%) беморон баландшавии ФХ (ФХС- 138.5мм. ст. сим, ФХД- 100мм.ст.сим) дида мешуд. Дар 5 (62.5%) кӯдакон нишондодҳои фишори хун мувофиқи синну сол буданд. Ба ҳамаи беморон тибқи банакшагирифташуда сабти барқии дил гузаронида шудааст. Дар 6 (75%) беморон тахикардияи синусӣ(ТД120\дак) муайян карда шуд, брадикардия дар 1(ТД96\дак) бемор ва дар 1 бемор ТД мувофиқи синну сол муайян карда мешуд. Вайроншавии ҷараёни реполяризатсия дар ҳамаи кӯдакон дида мешуд. Нишонаҳои гипертрофияи миокарди меъдаҷаи чап бо пурзӯварии гемодинамикӣ дар 3 (37.5%) беморон дида мешуд. Дар таҳлили умумии хун: Эр-2.5x10<sup>12</sup>, Нб-82г/л, лейк-16.0 x10<sup>9</sup>, СОЭ-20мм/соат. Таҳлили умумии пешоб дар ҳамаи кӯдакон лейкоситурия (30-40 дарм/б) ва дар 5 бемор микрогематурия (то 15 дарм/б). Ҳангоми гузаронидани озмоиш тибқи Нечипоренко дар 4(50%) беморон лейкоси-

турия (6000 дар 1 мл) ва микрогематурия (3000 дар 1 мл). Озмоиш тибқи Зимнитский гузаронида шуд ба 4(50%) беморон, ки дар он изо ва гипостенурия қайд карда мешуд (1005-1010). Озмоиш тибқи Реберг гузаронида шуд ба 3 (75%) беморон, ки дар он пастшавии сатҳи гломерулярӣ то 82.6мл/дак дида мешуд.

Ҳангоми азназаргузаронии III гурӯҳи кӯдакон қайд карда мешуд: дар 27(100%) бемор рангпаридагии пӯст бо каме варамиҳо дар рӯй. Аускултативӣ ғавғои маҳини систоликӣ дар 10(37%) бемор, тахикардия (ТД124/дак) дар 10(37%) бемор гӯш карда мешуд, палпаторӣ таппиши қуллагӣ дар ҳамаи беморон мувофиқи синну сол муайян карда мешуд, сарҳадҳои нисбии дил мувофиқи синну сол буданд. Ҳангоми МШФХ дар 12(44.4%) беморон пастшавии фишори хун (ФХС- 85мм.ст.сим, ФХД- 55мм.ст.сим). Дар 15 (55.5%) кӯдакон фишори хун мувофиқи синну сол муайян карда мешуд. Ҳангоми азназаргузаронии сабти барқии дил дар 3(11%) беморон нишондодҳо дар меъёр буданд. Дар боқимонда кӯдакон 24(88.8%) вайроншавии ҷараёни реполяризатсия, дар 20(74%) беморон тахикардияи синусӣ (ТД127/дак) муайян карда мешуд. Ҳангоми гузаронидани ЭхоКГ дар ба ҳамаи беморон тағйирот дида намешуд. Дар таҳлили умумии хун: Эр-3.2x10<sup>12</sup>, Нб-94г/л, лейк-12.0 x10<sup>9</sup>, СТЭ-14мм/соат. Дар таҳлили умумии пешоб лейкоситурия (42 дар м.б), микрогематурия (30 дар м.б), ки дар 5(18.5%) бемор қайд карда мешуд. Озмоиш тибқи Нечипоренко гузаронида шудааст дар 13(48%) бемор, ки дар он баландшавии лейкоцитҳо (5000 дар 1 мл) ва баландшавии микдори эритроцитҳо(3000 дар 1 мл), озмоиш тибқи Зимнитский гузаронида шудааст дар 5 (18.5%) беморон, ки дар он гипостенурия(1006) ба қайд гирифта шудааст.

**Хулоса:** Ҳамин тавр, нишондодҳои дар боло зикр шуда аз он шаҳодат медиҳанд, ки танҳо дар кӯдакони гирифтори пиелонефрити музмини дуввумдараҷа бо оризанокшавии нефросклероз дигаргуниҳо аз тарафи системаи дилу рағҳо ба мисли тахикардияи синусӣ, баландшавии фишори хун ва гипертрофияи меъдаҷаи чап дида мешавад.



## АДАБИЁТ

1. Ana Cristina Simões E Silva 1, Eduardo A Oliveira 2, Robert H Mak , Urinary Tract Infection in Pediatrics: An Overview/ Journal de pediatria, RioDJ, 96 Suppl 1, 65-79, Mar-Apr 2020, PMID: 31783012/DOI: 10.1016/j.jpmed.2019.10.006 М.С. Игнатовой-Детская нефрология-Руководство для врачей-2011г, 692стр. Guarino N, Casamassima MG, Tadini B, et al. Natural history of vesicoureteral reflux associated with kidney anomalies. Urology. 2005 Jun. 65(6):1208-11. [Medline]. Patrick B Hinfey, MD Emergency Medicine Residency Director, Department of Emergency Medicine, Newark Beth Israel Medical Center; Clinical Assistant Professor of Emergency Medicine, New York College of Osteopathic Medicine. Pediatric Pyelonephritis// <https://emedicine.medscape.com/article/968028-overview#a5/Dec 10, 2018>.
2. Smitha R Vid.i, Division of Pediatric Nephrology, University of Texas Southwestern Medical Center, Dallas, Texas, USA. Role of Hypertension in Progression of Chronic Kidney Disease in Children/Current Opinion in Pediatrics, 30 (2), p 247-251 Apr 2018 /PMID: 29517980/ DOI: 10.1097/MOP.0000000000000595
3. Donald J Weaver, Mark Mitsnefes, Cardiovascular Disease in Children and Adolescents With Chronic Kidney Disease, Seminars in nephrology, 38 (6), p 559- 569, Nov 2018/PMID: 30413251/ DOI: 10.1016/j.semnephrol.2018.08.002

## ҲОМИЛАҒӢ ВА ХАДШАҲОИ КЕЛЛОИДӢ

Косимов О.И.<sup>1</sup>, Муниева С.Х.<sup>1</sup>, Хомидов М.Ф.<sup>2</sup>, Нуралиев М.Д.<sup>3</sup>

## БЕРЕМЕННОСТЬ И КЕЛОИДНЫЕ РУБЦЫ

Косимов О.И.<sup>1</sup>, Муниева С.Х.<sup>1</sup>, Хомидов М.Ф.<sup>2</sup>, Нуралиев М.Д.<sup>3</sup>

1. ИПО МЗ и СЗ РТ,
2. Ассоциация дерматовенерологов и косметологов Республики Таджикистан,
3. Таджикский национальный государственный университет

*Касымов Олим Исмаилович - д.м.н., профессор кафедры дерматовенерологии с курсом косметологии ИПО МЗ и СЗ РТ,*

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

**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.,<sup>1</sup> Munieva S.H.,<sup>1</sup> N.F. Nuraliev M.D.,<sup>2</sup> Homidov M.F.<sup>3</sup>

1. Institute of Postgraduate Medical Education, Dushanbe, Tajikistan



2. Tajik National State University

3. Association of Dermatovenerologists and Cosmetologists of the RT

**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

**Муҳиммият.** Хадшаҳои келоидӣ (аз юнонии kele - канна, сум ва oides - монанд) яке аз намудҳои хадшаҳои пӯст мебошад, ки дар натиҷаи дисгенератсияи бофтаҳои пайваस्तкунандаи 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 чинсӣ ба сӯйи баланд шудани андрогенҳо иртибот дорад [ 1,5,7 ]. Маълум аст, ки яке аз сабабҳои тағйиротҳои метаболикии организм ва дисбаланси гармонҳои чинсӣ ҳомилагӣ ба шумор меравад, ки дар он тағйиротҳои физиологии пӯст ва изофаҳои он ба амал меоянд. Этиологияи осебҳои махсуси пӯст, ки ҳангоми беморӣ ошкор карда мешаванд, ба таври нокифоя омӯхта шудаанд. Бештари мутахассисон онҳоро бо бозсозии физиологии гормоналӣ ва иммунӣ дар давраи гестатсия алоқаманд меҳисобанд [ 1,5,6,8]. Сабаби бевоситаи пайдо шудани бемориҳои пӯст ҳангоми ҳомилагӣ осебдани лифҳои бофтаҳои пайваस्तкунанда 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.** Хамагӣ 64 духтар ва зани дорои хадшаҳои келоидии

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

пӯст таҳқиқ шудааст. Синну соли беморон аз 18 то 32 солро ташкил дод. Гурӯҳи асосиро ҳомилаҳои дорои хадшаҳои келоидии пӯст (31 нафар) ташкил доданд, ки аз онҳо 12 нафар дар ҳафтаи аввали триместри ҳомилагӣ, 19 нафар дар марҳалаи дуюм қарор доштанд. Гурӯҳи назоратиро 33 бемори дорои хадшаҳои келоидӣ ташкил доданд, ки дар онҳо ҳомилагӣ дида намешавад. Баҳогузориҳои муқоисавии манзараи клиникаи пӯст аз рӯйи шкалаи Ванкувер - Vancouver Scar Scale (Baryza MJ, Baryza GA, 1995), 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 (64 бемор) буд. Хадшаҳои посттравматикӣ дар 12 бемори гурӯҳи асосӣ ва дар 14 нафари гурӯҳи назоратӣ ба мушоҳида расид; хадшаҳои пасазҷарроҳӣ мутаносибан дар 11 ва 13 нафар дида шуд; хадшаҳои худ ба худ пайдошуда, мутаносибан дар 8 ва 6 бемор ба қайд гирифта шуд.

Аз 24 ҳолати хадшаҳои пасазҷарроҳӣ сабаби пайдоиши хадшаҳо дар 7 ҳолат келоидҳо пас аз апендэктомия, дар 11 ҳолат пас



аз ислохи чарроҳии келоидҳо, дар 6 ҳолат пас аз нест шудани фурункул буд.

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 харду гурӯҳ (14 нафар) бе ягон сабаби возеҳ ва асосан дар пӯсти бадан, рӯй ва гардан ташаккул ёфтаанд.

Хангоми муоина кардани лонаҳои патологӣ дар беморони гурӯҳи асосӣ баъзе хусусиятҳои клиникӣ ошкор карда шуданд. Келоидҳо саҳт ва ғафси дорои сатҳи ноҳамвори танобакҳо буданд, ки асосан берун аз худди хадша паҳн шуда, минтақаҳои периферии пӯсти солихро фаро гирифта буданд, ранги сурхи гулобии равшан бо зухуроти телеангиоэктазӣ доштанд.

Дар гурӯҳи назоратӣ келоидҳо аз рӯйи типии "плюс бофта" пайдо шудаанд, ки ба-

ландии онҳо аз сатҳи бофтаҳои ихотакардашуда хеле боло буд. Дар хадшаҳо дараҷаи инкишоф берун аз худди нуқсони аввалия возеҳ набуд, бо ранги камтари гулобӣ-мармарӣ фарқ мекарданд.

Дар гурӯҳи асосии беморони таҳқиқшуда эҳсосоти субъективӣ дар 17 (54,8%) бемор дар шакли дардҳои маҳдуд, дар 8 (25,8%) дар шакли хориши доимии халанда ва сӯзиш, дар 6 (19,4%) бемор эҳсосоти кашишхӯрии бофтаҳо ва халидан ба мушоҳида расид. Дар гурӯҳи назоратӣ дар 15 (45,5%)-и беморон парестезияҳои возеҳ дар минтақаи хадша, дар 16 (48,5%) беморон дардҳои маҳдуд, дар 2 (6,0%) и беморон - хориши на чандон зиёд дар лонаи осеб ба қайд гирифта шуд.

Натиҷаҳои баҳогузориҳои муқоисавии манзараи клиникӣ хадшаҳои келоидӣ дар харду гурӯҳ, тибқи шкалаи модификатсияшудаи Ванкуверӣ гузаронида шуд, ки дар ҷадвали 1 оварда шудааст.

#### Ҷадвали 1. Тавсифи муқоисавии клиникӣ хадшаҳои клиникӣ дар таҳқиқшудагон.

№	Нишондиҳандаи хадша	Ҳомилаҳо (n=31)	Ғайри ҳомилаҳо (n=33)
1	Баландии хадша	3,58* ±1,12	2,03*±0,17
2	Васкуляризацияи хадша	3,6*±0,13	2,8*±0,18
3	Пигментатсияи хадша	2,8*±0,21	2,5*±0,11
4	Чандирӣ будани хадша	3,21* ±0,24	2,12*±0,21
5	Дараҷаи 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	<b>23,96</b>	<b>12,47</b>

Эзоҳ: эътимоднокии фарқияти ҳар як нишондиҳанда нисбат ба гурӯҳҳои таҳқиқшаванда  $P < 0,05$ ; \* - нишондиҳандаҳои мушоҳида шуданд, ки ба таври эътимоднок аз ҳамин гунна нишондиҳандаҳои гурӯҳи муқоисавӣ фарқ доштанд.

Чараёни нисбатан вазнини клиникӣ 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 клиникӣ хадшаҳои келоидӣ дар гурӯҳи ҳомилаҳои дорои хадшаҳои келоидӣ дар баландии ( $3,6 \pm 0,13$ ), зичии ( $3,21 \pm 0,24$ ), васкуляризация ( $3,6 \pm 0,13$ ) ва пигментатсия ( $2,8 \pm 0,21$ ) -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 нишондиҳандаҳои термометрия нишон дода шудааст, ки дараҷаи 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 дар мавзеи келоид, хориш ва парестезия буд, ки дар занҳои ҳомилаи дорои келоид ба таври эътимоднок ( $3,24 \pm 0,11$  и  $4,34 \pm 0,18$ ), назар ба гурӯҳи назоратӣ ( $1,28 \pm 0,18$  и  $1,18 \pm 0,12$ ) баланд буд.



Хулоса. Барои чараёни клиники хадшаҳои келоидӣ дар ҳомилаҳо аломатҳои протесси илтиҳобӣ, тамоюл ба рушди перифериву кувват гирифтани эҳсосоти субъективӣ дар минтақаи хадша хос мебошад.

Заминаи гормоналии занҳои ҳомила ба чараёни вазнинтари хадшаҳои келоидӣ (2 маротиба) майл дорад. Инро нақши патогенетикии дисбаланси гормоналӣ дар ташаккул ёфтани келоидҳо 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. Владимиров 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 Invest Dermatol. 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 yourpatientJFamPract.2013. №62. p.227-233.

### СИНТЕЗИ ТОЗИЛОКСИЭФИРИ БАЪЗЕ ҲОСИЛАҲОИ КИСЛОТАИ ХОЛАНОВӢ ВА ОМУӢЗИШИ ФАЪОЛНОКИИ ЗИДДИМИКРОБИИ КИСЛОТАҲОИ 12 $\alpha$ -ТО- ЗИЛ-ОКСИЭФИР 3 $\alpha$ ,7 $\alpha$ ,-ДИАТСЕТОКСИ 5 $\beta$ МЕТИЛХОЛАНӢ

Самандаров Н.Ю., Холов Ё.К., Қодиров А.Х., Маҳкамова Б.Х.

ПИТ ДДМ, ЛМИТ ва кафедраи Фармакогнозия ва ТИФ МДТ "ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино", МД Пажӯҳишгоҳи гастроэнтерологияи ВТ ва ХИА ҚТ

*Самандаров Н.Ю.- н.и.х. МД "Гастроэнтерология" ва ПИТ ДДМ. nasrullo.samandarov@mail.ru, +992937303350.*

*Самандаров Н.Ю.-н.и.х. МД "Гастроэнтерология", ОМИТ МДТ "ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино" ва ПИТ ДДМ.nasrullo.samandarov@mail.ru, +992937303350.*

*Samandarov N. Yu- n.i.kh. MD "Gastroenterology" VA PIT DDM. nasrullo.samandarov@mail.ru, +992937303350.*

### СИНТЕЗ ТОЗИЛОКСИЭФИРОВ НЕКОТОРЫХ ПРОДУКТОВ ГОЛОНОВОЙ КИСЛОТЫ И ИССЛЕДОВАНИЕ АНТИМИКРОБНОЙ АКТИВНОСТИ 12 $\alpha$ -ТО- ЗИЛ-ОКСИЭФИРОВ 3 $\alpha$ , 7 $\alpha$ , -ДИАЦЕТОКСИЛ 5 $\beta$

**РЕЗЮМЕ:** Таким образом, нами было исследовано поведение различных функциональных производных холановых кислот в реак-

ции тозилрования и показано, что проведение таких реакций вполне осуществимо и их посредством можно получить ряд този-



локси эфиров холановых кислот, проявляющих себя как противомикробные средства.

Противомикробная активность  $12\alpha$ -тозилоксиэфира  $3\alpha,7\alpha$ -диацетокси- $5\beta$ -метилхолановой кислоты *in vitro* определена методом серийного разведения по отношению к половым культурам: стафилококку, нокардии, коринбактерии, пастареллам, выделенным из больных респираторными заболеваниями животных. Подавляющая концентрация активности  $12\alpha$ -тозилоксиэфира  $3\alpha,7\alpha$ -диацетокси- $5\beta$ -метилхолановой кислоты составля-

ла по отношению к стафилакокку - 35,2 - 60,3 мкг/мл, нокардии -145-238, коринбактерии - 138-159 и пастарелам - 95-110 мкг/мл.

Надо отметить, что соединение обладает выраженным бактерицидным действием к полевым штаммам, стафилакокку, нокардии, коринбактерии, пастареллам и не уступает известному препарату этоним.

**Ключевые слова:** бактерицидная активность, биологическая активность, холановая кислота, физиологическая активность, антимикробная активность.

### SYNTHESIS OF TOSILOXYESTERS OF CERTAIN PRODUCTS OF CHOLIC ACID AND STUDY OF ANTIMICROBIAL ACTIVITY OF $12\alpha$ -TOSILOXYESTERS $3\alpha, 7\alpha$ -DIACETOXYL $5\beta$

**SUMMARY:** Thus, we investigated the behavior of various functional derivatives of cholanic acids in the tosylation reaction and showed that carrying out such reactions is quite feasible and they can be used to obtain a number of tosyloxyestercholanic acids, which manifest themselves as antimicrobial agents.

The antimicrobial activity of  $3\alpha, 7\alpha$ -diacetoxy- $5\beta$ -methylcholanoic acid  $12\alpha$ -tosyloxy ester is determined by the method of serial dilution with respect to reproductive cultures: staphylococcus, nocardia, corynebacterium, pastarella isolated from animals with respiratory diseases. The overwhelming concentration of the activity of  $12\alpha$ -tosyloxy ester of  $3\alpha, 7\alpha$ -diacetoxy- $5\beta$ -methylcholanoic acid was 35.2 - 60.3  $\mu\text{g} / \text{ml}$  for staphylococcus, -145-238 for nocardia, -138-159 for corinbacterium, and 95- 110 mcg / ml.

It should be noted that the compound has a pronounced bactericidal effect on field strains, staphylococcus, nocardia, corynebacterium, pastarells and is not inferior to the known drug ethonim.

**Relevance.** Currently, the chemical properties and physiological activity of cholanic acids and their derivatives are being studied in detail. Chemical modification of the hydroxyl groups  $3\alpha, 7\alpha, 12\alpha$ -trihydroxy-,  $3\alpha, 7\alpha$ -dihydroxy-,  $3\alpha, 12\alpha$ -dihydroxy,  $3\alpha, 7\alpha$ -dihydroxy-12-keto and  $3\alpha, 7\alpha$ -dihydroxy- $5\beta$ -cholanoic acids allows to obtain derivatives with a wide range of biological activity.

**Key words:** bactericidal activity, biological activity, cholanic acids, physiological activity, antimicrobial agents.

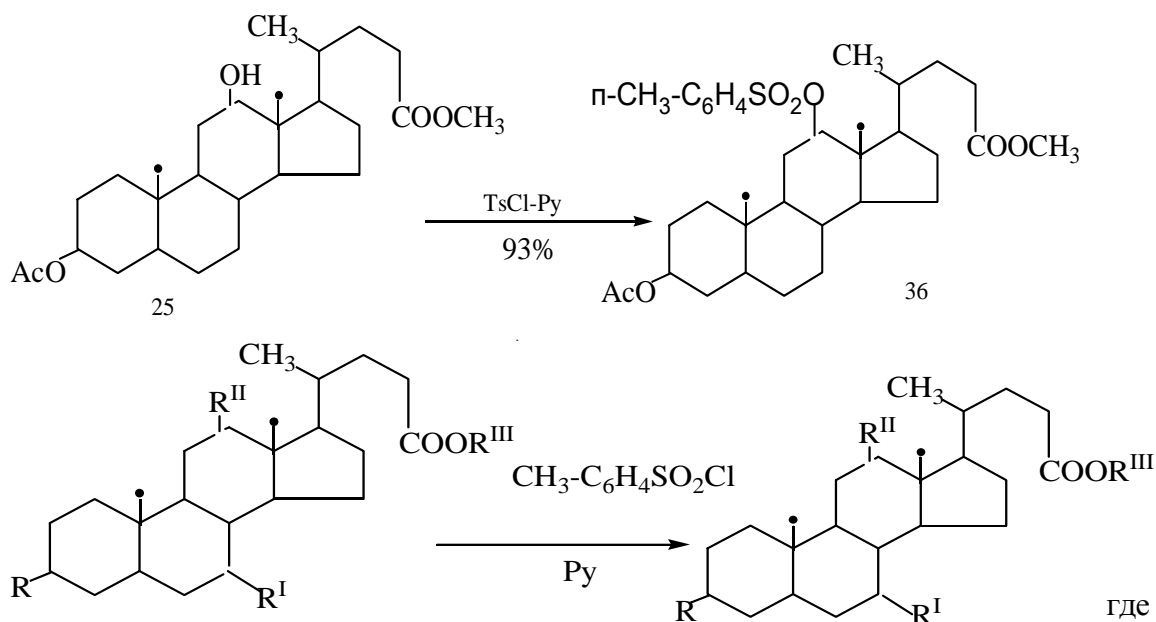
Дар тамоми дунё, зимни марҳилаи муо-  
сири рушди илму техника, роҳу усулҳои син-  
тези воситаҳои нави дорувориҳои таъсир-  
бахш сустҷӯ мешаванд. Дар алоқамандӣ  
бо нуктаи мазкур синтези мақсадноки син-  
фи нави пайвастагиҳои стереоидӣ, ки дорои  
хосияти фаъоли биологӣ ҳастанд, вазифаи  
муҳимтарини донишмандони соҳаи кимиё,  
фарматсевтӣ, фармакологу биохимикҳо ба  
шумор меравад. Дар робита ба масъалаи  
мураккабии синтези онҳо, зимни адабиёти  
илмӣ, шумораи маҳдуди таҳқиқотҳо ба на-  
зар мерасанд, ки ба сустҷӯии пайваста-

гиҳои муфид дар асоси полифункционалии  
кислотаи холановӣ бахшида шуда бошанд.  
Дар байни ҳосилаҳои синтезшудаи кисло-  
таҳои холановӣ моддаҳои нави литолизӣ,  
зиддиилтиҳобӣ, зиддимикробӣ, амфифи-  
лҳои поликатионӣ ва дигар маводҳои ама-  
лан арзишноке зоҳир карда шудааст. Ҳоси-  
лаҳои кислотаи холановӣ, ки дорои гурӯҳи  
мухталифи функционалӣ ҳастанд, аҳамияти  
маҳсус доранд, зеро онҳо барои ҳосил на-  
мудани як қатор пайвастагиҳои дигари хо-  
сияти мухталифи биологидошта, мусоидат  
менамоянд.



Вактҳои охир дар асоси  $3\alpha, 7\alpha, 12\alpha$ -тригидрокси  $5\beta$  кислотаи холановӣ антибиотикҳои катионии стереоидӣ ҳосил карда шуданд, ки бо липидҳо таъсири дучониба дошта, ҳам дорои фаъолияти бактериостатӣ ва ҳам бактериоатсидӣ мебошанд [1]. Рушди таҳқиқотро оид ба синтези ҳосилаҳои нави кислотаи холановӣ зимни пажӯҳиши мазкур, ки ҳадафи он ҳосил намудани тозилоксиэфирҳои нави баъзе ҳосилаҳои кислотаҳои холановӣ мебошад, шарҳ хоҳем дод. Чузъҳои толилсулфонилро дар таркиби аксари препаратҳои сулфониламидӣ пайдо кардан имконпазир аст. Дар алоқамандӣ бо нуктаи мазкур дар мо рағбати бо роҳи реаксияи якҷоякунии гурӯҳи толилсул-

фонилнӣ ба молекулаҳои стереоидҳо ба миён омад, ки ҳадаф аз он ҳосил намудани тозилоксиэфирҳои кислотаҳои дахлдори холановиест, ки хосияти эҳтимолии зидди-бактериявӣ зоҳир мекунанд [2, 3]. Ба мақсади мазкур мо як қатор эфирҳои мураккаби кислотаҳои холановиро ба кор бурдем. Мо зимни дар ҳарорати  $80-85^\circ\text{C}$  ба муддати 5-6 соат ба миқдори эквимолярии эфирҳои мураккаб бо *p*-толуолсулфохлорид дар миёни пиридини хушк гарм кардан тозилоксиэфирҳои баъзе эфирҳои мураккаби кислотаҳои холановиро ҳосил намудем. Ба сифати намуна синтези эфирҳои метили  $12\alpha$ -тозилоксиэфира  $3\alpha$ -ацетокси  $5\beta$  кислотаи холановӣ оварда шудааст:



R, R<sup>I</sup>, R<sup>II</sup>, R<sup>III</sup>, - мувофиқан; 1- R=R<sup>I</sup>=Ac, R<sup>II</sup>=Ts, R<sup>III</sup>=CH<sub>3</sub>, 2- R=R<sup>I</sup>=Ts, R<sup>II</sup>=O, R<sup>III</sup>=CH<sub>3</sub>, 3- R=R<sup>I</sup>=Ts, R<sup>II</sup>=H, R<sup>III</sup>=C<sub>2</sub>H<sub>5</sub>, 4- R=R<sup>I</sup>=Ts, R<sup>II</sup>=H, R<sup>III</sup>=CH<sub>3</sub>, 5- R=Ac, R<sup>I</sup>=H, R<sup>II</sup>=Ts, R<sup>III</sup>=CH<sub>3</sub>.

Тавассути чунин реаксия мо тавонистем як қатор кислотаҳои тозилоксиэфировхолановӣ ҳосил намоем, ки таркибашон чузъҳои стереоидӣ дорад. Бар пояи нақшаи мазкур эфирҳои метили  $3\alpha, 7\alpha$ -диатсетокси-12-тозилоксиэфирҳои кислотаи холановӣ (1), эфирҳои метили  $3\alpha, 7\alpha$ -тозилоксиэфирҳои 12-кето- $5\beta$  кислотаи холановӣ (2), эфирҳои метили  $3\alpha, 7\alpha$ -тозилоксиэфирҳои  $5\beta$  кислотаи холановӣ (3), эфирҳои метили  $3\alpha$ -тозилокси-эфирҳои  $7\alpha$ -кислотаи гидроксихолановӣ (4) ва эфирҳои мети-

ли  $3\alpha$ -атсетокси-12 $\alpha$ -тозилоксиэфирҳои  $5\beta$ -кислотаи холановӣ (5) ҳосил гардид. Қайд кардан зарур аст, ки ба кор бурдани миқдори баҳисоби (1:1) омили тозилкунанда ва ибтидои  $3\alpha, 7\alpha$ -кислотаи дигидроксихолановӣ барои дар пайвастагиҳои мазкур ворид намудани як гурӯҳи тозилӣ шароит фароҳам меорад (4). Дар ин росто манфиати зоҳир намудани шароити имконпазир будани ҳосилшавии дитозилоксиэфир зимни реаксияи тозилишаванда ба миён омад. Вале ба



кор бурдани ду баробар зиёди п-толуолсул-фохлорид аллакай дар ҳароорати 80-850C ба муддати 8,5 соат боиси ҳосил шудани эфири этилови 3 $\alpha$ ,7 $\alpha$ -дитозилоксиэфири 5 $\beta$ кислотаи холановӣ мегардад (4). Тозилшавии эфири метили 3 $\alpha$ ,7 $\alpha$  кислотаи дигидрокси-холановӣ дар чунин шароит гузаронида шуд (7). Натиҷа ва маълумоти таҳлили элементӣ, инчунин ҳарорати гудозиши тозилоксиэфирҳои синтезшудаи кислотаи холановӣ (1-5) дар чадвали 1 оварда шудааст. Аз ҷониби мо, дар шароитҳои зикргардида, бо роҳи иваз намудани атоми гидроген дар гурӯҳҳои гидроксилӣ стереоидҳо як қатор тозилоксиэфирҳо бо баромади хуб ҳосил шуд. Дар спектрҳои ИС пайвастагиҳои ҳосилшуда (1-5) дар мавзеи ба лаппишҳои валентӣ мансубшудаи сулфоногурӯҳҳо (1376-1297 см<sup>-1</sup>) хатҳои шиддатноки чаббиш пайдо мешавад. Дар муқоиса ба спектри пайвастагиҳои иб-

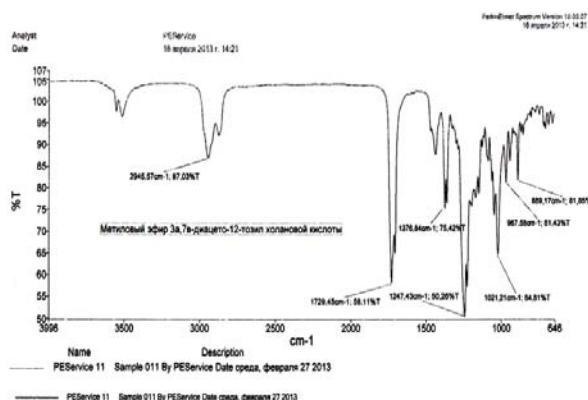
тидоии эфирҳои мураккаби кислотаи холановӣ дар мавзёҳое, ки ба лаппишҳои валентии гурӯҳҳои ОН тааллуқ дорад, ғайр аз пайвастагиҳо хатҳои шиддатноки чаббиш ба назар намерасад (4).

Маълумоти спектрҳои ИС тозилоксиэфири аз ҷониби мо ҳосилнамудаи баъзе ҳосилаҳои кислотаи холановиро тасдиқ мекунад. Спектри ИС-и эфири метили 3 $\alpha$ ,7 $\alpha$ -диатсет-12 $\alpha$ -тозилоксиэфири 5 $\beta$  кислотаи холановӣ ба сифати намуна оварда шудааст (рас.1). Ҳамин тавр, аз ҷониби мо муносибати мухталифи функционалии ҳосилаҳои кислотаи холановӣ дар реаксияи тозилишаванда таҳқиқ карда шуд ва маълум гардид, ки гузаронидани чунин реаксияҳо пурра имконпазир аст ва мумкин аст тавассути онҳо як қатор кислотаҳои тозилоксиэфир-холановӣ ҳосил кардан, ки ҳосияти зидди-микробӣ дошта бошанд.

### Чадвали 1

#### Хусусияти баъзе қиматҳои кислотаҳои тозилоксиэфировхолановӣ

№	Номи пайвастагӣ	Баромад %	Ҳ гудозиш °С	Пайдо карда шуд Ҳисоб карда шуд		Формулаи брутто
				% С	% Н	
32	Эфири метил 3 $\alpha$ ,7 $\alpha$ -диатсетокси-12-тозилоксиэфири 5 $\beta$ кислотаи холановӣ	88	223-224	<u>65.23</u> 65.32	<u>7.89</u> 8.00	C <sub>36</sub> H <sub>53</sub> O <sub>9</sub> S
33	Эфири метили 3 $\alpha$ ,7 $\alpha$ – дитозилоксиэфири-12-кетог 5 $\beta$ кислотаи холановӣ	88	181-182	<u>64.24</u> 61.10	<u>6.97</u> 7.11	C <sub>39</sub> H <sub>52</sub> O <sub>9</sub> S <sub>2</sub>
34	Эфири метили -3 $\alpha$ ,7 $\beta$ – дитозилоксиэфири 5 $\beta$ кислотаи холановӣ	91	98-99	<u>65.41</u> 65.33	<u>7.92</u> 7.89	C <sub>40</sub> H <sub>58</sub> O <sub>8</sub> S <sub>2</sub>
35	Эфири метили 3 $\alpha$ ,тозилоксиэфири 7 $\beta$ – гидроксиг 5 $\beta$ кислотаи холановӣ	88	142-143	<u>68.97</u> 71.77	<u>7.02</u> 10.28	C <sub>39</sub> H <sub>48</sub> O <sub>6</sub> S <sub>2</sub>
36	Эфири метили 3 $\alpha$ , -атсетокси-12 $\alpha$ – тозилоксиэфири 5 $\beta$ кислотаи холановӣ	87	135-136	<u>71.43</u> 71.60	<u>9.38</u> 8.76	C <sub>34</sub> H <sub>52</sub> O <sub>7</sub> S



**Расми 1.** Спектри ИС-и эфири метили 3 $\alpha$ ,7 $\alpha$ -диатсетокси-12 $\alpha$ -тозилоксиэфири 5 $\beta$ кислотаи холановӣ (32)

Препаратҳои зиддибактериявие, ки ба рои муолиҷаи бемориҳои бо сабаби микробҳо пайдошуда тайёр шудаанд, яке аз муҳимтарин дастовардҳои химияи органикӣ ва фарматсевтӣ ба ҳисоб мераванд [4]. Дар алоқамандӣ бо нуктаи мазкур тавассути маҷмӯи усулҳои стандартӣ мо скрининги фармакологии синтезшудаи тозилоксиэфири сохтори гуногунро гузаронидем (1-5).

Пажӯҳишҳои мо дар ин самт ба омӯзиши фаъолнокии зиддимикробии 12 $\alpha$ -тозилоксиэфир 3 $\alpha$ ,7 $\alpha$ -диатсетокси 5 $\beta$  кислотаҳои метилхолановӣ бахшида шудаанд (1). Таҷрибаҳо бобати муайян кардани масму-





мият ва таҳаммулпазирии пайвастагиҳои хосилшуда дар лабораторияи ҳайвонот гузаронида шуданд. Таҷриба се маротиба ба такрор амалӣ карда шуд. Таҷрибаҳо нишон

доданд, ки вояи максималии таҳаммулшаванда (ВМТ)-и пайвастагӣ барои мушҳои сафед ба ВҚ50 820 мг/кг, ВҚ100 -965 мг/кг баробар аст. Вояи марговари ВҚ100 -1370 мг/кг.

## Чадвали 2

### Қимати масмумияти пайвастагиҳои таҳқиқшуда

Пайвастагиҳо	Қимати масмумият, мг/кг		
	ВМТ	ВҚ <sub>50</sub>	ВҚ <sub>100</sub>
12 $\alpha$ -тозилоксиэфири 3 $\alpha$ ,7 $\alpha$ -диатсетокси 5 $\beta$ кислотаи метилхолановӣ	820	965	1370
Этоний	265	510	990

Ба вояи 0,018 г/кг вазни зинда, якмаротибагӣ тӯли 7 рӯз ба зери пӯсти кӯрмушҳои баҳрӣ ворид намудани пайвастагӣ (1), боиси тағйироте дар меъёри физиологии онҳо нагардид. Ҳангоми ташреҳи патологоанатомӣ, таҳқиқи макроскопии чигар, сипурз, гурдаҳо, мушакҳо, фавкулгурда ва гирехҳои лимфавӣ дигаргуние зоҳир нагашт. Аз маълумоти таҷрибаҳо маълум аст, ки пайвастагиҳо (1) захрогин нестанд.

Зимни чадвали 2 маълумотҳо дар бораи масмумияти шадиди пайвастагиҳо ва препарати муқоисавии этония ҳангоми ба зери пӯсти мушҳо ворид намудан оварда шудааст. Фаъолнокии зиддимикробии 12 $\alpha$ -тозилоксиэфир 3 $\alpha$ ,7 $\alpha$ -диатсетокси 5 $\beta$  кислотаи ме-

тилхолановиро *invitro* бо усули силсилавии омехтакунӣ дар нисбати кишти чинсӣ - стафилокок, нокардия, коринбактерия, пастареллаҳо, ки аз беморони гирифтори бемориҳои респиратории ҳайвонот ҷудо шудааст, муайян намудем Концентратсияи мутлақи фаъолнокии 12 $\alpha$ -тозилоксиэфир 3 $\alpha$ ,7 $\alpha$ -диатсетокси 5 $\beta$  кислотаи метилхолановӣ дар нисбати стафилакок - 35, 2 - 60,3 мкг/мл, нокардия - 145-238, коринбактерия -138-159 ва пастареллаҳо бошад, 95-110 мкг/мл-ро ташкил меод.

Қайд кардан зарур аст, ки пайвастагиҳо (1) дорои таъсири зухурёфтаи бактериякушии штамҳои сахарой, стафилакок, нокардия, коринбактерия, пастарелла буда, аз препарати маъруфи этоним кам нест [5].

## АДАБИЁТ

1. Ding, B. Origins of cell selectivity of cationic steroid antibiotics / B. Ding [et al]. // J. Am. Chem. Soc. - 2004. -vol. 126. -p. 13642-13648.
2. Кадыров, А. Х. Синтез тозилоксиэфиров некоторых производных холановых кислот. / А.Х.Кадыров, Б.Х. Махкамова, Н. Ю. Самандаров, М. П. Султонмамадова, С. И Раджабов. // Вестник ТНУ, 2013 JSSN,2074-1847,№1/3 (110).
3. Патент РТ № ТЈ 662. 12 $\alpha$ -тозилоксиэфир -3 $\alpha$ , 7 $\alpha$ -диатсетокси -5 $\beta$ -метилхолановой кислоты в качестве противомикробной средства. Кадыров А.Х., Махкамова Б. Х., Самандаров Н.Ю., Назарова З. Дж, Кадыров Ш. А. // Зарегистрировано в Государственном реестре изобретений Республики Таджикистан от 17.12.2014г.
4. Самандаров, Н.Ю. Получение некоторых сложных эфиров 3 $\alpha$ ,7 $\alpha$ -дигидроксихолановой кислоты./ Н.Ю. Самандаров, А.Х. Кадыров, С.И. Раджабов // Вестник ТНУ, №1/1 (102),2013г. Душанбе. С. 142-144.
5. Патент РТ № ТЈ 583. 3-хлорбензо (В) тиофен-2-карбоксии гидразид- 3 $\alpha$ , 7 $\alpha$ -дигидрокси-12-кетохолановой кислоты, обладающий антибактериальной активностью /Кадыров А.Х., Мироджов Г.К., Назарова З. Дж., Махкамова Б. Х., Самандаров Н.Ю., Султонмамадова М.П., Абдурахимова М.К., //Зарегистрировано в Государственном реестре изобретений Республики Таджикистан от 12. 07. 2013г



## ТАНЗИМИ СИНТЕЗИ АСИДҲОИ ЗАРУРӢ ВА АНБОШТ ДАР ГИЁҲОН

Абдулкарим Султонӣ,

Донишгоҳи Балх, Ҷумҳурии Исломии Афғонистон.

*Абдулкарим Султонӣ, ассистенти факултаи тиббии Донишгоҳи Балх, Мазори Шариф, Ҷумҳурии Исломии Афғонистон, Телефон: +93 (0) 796 148 098; Email: asultani194@gmail.com.*

*Абдулкарим Султони, ассистент медицинскогo факультета, Балхского университета Мазор Шариф, Исламская Республика Афганистан. Телефон: +93 (0) 796 148 098; Email: asultani194@gmail.com.*

*Abdul Karim Sultani, Assistant Professor medical fakultet, Balkh Universit, Mazar\_e\_Sharif, Balkh, Afghanistan. Email: asultani194@gmail.com*

## РЕГУЛЯЦИЯ СИНТЕЗА ВАЖНЫХ АМИНОКИСЛОТ И ИХ АККУМУЛЯЦИИ В РАСТЕНИЯХ.

Балхский университет, Исламская Республика Афганистан.

Не смотря на то, что аминокислоты важны для всех форм жизни, однако только протеиновые аминокислоты имеют ключевое значение, а не аминокислоты, потому что, человек и животное не способны синтезировать новых аминокислот, а приобретает эти вещества с пищи. Эти важные аминокислоты состоят из лизин (Lys), метионин (MET), трионин (MET) и аспарат (ASP); фенилаланин и триптофан (TRP) ароматные аминокислоты; волин (va), изолуцинилусин (LEU) от аминокислот к ветвей цепью (BCAA); и гистидин.

Рассматривая последних достижений в понимание метаболизма важных аминокислот и улучшение их уровня в растениях, мы также стараемся рассматривать анализировать проблемы укрепления жизненных значений растений.

**Ключевые слова.** Метаболизм, пища, клеточная энергия.

## THE REGULATION OF ESSENTIAL AMINO ACID SYNTHESIS AND ACCUMULATION IN PLANTS

Balkh University, Islamic Republic of Afghanistan.

Although amino acids are critical for all forms of life, only proteogenic amino acids that humans and animals cannot synthesize de novo and therefore must acquire in their diets are classified as essential. Nine amino acids-lysine, methionine, threonine, phenylalanine, tryptophan, valine, isoleucine, leucine, and histidine-fit this definition. Despite their nutritional importance, several of these amino acids are present in limiting quantities in many of the world's major crops. In recent years, a

combination of reverse genetic and biochemical approaches has been used to define the genes encoding the enzymes responsible for synthesizing, degrading, and regulating these amino acids. In this review, we describe recent advances in our understanding of the metabolism of the essential amino acids, discuss approaches for enhancing their levels in plants, and appraise efforts toward their biofortification in crop plants.

**Keywords:** metabolism, nutrition, cellular energy.

**Муқаддима.** Ҷонварон аз ҷумла инсон ва домҳои такмеъдаӣ, ки ба унвони ғизои инсон маҳсуб мешаванд, қодир ба синтези ҳама 20 аминокислоти мавриди ниёз барои ташкили протин намебошанд. Ин аминокислоти зарурӣ шомил аз лизин (Lys), метионин (MET), трионин (MET) ва аспарат (ASP); фенилаланин ва триптофан (TRP) асидҳои аминаи муаттар; волин (va), изолусин

ва лусин (LEU) аз асидҳои амина бо занҷираи шохаӣ (BCAA-ҳо); ва хистидин ҳастанд. Сутуҳи ҷаҳор маврид аз ин аминокислоти, яъне THR ва MET, Lys, Trp мӯҷиби маҳдуд шудани кайфияти ғизоии гиёҳон мешаванд, зеро миқдори онҳо дар гиёҳон дар муқоиса бо сутуҳи мавриди ниёз барои рушди беҳинаи инсон ва ҳайвон бисёр пойин аст.



Авомили аслии муассир бар ин аминокислота дар гиёҳони зироатӣ шомили мавориди зер аст: 1- Авомили танзимкунандаи синтези асидҳои аминаи зарурӣ бо халқаҳои боздорандагӣ боз хурд, ки дар он анбошти асидҳои амина монанд аз фаъолияти enzymatic дар масирҳои биосинтези шуда; 2- Катаболизми корони ин асидҳои амина. Дарвоқеъ асидҳои амина пешсозҳои тифи васеъ аз маҳсулоти табиӣ мебошанд, ки нақши муҳимме дар рушди нумӯи гиёҳ, аз ҷумла посух ба танишҳои зинда ва ғайри зинда ифода мекунад амина асидҳои ба ҷарҳаи асид тари карбуксилӣ барои тавлиди энергияи селули мавриди ниёз барои рушди гиёҳ бахусус дар посух ба танишҳои эҷоди маҳрумияти энергияи катаболиза мешавад [1,14].

Метаболизми асидҳои аминокислотаи ароматик: дар миёни асидҳои аминаҳои ароматик, phe ва trp зарурӣ мебошанд ва ин дар ҳолат, ки терозин ба унвони ғайризарурӣ маҳсуб мешавад [58]. синтези ин се асидҳои амина бо ҳифзи фасфанил пируват ва аридоз- 4-4 фасфот ба курузимот аз тариқи ин масир шуруъ мешавад. Ин курузимат ба phe ва trp аз тариқи масирҳои биосинтези асидҳои аминаи ароматик табдил мешавад.

Биосинтези асидҳои аминаи ароматик phe аз курузимот, аз ду масири метаболик истифода мекунад: аз тариқи финили пируват ба унвони воситаи митолулик ва аз тариқи уруғот истифода мекунад. Курузимот мутоз, аввалин марҳаларо дар биосинтези phe нишон медиҳад, бештар гунаҳои гиёҳии дорой як изуформи систуслик ва пластидҳои enzymatic мебошанд ва аз ин рӯй бо phe ва Trp боздорандагӣ шуда ва тавассути trp фаъолсозӣ мешавад. Перифинот аминотрансфероз, ки дар сатҳи муликулӣ шинисой мешавад, интиқоли маъкусро байни бо диҳидротоз уруҷоти комил мешавад. Мутотилиаи phe перифинот ва уруҷот катализ мекунад. Ин масир барои гулҳои гиёҳи гули атласӣ нишон додааст, ки баёни изузоим уруҷоти диҳидротози 1 дар гулбаргакҳо боло буда ва ин сутухи боло ҳамбастагии мусбате бо биосинтези phe эндогенез дар гулҳо мебошад.

Лозим ба зикр аст, ки диҳидротози уруҷот изола шуда, аз гунаҳои мухталифи дорой фаъолият дар гиёҳон, озмоишгоҳи phe-ҳои перифиноти диҳидротоз мебошад (3,1316). Ба ҳадафи таҳриқи тавлид ду омили бактериёро баён карда ва дар баргирандаи pheA голила, сохтори навтаркибро баён кард, ки инзими pheA курузимотмутоз ва перифиноти диҳидротоз дар arabinose heptulosonate мебошад [4,156]. Гиёҳони баёнкунандаи болоӣ нишон до два ин нишон медиҳад, ки гиёҳоне назири боктериҳо қодир ба табдили пурифмот ба phe микдор мебошанд ва ин мӯҷиби эҷоди сутухи болоӣ аз печидагӣ дар синтези зисти аминокислотаи phe ароматик дар гиёҳон мешавад. ахиран ин инзим ба унвони аминокислотаи ароматик тронсфероз дар назар гирифта шудааст [4,67]. Бо ин ҳол, ин дар сутухи молекули дар замоне таъйин шуд, ки ҳамкорон [5,2833] нишон додаанд, ки ин табдил аминокислотаи тронсфероз trp финили пируват таъйин шуд, ин инзим тавлиди phe-ро ба катаболизм ҳамоҳанги trp илова бар иртиботи биосинтези пластидӣ барои масирҳои метаболитҳои поини дасти аминокислотаи ароматик табдил мекунад. Финили пируват як пешсози муҳим барои метаболитҳои мухталиф, аз ҷумла, 1-финили истолдихид; 2- финили этанол; 3-финили этилин буто -ди глюкуз перонозид мебошад ба иловаи phe пешсозӣ барои тайи васеъ метаболитҳои восита ва совия бо аҳамияти зиёд барои сохтор ва дифоии гиёҳ мебошад.

Синтези Trp аз курузимот ниёзманди инзими зер мебошад: а- anthranilate синтез; б- фосфорибузили anthranilate тронсфероз; в- фосфорибузили энтеролизомеразат: эндо 3: глисирули фосфот синтез; г- алфа бэта систозии Trp дар гиёҳони синтези anthranilate, як ҳетротромер муташаккил аз ду алфа в аду бэта буда ва боз хурд аз таҳриқи иттисоли Trp ба зерӣ воҳиди бэта боздоранда мешавад. Чун anthranilate флорез таҳти ашъаи (шуои) нур қарор мегирад, метавонад ба унвони як нишонгӯи фонотопӣ шинисоии мутонтҳои истифода шавад. Ин мутонтҳо ба унвони ғайри ҳассос ба боз хурд будааст. Дувумин инзим дар биосинтези Trp anthranilate фосфорибу-

зили энтеролит ва перофосфонати ғайри олӣ табдил карда ва баёни жен кад кунандаи ин инзим аз тариқи аносири танзимкунандаи даруни ду энтерони аввал кантрул мешавад. Савумин инзим омили табдили фосфорибузили энтеролит ба карбоксии финил амин ди-зоксии риболози фосфот мебошад. Аробиду-писиз дорои се жен мебошад, ки дар посух ба шуъои фаробунафш ва нитронукра дар бофт ва селул танзим мешавад. Инзими баъдӣ эн-дол глисирол фасфоти синтез буда ва ташки-ли фасфоти глисирол эндол карбоксии финил амин катализ мекунад, марҳалаи ниҳой дар биосинтези Тгр дар ду бахш бо зери воҳиди алфа ва бэта анҷом мешавад. Аввалан, фас-фоти эндол глисирол ба эндол ва глисирол фасфот бо зери воҳиди алфа тақсим мешавад ва сипас эндол ба зери воҳиди бэта катализ мешавад [6.140].

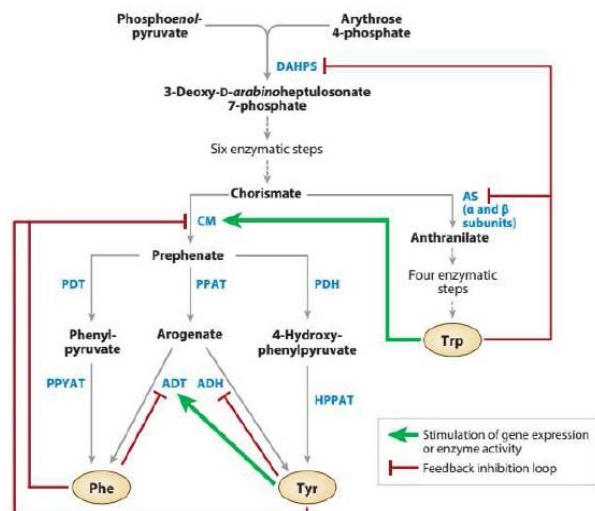
Мутолиаи ахир нишон додаст, ки сутуҳи phe ва Тгр дар тайи ин шароити муҳитӣ му-танавеъи назири нур, об, таниши сармо ва дар тайи пирӣ ношӣ аз торикӣ, танзими афзо-ишӣ мешавад. Ба илова табиист, ки гиёҳон кодир ба ба табдили Тгр ва phe ба 2 оксиг-литрат дар масире мешавад, ки шомили ку-вонизми эвоуил дигидрогенез мебошад.

Ба далели моҳияти зарурии асидҳои ами-на ароматик, афзоиши сутуҳ дар гиёҳон бо табдили arabinoheptulosonate бо жени AroG бактерияи навтаркиб рамзкунандаи deoxy - arabinoheptulosonate phosphate анҷом шуда-аст. Баёни ин жен асари зиёде бар рӯи су-туҳи метаболитҳои аввалияи назири шики-мият, Тгр ва phe ва тифи васеи аз метаболит-ҳои сонавӣ аз ин асидҳои амина, аз ҷумла фенили prephenate, глюкози инулот ва кон-жугаҳои гормонӣ истифода мекунад, баё-ни ин жен дар гуҷа ва низ гули атласӣ мунҷ-ар ба афзоиши сутуҳи асидҳои амина phe - ароматик ва низ сутуҳи болои фенил prephenate-ҳои фирор ва ғайри фирор шу-дааст, аз ин рӯи сутуҳи ҳамбастагии зиёде бо ин фенил prephenate-ҳо дар ҷамъияти гуҷафарангӣ нашофт. Ин мутолиа нишон медиҳад, ки иттилои метаболитҳои асиди амина ароматик як роҳбурди муҳандисии муассир дар замонаст, ки монисм танзими бозхурди мутавақиф мешавад.

## Метаболизми ҳистидин (гистоген)

Генетикаи биосинтез ба унвони пара-димӣ барои танзими метаболит дар қорҷо ва бактерияҳо дар назар гирифта шудааст. Ин дар кашфи сохтори боз ва танзими био-синтези асиди амина аҳамияти зиёде дош-тааст [7,369]. Агарчи мутолиаи он дар гиё-ҳон камтар будааст, дар воқеъ иттилооти каме дар хусуси биосинтези ҳистидин дар гиёҳон вучуд дорад. Яъне чандин инзим (enzymatic) бо ин масир аз тариқи тавсияи алафкашҳои интиҳобӣ, ки блоккунандаи масир ҳастанд, шиносӣ шудааст.

Ҳамаи нух инзими (enzymatic) биосинте-зи гистидин дар arabinoheptulosonate шино-сӣ шудаанд. Бо ин ҳол дар соли 2010 буда, ки жен кодкунандаи enzymatic -и қорҷӣ ма-сири monophosphatase -myoinositol 2 like кодир ба рамзгузори фосфотоз и гистоди-ноли фосфат омиле буда, қабл аз ин ҷомеа бар рӯи асароти баёни болоӣ нух инзим нишон дод, ки аксарият кантрули миқдори гистоген дар гиёҳон дар воқуниш катализ шуда, бо баёни болоии инзим вучуд доранд. Аз ин рӯи, ҳамон тавр, ки дар соир маси-рҳои биосинтези асиди амина мушоҳида шудааст, ҳарду эзоформи фосфориноз трон-сферал аз тариқи маҳсули худ танзим меша-ванд [8,907].



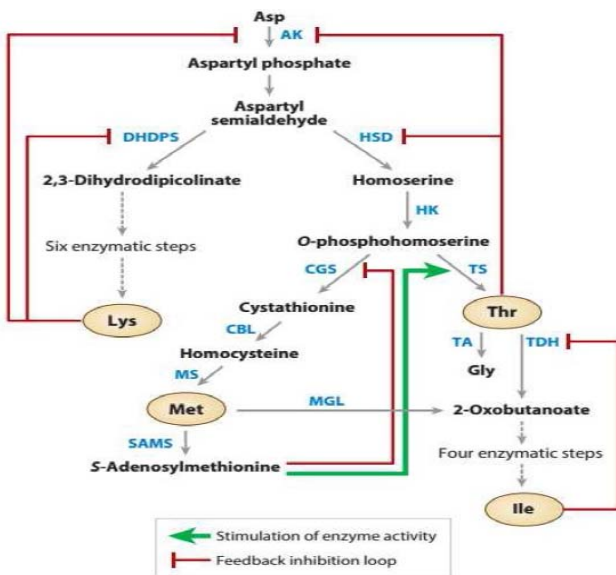
**Шакли 1.** Биосинтези асиди амина аро-матик мунҷар ба Тгр-тир ва phe дар гиёҳон: инзимҳо ба ранги обӣ ҳастанд ADH, ароге-нати (arogenate) ди гидрогенез; AS синтези anthranilate; Cm, мутози кризмот; DAHPS,



3 ди окси -D arabinohexulosonate 7-фосфоти синтез; HPPAT аминотрансферази 4-pyruvate; PDH, перифенати ди гидрогенез; PDT, дигидротози prephenate; PPAT, аминотрансферази prephenate; PPUAT, аминотрансферази финил pyruvate .prephenate;

Вижагии муҳимми дигари марбут ба соир масирҳои биосинтези гиёҳон, набуди дониши мо дар хусуси танзими рӯнависи биосинтез гистоген аст. Дар воқеъ, дониши феълӣ маҳдуд ба ин аст, ки генҳои arabinohexulosonate ба таври сохторӣ баён мешаванд. Аз ин рӯ мушаххас нест, ки оё баёни генҳои биосинтези гистоген бо генҳои биосинтези асиди амина дигар дар соқаи себи заминӣ иртибот доранд, ин ҳамбастагӣ дар гандум ё arabinohexulosonate низ гузориш шудааст.

**Шакли 2.** Хонаводаи Asp амитоз асидҳо ва осинтези мунҷар ба ile Met, Thr, Lys дар гиёҳон. Инзимҳо дар матн даҳ ранги обӣ нишон дода шудаанд. Ихтисороти Ак, Asp киноз; CBL- cystothionine В-линоз; CGS- cystothionine 7 синтез; DHDPS-синтез; НК- кинози homocysteine; HSD

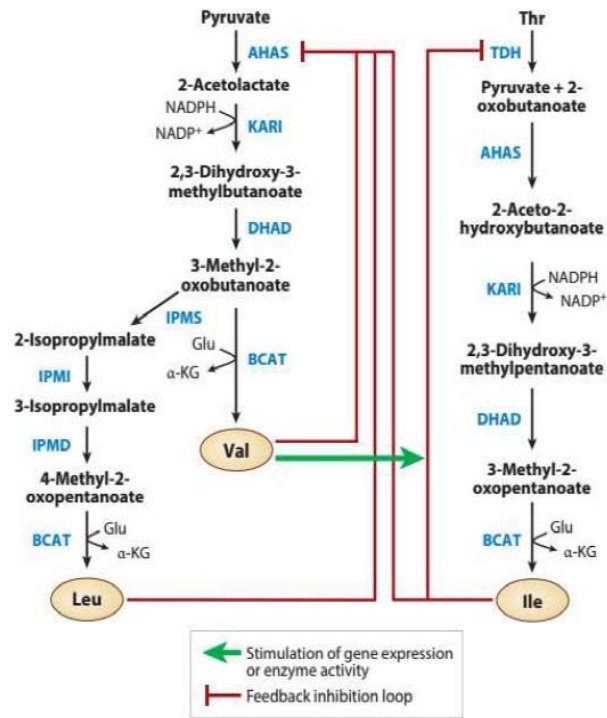


Homocysteine дигидрогенз, MGL аз MeT 7 синтез; MS аз Met синтез; SAMS синтез S- одузил метонин; TA- триванини алдузин; TS- триванини синтез.

Дар фаротар аз асиду аминаҳои ароматик, гистоген пурхазинатарин аминокислота мебошад, ки байни 31 ва 41 АТФ мебошад ва қодир ба тавзеҳи фаровони нисбатан

пойин дар хориҷ аз манотиқи фаъоли прутин аст. Баръакс, соир асидҳои амина дар посух ба таниши муҳитӣ сураат мегирад. ташреҳи масирҳои катаболики гистоген як авлавияти таҳассусоти муҳим барои дарки комили танзими шабакаи метаболити асиди амина аст.

**Шакли 3.**



**Метаболизми лизин.** Биосинтези лизин дар гиёҳон шиносӣ шудааст [9,395]. Дониши мо аз синтези лизин ба соли 1950 бармегардад, вақте ки инзимҳои биосинтези бар асоси дониши бактерияҳо мутолиа шудааст. Дар соли 1984 аввал муноқиша анбошткунандаи лизин ба унвони як форми ғайрихассос аз синтези ди пикнулот мутолиа шудааст. Дар соли 1990 тавлиди гиёҳони тарорехтаро мушоҳида кардаанд, ки дар он форми бактерияи ғайрихассос ба бозхӯрди ин инзим, дар ҳолатҳои хассос баёни боло шудааст. Фароянди таҷзияи лизин, ба таври комил дарк нашудааст. Бо ин ҳол тифи васеъ аз мутолиоти муҳим дар ҳар ду гиёҳон ва пистондорон, ин асири муҳимро нишон додааст. Дар гиёҳон ҳузури масири катоболити лиз бо истифода аз лизини курии 14 таъйид шуд.

**Метаболизми аминокислоти занҷираи ашӣ:**

Мутолиоти масири биосинтези ВСАА нишон дод, ки 4 enzymatic дар биосинтези Val ва ile нақш доранд. Биосинтези ile аз тариқи вокуниши ди амниёз оғоз мешавад. Агарчи масири марбут ба вол аз prephenate шуруъ мешавад. Биосинтези ile бо табдили 3 метил-2-oxobutonaate ба 2-isopropylvolate эҷод мешавад. Таркиби биоинформатик, додаҳои биологӣ селуляри нишон додаст, ки ин вокунишҳои ибиосинтези маҳдуд ба плостид мебошанд. Аввалин enzymatic-и ди амниёз, thr-ро ба амниум табдил мекунад.

Баррасии тайфсанҷии вазнии посухҳои мтоболикӣ нишон додаст, ки сутуҳи Trp ва ile вокуниши мушобеҳе бо таниш дорад. Дарки мо дар хусуси таниши ВСАА таҳти ин шароит заъиф аст. бо ин ҳол лозим ба зикр аст, ки мутолиот дар гунаҳои мухталиф аз ҷумла гучафарангӣ, гандум ва ҷав нишон медиҳанд, аз ин рӯ баеҳӣ аст, ки талошҳои зиёде барои барои дарки нақши онҳо фаротар аз масирҳои биосинтези лозим аст.

#### **Тақвияти зистии лизин, метонин, теронин ва териптофон**

Дар миёни 9 аминокислотасиди баррасишуда дар ин ҷо сутуҳи ҷаҳор Trp, Lys, Met ва Thr мӯҷиби маҳдуд шудани кайфияти тағзияи гиёҳон шудааст, зеро онҳо дар гиёҳон дар муқоиса бо сутуҳи мавриди ниёз барои рушди беҳинаи инсон ва ҳайвон пойин аст, ба илова ҳадди ақал ду аминокислоти дигар Cys - туғ мебошад, ки ба сурати аминокислоти phe ва met синтез мешавад ва аз ин рӯй сутуҳи онҳо мӯҷиби маҳдуд шудани кайфияти тағзияи мешавад. Вақте як асиди амина дар сутуҳи пойин бошад, соирин катализ шуда ва ба унвони манбаи энерҷи истифода мешаванд ва ин монанд аз синтези прутин мешавад ва ин мӯҷиби коҳиши мухтавои прутин мешавад, ки мунҷар ба камбудии прутини ғайри вижа мешавад, ки бар андомҳои пистондорон асар дорад ва ин рӯй коркарди кулияғз, мекоз (гурда) ва системаи иминӣ (иммунӣ) матлуб аст. Алоими физики камбудии прутини хун пойин, рушди физикӣ ва зехнӣ дар кӯдакон, пӯст аст. Ин синдром таъсир ба коҳиши энерҷи ва прутин дорад ва Созмони Беҳдошти Ҷаҳонӣ баровард кардааст, ки тақрибан 30%-и афрода дар кишварҳои дар ҳоли

тавсӯ аз он ранҷ мебаранд. Дар бисёре аз киштҳои галлот барои ғалаба бар ин маҳдудият таркиб мешаванд, вале сутуҳи асидҳои амина мӯҷиби маҳдуд шудани арзишҳои физикоӣ гиёҳон шудааст. Аз ин рӯй дар кишварҳои ғарбӣ асидҳои амина синтез шуда ба физикоӣ ҳайвонӣ барои дастбӣ ба режими физикоӣ матлуб дар назар гирифта шудааст.

Филтри мутонт ва наҷоди клосик қодир ба афзоиши сутуҳи ин асидҳои амина набудааст ва замоне, ки миқдор афзоиш ёфтааст, ба қимати коҳиши маҳсул ҳосил мешавад. Таҳқиқотҳои муҳандисии женетик дар ин замина бисёр матлуб будааст, параметрҳои бофти вижа ба ғалаба бар фенотипҳои ғайритабии кӯмак мекунанд. ҷаҳор рӯйкарди мутафовит дар талош барои афзоиш сутуҳи ин ҷаҳор асиди амина дар бофтҳои пӯшишӣ ва базрҳои гиёҳони тарҷанӣ истифода шудааст, аввалин рӯйкарди афзоиши синтези ин асидҳои амина мебошад.

Мутолиоти ахир нишон додаст, ки сутуҳи Trp ва phe дар тайи ин шароити муҳитӣ мутанавв назирӣ нур, об ва таниши сармо ва дар тайи пирӣ ношӣ аз торикӣ, танзими афзоиш мешавад. Илова, баеҳӣ аст, ки гиёҳон қодир ба табдили Trp ва phe ба 2 оксиглитерат дар масире мешавад, ки шомили квотинизми isopropylvolate ди оксиди гидрогенез мебошад, алғӯи анбошти сутуҳи thr ва phe дар тайфи васеъ аз шароити таниши нишондиҳандаи потенциал нақши гиёҳон дар тавлиди асидҳои амина мебошад, бо ин ҳол, ташреҳи аҳамияти коркарди асидҳои амина таҳти ин шароит амри саҳт аст, ба далели моҳияти зарурии асидҳои аминаи ароматик, афзоиши сутуҳ дар гиёҳон, бо табдили arabinoheptulosonate ба жени AroG бактерияи навтаркиб рамзкунандаи 3 дизоксиди arabinoheptulosonate, 7-фосфат анҷом шудааст. Баёни ин жен асари зиёде бар рӯйи сутуҳи метоболитҳои аввалия назирӣ Trp ва phe тайфи васеъ аз метоболитҳои сонавия (баъдӣ) аз ин асидҳои амина, аз ҷумла фенил, пропанид, глюкозинулот ва конжуғаҳои гормонӣ истифода мекунанд, баёни ин жен дар гӯча ва ва низ дар гули атласӣ мунҷар ба афзоиши сутуҳи асидҳои аминаи ароматик ва низ сутуҳи болои фенили пропанидҳои фирор ва



гайри фирор шудааст. Аз ин рӯй сутухи рхе хамбастагии зиёде бо ин фенили пропанидҳо дар чамбъяти гӯчафарангӣ нашофт. Ин мутолиа нишон медиҳад, ки иттилоӣ метоболизми асиди амина ароматик як роҳбурди муҳандисии муассир дар замонест, ки механизми танзими бозхурд мутавакиф мешавад.

#### Чамбандӣ.

1. Арзёбии чамбъяти ислоҳӣ ва вориёна-тҳои табиӣ нишон медиҳад, ки ҳаммонанди метилолитҳо меъёри женетикии кантрули асидҳои амина зарурии бисёре печида мебошан.

2. Масирҳои биосинтези ҳама 9 асидҳои аминаи зарурӣ, тавассути маҳсулоти худ дар ҳалқаи боздорандагӣ танзим мешавад.

3. Шеваҳои таҷзияи асидҳои амина баи-хубӣ дарк нашудааст ва бисёре аз мавори-

ди дигар дониши мо аз вокунишҳои ката-болизми метаболитҳо ноқис аст.

4. Танзими рӯнависи биосинтези асиди амина таҳти тайфи васеи аз танишҳо бар-расӣ шудааст, ки нишон медиҳад фаровонии асиди амина на танҳо ба таҷзияи прутин бо синтези чадид таҳти ин шароити танзим афзоиш мешавад.

5. Шавоҳиди зиёде вучуд дорад, ки ни-шон медиҳад асиди аминаҳои зарурӣ ба ун-вони субстратҳои танафусии (нафаскашӣ) чойгузин амал мекунанд ва аз ин рӯй суб-стратҳои барои тавлиди метоболик маҳсуб мешаванд.

6. Роҳбурдҳои женетики маъқус муваф-фақияти зиёде дар афзоиши микдори Thr, Trp, Met ва Lys дар гиёҳон доранд.

### АДАБИЁТ

- 1- Abelson PH. 1974. Pseudoscience. *Science* 184, 1233.
- Adie B, Chico JM, Rubio-Somoza I, Solano R. 2007. Modulation of plant defenses by ethylene. *Journal of Plant Growth Regulation* 26, 160-177.
- Plant sensory perception | 431
- 2- Alborn HT, Hansen TV, Jones TH, Bennett DC, Tumlinson JH, Schmelz EA, Teal PEA. 2007. Disulfoxy fatty acids from the American bird grasshopper *Schistocerca americana*, elicitors of plant volatiles. *Proceedings of the National Academy of Sciences, USA* 104, 12976-12981.
- 3- Aristotle. 1984. On youth, old age, life and death, and respiration. In: Barnes J, ed. *The Complete Works of Aristotle vol. 1*. Princeton NJ: Princeton University Press.
- 4- Boyer P. 1996. What makes anthropomorphism natural: intuitive ontology and cultural representations *The Journal of the Royal Anthropological Institute* 2, 83-97.
- 5- Tomkins P, Bird C. 1973. *The secret life of plants*. New York: Harper & Row.
- 6- Baldwin IT, Halitschke R, Paschold A, Von Dahl CC, Preston CA. 2006. Volatile signaling in plant-plant interactions: "talking trees" in the genomics era. *Science* 311, 812-815.
- 7- Retallack DL. 1973. *The sound of music and plants*. Santa Monica: DeVorss
- 8- Horowitz KA, Lewis DC, Gasteiger EL. 1975. Plant "primary perception": electrophysiological unresponsiveness to brine shrimp killing. *Science* 189, 478-480.
- 9- Trewavas AJ, Balu?ka F. 2011. The ubiquity of consciousness. *EMBO Reports* 12, 1221-1225.
- 10- Olsson IAS, Forkman B. 2012. No credible consciousness without critical thinking. *EMBO Reports* 13, 289.
- 11- Gallie DR, Chang SC. 1997. Signal transduction in the carnivorous plant *Sarracenia purpurea* (Regulation of secretory hydrolase expression during development and in response to resources). *Plant Physiology* 115, 1461-1471.
- 12- Mith?fer A, Boland W. 2008. Recognition of herbivory-associated molecular patterns. *Plant Physiology* 146, 825-831.
- 13- Schmelz EA, Carroll MJ, LeClere S, Phipps SM, Meredith J, Chourey PS, Alborn HT, Teal PEA. 2006. Fragments of ATP synthase mediate plant perception of insect attack. *Proceedings of the National Academy of Sciences, USA* 103, 8894-8899.
- 14- Kumar SV, Wigge PA. 2010. H2A.Z-containing nucleosomes mediate the thermosensory response in *Arabidopsis*. *Cell* 140, 136-147.

**ПРИНЦИПҲОИ АСОСИИ ФИТОТЕРАПИЯИ СИНДРОМИ МЕТАБОЛИТИКӢ****У.П. Юлдашева, Ф.Ш. Талбов**Кафедраи фармакология (мудири кафедра н.и.ф., дотсент Урунова М.В.)-и  
МДТ "ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино"*Юлдашева Умедахон Пулатовна, дотсенти кафедраи фармакологияи МДТ "ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино", E-mail: umeda.yuldasheva@mail.ru, тел. 935999944**Юлдашева Умедахон Пулатовна, дотсент кафедри фармакологии ГОУ "ТГМУ им. Абуали ибн Сино", E-mail: umeda.yuldasheva@mail.ru, тел. 935999944**Yuldasheva Umedakhon Pulatovna, k.m.s., associate professor of the Department of Pharmacology of the ATSMU, E-mail: umeda.yuldasheva@mail.ru, tel. 935999944***ОСНОВНЫЕ ПРИНЦИПЫ ФИТОТЕРАПИИ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА****У.П. Юлдашева, Ф.Ш. Талбов**

Кафедра фармакологии ГОУ "ТГМУ им. Абуали ибн Сино"

В обзоре представлены основные направления о фитотерапии метаболического синдрома (МС), который представляет собой сочетание гормональных и метаболических нарушений, объединенных общим патофизиологическим механизмом - инсулинорезистентностью (ИР). ИР - снижение биологических эффектов инсулина в тканях и органах. При этом возникает необходимость увеличения количества инсулина для компенсации этого состояния. В дальнейшем гиперинсулинемия вызывает развитие ряда гормонально - метаболических, гемодинамических и системных нарушений. Наряду с общепринятыми средствами лечения МС рекоменду-

ется использовать и препараты растительного происхождения. Фитотерапия при лечении пациентов с МС должны быть направлены на основные звенья его патогенеза: нормализацию углеводного обмена, повышение чувствительности тканей к инсулину; коррекцию ожирения и атерогенной дислипидемии; коррекцию артериальной гипертензии (АГ), нормализацию реологических свойств крови и сосудистой проницаемости, устранение эндотелиальной дисфункции; минимизацию побочных эффектов фармакотерапии.

**Ключевые слова.** Фитотерапия, метаболический синдром, дислипидемия, инсулинорезистентность.

**BASIC PRINCIPLES OF PHYTOTHERAPY OF METABOLIC SYNDROME****U.P. Yuldasheva, F.Sh. Talbov**

Department of Pharmacology, ATSMU

This review presents the main issues about phytotherapy of metabolic syndrome (MS), which is a combination of hormonal and metabolic disorders, combined by a common pathophysiological mechanism - insulin resistance. Insulin resistance - is a decrease in the biological effects of insulin in tissues and organs. In this case, there is a need to increase the amount of insulin to compensate the patient's need. Subsequently, hyperinsulinemia causes the development of a number of hormonal-metabolic, hemodynamic and systemic disorders. Along with standard treatments for MS, it is

recommended to use herbal preparations. Herbal medicine in the treatment of patients with MS should be focused on the main links of its pathogenesis: normalization of carbohydrate metabolism, increasing tissue sensitivity to insulin; correction of obesity and atherogenic dyslipidemia; correction of arterial hypertension (AH), normalization of the rheological properties of blood and vascular permeability, elimination of endothelial dysfunction; minimization of side effects of pharmacotherapy.

**Keywords.** Phytotherapy, metabolic syndrome, dyslipidemia, Insulin resistance.





**Муҳимияти мавзӯ:** Ташкилоти умуми-чаҳонии тандурустӣ (ТУТ) аломати метаболикӣ (АМ) - ро "Эпидемияи глобалӣ" - и муосир мешуморад. Мувофиқи ҳисоботҳои экспертҳо, то соли 2025 шумораи беморон бо чунин ташхис дар тамоми ҷаҳон 300 млн. нафар одамро ташкил мекунад. Тарҷумаи ифодаи АМ - ин пайдоиши якбораи як чанд ҳолатҳои патологияи организм дар натиҷаи вайроншавии мубодилаи моддаҳо мебошад.

Аломати метаболикӣ яке аз мушкилоти муҳим ва актуалии тибби муосир ба шумор меравад, ки дар ҷараёни он тарзи ҳаёти солим аҳамияти ниҳоят муҳим дорад.

Дар соли 1988 профессори амрикоӣ, духтур - эндокринолог G. Reaven аломати X - ро мушоҳида намуд, ки он гиперинсулинемия, вайроншавии устуворӣ ба глюкоза, гиперхолестеринемия ва баландшавии фишори артериявиро дар бар мегирифт. Ӯ аввалин маротиба фарзия (гипотеза) - и вобастагии байни инсулинустворӣ ва гиперинсулинемияи компенсаториро пешниҳод намудааст. G. Reaven фарбеҳии шикамро ба аломати метаболикӣ дохил накарда буд. Дар соли 1989 J. Kaplan фарбеҳии шикамро ба аломатҳои метаболикӣ дохил намуда, онро "квартети маргӣ" номидааст. Дар солҳои охир баъзе олимони аломатҳои дигар, ба монанди гиперурикемия, гипертрофияи меъдаҷаи рост, холеситсити сангдор ва гайраро ба АМ ворид карда, мафҳуми онро васеъ намудаанд.

Яке аз омилҳои асосӣ дар патогенез (равиш) - и аломатҳои метаболикӣ - ин инсулинустворӣ ба шумор меравад. Инсулинустворӣ - паст шудани ҳассоснокии ҳуҷайраҳои мушакҳо, ҷигар ва ҷарбҳо ба инсулин мебошад. Ҳангоми инсулинустворӣ ? - ҳуҷайраҳои ғадуди зерӣ меъда ба таври компенсаторӣ хориҷшавии инсулинро зиёд мекунад ва микдори инсулин дар таркиби хун баланд мегардад, яъне гиперинсулинемия мушоҳида карда мешавад. Дар натиҷа захираи ? - ҳуҷайраҳо кам шуда, ҷараёни танзими глюкоза вайрон мешавад. Баланд шудани сатҳи гликемия ба ? - ҳуҷайраҳои ғадуди зерӣ меъда таъсири глюкостоксикӣ расо-

нида, пастшавии ҳассоснокии ҳуҷайраҳо ба инсулинро боз ҳам баланд мекунад ва инсулинустворӣ мавҷудбуда, зиёд мешавад.

#### **Инсулинустворӣ ва дислипидемия**

Паҳншавӣ ва пайдошавии инсулинустворӣ аз ҷамъшавии рағани зиёдатӣ (витсералӣ) дар беморон ё фарбеҳии абдоминалӣ вобаста мебошад. Ҳассоснокии адипоситҳои ҷарбҳои виссералӣ ба инсулин фарқ мекунад, яъне таъсири липолитикии инсулин зиёд шуда, баръакс, таъсири антилиполитикии он паст мешавад. Дар ин шароит (ҳолат) липолиз зиёд шуда, ҳосилшавии маҳсулотҳои кислотаи рағани озод (КРО) танзим мешавад. Баландшавии консентратсияи КРО дар хун ба дислипидемия ва диабетиканд оварда мерасонад. КРО ба функсияи секретории ? - ҳуҷайраҳои ғадуди зерӣ меъда таъсири липотоксикӣ мустақим дошта, фаъолияти СМА - ро зиёд мекунад. Ғайр аз ин, КРО субстрати дорои синтез дар ҷигар липопротеидҳои зиччишон паст мебошад, ки аз триглицеридҳо бод мебошанд.

#### **Инсулинустворӣ ва гипертензияи артериявӣ**

Дар ҳолати гиперинсулинемия ҷаббиши ионҳои натрий ва об дар каналҳои дисталӣ ва проксималии нефрон зиёд мешавад, ки ба гиперволемия, зиёдшавии ҳаҷми хуни даврзананда ва баландшавии фишори артериявӣ оварда мерасонад. Ғайр аз ин, дар ҳолати гиперинсулинемия фаъолияти системаи симпатoadреналӣ ва ҳиссиёти ҳуҷайраҳои мушакҳои суфтаи артерияҳо ба таъсири омилҳои прессорӣ (катехоламинҳо, ангиотензин II) баланд мешаванд, ки дар натиҷа рағҳо танг шуда, ба гипертензияи артериявӣ оварда мерасонад.

#### **Инсулинустворӣ ва диабетиканд**

Патогенези диабетикандӣ намуди 2 - юм, бо инсулинустворӣ вобаста аст. КРО - ба бофтаҳои ғадуди зерӣ меъда таъсири токсикӣ дорад. Дар ҳолати инсулинустворӣ ? - ҳуҷайраҳои ғадуди зерӣ меъда, хориҷшавии инсулинро зиёд мекунад. Пас аз якҷанд вақт функсияи захиравии онҳо паст шуда, апоптози ҳуҷайраҳои ҷазирачаҳои Лангергансро зиёд намуда, ба баландшавии микдори глюкоза дар хун оварда мерасонад.



### **Инсулинустворӣ ва патологияи девораи рағҳои хунгард**

Дар шароити гиперинсулинемияи виссералӣ адипоситҳо як қатор ситокинҳои илтиҳобӣ хориҷ мекунанд, ки онҳо ингибиторҳои фаъоли плазминоген - 1, ангиотензиноген ва интерлейкини - 6 мебошанд. Зиёдшавии онҳо дар плазмаи хун ба муҳосираи фибринолиз, фаъолшавии тромбоз, маҳсусан дар артерияҳои коронарӣ оварда, омилҳои асосии сактаи дил ба шумор мераванд.

### **Аломатҳои таъхисии синдроми метаболитикӣ**

Мувофиқи пешниҳоди IDF (2006) (критерияи асосии аломатҳо (синдром) - и метаболитикӣ:

- фарбеҳии абдоминалӣ (миён: аз 94 см зиёд дар мардҳо ва аз 80 см зиёд дар занҳо);
- зиёдшавии триглицеридҳо (ТГ) аз 1,7 ммол/л;
- пастшавии липопротеиди зичиаш баланд (ЛПЗБ) камтар аз 1,03 ммол/л дар мардҳо ва камтар аз 1,29 ммол/л дар занҳо;
- зиёдшавии фишори артериявӣ (ФА): систолий (ФАС) зиёда аз 130 мм.с.с. ва ё диастолий (ФАД) зиёда аз 85 мм.с.с.;
- зиёдшавии миқдори глюкоза дар плазмаи венозӣ зиёда аз 5,6 ммол/л.

Барои муолиҷаи аломатҳо (синдром) - и метаболитикӣ як чанд гурӯҳи маводҳои дорухӯи мавҷуд аст, вале ин дорухӯ таъсири нохоҳами зиёд доранд ва истифодаи онҳо дар ин гурӯҳи беморон тавсия дода намешавад. Масалан, ? - блокаторҳои селективӣ ва ғайриселективӣ ва диуретикҳо инсулинуствориро зиёд карда, вайроншавии мубодилаи моддаҳо фаъол мекунанд. Дар баробари дигар маводҳо барои табобати аломатҳо (синдром) -и метаболитикӣ маводҳои растанигӣ низ ба таври васеъ истифода бурда мешаванд.

Принсипҳои муолиҷа бо маводҳои растанигӣ барои табобати беморон бо аломатҳо (синдром) - и метаболитикӣ пеш аз ҳама, бояд ба сабабҳои асосии аломатҳо равона карда шаванд.

### **Равияҳои асосии фитомуолиҷаи аломатҳои метаболитикӣ:**

- ба меъёрдарории мубодилаи карбона-

тҳо, зиёдкунии ҳиссиёти хучайраҳо ба инсулин;

- ислоҳи (коррекцияи) фарбеҳӣ ва дислипидемия;

- ислоҳи гипертензияи артериявӣ, ба меъёрдарории гардиши хун дар майнаи сар ва дил;

- ба меъёрдарории ҳосияти реологии хун ва гузариши рағҳо, бартараф намудани дисфункцияи эндотелиалӣ;

Истифодаи фитотерапия дар бемории аломатҳо (синдром) - и метаболитикӣ ва вайроншавии толерантноки ба глюкоза барои пасткунии сатҳи глюкоза равона шудааст. Зиёда аз 100 намуди растаниҳои шифобахш маълум аст, ки таъсири гипогликемӣ доранд.

Барои камкардани суръати апаптози ? - хучайраҳои гадуди зери меъда ва танзими онҳо истифодаи гурӯҳи растаниҳои панкреатопротекторҳо - агонистҳои инкретин, яъне растаниҳое, ки тундӣ ва лектин доранд, истифода бурда мешаванд.

- ислоҳи фарбеҳӣ ва дислипидемия

Барои муолиҷаи фарбеҳӣ аз рустаниҳое истифода бурдан лозим аст, ки дар таркиби худ миметикҳои инкретин (пептиди GLP-1) - гормони узвҳои хозима дошта бошанд. Ин модда хориҷшавии инсулинро ба танзим дароварда, баъди истемоли глюкозайи экзогенӣ фаъол мешавад. Ба ин рустаниҳо гимнемаи чангалӣ дохил мешавад. Кислотаи гимнемовӣ тарашшӯх (секресия) - и хучайраҳои рӯдаи 12 - ангуштаро танзим намуда, хориҷшавии инкретинро зиёд мекунанд, ки он ба маркази серӣ дар гипоталамус таъсир расонида, ба пастшавии иштиҳо ва камшавии вазн оварда мерасонад.

Барои табобати инсулинорезистентноки, растаниҳое, ки дар таркибашон рӯҳ ва хром - микроэлементҳо, ки қобилияти таъсири монанди инсулинро доранд (изоформа), тавсия карда мешавад.

Барои кам намудани чаббӣҳои глюкоза дар рӯдаҳои рӯстаниҳои шилмдор (шилмак) истифода мебаранд, ки дар таркибашон луоб, пектин ва сорбитҳо ва ғайра доранд.



### Растаниҳое шифобахш, ки таъсири гипогликемӣ доранд

Равиш	Моддаи фаъоли биологӣ	Растаниҳо
Стимулятсияи регенерацияи β-хучайраҳои қазираҳои Лангерганс	Флавоноидҳо гликозидҳо (гиперозид), полифенолҳо (катехин, эпикатехин, танинҳо), пектинҳо	Галега – <i>Galega officinalis</i> , Ангури сағак – <i>Vaccinium myrtillus</i> , Мушхор – <i>Arctium lappa</i>
	Гликозидҳои терпеноидӣ – панаксозидҳои В, С, D, E, F, панасодиол, панаксатриол, сапонинҳои тритерпенӣ (гинсенозидҳо), стероидҳо, биотин, кислотаҳои никотин, фолиевӣ, пантотенӣ, флавоноидҳо	Одамгойёҳ – <i>Panaxginseng</i> , Аралия – <i>Agalia elat</i> , Элеутерококк – <i>Eleutherococcus senticosus</i> , лимугиёҳ – <i>Schisandra</i> , родиола – <i>Rhodiola</i> .
Таъсири инсулинмонанд	Гликозидҳо, рӯҳ	Дарахти тус - <i>Betula pendula</i> , Торон <i>Poligonum aviculare</i> , Сута ва пупаки чуворимакка – <i>Stylicum stigmatis zeae maydis</i> , Гиёҳи мармарак – <i>Silvia officinalis</i>
Растаниҳое, ки дар таркибаш инулин доранд		Решаи росан ва коку – <i>Radix Inula &amp; Taraxacum officinale</i> , Решаи коснӣ - <i>Radix Cichorium</i> , мушхор - <i>Arctium</i> , Ноки заминӣ (топинамбур - <i>Helianthus tuberosus</i> ) Тугмагул – <i>Centaurea</i> Шанбалид (бӯимодарон) – <i>Tussilago</i> , Чормағз - <i>Juglans regia</i> , Артишок - <i>Cynara</i>
Растаниҳое, ки дар таркибаш бигуанидин доранд		Галега (козлятник) - <i>Galega officinalis</i> , • Навда ва баргҳои қаламча • Самтбандии тухми лӯбиёи муқаррарӣ Қоку – <i>Taraxacum</i>

Равиши асосӣ дар муолиҷаи аломатҳои метаболитикӣ - ин барқарор кардани ритми шабонарӯзии тақсимшавии гликоген ба глюкозаи озод дар сӯбх ва синтези гликоген дар вақти шом ва шаб мебошад, ки он ба нормогликемияи физиологӣ оварда мерасонад. Барои ин қабули адаптогенҳо дар сӯбх ҳамчун синергистҳои катехоламинҳо ва дар шом фитотранквилизаторҳои гурӯҳи пион, ҳамчун растаниҳои хосияти ваготоникидошта, тавсия карда мешавад.

**Растаниҳое, ки мубодилаи асосӣ ва липолизро зиёд мекунанд.**

Ин растаниҳои шифобахш таъсири фаъолгардонидани ғадуди сипаршакл (дар таркибаш дийодтирозин доранд) ва синтези гормонҳои ин ғадудро дошта, ҳангоми гипотиреоз (ғайр аз тиреодити аутоммунӣ) тавсия дода мешаванд. Инчунин, растаниҳое, ки дар таркибашон полифенолҳо, ҳосилаи кислотаи қаҳва

(*Echium vulgare*, *Lycopus*, *Prunella*, *Potentilla alba*) низ истифода бурда мешаванд.

Растаниҳое, ки иштиҳоро паст мекунанд, хосияти варамкунӣ ё ҳосилкунии луобро дар узвҳои ҳозима доранд. Аз ин лиҳоз, таъсири шилм (фарогиранда) ба луобпардаи узвҳои ҳозима ва варамшавии девори меъда ё рӯдаҳо ба вучуд меояд ва дар ин ҳолат эҳсоси серӣ ҳис карда мешавад. Ба ин гурӯҳи растаниҳо дохил мешавад: обсабзҳо (*Algae*), фукус (*Fucus*), тухми зағир, решаи алтеи муқаррарӣ (*Radix Althaea officinalis*), камоли доругӣ (*Ferula communis*) ва ғайраҳо.

Растаниҳое, ки қобилияти паст кардани чаббиши чарбҳо ва карбогидратҳоро дар рӯда ва синтези холестерину триглицеридҳоро дар чигар доранд.

**Растаниҳои пешоброн ва талхарон**

Истифодаи растаниҳои пешоброн ва доштани парҳез фишори артериявиро паст



мекунад. Истифодаи растаниҳои талхарон - холеретикҳо ва холекинетикҳо (сута ва пу-паки чӯворимакка, куркума - Curcuma, чавдор-Avena) дар якҷоягӣ бо растаниҳое, ки хосияти қат гардонидани рефлюкси талха

(*Angelica archangelica*) ва таъсири гепатопротективӣ (решаи қоқӯ, гули ҳамешабахор) доранд, ҷамшавии талхаро боз дошта, ҳосилшавиро санги талхаро пешгири меку-нанд.

## Ҷадвали №2.

### Растаниҳое шифобахш, ки таъсири гипополидемии доранд

Равиш	Моддаи фаъоли биологӣ	Растаниҳо
Растаниҳое, ки гидролиз ва ҷаббиши равғанро дар рӯда ва қобилияти баровардани онро аз организм дорад	Бета – ситостеринҳо	Аралия – <i>Aralia</i> , Арника – <i>Arnica</i> , <i>Viburnum</i> , <i>Sanguisorba</i> , мушхор - <i>Arcticum</i> , марминҷон - <i>Rubus</i> , Шанбалид (бӯимодарон) – <i>Tussilago</i> , ангат– <i>Hippophae</i> , чавдор – <i>Avena</i> , қоқу – <i>Taraxacum officinale</i> , роздор – <i>Alnus</i> , чормағз, бобуна – <i>Matricaria</i> , <i>Gnaphalium</i> , сир.
	Танзимкунандаи перисталтикаи рӯда	Пектинҳо, антрахинонҳо алафи талхарон
	Луобҳо	Алгинатҳо, тухми зағир, барги зуф – <i>Plantago major</i> , <i>Guazumae Folium</i>
Мухосираи синтези холестерин ва триглицеридҳоро паст мекунад	Гликозидҳо	Одамғоӣҳ – <i>Panaxginseng</i> , элеутерококк- <i>Eleutherococcus</i> , Родиола - <i>Rhodiola</i>
	Лигнанҳо	<i>Oplepanax</i> , лимугиёҳ - <i>Schisandra</i> , <i>Manshette</i> , <i>Inonotus obliquus</i>
	Сапонинҳои стероидӣ	<i>Astragalus</i> , <i>plantago</i> , <i>Agrimonia eupatoria</i> , <i>Tribulus terrestris</i>
	Сапонинҳои септерпена	<i>Aralia</i> , дулона - <i>Crataegus altaica</i> , <i>Vaccinium vitis-idaea</i> , <i>Oplepanax</i> , чойкаҳак - <i>Hypericum perforatum</i> , <i>Poligala</i> , Шохбулут- <i>Kastanea</i> , омела- <i>Viscum album</i> , ханчалак
	Пайвастагиҳои фенолӣ	Радиола – <i>Rhodiola</i>

### Назорати гипертонаии артериавӣ

Табоати гипертонаии артериавӣ ба му-олиҷаи патогенетикии аломатҳои метабо-литикӣ дохил мешавад. Истифодаи раста-ниҳое, ки таъсири спазмолитикӣ (*Viscum album*, *Astragalus dasyanthus*, *Gnaphalium uliginosum*), зиддиатеросклеротикӣ ва пе-шобронӣ (*Orthosiphonis staminifolia*, *Aegorodium podagraria*, заррингул (*Solidago virgaurea*) фишори артериявиро паст мекунад. Ғайр аз ин, барои ба тан-зим даровардани фишори артериавӣ ваз-ни баданро кам карда, истеъмоли намак ва тундихоро дар таъом маҳдуд намудан ло-зим аст.

Таъин кардани растаниҳои седативӣ дар ҳолати ангиизишӣ рӯҳӣ ва ҳаяҷонӣ бо мақ-сади ба меъёр даровардан функсияи систе-маи марказии асаб ва дохилшавии меъёри муайяни калий, магний ва калсий.

### Таъсири ангиопротективии растаниҳо

Барои беҳтар кардани хосияти реологии хун ва пешгири намудани тромбоз, раста-ниҳое истифода бурда мешаванд, ки таъси-ри антикоагулянтӣ доранд. Ба ин гурӯҳ ра-станиҳое, ки ҳосилаҳои кумарин (ғиёҳи каш-кабеда), флавоноидҳо (гулҳои юнучқа - *Trifolium*) сапонинҳои септерпена (дарахти шохбулут (*Aesculus*), *Trigonella folnum-graecum*, *Tribulus terrestris*, решаи ширинбия (*Glycyrrhizae radices*) дохил мешаванд. Рас-таниҳое, ки таъсири антикоагулянти ва фиб-ринолитикӣ доранд- равғанҳои эфирии сир, эвкалипт (*Eucalyptus*), лимугиёҳ (наънои лимӯӣ), ламинария (*Laminaria*) ва охухӯрак (*Rhaphaniticum carthamoides*) мебошад.

Ҳамин тариқ, барои таҳрири гуногуни аломатҳои синдроми метаболитикӣ маво-дҳои доругии растанигии навро ба даст овардан лозим аст.



**Хулоса.** Дар тибби муосир аломатҳои метаболитикӣро бо истифодаи дурусти маводи доруғии растанигӣ бо назардошти механизми патогенези ин аломат, хусусан омилҳои инсулиноустуворӣ, фишорбаландии артериявӣ, атеросклероз ва диabetи кандро пешгирӣ кардан мумкин аст.

Дар мақола самтҳои асосии фитотерапияи аломатҳои метаболитикӣ пешниҳод шудааст, ки он аз вайроншавии гормоналию метаболитикӣ ва инсулиноустуворӣ-асоси механизмҳои патофизиологии ин синдром мебошад. Инсулиноустуворӣ - ин пастшавии таъсири инсулин дар бофтаҳо ва узвҳо мебошад. Дар ин ҳолат, зарурияти миқдори зиёди инсулин барои чуброни норасогии он дар организм ба вучуд меояд. Минбаъд, гиперинсулинемия чараёни як қатор

вайроншавиҳои гормоналӣ - метаболитикӣ, гемодинамикӣ ва системавиرو ба амал меорад.

Дар қатори муолиҷаи маъмулии аломатҳои метаболитикӣ истифодаи маводҳои доруғии растанигӣ низ тавсия дода мешаванд. Фитотерапия ҳангоми муолиҷаи беморон бо аломатҳои метаболитикӣ бояд ба самти асосии патогенези он: ба танзим даровардани мубодилаи карбогидратҳо, баланд бардоштани ҳассосияти бофтаҳо ба инсулин, таҳрири фарбеҳӣ ва дислипидемияи атерогенӣ танзими фишорбаландии артериявӣ, ба меъёр даровардани хосиятҳои реологии хун ва гузаронандагии рағҳо, бартарафсозии дисфунксияи эндотелиалӣ ва то ҳадди минималӣ расонидани таъсири ноҳолами фармакотерапия равона карда мешавад.

## АДАБИЁТ

1. ВОЗ. Глобальный доклад по диабету, Женева, 2018;
2. Зайкина С.А. Лечение метаболического синдрома. "Вестник КазНМУ", №1, Казахстан, 2016.с.334-338;
3. Ишанкулова Б.А. Хосиятҳои қандпастрӯнӣ ва зиддиоксидантии обузи меваҳои софори чопонӣ / Ишанкулова Б.А., Хоҷаева Ф.М. Юлдашева У.П. "Авчи Зухал" № 3, 2014 г. с.47-50;
4. Корсун В.Ф. Фитотерапия против диабета. Травы жизни / Корсун В.Ф., Трумпле Т.К., Корсун Е.В., Ершов Н.В., Огренич Н.А. Москва, 2016;
5. Михайленко Л. В. Комплексное применение фитотерапии и минеральных вод для коррекции метаболического синдрома на этапе санаторно-курортного лечения. Москва. 2011 Автореферат диссертации на соискание ученой степени доктора медицинских наук;
6. Чазова И.Е. Метаболический синдром. / И.Е.Чазова, В.Б. Мычка - М: Media Medica, 2010. - с.164;
7. Чумаков Г.А. Метаболический синдром: сложные и нерешенные проблемы /Чумаков Г.А., Веселовская И.Г., Гриценко О.В., Отт А.В. Российский кардиологический журнал. 2014, 3 (107): 63-71;
8. International Diabetes Federation (IDF), criteria for metabolic syndrome, 2006;
9. Paolo Govema. Phytotherapy in the Management of Diabetes. / Paolo Govema, Giulia Baini, Vittoria Borgonetti, Giulia Cettolin et all.. Molecules 2018 Jan; 23(1): 105;
10. Sobin Jang. Herbal Medicines for Treating Metabolic Syndrome: A Systematic Review of Randomized Controlled Trials / Sobin Jang, Bo-Hyoung Jang, Youm Ko, Yui Sasaki et all. Evid Based Complement Alretnat Med, 2016;
11. Reaven G.M. The metabolic syndrome: Requiescat in pace. Clin. Chem. 2005; 51:931-938. doi: 10.1373/clinchem.2005;
12. Parikh R.M., Mohan V. Changing definitions of metabolic syndrome. Indian J. Endocrinol. Metab. 2012; 16:7-12. doi: 10.4103/2230-8210.91175;
13. O'Neill S., O'Driscoll L. Metabolic syndrome: A closer look at the growing epidemic and its associated pathologies. Obes. Rev. 2015; 16:1-12. doi: 10.1111/obr.12229;



14. Rochlani Y., Pothineni N.V., Mehta J.L. Metabolic Syndrome: Does it Differ between Women and Men? *Cardiovasc. Drugs Ther.* 2015; 29:329-338. doi: 10.1007/s10557-015-6593-6;
15. Kooti W., Farokhipour M., Asadzadeh Z., Ashtary-Larky D., Asadi-Samani M. The role of medicinal plants in the treatment of diabetes: A systematic review. *Electron. Physician.* 2016; 8:1832-1842. doi: 10.19082/1832.

## ОМУЗИШИ ЭТНОБОТАНИКИИ РАСТАНИҲОИ ХУДРҶИ ШИФОБАХШИ БАЪЗЕ МИНТАҚАҲОИ ТОҶИКИСТОН

Ҷ.Н. Ҷалилов, Г.М. Бобизода, И.С. Гулмуродов, Д.Р. Халифаев, А.Х. Валиев, Фарзонаи А,  
П.Д. Халифаев.

Кафедраи технологияи фарматсевти (мудирӣ кафедраи н.и.фарм., Сафарзода Р.Ш.)-и  
МДТ "ДДТТба номи Абӯалӣ ибни Сино"

*Ҷалилов Ҷасур Нормуродович - ассистенти кафедраи технологияи фарматсевтии МДТ "Донишгоҳи давлати тиббии Тоҷикистон ба номи Абӯалӣ ибни Сино". E-mail: jasur-jalilov93@mail.ru, тел: 918-17-08-16*

*Джалилов Джасур Нормуродович - ассистент кафедры фармацевтической технологии ГОУ "Таджикский государственный медицинский университет имени Абуали ибни Сино". E-mail: jasur-jalilov93@mail.ru тел: 918-17-08-16*

*Jalilov Jasur Normurodovich - Assistant of the Department of Pharmaceutical Technology, SEI "Avicenna Tajik State Medical University". E-mail: jasur-jalilov93@mail.ru tel: 918-17-08-16*

## ИЗУЧЕНИЕ ЭТНОБОТАНИЧЕСКИХ ДИКОРАСТУЩИХ ЛЕКАРСТВЕННЫХ РАСТЕНИЙ В НЕКОТОРЫХ РЕГИОНАХ РЕСПУБЛИКИ ТАДЖИКИСТАН

**Резюме.** В данной статье предложена информация об этноботанических исследованиях, которые собраны путем анкетирования населения регионов относительно примене-

ния свыше 70 видов лекарственных растений и их значение в жизнедеятельности людей.

**Ключевые слова:** этноботаника, лекарственные растения, флора Таджикистана.

## STUDY OF ETHNOBOTANIC WILD-GROWING MEDICINAL PLANTS IN SOME REGIONS OF THE REPUBLIC OF TAJIKISTAN

**Summary.** This article provides information on ethnobotanical studies, which are collected by questioning the population of the regions regarding the use of over 70 species of

medicinal plants and their significance in the life of people.

**Key words:** ethnobotany, medicinal plants, flora of Tajikistan.

**Мухимият.** Илми этноботаника ин яке аз шохаҳои илми этнобиология буда, ба ҳам таъсирасонии одамонро нисбат ба олами растаниҳо меомӯзад. Вазифаи асосии этноботаника - ин донишҷӯи тарзи дурусти истифодабарии растаниҳо ва аҳамияти онҳо дар ҳаёти иҷтимоии одамон мебошад. Олами наботот хеле аҷоиб, ғайриоддӣ ва гуногун буда, дар байни онҳо растаниҳои физӣ, шифобахш ва заҳрнок бағоят бисёранд.

Инсоният аз давраҳои қадим растаниҳоро ба таври васеъ истифода мебарад. Дар аввалҳо онҳо чун маводи ҳуруқворӣ истифода мебарданд, баъдтар хусусиятҳои шифобахши, заҳрнокӣ ва марҳилаҳои ҷамъоварию усулҳои истифодабарии онҳо омӯхта, маълумотҳои зиёдеро ба дастоварданд, ки бо сабабҳои гуногуни таърихӣ на ҳамаи он дастовардҳо то давраи имрӯза омада расиданд. Аз маълумотҳои таърихӣ аён мегардад, ки тибби қадимаи форсу тоҷик яке



аз қадимтарин ва бойтарин шоҳаи тибби ҷаҳонӣ ба шумор меравад ва он бо сарчашмаҳои худ - шоҳасарҳои беназираш дар ғанинаи тамаддуни башарият мақоми боифтихор ва арзандаро ишғол менамояд. Аввалин сарчашмаҳои хаттӣ оид ба растаниҳои шифобахш дар осори дини зардуштӣ - Авесто (асрҳои IV-III пеш аз мелод) дар қисми "Вандедод" омадааст, ки дар он дар бораи истифодаи зиёда аз 100 растаниҳои шифобахш маълумот гирд оварда шудааст [1]. Табибон ва олимони барҷастаи форсу тоҷик, дар бораи хусусиятҳои шифобахшии растаниҳо ва марҳилаҳои ҷамъоварию тарзҳои истифодабарии онҳо асарҳои зиёде навиштаанд: Абузакариё Яхё (йуханно) ибни Мосавайх (777-885), Абубакр Робей ибни Аҳмад Ахвайнӣ ал-Бухорӣ, Шопур ибни Саҳл (вафоташ с. 896), Абдулҳасан Али ибни Роббон ат-Табарӣ (808-855), Абӯханифа Динаварӣ (815-895), Абубакр Муҳаммад ибни Закариёи Розӣ (865-925), Абубакр Робей ибни Аҳмад Ахвайнӣ ал-Бухорӣ (880-890 таваллудаш), Ҳаким Майсарӣ (асри X), Алӣ ибни Аббос Маҷусӣ Аҳвозӣ (вафоташ с. 994), Абӯмансур Ҳасан Қамарӣ ал-Бухорӣ (вафоташ соли 990-991), Абӯсаҳл ибни Яхё Масеҳӣ (вафоташ соли 1003), Абумансур муваффақ ибни Али ал-Хиравӣ (нимаи дуюми асри X), Абӯрайҳони Берунӣ (937-1048), Абӯалӣ ибни Сино (980-1034) аз ҷумлаи ин олимони номии форсу тоҷик мебошанд. Шайхурраис Абӯалӣ ибни Сино дар китобаш "Ал-қонун" номгӯи зиёда аз 1000 растаниҳои шифобахшро дарҷ намудааст [2].

Дар давраи собиқ шӯравӣ набототи Тоҷикистон омӯхта шудааст ва натиҷаҳои он дар китоби "Флора Таджикской ССР" (1957 - 1993) ҷопазидааст [3].

Қобилов Н. "Рустаниҳои шифобахши Тоҷикистон" (1962), О. Додобоева "Дикорастушие лекарственные растения флоры Таджикистана", "Лекарственные растения северного Таджикистана" (1967), Н.К. Еремина "Основные дикорастущие полезные растения Таджикистана" (1983), К.Х. Хайдаров "Лечебные растения Таджикистана" (1988), Ю.Н. Нуралиев "Лекарственные растения" (дар ду ҷилд 1989 ва 1991), М. Ҳочиматов

"Дикорастущие лекарственные растения Таджикистана" (1989), Ҷ. Азонзод ва диг. "Сад гиёҳи шифобахш" (1992), "Давои ҳазору як дард" (1995), "Хусусиятҳои шифоии шираю сабзавот" (2005), Ҷ. Азонзод "Рустаниҳои шифоӣ" (2003) ва "Рустаниҳои шифоӣ ва ғизоӣ", Ҳ. Зухудов "Ҳазинаи тибби қадим" (1990) ва "Канзи шифо", И.Х. Ҳайтов "Фармакогнозия в медицине" (2005), М.Р. Расулова, С. Юнусов, Б.М. Комаров, С. С. Иконников, А.А. Коннов, Т.Ф. Кочкарова, С. Султонов ва дигарон аз қабилҳои муҳақиқони набототи табиӣ Тоҷикистон дар даврони шӯравӣ ва истиқлолият мебошанд [1,2,4,5,6,7].

**Мақсади таҳқиқот.** Муайян кардани растаниҳои истифодашаванда ва аҳамияти онҳо дар ҳаёти иҷтимоӣ одамони баъзе минтақаҳои Тоҷикистон.

**Маводҳо ва усулҳои таҳқиқот.** Тадқиқотҳо фаслҳои баҳору тобистон ва тирамоҳи соли 2018-2019 дар деҳаҳои Нилӯ, Шохон, Кафшдӯзон, Кушкаки Мазоришаҳри Ҳиссор; шаҳраки Раштиноҳияи Фарм; Ҳоча Обигарм, Зидех, Ҳушёрӣ, Сафеддору, Харанго-ниноҳияҳои Варзоб; Ромит (Сорво) бо роҳи пурсиши шифоӣ ва хаттӣ (анкетаӣ) дар байни аҳолигузаронида шуданд. Барои пурсиш шахсонии синнусоли гуногун (аз 35 то 70 сола) ва касбу кори гуногун - занҳои хонашин, духтур, муаллим(а), боғбон, корманди муҳофизи ҷангал, ҷӯпон, рассом, ронанда, савдогар, корманди ҳарбӣ ва ғайра ҷалб карда шуданд. Ҳангоми пурсиши анкетаӣ дар бораи номи растаниҳо (бо забони тоҷикӣ ва русӣ), қисмҳои истифодашаванда (гул, барг, поя, мева, реша ва беҳреша), вақти ҷамъоварӣ (кадом моҳ), дар кадом шакл истифода шудан ва таъсири патологияи он маълумот гирифта шуд. Танҳо ҳангоми пурсиши анкетаӣ (хаттӣ) 500 маълумот ба даст оварда шуд. Аз маълумотҳои ба даст овардашуда он растаниҳоеро, интихоб намудам, ки зиёдтар ба аҳоли маълум буданд ва барои муайян кардани намуди биологӣ аз бойгонии гербарияҳои Институти ботаника, физиология ва генетикаи растаниҳои АИҶТ, инчунин аз дигар маълумотҳои атлас оид ба растаниҳои шифобахш, "Феҳри



сти ботаникии растаниҳои Тоҷикистон" ва "Флора Таджикской ССР" Ҷ. 1-Х, истифода карда шуд.

**Натиҷаҳои таҳқиқот ва баррасии онҳо.** Флораи Тоҷикистондори 4513 намуди ра-

станӣ аз 994 авлод ва 116 оила мебошад. Бояд қайд намуд, ки вобаста ба миқдори намуд ва эндемики Флораи Тоҷикистон яке аз бойтарин флораҳо дар худудӣ Осиёи Миёна ба ҳисоб меравад [3].

(Ҷадвали 1)

Флораи давлатҳои Осиёи Миёна	Масоҳат	Шумораи намуди растани	Шумораи авлод	Набототи хос танҳо барои Тоҷикистон (эндемикӣ)
Қазоқистон	2 724 900 км <sup>2</sup>	4759	1022	550
<b>Тоҷикистон</b>	<b>141 400 км<sup>2</sup></b>	<b>4513</b>	<b>994</b>	<b>640</b>
Ўзбекистон	448 978 км <sup>2</sup>	3663	880	366
Қирғизистон	199 951 км <sup>2</sup>	3276	831	321
Туркманистон	491 200 км <sup>2</sup>	2200	683	325

**Шумораи намуд ва авлодҳои, ки миқдорашон аз ҳамазиёданд:**

(Ҷадвали 2)

Оилаҳо	Шумораи намуди растани	Шумораи авлод	Эндемикӣ
Compositae (Asteraceae) – мураккабгулон	655	118	100
Leguminosae (Fabaceae) - лубиёгӣҳо	520	40	138
Graminae (Poaceae) – ғалладонагӣҳо	325	90	41
Cruciferae (Brassicaceae) – чиллиқгулон	284	85	31
Labiatae (Lamiaceae) - лабгулон	196	38	48
Umbelliferae (Apiaceae) - чатргулон	171	66	19
Rosaceae - настараниҳо	131	27	27
Caryophyllaceae - меҳчагулон	150	25	21
Chenopodiaceae - шурагӣҳо	144	39	7
Boraginaceae - шанқариҳо	130	32	18

Пурсишҳо нишондоданд, ки аҳолии ин маҳалҳо зиёда аз 70 намуди растаниҳоро бо мақсади табобат ва пешгирии беморӣ истифода мебаранд, аз ҷумла: *Taraxcum officinale* Wigg., *Artemisia vulgaris* L., *Bidens tripartita* L., *Artemisia absinthium* L., *Vexibia pachycarpa* (C. Mey) Jakovl., *Arctum tomentosum* mill., *Tussilago farfara* L., *Cichorium intybus* L., *Onopordum acanthium* L., *Jnula helenium* L., *Achillera mellefolium* L., *Angelica ternata* Regel et Schmalh, *Crataegus altaica* Lange., *Rubus idaeus* L., *Sanguisorba officinalis* L., *Rosa canina* L., *Rubus cactus* L., *Amugdalu bucharica* Korsh., *Origanum tyttanthum* Gontsch., *Salvia sclarea* L., *Mentha piperita* L., *Hyssopus seravschanicus* (Dubjan.) Pazij, *Mellisa officinalis* L., *Rumex acetosa* L., *Capsella hursa - pastopis* (L) Medik., *Ziziphora brevicalyx* yuz., *Ocimum basilicum* L., *Leonurus turkestanicus* V. Krecz. et Kuprian., *Ferulla foetida* (Bunge) Regel., *Foeniculum vulgare* mill., *Utrica dioica* L., *Althaea Officinalis* L., *Crataegus songarica* Pall. (C.

*Jischeri* Schneid), *Gapsicumannuum* L., *Bergenia Crasifolia* (L.), *Rodiola gelidaschrenk*, *Crocussativus* L., *Berberis vulgaris* L., *Bunium persicum* L., *Plantago Major*, *Penanumharma la* L., *Spinaciaoleracea* L., *Lipskysiceraria* (Mot) Staandl L. (*vulgaris* Ser.), *Themiosisdolichocarpa* V. Nikit., *Verbascumsongaricum* Schrenk L., *Polygoniumaviculare* L., *Rubiactinctorum* L., *Daucussativusroch* L., *Valerianaofficinalis* L., *Rhuscoriaria* L., *Armoraciarusticana* Caertn, *Brassica juncea* (L.) Czern., *Tribulustenestns* L., *Glycyrrhizaglabra* L., *Anethumgraveolens* L., *Equisetum arvense* L., *Zea mays* L., *Hypericum perforatum* L., *Juglans regia* L., *Rheum maximoviczii* Losinska ғайра, ки ин растаниҳои номбурда зиёда аз 70 намудҳо, ки оилаҳои гуногунро дар бар мегиранд. Оилаҳои мазкур инҳоянд: Asteraceae Dumort., Amaranthaceae Juss., Anacardiaceae Lindl., Apiaceae Lindl. (Umbelliferar Juss.), Berberidaceae Juss., Brassicaceae Burnett., Caprifoliaceae Juss., Cucurbitaceae Juss., Crassulaceae DC., Equisetaceae L. C. Rich.,





Elaeagnaceae Juss., Fabaceae Lindl (Leguminosae Juss.), Fagaceae Dumort., Saxifragaceae Juss., Solonaceae Juss. Scrophulariaceae Juss., IridaceaeLindl., ZygophyllaceaeR. BR.,LamiaceaeLindl., HypericaceaeJuss. (Guttiferae ),Valerianaceae Batsch,

PolygonaceaeJuss., RosaceaeJuss., RubiaceaeJuss., PoaceaeBanhart., RanunculaceaeJuss., MalvaceaeJuss., JuglandaceaeA. Rich, ex Kunth.,UrticaceaeJuss., PlantaginaceaeJuss. Натиҷаҳои тадқиқотҳо дар ҷадвали 3 оварда шудааст.

### Ҷадвали 3.

№	Номи растани бо забони тоҷикӣ ва русӣ	Намуд	Оила	Вақти ҷамъоварӣ	Қисми истифодашавандаи растани	Шакли истифодабарӣ	Таъсири табобатӣ
1.	Таҳач - Полынь горький	ArtemisiaabsinthiumL.	Asteraceae Dumort (CompositaeGiseke)	VI VII VIII IX	Тӯдагул, барғҳо	Дамоба, ҷӯшоба, ҷоруб, хока	Иштиҳо, табларзаи кӯҳна, бемории ҷигар, бавосир, илтиҳоби чашму гуш, гулӯ, носур,миомаҳо, стоматит, онкологӣ (бемориҳои саратонӣ), кирмҳо, илтиҳоби бронхҳо, доначаҳои рихинақдор, фурункулез.
2.	Буймодарон - Тысячелистник обыкновенный	Achillermellefolium L.	Asteraceae Dumort (CompositaeGiseke)	V VI VII VIII IX	Поя, барг, гул, тӯдагул	Дамоба, ҷӯшоба, афшурда, малҳам, хока	Илтиҳоби камшираи меъда, ҷигар, талхадон, сипурз, камхунӣ, дарди сар, исхол, исхоли хунин, тарбод, диабетии қанд, диққи нафас, бемории занона
3.	Сапали шутур- Матъимачеҳа	Tussilagofarfaral.	Asteraceae Dumort (CompositaeGiseke)	IV V VI	Тӯдагул, барғҳо	Ҷӯшоба, дамоба, хока, малҳам, гиёҳҷамъбаро и ҳаммом, афшурда	Илтиҳобинайчаҳои шуш, илтиҳоби трахеяҳо, варами бронхҳо, нафастангӣ, бемориҳои гурда, туберкулези шушҳо, гулудард, рехтанимӯйҳо, хориши пӯст.
4.	Гармалаф, Сағакхор- Чередатрехраздельная	Bidens tripartita L.	Asteraceae Dumort (CompositaeGiseke)	VI VII VIII IX	Алаф, қисми болоии шоҳаҳо 15см	Дамоба, ҷӯшоба, гиёҳҷамъбарон ҳаммом, тарбандӣ	Диатезии кӯдакон, доначаҳои пӯст, аллергия, ширинча, шукуфа пешоброн, арақовар, талхаронӣ, меъдаву рӯда, илтиҳоби шуш.
5.	Коснимуқарраӣ- Цикорий обыкновенный	Cichoriumintyhus L.	Asteraceae Dumort (CompositaeGiseke)	V VI VII VIII IX	Поя, барг, гул, реша	Дамоба, ҷӯшоба	узвҳои ҳозима, ҷигар, талхадон, санги талхадон, диабетии қанд, заъфи рӯдаю меъда, иштиҳоовар, чакмезак, пешоброн
6.	Қоқу- Одуванчик лекарственный	Taraxacum officinaleWigg.	Asteraceae Dumort (CompositaeGiseke)	III IV V	Гулҳо, барғҳо, реша	Ҷӯшоба, дамоба, хока, афшурда	Иштиҳоовар, талхарон, пешоброн, бодрон, зардпарвин, дарди шикам, санги гурдаву масона, роҳи талха, варами талхадон, бемории сипурз, тарбод ниқрис, бавосир қабзият, илтиҳоби меъда, сузок (варами масона)
7.	Ҷоқула- Девясил Высокий	Jnulahelenium L.	Asteraceae Dumort	VI VII VIII	Решаҳо	Дамоба, хока, ҷӯшоба, малҳам, гиёҳҷамъбарон ҳаммом	Илтиҳоби бронхҳо, грипп, илтиҳоби меъда, колит, метеоризм, кирмҳо, туберкулези шушҳо, бемории обхура, диабет, шукуфа.
8.	Вешими себаргадудниктройчатый	Angelica ternataRegel et Schmalh.	Apiaceae Lindl. (UmbelliferarJussi.)	V VI VII VIII IX	Поя, барг, гул, дона, реша, бехреша	Дар шакли тару тоза, дамоба, ҷӯшоба, ҷой, хуришҳо	Балғамрон, илтиҳоби бронхҳо, илтиҳоби шуш, сили шуш, ангина, захми меъда, санги пешобдон, иштиҳо, пешоброн
9.	Арпабодӣнимуқарраӣ (бодӣён)- Фенхель обыкновенный	FoeniculumvulgareMill.	Apiaceae Lindl. (UmbelliferarJussi.)	VI VII VIII IX	Поя, барг, гул	Дар шакли тару тоза, шарбати тару тоза, дамоба	Меъда, дамиши шикам, қабзияти музмин, халадард, ташаннучи меъдаю рӯда ва ҳамчун балғамрон ба мубталоёни илтиҳоби найчаҳои шуш (бронхит) ва кабудсулфа.
10.	Қамолиқӯҳӣ – ферула қухистаника	Ferula L (Ferula kuhistanicaKorovin)	Apiaceae Lindl. (UmbelliferarJussi.)	IV V VI VII	Поя, барг, гул, реша	Дар шакли тару тоза, шарбати тару тоза, маҷмағиёҳ, ҷӯшоба реша, равғани атторӣ	Ҳамчун маводи зиддимикробӣ, зиддиилтиҳобӣ, зиддипаразитӣ, зиддивирӯсӣ, зиддидиабетӣ барои бемориҳои илтиҳоби шуш (аз ҷумла сил) ва роҳҳои нафас, дамқутоҳӣ, сармозадагӣ, решҳои саратонӣ, бемории қанд, решҳои бавосирӣ, простатит



11	Мурт-камол (мурчакамол) - ферулы камеденосная	<i>Ferula L (Ferula galbaniflua Boiss. et Buhse)</i>	<i>Apiaceae Lindl. (Umbelliferae Juss.)</i>	IV V VI VII	Ширеши танаи узви генеративӣ	Махлули коллоидӣ дар об ё шир	Ҳамчун маводи зиддимикробӣ, зиддииттиҳоби, зиддидвирусӣ, барои бемориҳои илтиҳоби шуш ва роҳҳои нафас, илтиҳоби роҳҳои ҳозима ва низоми шоша, ихтилоҷи узвҳои дарунӣ (халадард) оромкунандаи асаб, простатит
12.	Сағтарбузи сафел-Переступень	<i>Bryonia alba L.</i>	<i>Cucurbitaceae Juss</i>	V VI VII VIII	Решаҳо(заҳрнок)	Дамоба, тинктура, чӯшоба, малҳам	Илтиҳоби бронхҳо, илтиҳоби плевра, гепатит, захмимеъда, кирмҳо, артрит, миома, артроз, радикулит, нефрит
13.	Ангат - Облепиха крушиновидная	<i>Hippophae rhamnoides L.</i>	<i>Elaeagnaceae Lindl.</i>	VI VII VIII IX	Барғҳо, шоҳаҳо, меваҳо, пӯстлоқ	Чӯшоба, афшурда, равған, гиёҳчамъ барои хаммом	Сухтаги, туберкулези пӯст, захми меъда, шукуфа, трахома (рамад) фарингит, гайморит, тонзиллит, бемориҳои ангина, колит, гастрит, маводи витамини
14.	Ширинбия луч-Солодка голая	<i>Glycyrrhiza glabra L.</i>	<i>Fabaceae Lindl. (Leguminosae Juss.)</i>	I II III XI XII	Реша	Чӯшоба	Ихтилоҷи роҳи нафас, сили шуш, чигар қафаси сина, об гах, гурда, захми меъдаву рӯдаи дувоздаҳангушта, аллергия, диққи нафас, илтиҳоби простата
15.	Нозбӯ-Мелисса лекарственная	<i>Melissa officinalis L.</i>	<i>Lamiaceae Lindl. (Labiatae Juss.)</i>	V VI VII VIII	Гулҳо, барғҳо	Дамоба, хока, афшурда	Рӯҳафзо, илтиҳоби пардаи луобии меъда, ҷароҳати меъдаву рӯдаи дувоздаҳангушта, дилзанӣ, сарҷарҳак, никрис ва ҳамчун арақовар, пешоброн, зиддииттилоҷ, бодрон
16.	Ушундоруизара фионӣ-Исзон зеравшанский	<i>Hyssopus officinalis L. (Dubjan.) Pazij</i>	<i>Lamiaceae Lindl. (Labiatae Juss.)</i>	VI VII VIII	Поя, барг, гул	Дамоба, чӯшоба, шарбат, малҳам, хаммом	Шамолхури, балғамрон, барои тақвият додани кори меъдаву рӯда, оромкунандаи асаб, барои танзимдаровардани системаи дилу рағҳо, муолиҷаи талхаю чигар
17.	Кокутӣ - Душица мелкоцветковая	<i>Origanum onites L. (Origanum onites Gontsch.)</i>	<i>Lamiaceae Lindl.</i>	V VI VII VIII	Гул, тӯдагул, барғ, поя	Чӯшоба, дамоба, малҳам, хока	Шамолхури, иштиҳоовар, хобовар, ҷароҳатимеъдаву рӯда, бодрон, бронхит, диққи нафас, чигар, гепатит, пешоброн, асаб, туберкулези шуш, бемориҳои ангина, бемориҳои пӯст.
18.	Мармаракидор угӣ- Шалфей лекарственный	<i>Salvia officinalis L.</i>	<i>Lamiaceae Lindl. (Labiatae Juss.)</i>	VI VII VIII	Поя, барг, гул	Дамоба, хаммом,	Пешобронӣ, хунбандӣ, зиддииттилоҷ, илтиҳоби пардаи луобии даҳон, варами лисаҳо, гулӯдард, илтиҳоби пешобдон (хичак), илтиҳоби гадуи простата безуретӣ,
19.	Пудинаи осиеғӣ - Мята азиатская	<i>Mentha asiatica Boriss.</i>	<i>Lamiaceae Lindl. (Labiatae Juss.)</i>	V VI VII VIII	Гулҳо, тӯдагул, барғҳо, поя	Чӯшоба, дамоба, хока, малҳам, равған, гиёҳчамъ барои хаммом	Бемориҳои меъда, чигар рӯда, фалькулунии кори сар, маводи бедардукунда ба шумор меравад.
20	Хори марғелон - Якорцы стелющиеся	<i>Tribulus terrestris L.</i>	<i>Zygophyllaceae R.Br.</i>	V VI VII VIII IX	Гулҳо меваҳо, барғҳо, поя, реша	Чӯшоба, малҳам, хока.	Дарунравӣ, санғҳои гурдаҳо ва шошадон, пешоброн, варами дасту по, илтиҳоби бронхҳо, табларза, бавосир, атеросклероз, пучакҳои берунӣ, сӯхтаги, захму ҷароҳатҳо.
21	Чойкаҳак - Зверобой продырявленный	<i>Hypericum perforatum L.</i>	<i>Hypericaceae Juss. (Guttiferae)</i>	V VI VII VIII	Гул, поя, барг	Чӯшоба, малҳам, дамоба.	Бемориҳои меъдаву рӯда, чигар, дил, гурда, шошадон, сангиталхадон, пешоброн, илтиҳоби пардаи луобии даҳон, захмҳо, никрис, думмал, кирмҳо, артрит, артроз.
22.	Раҳдавак - Горечитичий	<i>Polygonum aviculare L.</i>	<i>Polygonaceae Juss.</i>	V VI VII VIII	Поя, барг, тухм	Чӯшоба, дамоба, малҳам, афшурда	Пешоброн, талхарон, арақовар, гурда, чигар, ҷароҳати рӯда, камхунӣ, никрис, тарбод, сил, хунбанд, илтиҳоби найчаҳои шуш, гепатит, гастрит, хунрави, захмҳо, зарбҳо, табларза.
23.	Зуфикалон - Подорожник большой	<i>Plantago major L.</i>	<i>Plantaginaceae Juss</i>	IV V VI VII VIII	Барг, тухм	Дамоба, афшурда	Меъдаву рӯда (газак, энтероколит, энтерит), халаҳои шадиду музмин ва бемориҳои захмӣ, илтиҳоби роҳи пешоб, балғамрон, илтиҳоби гурда, чакиши пешоб, саратони шуш,



24.	Хучисагак - Шиповник собачий	Rosacarina L.	Rosaceae Juss	V VI IX X XI III	Гул, мева, реша,	Дамоба, чӯшоба, хаммом.	Илтиҳоби ком, бодомакхо, дилзани, шахсони заифу лоғар, хангоми хуншоршавии милкҳои дандон (цинга), касалиҳои дил, чигару талхадон ва меъдаю рӯда, авитаминоз, фалаҷ
25.	Тамашк - Малина обыкновенная	Rubusidaeus L.	Rosaceae Juss.	V VI VII VIII	Гулҳо, баргҳо, меваҳо, пояҳо, реша	Чӯшоба, дамоба, афшурда, хока, малҳам, гиёҳчамъбаро ихаммом	Илтиҳоби найчаҳои роҳи нафас, тарбод, камкуваттӣ, авитаминоз, бавосир, хунрезҳои меъда, аракрон, дарди гулу, вайроншавии мубодилаи моддаҳо, атеросклероз,
26	Насрин-Манжетка сибирская	AlchimillasibiricaZem.	Rosaceae Juss.	VI VII	Алаф дар вақти гулкунӣ	Чӯшоба, дамоба, хока, малҳам	Варами шикам, бадхазми дар меъда, варамҳо, диабет, захмҳои чирқдор, фурункулез, кирмҳо зуком, сулфа.
27	Муғулчой-Иванчайузколистный	Chamaenerium mangustifolium (L.) Scop.	Onagraceae Juss.	VI VII VIII	Баргҳо, гулҳо, тӯдагул, алаф	Дамоба, чавхар, хока, гиёҳчамъбарои хаммом	Беҳоби, илтиҳоби гуш, гулу, бини, вайроншавии мубодилаи моддаҳо, бемориҳои меъда, онкология
28	Газна (Сӯзанкаҳ)-Крапива двудомная	Urticadioica L.	Urticaceae Juss	V VI VII VIII	Баргҳо, навдаҳои чавон на зиёда аз 10 см Решаҳо Тухмҳо	Афшурда, чӯшоба, хока, тинктура, гиёҳчамъбарои хаммом	Барқароркунии муй, таркиби хун, фаъолкунии мубодилаи моддаҳо, камхуни, камвитамини, гепатитҳо, кабзияти кухна.

Бо фарорасии фасли баҳорон дар чумхурӣ чамъоварии растаниҳо оғоз меёбад. Аҳоли бештар растаниҳои шифобахш ва ғизоӣ, аз ҷумла: пӯдина, вешим, қоқӯ, шулха, шибит, мармарак, кокутӣ, чамилак, зуф, газна ва ғайраро чамъ намуда аз ин растаниҳо хӯришҳо, чойҳо (дар намуди тару тоза ва хушқардашуда), хӯрокҳои баҳорӣ, самбӯсаҳои алафӣ ва газнаю пӯдинаро бошад барои омода намудани нӯшобаҳо истифода мекунад. Инчунин ба нӯшокиҳои витаминдор ва афшураҳо газна, пӯдина, ангат, чойкаҳак илова мекунад. Аз баргҳои чавончағчағ, мушхор, зуф, қоқӯ, газна афшурдаҳои табобатӣ, шарбатҳо омода мекунад, ки ба онҳо барои устуворсозии мӯҳлати истифодабариашон спиртро ба қадри лозимӣ илова менамоянд. Дар саноати фарматсевтӣ

чунин намуди растаниҳои мазкур аҳамияти хосае доранд. Якчанд намудҳои онҳо дорои номҳои тичоратӣ буда, бо мақсади тичорат дар парваришгоҳҳои махсус гардонидашуда парвариш карда мешаванд.

**Хулоса.** Дар раванди тадқиқотҳои этноботаникии флораи Тоҷикистон аз аҳолии муқими баъзе маҳалҳо дар бораи зиёда аз 70 намуди растаниҳои шифобахш аз 13 оилаи гуногун ба номи растани бо се забон, намуд, оила, вақти чамъоварӣ, қисми истифодашаванда, шакли истифодабарӣ ва таъсири табобатӣ маълумот чамъ оварда шуд. Маълум гардид, ки аҳоли инрастаниҳоро аз қадим то имрӯз бо мақсади табобат, пешгирии беморӣ, барқароркунии ҳолати патологӣ ва чун ғизоӣ давоӣ васеъ истифода бурда мешаванд.

## АДАБИЁТ

1. Ходжиматов М.Х. Дикорастущие лекарственные растения Таджикистана. Душанбе, 1989
2. Ҳочиматов М. Растаниҳоидоругӣ. - Дар кит.: Энциклопедияи Советии Тоҷик (ЭСТ). Ҷ. 6. - Душанбе, 1986.
3. Флора Таджикской ССР. Л.: Наука. - Том I-X. - 1957-1993.
4. Ҷ. Азонзод. Рустаниҳои шифойӣ. Душанбе. "Адиб", 2003
5. Нуралиев Ю.Н. Лекарственные растения. Душанбе, Маориф, 1989
6. Ҳайдаров К.Х. Лечебные растения Таджикистана. Душанбе. Ирфон, 1988
7. Ҳайитов И.Х. Фармакогнозия в медицине. Худжанд, 2005



## ҲОЛАТИ САЛОМАТИИ РОНАНДАГОНИ ВОСИТАИ НАҚЛИЁТ ҲАНГОМИ ФАЪОЛИЯТ ДАР ШАРОИТИ ШАҲРҶОИ КАЛОН

**Б.Х. Нушервони, А.Б. Бабаев**

Кафедраи беҳдошт ва экология(мудири кафедра н.и.т., Ҳасанов Ф.Ҷ.)-и МДТ Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абӯалӣ ибни Сино

*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 гигиени ва экологияи 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*

## СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ ВОДИТЕЛЕЙ ТРАНСПОРТНОГО СРЕДСТВА ПРИ РАБОТЕ В УСЛОВИЯХ КРУПНОГО ГОРОДА

**Б.Х. Нушервони, А.Б. Бабаев**

Кафедра гигиены и экологии, Таджикского государственного медицинского университета им. Абуалиибни Сино, Душанбе, Республика Таджикистан

### РЕЗЮМЕ

Статья содержит анализ данных литературных источников о состоянии здоровья водителей пассажирского автотранспорта и показатели заболеваемости с временной утратой трудоспособности. На основании исследований авторы отмечают, что водители автобусов и троллейбусов подвергаются воздействию различных физических и химических факторов в сочетании с факторами трудового процесса, что могут привести к нарушениям здоровья и развитию различных производственных и производственно обусловленных заболеваний. Анализируя заболеваемость водителей транспортных средств с временной утратой трудоспособности установили, что наиболее высокие показатели заболеваемости с временной утратой трудоспособности наблюдается у водителей авто-

бусов и троллейбусов в связи с напряжением и плотным графиком работы с отсутствием регламентированных отдыхов. Повышенная заболеваемость водителей приводило к частому их инвалидности, которые в среднем составляло 5,25 человек на 1000 водителей и более значительно было зарегистрировано у водителей автобусов. Формирование структуры заболеваемости с временной утратой трудоспособности происходит за счёт пяти классов болезней: патологии органов дыхания, кровообращения, нервной системы и органов чувств, пищеварения и опорно-двигательного аппарата, на которые приходится до 87% нетрудоспособности и до 66% всех причин выхода на инвалидность.

**Ключевые слова:** Состояния здоровья, заболеваемость, условий труда, водитель, пассажирский транспорт.

## HEALTH STATUS OF THE DRIVERS OF PASSENGER VEHICLE WHEN WORKING IN A BIG CITY

The article contains an analysis of literature data on the health status of drivers of passenger vehicles and indicators of morbidity with temporary disability. Based on the studies, the authors note that bus and trolley bus drivers are exposed to various physical and chemical factors in combination with labor process factors, which

can lead to health problems and the development of various production and production-related diseases. Analyzing the incidence of drivers of vehicles with temporary disability, we found that the highest incidence rates with temporary disability are observed among bus and trolleybus drivers due to stress and a busy schedule with



no regulated holidays. The increased incidence of drivers led to their frequent disability, which averaged 5.25 people per 1000 drivers and was more significantly registered with bus drivers. The formation of the structure of morbidity with temporary disability occurs due to five classes of diseases: pathology of the respiratory,

**Муҳиммият.** Яке аз вазифаҳои мубрами тибби роҳу нақлиёт омӯзиши ҳолати саломатии ронандагон ва зоҳир намудани омилҳои зараррасони истеҳсоли ба шумор меравад, ки таҳияи чорабиниҳои самараноки муолиҷавӣ-пешгирикунандаро имконпазир мегардонад [1].

Ронандагони нақлиёти мусофиркаш ба таъсири комплекси пурраи омилҳои зараррасони истеҳсоли дучор мешаванд, ки боиси ба амал омадани хатари зиёди ҳалалёбии саломатӣ ва ташаккулёбии бемориҳои касбӣ ва асосан касбӣ мегардад [1-3].

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 кардани анбуҳи маълумот ва қабул кардани қарори мувофиқ дар вазъияти муқаррарӣ ва садамавӣ ҳамроҳӣ менамояд. Бад шудани ҳолати умумӣ, қоҳиш ёфтани қобилияти қорӣ, бемориҳои сабабашон истеҳсоли боиси боло рафтани эҳтимолияти ба амал омадани ҳодисаҳои роҳу нақлиёт мегардад [4-6, 1, 3].

Зимни адабиёти илмӣ маълумотҳо бобати дараҷаи баланди беморшавӣ бо қорношоямии муваққатӣ дар байни ронандагон, нишондиҳандаҳои нисбатан баланди аввалӣ ва сабаби маъюбшавӣ дар муқоиса ба намояндагони дигар гурӯҳҳои касбӣ, ба таври пурра ва муфассал оварда шудааст [7-9].

Беморшавии ронандагони воситаҳои нақлиётро бо қорношоямии муваққатӣ таҳлил намуда, ба ҳулосае омадем, ки нишондиҳандаҳои нисбатан зиёди беморшавӣ бо қорношоямии муваққатӣ дар мавриди ронандагони автобусу троллейбусҳо ба назар мерасад ва нуктаи мазкур бо речаи шиддатноку зичи қорӣ ва мавҷуд набудани истироҳати бо

circulatory, nervous and sensory organs, digestion and musculoskeletal system, which account for up to 87% of disability and up to 66% of all causes of disability.

**Keywords:** Health conditions, incidence, working conditions, driver, passenger transport.

тартиб алоқамандӣ дорад. Беморшавии зиёд боиси басомади баланди маъюбшавии онҳо гардид, ки ба ҳисоби миёна аз 1000 ронанда ба 5,25 нафар рост меояд ва ин нишондиҳанда бештар зимни ронандагони автобусҳо ба қайд гирифта шудааст. [10-12].

Ташаккулёбии сохтори беморшавӣ аз ҳисоби панҷ синфи бемориҳо ба амал меояд: бемории узвҳои нафас, гардиши хун, системаи асаб ва узвҳои ҳис, дастгоҳи ҳозима ва тақяву ҳаракат, ки ба ҳиссаи онҳо то 87% қорношоямӣ ва то 66% тамоми сабабҳои маъюбшавӣ рост меояд [11, 12].

Башиқирева А.С. ва ҳаммуал. дар ронандагон таъсири маҷмӯии омилҳои номусоиди истеҳсолиро ба ҳолати саломатӣ, сабабҳои пеш аз муҳлат қатъ кардани қор ва ба маъюбӣ гузаштанро мавриди таҳқиқ қарор доданд. Зимнан басомади нисбатан баланди ҳодисаҳои бемориро бо гузашти умр дар 40-49 солагӣ ва собиқаи қорӣ 10-14 сол ва зиёда аз он зоҳир намуданд [11].

Таҳлили фавти ронандагон афзоиши шумораи ҳодисаҳоро то 35% дар синни аз 44 сола боло нишон дод, ки онро таъсири номусоиди омилҳои истеҳсолии қорӣ ва раванди меҳнат асоснок менамояд [6].

Ба ронандаи нақлиёти мусофиркаш ба таври ҳамешагӣ омилҳои таъсир мерасонанд, ки боиси ба амал омадани шиддатнокии аксари системаҳои функционалии организм гардида, ба бехатарии ҳаракат дар роҳ бе асар намононад [13-15].

Муҳаққиқон зимни пажӯҳишҳои худ ба ҳулосае омаданд, ки эҳтимоли афзудани ҳодисаҳои роҳу нақлиётро на танҳо аз бемориҳоест, ки ногаҳон боиси аз ҳуш рафтани мегардад, балки як зумра бемориҳои дигари истеҳсоли ва асосан истеҳсоли, хусусан бемории узвҳои гардиши хун низ ба ин нукта сабаб шуда метавонанд [16, 17, 4].



Дараҷаи хатари ХРН дар мавриди ронандагони гирифтори бемориҳои дилу рағҳо, қиёсан ба ронандагоне, ки ин беморию надоранд, 35-40% зиёдтар аст. Басомади дучоршавии БДЛ ба ҳисоби миёна аз 22,6% то 55,8%-ро ташкил медиҳад [18, 19].

Дар инкишофи бемории дилу рағҳо, ғайр аз таъсири омилҳои генетикӣ, сину чинс, инчунин таъсири омилҳои муҳити атроф, шароити меҳнат, тарзи камҳаракати умр ва физои аз ҷиҳати парҳезӣ номувофиқ низ аҳамияти калон дорад [20-22].

Ронандагони автобусҳо, ки синнашон аз 50 сола боло аст, дар Корея тақрибан 35,7% ташкил мекунанд. Ин нишондиҳанда дар муқоиса ба коргароне, ки дар тамоми ҷойҳои кории Корея аз 50 сола боло мебошанд, хеле зиёд аст. Дар байни онҳо зиёда аз 15% гирифтори бемориҳои мухталифе мебошанд, ки асосанро шароити номусоиди меҳнат ташкил медиҳад. Зимнан дар сохтори беморшавӣ бо корношоямии муваққатӣ мақоми асосиро бемориҳои системаи дилу рағҳо ишғол менамояд [30].

Натиҷаи таҳқиқотҳо дар шаҳри Дакка (Бангладеш) аз он дарак медиҳад, ки шароити меҳнати ронандагони нақлиёти автомобилӣ мусофиркаш вазнину шиддатнок буда, бо шиддати баланди асабонияту эмотсионалӣ алоқамандӣ дорад. Нишондиҳандаи сохтори беморшавии ронандагони автобусҳо нишон медиҳад, ки шумораи умумии гирифторшудагони БДЛ зиёда аз 34,4%, бемориҳои узвҳои нафас 25,8% ва системаи ҳозима бошад, 17,2%-ро ташкил менамояд [31].

Дар байни ронандагони нақлиёти автомобилӣ гиперхолестеринемия дар мавриди 96,7% ба қайд гирифта шуд. Зимни ҳар се ронандаи мубтало ба БИД гиперхолестеринемияи зухурёфта ва дар ҳар панҷум бошад, диабети қанди навъи 2-юм ташхис гардид. Дар гурӯҳи ронандагони нақлиёти автомобилӣ гирифтор ба ФШ, ки онҳо зиёда аз як ХРН-ро ба амал овардаанд, то 75% мерасад, дар ҳоле ки ХРН зимни ронандагони ФШ муътадил ин нишондиҳанда то 32%-ро ташкил медиҳад. Қайд кардан зарур аст, ки ҳар ронандаи чорум ба таъсири комплекси

се-чор омили хатар, бар шумули гиперхолестеринемия, фишорбаландии шарёнӣ, ИМТ, диабети қанд ва сатҳи баланди стресс эҳтиёҷ дорад [23, 24, 27, 28].

Кори шиддатноки шабонаи ронандагон омили хатари зиёд инкишофи бемориҳои дилу рағҳо ба шумор меравад. маълумотҳои мавҷуда аз он гувоҳӣ медиҳанд, ки бо гузашти вақт замоне ин омилҳо шиддат мегиранд, мушкilot нисбатан зухурёфта мегардад. Бигерт ва ҳаммуал. ишорат карданд, ки хатари хуруҷи дил, нисбат ба ронандагони ғайрикасбӣ дар мавриди ҳамон ронандагоне зиёд буд, ки собиқаи фаъолияти кориашон зиёда аз 10 солро ташкил менамуд [25, 26, 32].

Бемориҳои СДЛ дар байни ронандагони касбии нақлиёти шахрӣ мувофиқи басомади дучоршавӣ пас аз бемории дастгоҳи тақяву ҳаракат дар ҷойи дуҷум қарор дорад. Зимни ронандагони касбӣ робитаи миёни син, собиқаи қорӣ ва бузургии фишори шарёнӣ ба назар мерасад. Дар мавриди ронандагони нақлиёти шахрӣ синни миёнаи инкишофи сактаи дил дар муқоиса ба аҳолии умумӣ дар Канада 5 сол камтар аст. Исбот шудааст, ки хусусан ронандагони автобусҳо ба хатари нисбатан зиёди инкишофи бемории дилу рағҳо гирифторанд. Ҳар қадар вибратория ва ғавғо дар кабинаи ронанда зиёд бошад, хатари инкишофи сактаи дил ҳамон қадар бештар мегардад [4, 6, 28].

Сабаби маъюбшавӣ тақрибан 40% ронандагони синни то 50 сола аз бемории дилу рағҳо буда, 1/3 тамоми бемориҳо бо корношоямии муваққатӣ ва нимаи зиёди сабабҳои маъюбшавӣ зимни ронандагони нақлиёти автомобилӣ ба бемориҳои ишемии дил рост меояд. Бемории фишорбаландӣ дар натиҷаи таҳмили асабу равонӣ ба амал меояд, ки аз 18 то 20% ронандагон аз бемории мазкур норозатанд [29, 4].

Ронандагон автобусҳо, қиёсан ба ронандагони дигар воситаҳои нақлиётӣ, бештар аз дарди қисмҳои гуногуни дастгоҳи тақяву ҳаракат (1,6 маротиба ва зиёда аз он) шикоят мекунанд. Ронандагонро бештар дарди тахтапушт, гардан, камар ва пойҳо, зонуву кафи пой, инчунин китфҳову дастон норозат месозад [29].



Бар пояи натиҷаи таҳқиқотҳои Гребенков С.В. ва ҳаммуал. 11,6% ронандагони таҳқиқшуда аз бемории системаи устухону мушакҳо азият мекашанд ва дар мавриди онҳо хатари касбӣ дараҷаи баланди дерсопатияи асосаш касбиरो дар синни 50-50 солагӣ асоснок намуд. Сабаби асосии сар задани он таъсири доимии вибратсия ба муддати мадиди вақт, конструксияи номувофиқи эргономии воситаи нақлият (боиси он мегардад, ки ронанда дар вақти корӣ бештар дар ҳолати номувофиқ қарор мегирад), кор бо ашёҳои вазнин, солҳои тӯлонӣ иҷрои ин навъи фаъолият, давомнокии рӯзи корӣ ва стресс ба шумор меравад [28].

Боло рафтани нишондиҳандаи бемории узвҳои нафасро сабаб ифлосшавии ҳавои минтақаи кории ронандагон бо партовҳои нақлиёти автомобилӣ мебошад. Аз моддаҳои бешумор ифлос шудани зиёди ҳавову хок дар якҷоягӣ бо ноҳаҷати шароити микроиклим, ҳангоми кор дар мавсими сармо, ба инкишоф ёфтани бемориҳои илтиҳобӣ мусоидат менамояд [30, 12, 14].

Муддати мадид таъсир расонидани маҳсулоти ҳавои ифлос боиси таҳти шиддат қарор гирифтани системаҳои ҳифзати ронанда мегардад, ки дар натиҷа бемориҳои системаи нафас - астмаи аллергӣ, саратону эмфиземаи шушҳо ва бронхити музмин инкишоф хоҳад ёфт [34-36].

Воронкова Ю.В. зимни таҳқиқоти худ дар сохтори беморшавии ронандагон ба бати сатҳи баланди бемориҳои узвҳои нафас, ба ҳисоби миёна то 50% маълумот пешниҳод менамояд [30]. Федотова И.В. ва ҳаммуал. ҳангоми арзёбии субъективии ҳолати саломатии ронандагони нақлиёти автомобилӣ бору мусофиркаш низ чунин тағйиротро дар нисбати узвҳои нафас мушоҳида намуд [29]. Баъзе муҳаққиқон қайд менамоянд, ки паҳншавии бемории системаи нафас дар мавриди ронандагон зимни зиёда аз 25,8%-и тамоми ҳодисаҳои мушоҳида гардид, ки ба қайд гирифта шудаанд [25, 28, 30].

Бо сабаби тарзи маҷбурии нишастии ронандагон рукуди хуни варидӣ дар қисми поёнии бадан ва тамоюл ба бавосиру бемориҳои варикозӣ ба назар мерасад. Аз сабаби рафтуомади беист зуд-зуд ба таъхир андохтани пешобкунӣ метавонад боиси пайдо шудани бемориҳои саратонии масона гардад [36-38].

Ғайр аз бемориҳои ишоратшуда, шароити номусоиди меҳнати ронандагон нақлиёти автомобилӣ мусофиркаш метавонад сабаби бемориҳои роҳҳои ҳозима, системаи асаби канорӣ, эндокринӣ ва як қатор бемориҳои дигар гардад [3, 10, 39].

Пажӯҳиш сабабҳои маъҷубшавӣ бартариати бемориҳои системаи дилу рағҳоро то 37,0%, номияҳоро то 19,4%, зарбулат ва фалокатҳоро то 13,9%, бемориҳои узвҳои нафасро зиёда аз 8,4% ва системаи асабро бошад, ба зиёда аз 7,7% нишон дод. Бо вучуди ин саддарсади зиёди ба маъҷубӣ гузаштан, зимни ронандагони синнашон то 45 ва аз 50 то 59 сола, ки собиқаи кориашон зиёда аз 20 солро ташкил медиҳад, чор маротиба зиёдтар мушоҳида гардид [6, 9, 11].

Имрӯз барои ҳифзи саломатии ронандагони нақлиёти автомобилӣ мусофиркаш ва бехатарии ҳаракат дар роҳ саҳми як зумра мутахассисон зарур аст. Бо вучуди ин нақши кормандони соҳаи тиб калон аст, гарчанде фаъолияти онҳо мустақиман бо арзёбии беҳдошти шароити меҳнати ронандагон, муайян кардани коршоямии касбӣ ва баъдан таъминоти тиббиву таҳияи чорабиниҳои пешгирикунанда доир ба ҳифзи саломатии касбии ронандагон нақлиёти автомобилӣ мусофиркаш алоқамандӣ дорад.

Ҳамин тавр, таҳқиқи маълумоти адабиётҳо аз таъсири зиёди омилҳои номусоиди истехсолӣ ба ҳолати саломатии ронандагони автомобилҳо, хусусан ронандагони нақлиёти автомобилӣ мусофиркаш дарак медиҳад ва он имрӯзҳо ҳангоми фаъолият дар шароити шаҳри калону шароити иқлими ҷуғрофӣ шаҳри Душанбе хеле мубрам маҳсуб меёбад.



## АДАБИЁТ

1. Захаров С.В. Анализ условий труда водителей автомобильного транспорта / С.В. Захаров, Д.Н. Легусова // Безопасность труда.- 2012.-№1.- С. 46-48.
2. Аверьянов Ю.И. Улучшение условий и безопасности труда водителей автомобильных транспортных средств / Ю.И. Аверьянов, Д.В. Смирнов // Актуальные направления научных исследований: теория и практика.-2015.- № 4 (1).- С. 11-14.
3. Свечихина О.С. Улучшения условий труда водителей транспортных средств / О.С. Свечихина, Е.В. Бакико, В.С. Сердюк // Динамика систем, механизмов и машин.-2009.- № 3.- С. 420-422.
4. Эльгаров М.А. Ишемические атаки у водителей - факторы риска дорожно-транспортных происшествий / М.А. Эльгаров // Медицина труда и промышленная экология.-2010.- № 11.- С. 27-30.
5. Афанасьева РФ. Медицина труда и промышленная экология.-2008.- № 6.- С. 48-51.
6. Гребеньков С.В. Оценка условий труда и профессионального риска у водителей грузового автотранспорта / С.В. Гребеньков, Я.М. Сухова // Профилактическая и клиническая медицина.- 2016.- № 3(60).- С.12-17.
7. Комаров Ю.Я. Анализ специфики и характера труда водителей маршрутного пассажирского автотранспорта в условиях крупного города / Ю.Я. Комаров, Н.А. Овчар, А.Н. Тодорев // Грузовик.-2017.- № 7.- С. 37-40.
8. Захаров С.В. Принципы оценки воздействия вредных производственных факторов на водителей автомобильного транспорта / С.В. Захаров, С.А. Гойдин, Д.Н. Легусова // Безопасность жизнедеятельности.- 2012.- № 7.- С. 2-6.
9. Башкирева А.С. Сравнительный анализ профессионального риска ускоренного старения у работающих во вредных условиях / А.С. Башкирева, О.Г. Хурцилоева, В.Х. Хавиной // Гигиена окружающей и производственной среды.- 2013.- № 4.- С. 20-26.
10. Ротфельд М.В. Проблемы нормативного правового обеспечения охраны труда в организациях городского наземного электротранспорта / М.В. Ротфельд // Охрана и экономика труда.- 2011.- № 1(2).- С. 20-23.
11. Шевкун И.Г. Гигиеническая оценка условий труда водителей пассажирского автотранспорта и меры профилактики (на примере Ростовской области)/ И.Г. Шевкун//Диссертация.-2009.- 13-131с.
12. Назарова М.Д. Физиолого-гигиеническая оценка труда водителей городских автобусов в условиях жаркого климата: автореф. дис. канд. мед. наук. / М.Д. Назарова.- Нижний Новгород, 1993.- 5-15с.
13. Измерова Н.Ф. Гигиена труда/ Н.Ф. Измерова, В.Ф. Кирилова// Учебное пособие.- 2008.-С. 260-263.
14. Одинаева Л.Э. Влияние факторов производственной среды на функциональное состояние организма и заболеваемость работников горно-транспортного комплекса цементного производства Л.Э. Одинаева, Ф.Ч. Хасанов // Вестник Авиценны.- 2008.- № 2.- С. 128-132.
15. Радченко О.Р. Образ жизни, условия труда и состояние репродуктивного здоровья водителей / О.Р. Радченко, И.Р. Мухаметшин // Проблемы репродукции.- 2013.- № 1.- С. 26.
16. Истомин С.В. О безопасности труда на предприятиях автотранспорта / С.В. Истомин, В.Н. Турченко // Охрана и экономика труда.- 2014.- № 3.- С. 33-39.
17. Сюрин С.А. Профессиональные риски здоровья работников транспорта горно-химического комплекса напряженность Кольского заполярья / С.А. Сюрин, В.В. Шилов // Медицина труда и промышленная экология.- 2016.- № 6.- С. 6-11.
18. Носков А.В. Сезонные особенности изменения стереотипа некоторых физиологических параметров у водителей общественного транспорта на севере / А.В. Носков, А. Б. Гудков, В. П. Пашенко // Экология человека.-2003.- №1.- С. 13-15





19. Маев И.В. Роль профессиональных факторов в развитии язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки/ И.В. Маев, Е.С. Вьючнова, К.А. Пашков//Актуальные вопросы клинической транспортной медицины.- 2002.- №7.- С. 13-25
20. Сарокин Г.А. Оценка профессионального обусловленного и непрофессионального рисков нарушения здоровья у водителей грузовых автомобилей / Г.А. Сарокин, В.В. Шилов, С.В. Гребеньков // Медицина труда и промышленная экология.- 2016.- № 6.- С. 1-6.
21. Панков В.А. Гигиеническая оценка условий труда и состояние здоровья летного состава гражданской авиации / В.А. Панков, М.В. Кулешова, С.Ф. Шаяхметов // Медицина труда и промышленная экология.-2017.- № 10.- С. 29-34.
22. Некрасова М.М. Аллостатические нагрузки у водителей автобусов / М.М. Некрасова, С.А. Аширова, М.А. Бобоха // Медицина альманах.-2016.- № 4.- С. 158-161.
23. Глушко О.В. Труд и здоровье водителя / О.В. Глушко, Н.В. Ключев // Транспорт.- 1976.- С. 176
24. Чернов О.Э. Колягин ВЯ. Психофизиологические аспекты безопасности профессиональной деятельности на транспорте / О.Э. Чернов // Медицинская сестра.- 2015.- № 2.- С. 18-20.
25. Прокопченко Л.В. Оценка рабочей среды водителей различных типов автобусов / Л.В. Прокопченко, И.Г. Шевкун // Медицина труда и промышленная экология.- 2009.- № 7.- С. 12-17.
26. Драган С.П. Гигиеническая оценка акустической обстановки на рабочих местах авиационных специалистов и водителей тяжелых грузовиков и способы их защиты от шума / С.П. Драган, В.Н. Зинкин, Ю.А. Кикушкин // Гигиена труда.- 2015.- № 12.- С. 29-30.
27. Трошин В.В. Сердечно-сосудистые заболевания у водителей и безопасность дорожного движения / В.В. Трошин, И.В. Федотова, Т.В. Блинова // Медицина труда и промышленная экология.- 2018.- № 3.- С. 27-29.
28. Гребеньков С.В. Гигиенические условия труда и состояние здоровья водителей транспорта в Санкт-Петербурге / С.В. Гребеньков, Е.В. Милутка, А.А. Сидоров // Медицина труда и промышленная экология.-2013.-№8.-С.1-6
29. И.В. Федотова. Субъективная оценка водителями грузопассажирского Автотранспорта условий труда и влияния их на состояние здоровья / И.В. Федотова, С.А. Аширова, М.М. Некрасова // Здоровье население и среда обитания. -2017.- №10(295).- С. 27-30
30. Воронков О.Ю. Социально-бытовые проблемы водителей транспортных средств предприятий Северного региона / О.Ю.Воронков// Россия молодая - передовые технологии-в промышленность.-2015.-№3.- С.
31. Taylor A. Stress, fatigue, health, and risk of road traffic accidents among professional drivers: the contribution of physical inactivity/ A. Taylor, L. Dorn// Public Health.- 2006.- Volume 27.- P. 71-91
32. Shatabdi G. Prevalence and Pattern of Smoking among Bus Drivers of Dhaka, Bangladesh/ G. Shatabdi, S. Munmun//Tobacco use insights.-2014.- №7.- P. 21-25
33. Philips R.O. Road accidents caused by sleepy drivers: update of a Norwegian survey/ R.O. Philips. F. Sagberg //Accid Anal Prev.-2013.-Volume.-50.-P. 138-146.
34. Aworemi J.R. Efficacy of drivers' fatigue on road accident in selected southwestern states of Nigeria/ J.R. Aworemi, I.A. Abdul-Azeez, A.J. Oyedokun // Int Bus Res.-2010. Volume.- 3: P. 225-232.
35. Ozer C. Daytime sleepiness and sleep habits as risk factors of traffic accidents in a group of Turkish public transport drivers/ C. Ozer, S Etcibasi, L. Ozturk // Int J Clin Exp Med.-2014.- Volume 7.- P. 268-273
36. Sharwood L.N. Assessing sleepiness and sleep disorders in Australian long-distance commercial vehicle drivers: self-report versus an "at home" monitoring device/ L.N. Sharwood, J. Elkington, M. Stevenson // Sleep.-2012.-Volume 35.- P. 469-475



37. Sadeghniaat K.H. Labbafinejad Y. Sleepiness among Iranian lorry drivers/ K.H. Sadeghniaat, Y. Labbafinejad Acta Medica Iran.-2007.- Volume 45.- P. 149-152
38. Halvani G.H. Relationship between road accidents and sleep quality of heavy vehicle drivers in Yazd / G.H. Halvani, R.J. Nodoushan, A. Nadjarzadeh // Int J Env Health Eng.-2012.-Volume 1.- P. 40-45
39. Emkani M, Khanjani N. Sleep quality and its related factors in intercity bus drivers/ M. Emkani, N. Khanjani // Iran J Milit Med.-2012.-Volume 14.-P. 137-14

### ХУСУСИЯТИ ТАЛХАРОНИИ МАВОДИ ТАГЕТОЛ ҲАНГОМИ ЗАҲРОЛУД КУНИИ ЦИГАР БО ЗАҲРИ ЦИГАРКУШИ СС14

О.У. Холиқова, Ҷ.А. Азонов.

Озмоишгоҳи Марказии илмӣ- тадқиқотии ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино, Маркази инноватсионии биологӣ ва тиббии АИ ҚТ

*Холиқова О.У.- ходими хурди илмӣи ОМИТ- и МДТ ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино, аспиранти Маркази иноватсионии биологӣ ва тиббии АИ Қумҳурии Тоҷикистон. тел.: 915 04 02 03.*

*Холиқова О. У.-м.н.с. ЦНИЛ ГАУ ТГМУ им. Абуали ибн Сино, аспирант Центра инновационной биологии и медицины АН РТ. Тел.: 915 04 02 03.*

*Kholikova O. TSNIL GAU TSMU them.Abuali ibn Sino, graduate student of the Center for Innovative Biology and Medicine of the Academy of Sciences of the RT. Tel.: 915 04 02 03.*

### ЖЕЛЧЕГОННЫЕ СВОЙСТВА ТАГЕТОЛА ПРИ ТОКСИЧЕСКОМ ПОРАЖЕНИИ НА ФОНЕ ТОКСИЧЕСКОГО ВОЗДЕЙСТВИЯ СС14

Холиқова О.У., Азонов Д.А.

ЦНИЛ ТГМУ им. Абуали ибн Сино, Центр инновационный биологии и медицины АН РТ

**Резюме:** В статье представлены результаты влияния эфирного масла бархатцев мелкоцветковых на обмен билирубина, липидов и белков при подостром токсическом поражении печени СС14. Согласно полученным результатам при месячном введении гепатотоксического яда СС14 у контрольных животных наблюдается достоверное повышение уровня билирубина, липидов, ЩФ и снижение и показателей белков по сравнению с интактными крысами. Введение тагетола в дозе 0,02г/кг массы достоверно снижает уровень билирубина, липи-

дов и ЩФ а также улучшает показатели белков состава крови леченных животных по сравнению с контрольными сериями. Получение результате свидетельствуют о гепатозащитных свойств тагетола. Наряду с этим установлено что тагетол в дозе 0,02 г/кг массы не только превосходит по эффективности не только остальные дозы но и превосходит аналогичное свойства препаратов сравнения олиметина и карсила.

**Ключивые слова:** тагетол, гепатозащитный, билирубин, липиды, СС14, карсил, олиметин.

### CHOLAGOGUE PROPERTIES OF A TACHETOL DURING TOXIC DAMAGE ON THE BACKGROUND OF TOXIC EFFECTS OF CC14

O.U. Kholikova, D.A. Azonov, M.S. Aminov

TSNIL TSMU them.Abuali ibn Sino, Center for Innovative Biology and Medicine, Academy of Sciences of the RT

**Summary:** The article presents the results of the influence of small-flowered marigold essential oil on the exchange of bilirubin, lipids and proteins

in subacute toxic liver damage of CC14. According to the results obtained with the monthly administration of hepatotoxic poison



CC14 in control animals, a significant increase in the level of bilirubin, lipids, alkaline phosphatase and a decrease in protein indices as compared with intact rats are observed. The introduction of tagetol in a dose of 0.02 g / kg of the mass significantly reduces the level of bilirubin, lipids and alkaline phosphatase and also improves the indicators of the protein composition of the blood of the treated animals compared to the control

**Муҳиммият:** Муайян карда шудааст, ки равшанҳои атрий хусусияти талхаронӣ, ҳепатохинозатӣ ва зиддимикробӣ доранд. Аз ҷумла равшани садбарги сурх, анҷибар, гашнизи, лиму, бодён, қаламфур, даҳмаз, камоли бадбӯӣ, яфшон ва ғайра дорои хусусиятҳои талхаронӣ, зиддииттиҳобӣ, зиддиташанучӣ, мембранхинозатӣ ва зиддимикробӣ дошта, таркиби кимиёвӣ талхаро ба танзим мебардоранд (2, 5, 6, 8, 13).

Дар таҳқиқотҳои илмӣ муайян карда шудааст, ки равшанҳои атрий дар баробари тағйир додани таркиби кимиёвӣ талха, боз миқдори маводи таркиби он аз ҷумла маҷмӯи кислотаҳои талхагӣ, кислотаи холевӣ, фосфолипидҳо, триглицеридҳо, билирубин ва коэффисиенти холату-холистериниро ба танзим мебарорад (1, 4, 11)

Дар тибби мардумӣ маҳмалакгулҳоро, ки манбаи равшани атрогинанд, ҳамчун талхарон, пешоброн, барои табобати бемориҳои талхадон, чигар, гурдаҳо ба қор мебаранд. Онро инчунин барои табобати ғадуди зеримеъда, системаи асаб, диабетиканд тавсия медиҳанд. (12, 13, 14).

Дар таҳқиқотҳои таҷрибавӣ (эксперименталӣ) дар ҳайвонҳо муайян карда шудааст, ки маҷмӯи флованоидҳои таркиби гулҳои маҳмалак нисбати доруӣ ҳепатохинозатии карсил, ҳуҷайраҳои чигарро ҳангоми захиrolудшавӣ бо захири чигаркуши CC14 беҳтар ҳимоя мекунад. (3, 9, 10). Дар баробари ин ҳангоми омӯзиши хусусиятҳои талхаронии флованоидҳои таркибашмуайян карда шуд, ки таровиш ва ҳосилшавии талхаро нисбати доруи карсил зиёд месозанд (7, 10). Вобаста ба ин мо тасмим гирифтаем, ки хусусияти талхаронӣ ва ҳепатохинозатии равшани маҳмалаки майдагули дар шароити

series. Obtaining a result indicates the hepatitis protective properties of tagetol. Along with this, it was established that tagetol in a dose of 0.02 g / kg of mass not only exceeds the effectiveness of not only the remaining doses, but also surpasses the similar properties of drugs comparing olimetin and carcil.

**Key words:** tagetol, hepatoprotective, bilirubin, lipids, CC14, karsil, olimetin.

Тоҷикистон нумӯёбандаро дар ҳайвонҳои озмоишӣ (эксперименталӣ) мавриди таҳқиқот қарор диҳем.

**Мақсади таҳқиқот.** Муайян намудани хусусиятҳои талхаронии равшани атрии маҳмалаки майдагул (тагетол) ҳангоми захиrolудкунии каламушҳои сафед бо CC14.

**Мавод ва усулҳои таҳқиқот.** Омӯзиш дар 42-адад каламушҳои сафеди вазнашон ба 210 - 230г/кг баробар гузаронида шуд. Каламушҳо ба гурӯҳҳои зерин тақсим карда шуданд. 1-гурӯҳи солим. 2-гурӯҳи контролӣ (CC14- 2мл/кг пас аз як рӯз дар муддати 1-моҳ) 3,4,5 - Тагетол- 0,01, 0,02, 0,04 г/кг. 6- олиметин 0,02г/кг. 7- карсил-0,08г/кг. Хусусияти талхаронии тагетолро бо усули (Фишер- Варса 1951) муайян намудем. Миқдори талхаи ҳосилшударо баъди 1,2, ва 3 соати васл намудани найчаи полиэтиленӣ дар рағчаи талхагузар, ки талхадон ва рӯдаи дувоздаҳангушаро бо ҳам пайваст мекунад, дар зарфчаҳои пластикӣ ҷамъоварӣ намуда, бо ёрии сӯзандору миқдори онро чен карда, пас таркиби кимиёвӣ онро мавриди омӯзиш қарор додем. Миқдори холистерини таркиби талхаро бо усули модификатсия кардаи Илк реаксияи Лимберман-Бурхард ва истифодаи био-латести Витал-дигностикум, билирубинро бо усули Идерашек Гроф бо истифодаи био-латести Витал-диагностикум, фосфолипидҳоро бо усули Зилверсмит ва Девис (1950) бо истифодаи биолатести Витал-дигностикум, триглицеридҳоро бо истифодаи биолатестҳои Витал дар анализатори биокимиёвӣ Stat-Fax муайян намудем.

Маҷмӯи кислотаҳои талхагӣ ва кислотаи холатро бо усули Р.А. Попов ва диг (1969). Коэффитсенти Холату-холистериниро бо усули математикӣ, ҳамчун таносуби маҷм-



ӯи кислотаҳои талхагӣ бо холистеин нисбати ҳар як вояи талха дар алоҳидагӣ муайян намудем.

Коркарди омории мавод бо усули вариатсионӣ ба ПК, бо истифодаи баътаи таҷрибавии " Statistica 6,0" амалӣ карда шуд.

**Натиҷаҳо ва баррасии онҳо.** Муайян карда шудааст, ки ҳангоми захролудшавии чигар бо захри чорхлориди карбон хусусияти талхаҳосилкунӣ ва хоричкунии он дар натиҷаи осеббинии хучайраҳояш коста мегардад.

Маълумотҳои дар ҷадвали 1 оварда шуда, аз он далолат медиҳанд, ки миқдори талхаи ҳосилшуда дар каламушҳои назорати нисбати ҳайвонҳои солим дар се соати омӯзишӣ ба ҳисоби миёна 44% кам мегардад.

Дар каламушҳои таҷрибавӣ, ки ба онҳо дар муддати як моҳ маводи тагетол дар меъёри 0,01, 0,02 ва 0,04 г/кг вазн хӯронда шуда буд, миқдори талхаи ҳосил шуда, нисбати ҳайвонҳои назоратӣ ба ҳисоби миёна 61,5%, 90,38% ва 81% зиёдтар аст.

### Нақшаи 1.

#### Хусусияти таххаронии тагетол ҳангоми ҳепатити токсикӣ дар каламушҳои сафед.

Гурӯҳҳои маъёрҳо дар г/кг	Миқдориталха дар мг/100г/ вазн дар сония пас аз ;			
	1-соат	2-соат	3-соат	Миқдори умумӣ дар 3-соат
Гурӯҳи солим	3.1±0.01	2.7±0.02	2.5±0.011	9.3±0.013
СС14 2,0мл /кг через день в течение 1-мес.				
Контроли	2.1±0.03 P≤0.001 -32.2%	1.7±0.013 P≤0.001 -37.0%	1.4±0.02 P≤0.001 -44%	5.2±0.021 P≤0.001 -44,0%
Тагетол -0,01 г/кг	3.0±0.04 P≤0.001 42.8%	2.8±0.017 P≤0.001 64.7%	2.6±0.013 P≤0.001 85.7%	8.4±0.023 P≤0.001 61.5%
Тагетол - 0,02г/кг	3.7±0.02 P≤0.001 76.1%	3.3±0.024 P≤0.001 94.1%	2.9±0.016 P≤0.001 107.1%	9.9±0.027 P≤0.001 90.38%
Тагетол - 0,04г/кг	3.5±0.013 P≤0.001 66.6%	3.2±0.018 P≤0.001 88.23%	2.7±0.04 P≤0.001 92.85%	9.4±0.012 P≤0.001 81.0%
Олиметин- 0,05г/кг	3.4±0.01 P≤0.001 61.9%	2.8±0.031 P≤0.001 64.7%	2.4±0.021 P≤0.001 71.42%	8.4±0.02 P≤0.001 61.53%
Карсил -0,08г/кг	3.0±0.015 P≤0.001 42.8%	2.7±0.018 P≤0.001 58.8%	2.3±0.017 P≤0.001 64.28%	8.0±0.016 P≤0.001 53.84%

Малумотҳои ба даст омада, аз он далолат медиҳанд, ки таъсири талхаронии маводи тагетол дар меъёри 0,02 г/кг вазн на танҳо нисбати маъёрҳои дигари он, балки нисбати доруҳои муқоисавии олиметин ва карсил (61,53, 53,84%) низ бартарӣ дорад.

Дар баробари ин барои муайян намудани хусусиятҳои ҳепатоҳифозатии маводи тагетол таркиби кимёии талхаи ба даст омадаро оиди омӯзиш қарор додем. Тибқи нишондиҳандаҳои дар ҷадвали 2 оварда шуда, бармеояд, ки ҳангоми ҳепатити токсикӣ, дар натиҷаи гузаронидани маводи захрогини СС14 ба каламушҳои сафед амалӣ мешавад, дар таркиби талхаи гурӯҳи назоратӣ миқдори холестерин нисбати гурӯҳи солим 29%, билирубини умумӣ 58,8%, маҷмӯи

кислотаҳои талхагӣ (МКТ) 35,6%, кислотаи холат 52,3%, фосфолипидҳо 69% зиёд шуда, нишондиҳандаи коэффитсиенти холату-холестерини (КХХ) 52,1% кам мешавад.

Маводи тагетол дар маъёрҳои овардашуда ( 0,01, 0,02 ва 0,04 г/кг вазн), дар натиҷаи ҳифз намудани хучайраҳои чигар, аз таъсири СС14 нишондиҳандаҳои таркиби талхаро ба эътидол меоранд.

Аз ҷумла тагетол дар меъёри 0,02 г/кг вазн миқдори холестерини таркиби талха 25,8%, билирубин 33,3% ва кислотаи холевино 46,8% кам намуда, маҷмӯи кислотаҳои талхаро 108%, фосфолипидҳоро 61,5% ва нишондиҳандаи коэффитсиенти холату-холестериниро 180,3% зиёд мекунад.



## Нақшаи-2.

## Таъсири маводи тагетол ба таркиби кимиёии талха ҳангоми захролудшавии чигар бо СС14.

Гуруҳҳои таъсири тагетол ба таркиби кимиёии талха	Нишондиҳандаҳои таркиби кимиёии талха					
	Холестерин-моль/л	билирубин моль/л	МКТ- г/л	Кислотаи холевий моль/л	Фосфолипид ҳоғ/л	КХХ
Гуруҳи солим	1.86 ± 0.03	0.085 ± 0.03	5.9 ± 0.35	8.4 ± 0.5	4.1 ± 0.07	3.3 ± 0.04
СС14 2,0мл /кг через день в течение 1-мес						
Назорати	2.4 ± 0.07 P ≤ 0.05 29.0%	0.135 ± 0.01 P ≤ 0.001 58.8%	3.8 ± 0.1 P ≤ 0.05 -35.6%	12.8 ± 0.3 P ≤ 0.001 52.3%	2.6 ± 0.06 P ≤ 0.001 -69.0%	1.58 ± 0.017 P ≤ 0.001 -52.1%
ЭМБ 0,01г/кг	1.8 ± 0.001 P ≤ 0.05 25%	0.098 ± 0.004 P ≤ 0.05 -27.4%	7.0 ± 0.3 P ≤ 0.001 84.2%	8.0 ± 0.1 P ≤ 0.05 -37.5%	4.5 ± 0.2 P ≤ 0.001 73.0%	3.88 ± 0.04 P ≤ 0.001 145.56%
ЭМБ 0,02г/кг	1.78 ± 0.02 P ≤ 0.05 -25.8%	0.09 ± 0.006 P ≤ 0.001 33.3%	7.9 ± 0.0 P ≤ 0.001 108%	6.8 ± 0.01 P ≤ 0.001 46.8%	4.2 ± 0.021 P ≤ 0.001 61.5%	4.43 ± 0.06 P ≤ 0.001 180.3%
ЭМБ 0,04г/кг	1.82 ± 0.03 P ≤ 0.05 24.1%	0.095 ± 0.007 P ≤ 0.001 29.62%	7.2 ± 0.41 P ≤ 0.001 89.4%	7.0 ± 0.1 P ≤ 0.001 45.3%	4.0 ± 0.018 P ≤ 0.001 53.8%	3.95 ± 0.01 P ≤ 0.001 150%
Олиметин 0,05г/кг	1.9 ± 0.01 P ≤ 0.05 21%	0.1 ± 0.02 P ≤ 0.05 -26%	6.8 ± 0.5 P ≤ 0.001 79%	7.5 ± 0.6 P ≤ 0.001 -41.4%	3.9 ± 0.024 P ≤ 0.001 50%	3.51 ± 0.05 P ≤ 0.001 122.1%
Карсил 0,08г/кг	2.0 ± 0.017 P ≤ 0.05 -16.6%	0.099 ± 0.005 P ≤ 0.01 -26.6%	6.4 ± 0.2 P ≤ 0.001 68.4%	7.7 ± 0.4 P ≤ 0.05 -40%	4.0 ± 0.01 P ≤ 0.001 54%	3.2 ± 0.025 P ≤ 0.001 102.5%

Муқоисаи таъсири меъёрҳои истифодашудаи тагетол ва доруҳои муқоисавӣ дар ин раванд низ нишон доданд, ки маводи тагетол дар меъёри 0,02 г/кг вазн нисбати онҳо бартарӣ доранд. Ҳангоми аз рӯи таъсир дар як хати рост гузоштаи маводи омӯхташуда, муайян гардид, ки дар ҷои аввал тагетол-0,02 г/кг, дувум тагетол-0,01 г/кг, сеюм тагетол 0,04 г/кг, чорум олиметин-0,02 г/кг ва панҷум карсил-0,08 г/кг меистад. Маълумотиҳои ба дастамада аз он далолат медиҳанд, ки маводи тагетол дорои хусусияти хуби талхарони буда, дар баробари ин таркиби кимиёии талхаро, ки дар натиҷаи

захри чигаркуши СС14 вайрон мешавад, ба эътидол оварда, раванди талхаҳосилкунии хучайраҳои чигарро барқарор менамоянд. Муайян карда шудааст, ки равшанҳои атрии анчибар даҳмаст, қаланфур, бодийён, арвона ва ғайра дорои хусусиятҳои талхаронӣ, ҳепатоҳифозатӣ, зиддиташанучӣ, зиддиоксидӣ, зиддиилтиҳобӣ ва мембранҳифозатиянд, аз ин лиҳоз, тахмин меравад, ки хусусияти талхаронӣ ва ҳепатоҳифозатии тагетол, ки асоси онро равшани маҳмалаки майдагул ташкил медиҳад, бо хусусиятҳои равшанҳои дар боло овардашуда, алоқаи зич дорад.

## АДАБИЁТ

1. Азонов Д.А. фармакология гераноретинола и эфирных масел. Афтореф. д.м.н.- Санкт-Петербург.- 1995.-43 с.
2. Азонов Д.А. лечебные свойства гераноретинола и эфирных масел / А.К. Холов, Г.В. Вахидова) "монография".-Душанбе Матбуот.-2011.-135 с.
3. Василенко, Ю.К. Гепатозащитные свойства препаратов из бархатцев распростертых/ Ю.К. Василенко // Хим.-фармац. журн. 1990. Т.24, №1. С. 53-56.
4. Мамадназаров Н.К. Характеристика функциональных систем организма при действии лимонного эфирного масла.- Автореферат дисс. канд. мед. наук.- Душанбе, 2006.-22 с.
5. Малеев А Розанол / А.Малеев., С.Стоянов, Г. Нешев.- Сафия, 1973.- С.33-113.



6. Николаевский В.В. Биологическая активность эфирных масел/ В.В. Николаевский, А.Е. Еременко, И.К. Иванов.- М.: Медицина- 1987. - 144 с.
7. Поркина Е.Г.
8. Суворова Т.Ю. Ароматы и масло .- ООО "Феникс". - 2005.- 320 с.
9. Терехов А.Ю. Изучение защитного действия биологически активных веществ из цветков бархатцев распростертых (*Tagetespatula* L.) при экспериментальных токсических поражениях печени. - автореферат канд. фарм. наук. - Пятигорск. -2006.- 23 с.
10. Терехова А.Ю. Влияние флавоноидного комплекса из цветков бархатцев распростертых на перекисное окисление липидов и активности ферментов антиоксидантной системы при хроническом поражении печени СС14/ А.Ю. Терехова, Е.Г. Доркина, Е.П.
11. Холов А.К., Азонов Д.А. Эфиромасличные растения и эфирные масла источники биологически активных веществ (обзор литературы)/ А.К. Холов, Д.А. Азонов// Вестник ТНУ. -2014.-№1/3 (134).- С. 153-160.
12. Kuddus Md. R. Evaluation of Membrane Stabilizing Activity, Total Phenolic Content, Brine Shrimp Lethality Bioassay, Thrombolytic and Antimicrobial Activities of *Tagetespatula* L./ MdRuhulKuddus, Mirza Sonia Alam, Sharmin Reza Chowdhury, Farhana Rumi, Md. Al Amin Sikder, Mohammad ARashid// Journal of Pharmacognosy and Phytochemistry.- 2012.-Vol. 1.- №4.-P. 57-62.
13. Rondon M. Chemical composition and antibacterial activity of the essential oil of *Tagetespatula* L. (Asteraceae) collected from the Venezuela Andres / M. Rondon J. Velasco, J. Hernandez, M. Pecheneda, et al // Rev. Latinoamer. Quim.- 2006.- Vol.-34.-№ 1-3. P.32-34.
14. Szarka, S. Essential oil constituents of intact plants and in vitro cultures of *Tagetespatula* L. / S.Szarka , E.B. Hethelyi, E. Lemberkovics, I. Balvanyos // J. Essen. Oil Res.- 2007.-Vol 19.- P. 85-88.



## ТИББИ НАЗАРИЯВӢ

### ТАҲҚИҚОТИ МОРФОЛОГИИ ПӢСТ ДАР БЕМОРОНИ ГИРИФТОРИ ХАДШАҲОИ КЕЛОИДӢ

**З.Н. Соҳибова, Ф. Ш. Шукурова, Г.А. Бобоева**

Кафедраи гистология (мудири кафедра, н.и.т., дотсент З.Н.Соҳибова)- и  
МДТ "ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино", Кафедраи дерматовенерологияи  
МДТ "ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино"

*Соҳибова Зуфнуна Назировна - н.и.т., дотсент, мудири кафедраи гистологияи МДТ "ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино", E-mail: zufnuna\_67@mail.ru . Тел: (+992)918-30-20-30*

*Соҳибова Зуфнуна Назировна - к.м.н., доцент, зав.кафедрой гистологии ГОУ "ТГМУ им. Абуали ибни Сино", E-mail: zufnuna\_67@mail.ru Тел: (+992)918-30-20-30*

*Sohibova Zufnuna Nazirovna- PhD, associate professor of the histology department of SEI "Avicenna Tajik State Medical University", E-mail: zufnuna\_67@mail.ru. Phone: (+992) 918-30-20-30*

### МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ КОЖИ У БОЛЬНЫХ С КЕЛОИДНЫМИ РУБЦАМИ

**З.Н. Соҳибова, Ф. Ш. Шукурова, Г.А. Бобоева**

Кафедра гистологии (зав. кафедрой - к.м.н., доцент З.Н.Соҳибова)  
ГОУ "ТГМУ им. Абуали ибни Сино", Кафедра дерматовенерологии  
ГОУ "ТГМУ им. Абуали ибни Сино"

У всех пациентов до лечения выявлялось усиление дерматоглифики, неровность поверхности рогового слоя, представленного группами интенсивно окрашенных крупных полигональных клеток, разделённых между собой разветвлёнными темными линиями. В эпидермисе визуализировались расширенные устья сально-волосяных фолликулов (СВФ) с белым концентрическим

веществом вдоль стенки, что говорит в пользу наличия признаков фолликулярного гиперкератоза, одного из основных патогенетических факторов развития вульгарных угрей. Вокруг фолликулов отмечались признаки перифолликулярного инфильтрата.

**Ключевые слова:** келоидные рубцы, биоптаты кожи, комплексная терапия.

### MORPHOLOGIC STUDIES OF THE SKIN BIOPSTATS IN PATIENTS WITH CELOID SCARS

**Z.N.1 Sohibova, F. Sh.2 Shukurova, G.A.1 Boboeva**

Department of histology (head of department PhD, associate professor Z. N. Sohibova) SEI "Avicenna Tajik State Medical University" Department of dermatology and venerology SEI "Avicenna Tajik State Medical University"

Before treatment, all patients showed an increase in dermatoglyphics, the roughness of the surface of the stratum corneum, represented by groups of intensely colored large polygonal cells, separated by branched dark lines. In the epidermis, the dilated mouths of the oily hair follicles (SVF) with white concentric substance along the wall were

visualized, which speaks in favor of the presence of signs of follicular hyperkeratosis, one of the main pathogenetic factors in the development of acne vulgaris. There were signs of a perifollicular infiltration around the follicles.

**Key words:** keloid scars, skin biopsies, complex therapy.



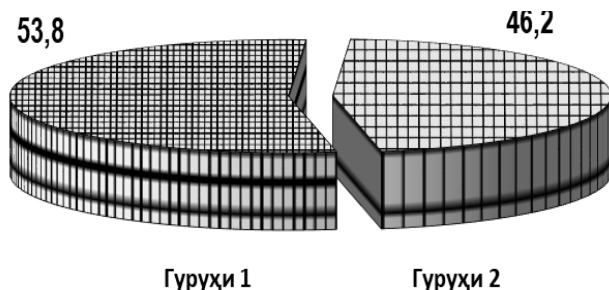
**Муҳиммият.** Хадшаҳои келоидӣ дар натиҷаи реаксияи таҳрифии бофта ба зарбулат инкишофёфта, гурӯҳи махсус ва хеле вазнини хадшаҳо ба шумор меравад ва аз дигар хадшаҳо бо навъу патогенези худ фарқ мекунад. Одатан, келоидҳо дар заминаи нишондиҳандаҳои пасти умумӣ ва масунияти бофта ҳосил мешаванд. Ҳангоми таҳқиқи бофтаҳои келоидӣ фибробластҳои фавқулода фаъол зоҳир мешаванд, ки дараҷаи фаъолнокии онҳо, дар қиёс ба ҳуҷайраҳо, зимни раванди муътадили ба ҳамой, чор баробар зиёд аст [3]. Хадшаҳо норасоии зоҳиршудаи косметикӣ ба ҳисоб рафта, аксаран боиси нороҳатии психоэмотсионалӣ, инчунин инкишофи дезадаптатсияи психологию иҷтимоӣ ва коҳиш ёфтани сифати умр мегарданд.

**Мақсади таҳқиқот.** Омӯзиши механизмҳои патогенезии хадшаҳои келоидӣ ва мукамал намудани усули муолиҷа.

**Мавод ва усулҳои таҳқиқот.** Таҳқиқоти морфологии биоптатҳои пӯст дар мавриди 30 бемори гирифтори хадшаҳои келоидӣ ба амал оварда шуд ва онҳо ба ду гурӯҳ ҷудо карда шуданд:

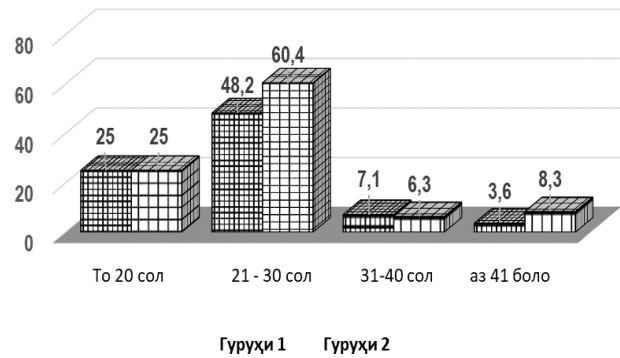
- ба гурӯҳи 1-ум 16 (53,8%) беморони ба таври анъанавӣ муолиҷашуда (МА) шомил гардиданд;

- ба гурӯҳи 2 бошад, 14 (46,2%) бемори ба таври комплексӣ муолиҷашуда шомил гардиданд (расми 1).



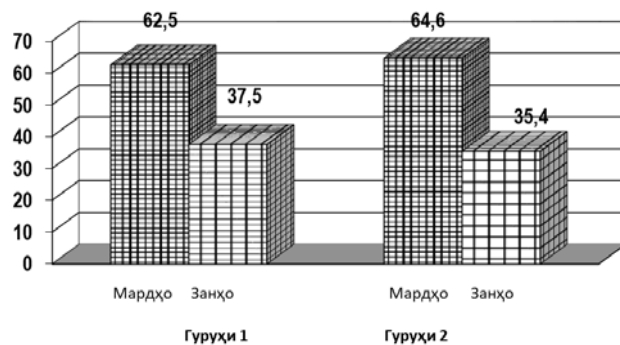
**Расми 1.** Тақсими беморони муоинашуда мувофиқи гурӯҳҳо

Таҳлили тақсими беморон мувофиқи синну сол нишон дод, ки беморони синни аз 21 то 30 сола бартарият дорад (расми 2.).



**Расми №2.** Тақсими беморони муоинашуда мувофиқи синну сол

Ҳангоми тақсими беморон оид ба ҷинс ошкор гардид, ки мардҳо дар муқоиса ба занҳо бештар бемор мешаванд: зимни гурӯҳи аввал мардҳо дар қиёс ба занҳо 66,7% ва дар гурӯҳи дуюм бошад, 82,5% зиёдтар буданд. Гумон меравад, ки ин ҷиз бо он алоқамандӣ дорад, ки занҳо ба ҳуду ба ҳолати пӯст бештар эътибор медиҳанд ва ин аз ҷиҳати принципаӣ бо маълумоти адабиётҳо мувофиқат мекунад [2,4] (расми 3).



**Расми №3.** Тақсими беморони муоинашуда мувофиқи ҷинс

Барои татбиқи таҳқиқоти морфологӣ дар 10% (pH-7,3) дар формалини нейтралӣ биоптатро устувор гардониданд, бар рӯи навъҳои спирт концентратсияи болоравандаро татбиқ намуданд, дар ксилол - шавлаи парафинӣ саҳт карда, ба блокҳои парафинӣ рехтанд. Аз блокҳо ба микротом буришҳои ғафсиаш 3-4 микрон карда, онҳоро ба шишаи предметӣ гузошта, парафинашон тоза карда шуд. Буришҳоро тибқи Ван-Гизон бо гематоксилин ва эозин, кабудии толуидинӣ ранг карда шуданд. Таҳқиқи микроскопӣ ба воситаи микроскопии равшании "Leica" аз





ширкати "Leitz Biomed" (Олмон) зимни калонкунӣ то x100 ва x400 маротиба ба амал оварда шуданд.

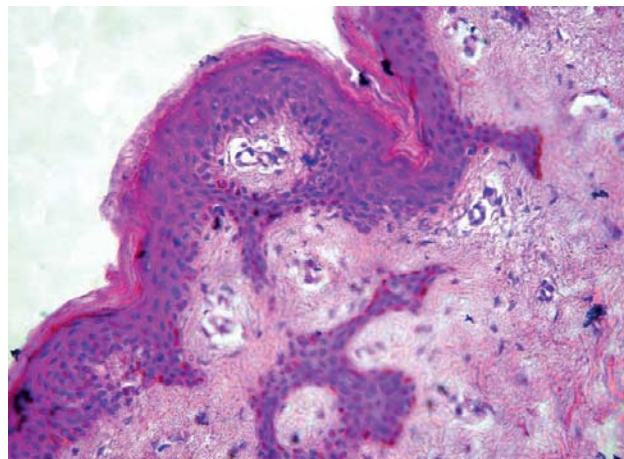
Маълумотҳои зимни таҳқиқот ҳосилшуда дар компютери инфиродии Pentium-IV тавассути бастаи барномавии Microsoft Office Excel-2012, ба шумули истифода аз функцияҳои сохташудаи ҳисобкунии омори тахти бознигари омори қарор гирифтанд. Усулҳои тағйирёбандаи қиматҳо ва омори ғайриқиматӣ бо дар назар гирифтани нишондиҳандаҳои миёнаю арифметикии тахти таҳқиқ (M), инхиروфи миёнаи мураббаъ ( $\sigma^2$ ), хатоии стандартии миёна (m), бузургии нисбӣ (басомад бо %) ба кор бурда шуданд. Арзиши омории андозаҳои ҳосилшуда зимни муқоисаи бузургҳои миёна бар пояи меёри Стюдент (t) бо ҳисоб кардани эҳтимолияти хатоӣ (P) ҳангоми санҷиши муътадил будани тақсимкунӣ (тибқи меёри экс-сес) ва баробарии дисперсияи фароғир (F - меёри Фишер) муайян карда шуд. Пас аз тағйирёбии қиматҳои омори сатҳи дақиқиқат қабул карда шуд  $P < 0,05$  [1].

**Натиҷаи таҳқиқот ва баррасии онҳо.** Таҳқиқи гистологии пӯсти солим нишон дод, ки эпидермис аз панҷ қабат -асосӣ, хордор, доначадор, рахшон ва қабати ҳуҷайраҳои шахшулшуда иборат мебошад. Ҳуҷайраҳои асосӣ шакли цилиндрро дошта, ядрои байзашакл, ситоплазмаи базофилий дошта, дар мембранаи асосӣ ҷойгир шуданд. Ғайр аз ҳуҷайраҳои мазкур дар қабати асосӣ меланотсит - ҳуҷайраҳои шохадори ядрои саҳти мудаввардошта мавҷуд аст. Таркиби шохҳо меланин дорад. Як қисми ҳуҷайраҳои асосӣ меланин чамъ карда, меланофора мешаванд. Таркиби ҳуҷайраҳои хордор шохҳои зиёде дошта, байни худ зич алоқаманд мебошад ва дар якҷанд қатор ҷойгир шуданд. Таркиби ҳуҷайраҳои доначамонанд доначаҳо (кератогиалин) - и зиёде дорад. Қабати ҳуҷайраҳои шахшулшаванда аз пулакчаҳои саҳти серкира иборат мебошад, ки дар якҷанд қатор ҳобидаанд.

Бофтаи пайваस्तкунандаи наҳдори ковоки қабати пистонакшакл ба бофтаи нисбатан саҳттари бетартиби қабати тӯршакл мегузарад, ки дар он зоидҳои пӯст - ғадудҳои

мӯй, чарб ва арақ ҷойгир шудааст.

Ғадудҳои арақ дар шакли найчаҳои ба шохҳо ҷудонашуда буда, қисмҳои нӯгии тарашшуҳӣ ва маҷроҳои ихроҷкунанда доранд. Қисмҳои тарашшуҳӣ ҳуҷайраҳои дарунии равшан ва тираи доначадор, инчунин ҳуҷайраҳои бисёрэпителиягӣ дорад.



**Расми №4.** Манзараи гистологии пӯсти солим. Ранг кардан ба воситаи гематоксиллин-эозин, калонкунии 10?40

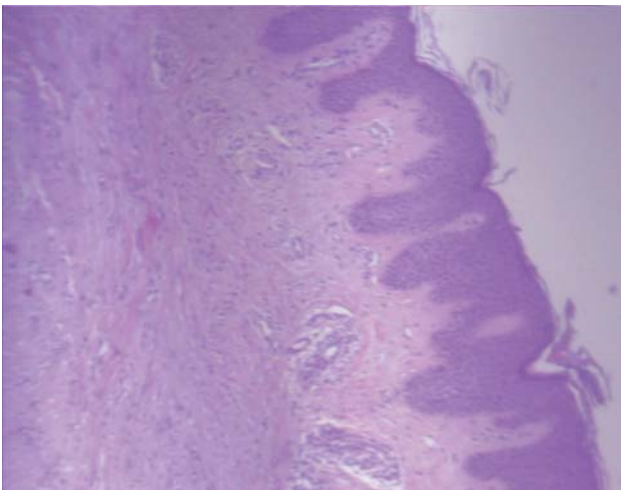
Маҷроҳои ихроҷкунанда аз эпителияи дуқабатаи мураббаи равшан ҳосил шудааст. Ғадудҳои чарбӣ содаи ба шохҳо ҷудошудаи алвеоларӣ дар шакли халтачаҳо ва маҷроҳои кӯтоҳи ихроҷкунанда қисмҳои тарашшуҳӣ дорад. Ҳуҷайраҳои қисмҳои тарашшуҳӣ равшану ҳамвор буда, дар наздикии равшана калони мудаввар мешаванд.

Ҳангоми таҳқиқи хадшаҳои келоидӣ новобаста аз муҳлати қадимиашон манзараи клиникӣ мувофиқ буда, бо лоғаршавии эпидермис ва ҳамворшавии пистонакҳои дерма, инфилтратсияи ба сусти зоҳиргардидаи лимфогистиоситарӣ-плазмотситарӣ, зичии баланди фибробластҳои аз ҷиҳати функционалӣ фаъол (дар як доираи назар то  $740 \pm 11,0$ ), мавҷудияти шаклҳои азими фибробластҳо ва дастаи торҳои коллагении бесамти ковоки омосидаи мукоидӣ, ки атрофи манбаъро ихота кардааст, гемокапиллярҳои яғонаи фуруҳамида зоҳир гардиданд.

Зимни тамоми беморон то муолиҷа дерматоглификаи таквиятёфта, ноҳамвории сатҳи қабати ҳуҷайраҳои шахшулшуда зоҳир гардид, ки асоси онро гурӯҳи ҳуҷай-



раҳои бошиддат рангкардашудаи калони полигоналии байни ҳам бо хатҳои шохадори тира ҷудошуда, ташкил медиҳад. Дар эпидермис васеъшавии резишгоҳи фолликулаҳои чарбӣ-мӯйдор (ФЧМ) бе моддаи сафеди концентрии қад-қади девора аён гардид, ки ба манфиати мавҷудияти нишонаҳои гиперкератози фолликулярӣ - яке аз омилҳои асосии беморизои инкишофи рихнаҳои дағал мебошад. Дар атрофи фолликулаҳои нишонаҳои инфилтратаи перифолликулярӣ мушоҳида гардид. Қабатҳои амиқхобидаи эпидермис, доначадор, хордор ва асосӣ аз чунинҳо дар пӯсти солим фарқи зиёд надошт. Васеъшавӣ ва бофти рағҳои нисбатан сатҳӣ хобида дар манбаи рихнаҳо мушоҳида гардид. Папулаҳо аз сохтори тираи мудаввар иборат мебошад, ки даруни он бо мухтаво ва ё инфилтратаи муташаккили илтиҳобӣ бо қобилияти баланди инъикосшавандагии равшан пур аст. Одатан барои папулаҳои мавҷудияти инфилтратаи зиёди илтиҳобӣ дар эпидермис хос буда, дар дерма экзотситози зухурёфта, реаксияи илтиҳобӣ ва гиперваскуляризиатсия мушоҳида гардид. Рағу инфилтратаи илтиҳобӣ қад-қади канораҳои аён мегардид.



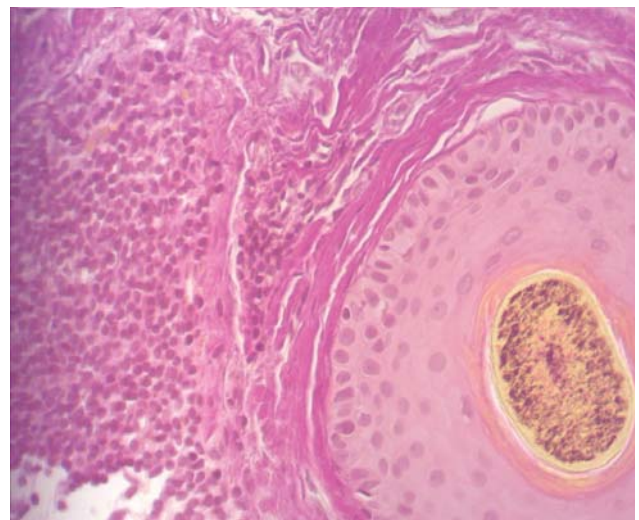
**Расми №5.** Бемор Л.Б., 1990. Манзараи гистологии хадшаи келоидӣ то муолиҷа. Ранг кардан ба воситаи гематоксиллин-эозин, калонкунии 10?10.

Барои зухуроти атрофии хадша маҷмӯи симптомҳои пасазрихнакии лоғаршавии эпидермис ва қитъаҳои ба назар аёну даст-

раси дерма, инчунин мавҷудияти миқдори барзиёди сохтори бетартиби нахмонанд (нишонаҳои фиброз) ва инфилтратаи илтиҳобӣ хос буд.

Зимни гурӯҳи дуюм кам шудани нишонаҳои маҷрои гиперкератинизатсияшудаи ФЧМ ва инфилтратаи атрофи фолликулярӣ, коҳиш ёфтани миқдори рағҳои васеъшуда, издиёди сохторҳои тормонанд мушоҳида гардид (ҷадвали 1).

Гурӯҳи якум, ки МА гиперкератинизатсияи ФЧМ қабул карда буд, инчунин ба нишондиҳандаҳои пӯсти солим саъй намуд, вале нишонаҳои инфилтратаи атрофи фолликулярӣ ва рағҳои васеъшуда ҳифз шуданд. Илова бар ин, тамоюл ба миқдори барзиёди сохтори бетартиби нахмонанд нигоҳ дошта шуд.



**Расми №6.** Бемор Ж.Л., 1990. Манзараи гистологии хадшаи келоидӣ то муолиҷа. Ранг кардан ба воситаи гематоксиллин-эозин, калонкунии 10?10

Таҳлили сохтории келоидӣ пас аз муолиҷаи барои муқаррар намудани афзоиши равандҳои репаративӣ дар эпидермис дар шакли зиёд шудани шумораи ҳуҷайраҳои асосӣ ва фигураҳои митоз (зиёдшавии шумораи ҳуҷайраҳо бо фигураҳои митоз ба 8,4 маротиба дар муқоиса бо чунинҳо то муолиҷа,  $P < 0,001$ ) шароит фароҳам овард. Зимнан дар қабати пистонакшакли дерма зиёд шудани вазни нисбии макрофағҳо (ба 8,3 маротиба) нишонаи мусоид ба ҳисоб мера-



вад, гарчанде хучайраҳои мазкур дар эпителия равандҳои таҷдидиро бо роҳи тарашшуҳи омилҳои индуксия ва ингибитсия ва пролифератсия танзим менамояд [3,4]. Дар ин маврид дар қабати пистонакшакли дерма нишонаҳои реаксияи илтиҳобӣ бо бартарияти инфилтратсияи нейтралӣ, трансформатсияи гидропии моддаи асосии аморфӣ (масоҳати нисбӣ дар муқоиса ба чунинҳо то муолиҷа ба 4,3 маротиба афзуд), зиёд шудани шумораи микрофағҳо ба назар

мерасид. Зоҳир шудани коҳишҳои ғафсии дастаҳои торҳои коллагени мавзеи хадша ва масоҳати нисбии онҳо (ба 24,9% дар муқоиса то муолиҷа,  $P < 0,05$ ) эҳтимол далели ҷойивазкунии мувозинати фибриллогенез/коллагенолиз ба ҷониби охириин бошад.

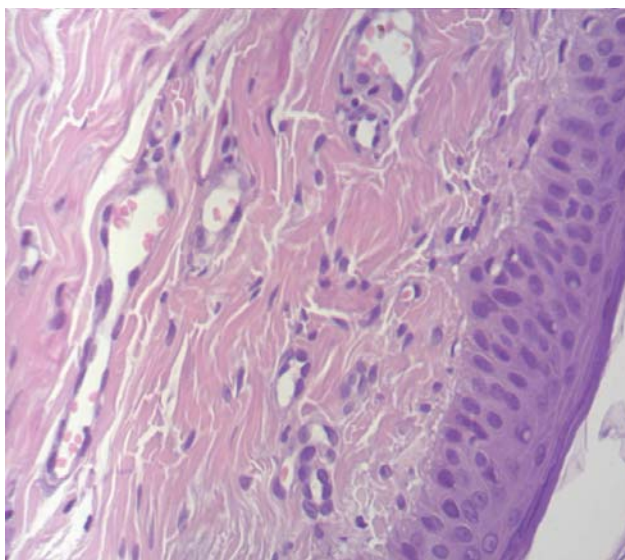
Қисми амиқи хадшаи келоидӣ асосан аз бофтаи фиброзӣ таркиб ёфтааст. Торҳои коллагени ғафшуда муайян шуданд, ки дар миёни онҳо асосан фибробластҳои болиғ ва фибротситҳои дукшакл ба назар мерасиданд.

### Ҷадвали 1.

**Тавсифи сифатии манбаи иллати фиброзӣ ҳангоми муолиҷаи омехтаи беморони гирифтори хадшаи келоидӣ**

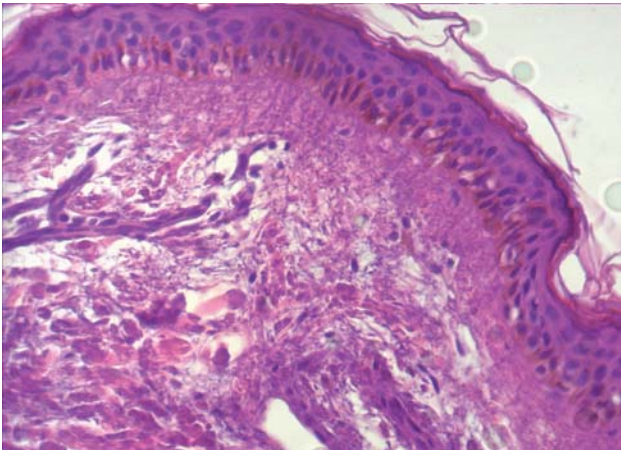
Нишондиҳандаҳо	Гурӯҳи 1 (n=16)		Гурӯҳи 2 (n=14)	
	То муолиҷа	Пас аз муолиҷа	То муолиҷа	Пас аз муолиҷа
Шумораи хучайраҳо бо шакли митоз дар эпидермис (дар доираи назари аввал)	0,31 ± 0,005	2,36 ± 0,028***	0,33 ± 0,08	2,77 ± 0,05***
Масоҳати нисбии инфилтратҳои лейкоцитарӣ	0,12 ± 0,001	9,76 ± 0,090***	0,13 ± 0,03	11,5 ± 0,27***
Таносуби шумораи лимфотсит/макрофағҳо	1/1	1/6,6	1/1	1/8,3
Масоҳати нисбии моддаҳои асосии аморфӣ, %	0,18 ± 0,002	0,77 ± 0,007***	0,22 ± 0,06	0,95 ± 0,021***
Масоҳати нисбии дастаи торҳои коллагенӣ, %	85,0 ± 1,00	70,2 ± 0,65***	84,7 ± 2,22	63,6 ± 1,26***
Миқдори рағҳои хунгарди қабати пистонакии дерма (дар доираи назари аввал)	2,58 ± 0,024	3,15 ± 0,038***	2,55 ± 0,07	3,72 ± 0,095***
Миқдори фибробластҳо (дар доираи назари аввал)	75,1 ± 0,90	62,3 ± 0,67***	74,1 ± 2,16	56,1 ± 1,54***
Миқдори фибробластҳое, ки ба торҳои коллагенӣ мерасанд (дар доираи назари аввал)	12,3 ± 0,15	3,4 ± 0,02***	12,5 ± 0,31	1,34 ± 0,03***

Эзоҳот: \* - фарқи маълумотҳои нисбии гурӯҳҳо то муолиҷа муҳиманд (\*\*\*) -  $P < 0,001$



**Расми 7.** Бемор Ж. Л., 1990. Равзанаи рағҳо ва масоҳати умумӣ калонкардашуда. Манзараи гистологии хадшаи келоидӣ пас аз муолиҷа. Ранг кардан ба воситаи гематоксиллин-эозин, калонкунии 10x40. Пас аз як моҳи муолиҷа

Ҳангоми таҳқиқотҳои морфологии пас аз муолиҷаи комплексӣ ба таври назаррас (ду баробар) кам шудани ғафсии эпидермис ва қабати хучайраҳои шахшулшаванда мушоҳида гардид. Ғафсии умумии дерма аз ҳисоби ҳаҷми қабати тӯршакл низ коҳиш ёфт. Ҳамворшавии шохаҳои эпидермавӣ ва гоҳо атрофияи эпидермис ҳам ба назар мерасид.



**Расми 8.** Бемор Ж. Л., 1990. Дистрофия вакуоли хуҷайраҳои қабати асосӣ. Манзараи гистологии хадшаи келоидӣ пас аз муолича. Ранг кардан ба воситаи гематоксиллин-эозин. Калонкунии 10x40. Пас аз як моҳи муолича

Торҳои коллагенӣ нисбатан бориқтар шуда, дар баъзе ҷойҳо ба торҳо ҷудошавӣ, ковок шудани торҳои коллагенӣ мушоҳида

гардид. Инчунин камшавии шумораи фибробластҳои фибротситҳо ба назар расид, ки ба камшавии андозаи хадшаҳо оварда расонид. Ҳангоми чен кардани қутри хадшаҳои келоидии дараҷаи I иллатнокшавӣ, тибқи таснифоти G. J. Goodman ва J. A. Baron (2006), дар нуқтаҳои устуворгардида дар баробари дермаи сатҳӣ дар умқи 150-200 мкм қарор дошт ва натиҷаҳои ҳосилшуда то як моҳи муолича ва пас аз он дар ҷадвали 2 оварда шудааст.

Пас аз даври муолиҷаи комплексӣ дар гурӯҳ коҳишёбии қиматҳои омории қутри миёнаи хадша ( $P < 0,001$ ) зоҳир гардид. Дар гурӯҳи 1, ки беморон МА қабул карданд, қутри миёнаи хадша то муолича  $3,01 \pm 0,07$  мм-ро ташкил меод, пас аз як моҳи муолича бошад, ба  $2,36 \pm 0,11$  мм расид, зимни гурӯҳи дуюм хадша то муолича  $2,89 \pm 0,06$  мм буда, пас аз як моҳи муолича бошад, ба  $2,0 \pm 0,03$  мм расид

**Ҷадвали 2.** Динамикаи андозаи хадшаҳо то муолича ва пас аз он

Андоза	Мухлат	Гурӯҳи 1 (n=16)	Гурӯҳи 2 (n=14)
Қутри миёнаи хадшаи келоидӣ бо мм	То муолича	$3,01 \pm 0,07$	$2,89 \pm 0,06$
Қутри миёнаи хадшаи келоидӣ бо мм	Пас аз муолича	$2,36 \pm 0,11$	$2,0 \pm 0,03^{***}$

Эзоҳот: \* - фарқи маълумотҳои нисбии гурӯҳҳо то муолича муҳиманд (\*\*\*) -  $P < 0,001$

Хулоса. Ҳамин тавр, чунин шумурдан мумкин аст, ки ба қор бурдани муолиҷаи комплексии хадшаҳои келоидӣ самаранок ба ҳисоб рафта, беҳатар ва дорои таҳаммулпазирии хуб мебошад. Усули мазкур таҷҳи-

зоти махсус, иштироки ҳаррӯзаи беморро дар дармонгоҳ ва омодагии пешакиро ба илҷия (агар бошад кушодан ва поксозии пустилаҳо; тоза кардани макияж) тақозо мекунад.

## АДАБИЁТ

1. Автандилов Г. Г. Медицинская морфометрия. - / Москва: Медицина, 1990. ?381с.
2. Аламакин, Д.С. Оценка возрастных изменений микроциркуляции кожи с использованием лазерной доплеровской флуометрии / Д.С. Аламакин, С.Б.Ткаченко, Е.В. Иванова / Экспериментальная и клиническая дерматокосметология. - 2013. - № 1. - С.6-9.
3. Ахтямов С.Н. Акне, рубцы, постакне, акнеформные дерматозы: руководство для врачей / С.Н. Ахтямов. - Москва: Медицина, 2010. - 280 с.4.
4. Гуллер А.Е., Шехтер А.Б. Клинический тип и гистологическая структура кожных рубцов как прогностические факторы исхода лечения // Анн. пластической, реконструктивной и эстетической хирургии. - 2007. - № 4. - С. 19-22.



## БАҲОДИҲИИ МУҚОИСАВИИ ЛЕЙКОСИТҲОИ ХУНИ ҲОМИЛА ВА МУАЙЯНСОЗИИ АВОРИЗИ ОН.

О.А. Каримова, Р.М. Диловарова, М.Б. Гаффурова, М.А. Каримова

Кафедраи акушерӣ ва гинекологии ДМТ

*Каримова Олтиной Абдусаломовна- н.и.т., дасент, мудири кафедраи акушерӣ ва гинекологии Донишгоҳи миллии Тоҷикистон. E-mail: oltinoyk@bk.ru"ru, Тел: 938855144*

*Каримова Олтиной Абдусаломовна- к.м.н., доцент, заведующей кафедры акушерство и гинекологии Таджикского Национального Университета. E-mail: oltinoyk@bk.ru"ru, Тел: 938855144*

*Karimova Oltinoy Abdusalomovna- Candidate of Medical Sciences, Associate Professor, Head of the Department of Obstetrics and Gynecology, Tajik National University. E-mail: oltinoyk@bk.ru"ru, phone: 938855144*

## СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ЛЕЙКОЦИТОВ БЕРЕМЕННЫХ И ОПРЕДЕЛЕНИЕ ПАТОЛОГИИ.

Каримова О.А., Диловарова Р.М., Гаффурова М.Б., Каримова М.А.

В статье речь идёт о повышении лейкоцитов крови до верхней границы нормы и выше у беременных, роды у которых закончились акушерской патологией. С этой целью, исследовали 30 карт родильниц родивших с акушерскими осложнениями. Для сравнения исследовали 25 карт беременных с повышенными лейкоцитами крови, дополнительно провели ультразвуковое исследование почек беременных. Ультразвуковое исследование

почек беременных показало, что во всех случаях имеется патология почек и увеличение лейкоцитов в крови, предупреждают об этом. С этого можно сделать вывод, что при лейкоцитозе неизвестной этиологии у беременных исключить патологию почек.

**Ключевые слова:** лейкоциты, акушерский аборт, беременность, анализ крови, антенатальный, контрольный, стандартный, ультразвук, почка.

## COMPARATIVE ASSESSMENT OF LEUKOCYTES OF PREGNANT WOMEN AND DETERMINATION OF THE PATHOLOGY

The article talks about an increase in blood leukocytes to the upper limit of the norm and above in pregnant women whose childbirth ended in obstetric pathology. For this purpose, 30 cards of women in childbirth with obstetric complications were examined. For comparison, 25 cards of pregnant women with elevated blood leukocytes were examined. For the prevention and diagnosis of obstetric complications, in addition to studies in accordance with national standards for antenatal care, an ultrasound examination of the kidneys of pregnant women

was additionally performed. Examination of the kidneys of pregnant women showed that in all cases there is kidney pathology. From this we can conclude that kidney pathology before and during pregnancy can be latent and cause obstetric pathology. Given the above, it is necessary to recommend ultrasound of the kidneys in pregnant women with leukocytosis of unknown etiology.

**Key words:** leukocytes, obstetric abortion, pregnancy, blood test, antenatal, control, standard, ultrasound, kidney.

Муҳиммият: Аворизи акушерии сабабҳояш номаълум вучуд доранд. Дар ҳолати мо, харчанд занҳои ҳомила аз рӯи стандартҳои миллии назорати антенаталӣ назорат шаванд, ҳам авориз ба амал меояд. Саволе ба

миён меояд, ки пас сабаб дар чист? Таҳлилоҳе, ки занҳои ҳомила аз рӯи стандартҳои миллии нигоҳубини антенаталӣ месупоранд: инҳо-таҳлили умумии хун, пешоб; бактерияурияи беаломат, реаксияи Вассерман,



хун барои вируси норасоии масунияти одам, гепатити В ва С, ултрасадои тифл, сабти барқи дили (ЭКГ), фазла барои тухми гича нишон медиҳанд, ки онҳо дар меёранд, ҳомилаҳо шикоят надоранд, лекин ҳомилагӣ бо авориз анҷом меёбад. (1) Мо аз нишондодҳои таҳлилҳои умумии хун, лейкоцитҳо ро дида баромадем. Дар меёр лейкоцити занҳо то  $9 \times 10^9/\text{л}$ , дар занҳои ҳомила аз  $9-11 \times 10^9/\text{л}$  ҳисобида мешаванд. Лейкоцитоз-зиёдшавии миқдори лейкоцитҳо дар воҳиди ҳаҷми хун. Лейкоцитоз метавонад физиологӣ бошад ҳангоми ҳазмкунӣ, ҳомилагӣ ва патологӣ дар бемориҳои зиёди сироятӣ ва ғайра. (2) Табобати лейкоцитоз, вобаста аст аз сабабҳои он. Табобати чудоғона барои паст кардани танҳо лейкоцитоз нест. Бемориҳои гурда, ки дар ҳомилаҳо то 20% вомехӯранд, метавонанд беаломат мегузаранд. Чунки микроорганизмҳо ба таъсири берируна бештар тобоваранд, дар муҳити ғизои оддӣ афзоиш намеёбанд-дар натиҷа муайян кардани онҳо хеле душвор аст. Аммо вақте, ки шароити мусоид ба миён меоянд, онҳо боз ба шакли вегетативии мувофиқ мубаддал мегарданд, ки боиси пайдоиши такрори беморӣ мегарданд. Шаклҳои пиелонефрити абактериявӣ номида мешавад, вақте ки дар ҳузури пиурия ва нишонаҳои клиникӣ омили бактериявӣ муайян карда намешавад, эҳтимолан L-шаклҳои микроорганизмҳо мебошанд, ки метавонанд муваққатан хуссияти патогениро аз даст дода, ба қабати қишри гурда гузаранд. Эҳтимол бемориҳои гурдаи беаломат ба воситаи қиммати лейкоцити хун ва ултрасавти (УС) гурдаҳо таххис карда шаванд.

Мақсади таҳқиқот: Омӯзиши аворизи акушерии сабабаш номаълум, ба воситаи

нишондодҳои лейкоцитоз дар хун ва ултрасавти гурдаҳо таххисшуда.

Усул ва маводи таҳқиқот: Таҳқиқот дар ШСР № 8 ва 14 ш. Душанбе гузаронида шудааст. Таҳлили пешоб дар таҷҳизоти Mindray c-20s, таҳлили умумии хун дар таҷҳизоти Mindray DP-50, ултрасадои гурдаҳо дар ин таҷҳизот гузаронида шуда буд. Дар таҳқиқот 30 корти инфиродии занҳои валодаткарда (гӯруҳи 1) ва 25 корти занҳои ҳомила (гӯруҳи 2-муқоисавӣ) омӯхта шуданд. Гӯруҳи 1- занҳои ҳомиладор бо аворизи акушерии сабабашон номаълум анҷом ёфта, кортҳо таҳлил карда, дидем, ки дар хуни ҳамаи онҳо лейкоцитоз, таҳлилҳои пешоб дар меёр буд. Дар таҳлили хуни занҳои ҳомила чун занҳои гӯруҳи 1 лейкоцитоз, таҳлили умумии пешоб ва пешоб барои бактерияурии беаломат -манфӣ буданд. Синну соли таххисшавандаҳо дар ҳарду гӯруҳ 20-45 сола буданд. Дар гӯруҳи 1-20 нафар бо тифли расида ва 10 нафар бо тифли норасид валодат карданд. Аворизи акушерии руҳ дода: валодати пеш аз мӯҳлат- дар 10 зоянда, пеш ё барвақт аз мӯҳлат рехтани обҳои назди тифлӣ дар 14 ҳолат, преэклампсияи вазнин дар 5 ҳолат, фавти антенаталӣ - дар 1 ҳодиса дида шуданд. Раванди ҳомилагии ҳамаи занҳои 1 ва 2 гӯруҳҳо аз рӯи стандартҳои антенаталӣ бурда шуда буданд ва шуда истодааст, ғайр аз 3 нафар, ки ба минтақа ворид шуда буданд, лекин таҳлилҳои пеш аз валодат супоридаи онҳо дар меёр буданд. Нишондодҳои гӯруҳи 1 ва 2 умумӣ қайд шудаанд. Таҳлили умумии пешоб: вазни ҳолис 1010-1015, лейкоцитҳо аз 2 то 6 дар назар, сафеда 0-пай, креатинин 1-300, албумин -10. Таҳлили умумии хун дар ҷадвали 1 оварда шудааст.

### Ҷадвали 1. Таҳлили умумии хуни занҳои ҳомила.

Таҳлил	лейкоцитҳо	%лимфоситҳо	%гранулоцитҳо	гемоглобин	СТЭ
Нишондод	$9,5 \times 10^9/\text{л}$	16,5	76,3	112г/л	38,8

Аз рӯи баъзе нишондодҳои оварда шуда, баландшавии сатҳи лейкоцитҳо ва фоизи гранулоцитҳо дида мешавад. Дар асоси нишондодҳои гирифта шуда, ба ҳомилаҳои гӯруҳи 2 таххиси ултрасавти гурдаҳо гузарондем.

Дар ҳамаи 25 ҳолат аворизи гурдаҳо дида шуд, ки ҳомилаҳо аввалин маротиба ҳангоми ултрасадои гурдаҳо хабардор шуданд. Аз аворизи гурда: гидроколикотоз-2, пиелоектазия-20, санги гурда-2, киста-1 нафар доштан.



### ХУЛОСА.

о Дар ҳодисаи мо лейкоцитоз дар занҳои хомила аз  $9,5 \times 10^9$  боло ҳисоб шуд ва ташхиси иловагӣ барои ёфтани сабаби он ба-

рои пешгирии авориз гузаронида шуд.

о Аз таҳқиқоти ултрасадои гурдаҳо маълум шуд, ки дар ҳамаи ҳолатҳо авориз дар гурдаҳо вучуд доштааст.

### АДАБИЁТ.

1. Стандартҳои миллии оид ба нигоҳубини антенаталӣ дар Ҷумҳурии Тоҷикистон с. 2018
2. Данилова Л.А. Анализы крови и мочи.- 2-изд., перераб.и доп - СПб., ЗАО "Салит" - ООО "Издательство Деан", 1999 г. - 128с.
3. Серова В.В., Пальцева М.А. Патологическая анатомия. Курс лекций. Учебное пособие. М. Медицина, 1998. - 640 с.: ил.
4. Шехтман М.М. Экстрагенитальные заболевания и беременность. Изд. Триада-Х Россия, 2013 г., 896 стр.



## ҒАЙРИ ТИББӢ

### РОҶҲОИ ҲАМГУНСОЗИИ ИСТИЛОҲОТИ ТИББӢ ДАР ЗАБОНИ ТОЧИКӢ

А.И. Юсупов

Кафедраи забони тоҷики (мудирӣ кафедра д.и.ф., Қосимов О.Х.)-и  
МДТ ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино.

*Юсупов А.И.-н.и.ф., дотсенти кафедраи забони тоҷикии МДТ "ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино".  
Юсупов А.И.-к.ф.н., доцент кафедраи таҷриқии тиббӣи ГОУ "ТГМУи номи Абӯалӣ ибни Сино".  
Yusupov A.I. - Candidate of Philosophy, Associate Professor of the Department of Tajik Language,  
State Educational Institution "Avicenna Tajik State Medical University".*

### ПУТИ УНИФИКАЦИИ МЕДИЦИНСКОЙ ТЕРМИНОЛОГИИ В ТАДЖИКСКОМ ЯЗЫКЕ

А.И. Юсупов

В статье рассматриваются вопросы унификации и упорядочения современной медицинской терминологии, которая сформировалась из различных языков-источников: греческого, латинского, западноевропейских, арабских и некоторых других. Особое внимание уделяется рассмотрению международных рекомендаций по упорядочению

и унификации медицинской терминологии. Подчеркивается, что однозначность и точность термина играет основную роль в терминообразовании.

**Ключевые слова.** Медицинские термины, классификации медицинских терминов, интеграция, микросистема, унификация.

### WAYS OF UNIFICATION OF MEDICAL TERMINOLOGY IN TAJIK LANGUAGE

A.I. Yusupov

The article discusses the issues of unification and streamlining of modern medical terminology, which was formed from various source languages: Greek, Latin, Western European, Arabic and some others. Particular attention is paid to the consideration of international recommendations for the

streamlining and unification of medical terminology. It is emphasized that the unambiguity of the accuracy of the term plays the main role of term formation.

**Keywords.** Medical terms, classifications of medical terms, integration, microsystem, unification.

**Мухимият.** Терминологияи муосири тиббӣ дар байни системаи истилоҳоти илмӣ аз ҷиҳати муносибатҳои мафҳумӣ ва муҳтаво доманадортарин ва мураккабтарин система маҳсуб мешавад. Вожаҳои тиббӣ, аз ҷумла ваҷаҳое, ки дар тибби илмӣ аз дигар илмҳо (биология, химия, физика, микробиология, радиология, генетика, антропология, психология, кибернетика ва ғ.) ба он ворид шудаанд, чандин ҳазор истилоҳу ибораистилоҳотро ташкил медиҳанд. Ин падида боиси пайдо шудани синонимҳои зиёд низ мешавад, ки дар баъзе соҳаҳои маҳдуди

тиб аз 25 то 40%-и фонди умумии истилоҳотро ташкил медиҳанд.

Омузиш ва таҳлили таърихи чандинасраи пайдоиш ва рушди таҳаввули истилоҳоти тиббӣ, ҳамчунин муносибату равоҷи пурпечутоби байни этимология, сохтор ва семантикаи истилоҳот имконият медиҳад, ки вазъи имрӯзаи истилоҳоти тиббӣ истилоҳиносии забони тоҷикӣ ва масъалаҳои муҳими танзими ҳамгунсозии истилоҳот хубтар фаҳм ва баррасӣ карда шавад.

Афзоиши босуръати истилоҳоти тиббӣ боиси дар забонҳои мухталифи





дунё ва дар адабиёти илми тиббӣ пайдо шудани истилоҳоти нави тиббӣ мешавад, ки тибқи маълумоти баъзе сарчашмаҳо солона миқдорашон аз 1000 адад зиёд аст. Табиист, ки аксари бештари истилоҳоти тиббӣ мафҳумҳои илмиро ифода мекунад, мафҳумҳои илмӣ бошад, дар навбати худ мавзӯи таҳқиқоти илмҳои гуногун қарор гирифта, дар маҷмӯ микросистемаи мураккаби истилоҳотро ба вучуд меоранд. Дар баробари ин, ҳар як истилоҳи тиббӣ унсури микросистемаи терминологии муайян (анатомия, гистология, эмбриология, гинекология, дерматология, физиотерапия ва ғ.) махсуб мешавад. Микросистемаи терминологӣ дар заминаи таснифоти мафҳумҳои илмӣ бунёд мешавад ва дар ин ҷо истилоҳ мавқеи муносиби худро ишғол карда, бо истилоҳоти дигари ҳамин система робитаи мустақами намудиву навъӣ ва ғ. барқарор мекунад. Дар айни замон истилоҳоти микросистемаҳои мухталифи терминологӣ дар сатҳи микросистемаҳои терминологӣ байни худ муносибат ва робитаи қавӣ доранд, ки ин дучониба будани тамоюли прогресс - аз як ҷониб, чудошавии (дифференсатсия) илмҳои тиббӣ, аз тарафи дигар, вобастагии мутақобила ва интегратсияи босуръати онҳоро инъикос мекунад.

Ба бахшҳои маҳдудтар чудо шудани илми тиб мубодилаи иттилоотро осон, вале ҳамзамон дар доираи микросистемаҳои терминологӣ якдигарфаҳмии мутахассисонро душвор месозад.

Истилоҳоти бахши трансплантология, ки дар натиҷаи тамоси байнисоҳавии ҷарроҳии умумӣ ва ҷарроҳии таъҷилӣ, фанҳои клиникӣ соҳаи ҷарроҳӣ, анестезиология ва реаниматология, иммунология, физиологияи патологӣ, генетика, фармакология, морфология ва биохимия, инчунин бо илмҳои монанди физика, химия, технологияи мавод, этика, деонтология, сотсиология ва ғ. ташкил ёфтааст, намунаи таъсири интегратсияи илмҳои тиб буда метавонад.

Дар сатҳи тамосҳои байнисоҳавӣ падидаи такроршавии дефинитсияҳо ва тавассути як истилоҳ якҷанд мафҳумҳои алоҳида-ро ифода кардан ногузир аст.

**Мақсад.** Танзими истилоҳот аз нуқтаи назари лингвистӣ ва таҳассусӣ дар забони тоҷикӣ.

**Натиҷаи таҳқиқ ва баррасии он.** Танзими истилоҳоти илмӣ ин қисми асосии кори амалии танзими истилоҳот аст, ки истилоҳотро ҳамгун, ба як системаи муайян ворид месозад. Ҷамъоварӣ ва тавсифи тамоми истилоҳоте, ки ба соҳаи мушаххаси дониш тааллуқ доранд, марҳилаи ибтидоӣ, марҳилаи қаблӣ кори танзими истилоҳот аст. Системаи муназзами истилоҳот дар протсессе ба вучуд омадани системаи муназзами мафҳумҳо ташаккул меёбад. Академик В.В. Виноградов гуфта буд, ки "Бидуни таҳлили пешакии мафҳумҳои, ки тавассути истилоҳот ифода мешаванд, кӯшишҳои танзими истилоҳот бенатиҷа хоҳад буд" (1.8)

Н.В. Юшманов чунин формулаи танзими истилоҳотро пешниҳод мекунад: "Танзими истилоҳот бояд, ки дорои таносуби дучониба бошад: Истилоҳро доништа, мавқеи онро дар система медонед, Мавқеи истилоҳро дар система доништа, истилоҳро медонед" (2.124-125).

Номутаҷаҳил, аз ҳисоби истилоҳоти нокису нозарур, тақрибан дар шакли идоранашиаванда зиёд шудани фонди терминологӣ боиси номурағбатӣ, дақиқ набудан, номуайяний (духӯрагӣ), сермаъноӣ ва афзудани синонимҳои мешавад. Воридшавии босуръат ва аксар вақт нодаркори истилоҳоти иқтибосӣ, ё баръакс бемаврид ва ноогоҳона ба забони тоҷикӣ тарҷума кардани истилоҳоти байналмилалӣ боиси носозгориҳои терминологияи тиббӣ гашта, ба суръати рушди илмҳои тиббӣ ва нигоҳдории тандурустӣ таъсири манфӣ мерасонад. Масъалаи мазкур ханӯз дар конференси илми "Масоили ҳамгунсозӣ ва стандартизатсияи истилоҳоти тиббӣ" (3, 23) соли 1975 ба таври интиқодӣ баррасӣ шуда, як қатор тадбирҳои авалиндараҷаи ташкилӣ, методӣ ва илмӣ танзиму ҳамгунсозии истилоҳоти забони русӣ пешниҳод шуда буд, ки талаботи мазкур дар вазъи имрӯзаи истилоҳоти тиббии забони тоҷикӣ низ қобили қабул аст.

1. Мувофиқати комил: мухтавои мафҳуми истилоҳшуда бояд бо донишҳои муноси-



ри илмии объекти дахлдор мувофиқат кунанд.

2. Дақиқӣ: а) мухтаво ва ҳаҷми мафҳуми истилоҳшуда бояд духӯра набошад ва аз дигар мафҳумҳои ҳамин микросистемаи терминологӣ фарқ кунад; б) дар маҷмӯи овозӣ (истилоҳ) унсурҳое, ки боиси нодуруст фаҳмидани мухтаво ва ҳаҷми мафҳуми истилоҳшуда мешаванд, бояд вучуд надошта бошанд.

3. Якмаъноӣ: ҳар як маҷмӯи овозӣ бояд танҳо ба як мафҳум тааллуқ дошта бошад; сермаъноӣ и истилоҳ номумкин аст.

4. Якшаклӣ: мафҳум бояд танҳо бо як комплекси овозӣ (калима) ифода шавад; синоним ҷоиз нест.

Бар замми 4 талаботи асосӣ аз истилоҳи тиббӣ талаботҳои иловагӣ низ тақозо мешавад: 1) як аломати мафҳум дар истилоҳоти мухталиф бояд бо як аломати забонӣ (калима, унсури истилосозӣ) ифода карда шавад; 2) маҷмӯи овозӣ, ки мафҳумҳои якхеларо ифода мекунанд, бояд аз рӯи модели сохториву семантикии якхела сохта шаванд, яъне истилоҳоте, ки дар доираи мафҳумҳо алоқаманданд, бояд дар сатҳи калимасозӣ, сохторӣ ва таркибӣ низ алоқаманд бошанд.

Чӣ қадаре ки талаботҳои асосӣ ва иловагӣ мурабтаб ва ҷиддӣ риоя карда шаванд, ҳамон андоза хусусиятҳои умдаи истилоҳот - хусусиятҳои ишғол кардани мавқеи муайян дар таркиби равобитӣ чинсиву намудӣ ва дигар робитаҳои дохилии микросистемаи терминологӣ мукамалтару возеҳтар намудор мешавад. Аммо ин талаботро бо баъзе сабабҳо пурра иҷро кардан номумкин аст:

1. Сабаби гносеологӣ, ки ба тафаккури худи одам вобастагӣ дорад. Одамон пайваста тамоюли якмаъноӣ ва дақиқии истифодаи истилоҳотро дастгирӣ карда, аммо дар раванди тағйирёбии сарҳади мафҳуми бавучудомада ва сохтани мафҳумҳои нав, ки ба ифодаи забонӣ зарурат доранд, пайваста бар зидди ин тамоюл амал мекунанд. Мафҳумҳое, ки бо истилоҳ ифода мешаванд, мутаҳарриканд, сарҳадҳои семантикии онҳо тағйирёбанда аст, дақиқӣ ва якмаъноии онҳо муваққатист, устувор нестанд. Ба калимаҳо - истилоҳот маъноҳои нав бор карда мешавад.

2. Сабаби дуум, бо махсусиятҳои тибби назариявӣ ва клиникӣ, ки моҳияти пайдошавӣ, этиологӣ, патогенӣ, патоморфологии онҳо дар паси аломатҳои зиёде пинҳонанду на ҳамеша идентификатсияи дақиқи онҳо муяссар мегардад, ин ҳолат барои ба даст овардани ягонагии фаҳмиш ва истифодаи истилоҳоти ифодакунандаи онҳо мушкилоти зиёдеро ба бор меоварад. Чӣ қадаре ки ин ё он истилоҳ маъноӣ мавҷум дошта бошад, ҳамон қадар ба даст овардани ягонагии он душвор аст. Масалан, то ҳанӯз тафсири чунин истилоҳоти асосии тиббӣ, мисли Беморӣ [Morbus] ва Сироят [Infectio] мушаххас нест.

Истилоҳоте, ки бештар ифодаи ашёӣ ва мушаххастар доранд (масалан сохторҳои анатомӣ, усулҳои ҷарроҳӣ ва ғ.), бештар дақику якмаъноянд. Агар дар доираи тибби ватанӣ на ҳамеша дар тафсири ин ё он зухурот фаҳмиши ягона ба даст оварда шавад ҳам, пас гуногунфаҳмии аз он бештар дар байни олимони мамолики мухталиф, намояндагони ин ё он мактабу самтҳои чудогона ба мушоҳида мерасад. Истилоҳоти зиёде тиббӣ (масалан, истилоҳи [Schizophrenia] - Шизофрения - Маҷзубият) гипотезаҳо, назарияҳо, нуқтаи назарҳо ва концепсияҳои муайяно дар худ нигоҳ мекунанд.

То имрӯз танҳо морфологҳо ба таҳия ва тавсияи номенклатураҳои байналмилалӣ анатомӣ ва гистологӣ муваффақ гаштаанду бас.

3. Сабаби сеюми мушкил будани татбиқи талаботҳои терминологӣ ин аст, ки соҳаҳои асосии тиб то ҳол схемаҳои иерархии таснифоти мукамали мафҳумҳоро, ки ҳар як звенои онҳо истилоҳоти комилан ягона фаҳмидашаванда ва истифодашавандаро ифода кунанд, дар ихтиёр надоранд. Гарчанде И. П. Павлов қайд карда буд, ки "тамоми таснифоти мо кам ё беш шартянд ва танҳо барои ҳамин вақту замон, дар шароити ҳамин методика ва ҳамин мавод муҳиманд" (4.169), набудани схемаҳои таснифотӣ имкониятҳои иҷроиши талаботҳои мувофиқати комил, дақиқӣ ва якмаъноии истилоҳоти тиббиро хеле маҳдуд мекунанд.



Таснифи мафхумҳо, маъмулан, дар асоси ягонаи чудоқунӣ, яъне чудо кардани аломати нисбатан муҳимтар сохта мешавад ва тағйир ёфтани он аломат имконият медиҳад, ки вайро ба намудҳои мухталифи объекте, ки ба ҳамон як чинс шомил мешавад, дохил кунем. Дар микросистемаҳои истилоҳоти тиббӣ таснифи чинсиву намудӣ бештар густариш ёфтааст. Аммо на ҳамеша муяссар мешавад, ки дар заминаи як аломати асосӣ таснифот сохта шавад. Вобаста аз ин, ҳангоми сохтани нақшаҳои таснифоти номенклатураи бемориҳо мушкилоти зиёде пешӣ рӯ меояд, зеро дар ин маврид барои инқисоми асосӣ гоҳ этиология, гоҳ эпидемиология ва гоҳ хусусиятҳои патоморфологӣ, патофизиологӣ ё клиникаи беморӣ, баъзан аломатҳои дигари онро интихоб мекунам. Дар натиҷа ТББ (Таснифоти Байналмилалии Бемориҳо) асноӣ ҳар як баррасии навбатӣ дучори тағйироти назаррас мегардад. То ҳанӯз схемаҳои таснифотӣ ва номенклатураи субстратҳои зиёди патоморфологӣ, равандҳо ва ҳолатҳои патологӣ, нишондиҳандаҳои сифатӣ ва миқдорӣ ташхисӣ, симптомҳо, синдромҳо ва ғ. мавҷуд нест. Набудани схемаҳои таснифотӣ ва номенклатураи усулҳои ташхису пешгирӣ ва табобат, аз ҷумла амалиётҳои ҷарроҳӣ дар амал хеле ҷиддӣ эҳсос мешавад.

Масалан, номи бемориҳои сироятӣ ва паразитарӣ гоҳ аз рӯи синдром (Хоришак - Scabies (hsora) - Чесотка), гоҳ аз рӯи аломати патоморфологӣ (Гепатити сироятӣ - Hepatitis infectioisa - Гепатит сироятӣ), баъзан аз рӯи номи барангезанда (Иерсиниоз), гоҳ бо номи муаллиф, ки бори аввал кам ё беш дар бораи ин беморӣ маълумот додааст (Бемории Брилл), баъзан бо номи маконе, ки бори аввал ин беморӣ дар он ҷо ошкор карда шудааст (Таби хунрези Қрим - Crimean hemorrhagic fever - Лихорадка (Крымская) геморрагическая) тасниф мешаванд. Дар номи баъзе бемориҳо нишондиҳандаҳои рақамӣ ё ҳарфӣ (бемории панҷум, бемории шашум, вараҷаи Ку- аз ҳарфи аввали калимаи англисии query ба маънои номаълум) гирифта мешавад.

Мавҷуд набудани асоси яқаломатии номҳои сохторҳои анатомӣ низ ба назар мерасад, масалан, дар номи 600 мушаки скелети одам ба ҳайси аломати асосӣ аломатҳои мухталиф (шакл, ҷойи маҳкамшавӣ, вазифа) интихоб шудааст, ҳол он ки аломати нисбатан муҳимтар функция (вазифа) ба ҳисоб меравад. Дар ин самт дар забони тоҷикӣ низ қорҳои назаррас анҷом дода шудааст [5].

Ҳангоми сохтани истилоҳоти тиббӣ ба он таваҷҷуҳи махсус додан зарур аст, ки дар ҳудуди як системаи терминологӣ ба сифати қисмҳои ивазшавандаи комплекси овозӣ (калима) бояд аломате интихоб карда шавад, ки ҳамчун асоси инқисом қабул шуда бошад; масалан аз рӯи ҷойгиршавӣ (Аневризми аорта (абҳар), аневризми артериалӣ (шарёнӣ), аневризми артериолу венулярӣ (шарёнчаву варидчагӣ), аз рӯи этиология (Гепатити амёбӣ, гепатити бруселлезӣ, гепатити бодхӯрдагӣ, гепатити шуӣ ва ғ.).

Қисми бештари мафхумҳои тиббӣ аз рӯи асосҳои гуногуни инқисом тасниф карда мешаванд, ки дар натиҷаи он комплекси овозӣ (истилоҳ) мумкин аст, ки қисмҳои каме тағйирёфта дошта бошад. Масалан дар паҳлуи гепатити вирусӣ ва гепатити холестатикӣ истилоҳи гепатити вирусии холестатикӣ низ мавҷуд аст.

Ҳангоми танзими истилоҳот дар навбати аввал он истилоҳоте бояд иваз карда шаванд, ки дақиқ нестанд ва аломатҳои фарқкунандаи мафхумро ба таври возеҳ ифода карда натавонанд ва аз ҷиҳати доштани иттилоот назар ба калимаи дигар - синоними худ заифтаранд.

Зимни ҳаллу фасли бартарӣ ва мукаммалии ин ё он калима баъзе қоидаҳои семантикаи забониро низ мадди назар бояд гирифт. Ҳангоми сохтани истилоҳоти нав, муаллифон, маъмулан, кӯшиш мекунам, ки аломати муайяни қотээр интихоб кунанд, аз калимаҳои аслии забон ё калимаҳои иқтибосӣ ё унсурҳои истилоҳозии байналмилалӣ, ки маънои ин аломатро дақиқ ифода карда тавонанд, истилоҳ созанд. Истилоҳ дар сурате асоснок ҳисобида мешавад, ки агар мутахассис робитаи семантикии бай-



ни комплексҳои овозии созанда ва сохташудаи калима ё байни маъноӣ дуҷум, маъноӣ таҳассусӣ ва маъноӣ якуми ҳамон як калима ро фаҳмида тавонад.

**Хулоса.** Агар робитаи комплекси овозии муҳтавоӣ истилоҳ барои мутахассис но-

фаҳмо бошад, чунин комплекси овозӣ асоснок не, балки аломати шартӣ ва беасосӣ забонист. Бинобар ин, ҳангоми истилоҳсозӣ ба эътибор гирифтани муҳтавоӣ истилоҳ ва нишонрас будани он аз ҷиҳати ифодаи забонӣ бояд ба эътибор гирифта шавад.

## АДАБИЁТ

1. В.В. Виноградов, Вопросы терминологии / Изд. АН СССР. М., 1961.
2. Реформатский А. А. Введение в языковедение: Классический учебник / Под ред. А.В. Виноградова. М.: Аспект Пресс, 1997.
3. Актуальные вопросы упорядочения медицинской терминологии, под ред. И.П. Лидова, М., 1981.
4. Павлов И.П., Полное собрание сочинений, М., 1949, т. III.
5. Абдурахмонов Ф.А., У. Курбон, Юсуфов А.И., Истилоҳоти анатомӣ, Душанбе, соли 2015, 203 саҳ.

## АНДЕШАҲОИ БАЪЗЕ МУТАФАККИРОНИ ШИНОХТА РОҶЕЪ БА АХЛОҚ

**М.А. Бузургов**

Кафедраи "Фанҳои ҷомеашиносӣ" (мудири кафедра, д.и.ф., профессор Саидов А.С)  
МДТ ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино

*Бузургов Мирибузург Акбархоҷаевич-ассистенти кафедраи "Фанҳои ҷомеашиносӣ"-и МДТ Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абӯалӣ ибни Сино (унвонҷӯии Институти фалсафа, сиёсатишиносӣ ва ҳуқуқи Академияи илмҳои Ҷумҳурии Тоҷикистон ба номи академик Баҳоваддинов). Тел: 904-41-06-09. E. Mail: Safiya.buzurgova@bk.ru*

*Бузургов Мирибузург Акбарходжаевич - ассистент кафедры "Общественные дисциплины" ГОУ Таджикский государственный медицинский университет имени Абуали ибни Сина (соискатель Института философии, политологии и права Академии наук Республики Таджикистан имени академика Баховаддинова). E. Mail: Safiya.buzurgova@bk.ru Тел: 904-41-06-09.*

*Buzurgov Miribuzurg Akbarchojaevich- Assistant at the Department of Social Sciences of SEI of Avicenna Tajik State Medical University (graduate of the Institute of Philosophy, Political Science and Law of the Academy of Sciences of the Republic of Tajikistan named after Academician Bakhovaddinov). E. Mail: Safiya.buzurgova@bk.ru Tel: 904-41-06-09*

## ЭТИЧЕСКИЕ МЫСЛИ НЕКОТОРЫХ ИЗВЕСТНЫХ МЫСЛИТЕЛЕЙ

Аннотация. В этой статье отмечено, что мораль как важный социальный феномен является полезным фактором развития человеческого общества. История показала, что мораль является движущим и регулирующим фактором в жизни общества и способствует достижению мирной жизни.

С точки зрения автора, человеческая жизнь - это жизнь, в которой нравственность играет ключевую роль. Другими сло-

вами, мораль является ключом к счастью и основой стабильности человеческого общества. Поэтому сегодня мы должны как никогда стремиться к совершенству морали и стабильности общества.

**Ключевые слова:** мораль, нравственность, стабильность, счастье, выносливость, человеческое общество, мыслитель, доброта, смирение, дружба и братство, справедливость, хорошие манеры.



## ETHICAL THOUGHTS OF SOME FAMOUS THINKERS

**Annotation.** This article emphasizes that morality as an important social phenomenon is a useful factor in the development of human society. History has shown that morality is a driving and regulatory factor in society and contributes to the achievement of a peaceful life.

From the author's point of view, human life is a life in which morality plays a key role. In

other words, morality is the key to happiness and the basic stability of human society. Therefore, today we should never strive for the perfection of morality and stability of society.

**Keywords:** morality, morality, stability, happiness, tolerance, human society, thinker, kindness, humility, friendship and fraternity, justice, good manners.

Муҳиммият. Ахлоқ ҳамчун падидаи муҳими ҷамъиятӣ дар рушду нумӯи ҷомеаи инсонӣ омили муфидест. Таърих гувоҳ аст, ки ахлоқ дар раванди ҳаёти ҷомеа ба сифати омили пешбаранда ва танзимгари муносибатҳои ҷамъиятӣ баромад намуда, дар ба даст овардани ҳаёти осоишта мусоидат намудааст.

Зиндагии инсоният зиндагиест, ки дар он ахлоқ нақши калидӣ дорад. Бо ибораи дигар ахлоқ калиди хушбахтӣ ва асоси пойдории ҷомеаи башарист. Бинобар ин, дар замони кунунӣ беш аз пеш бояд дар камоли ахлоқ ва суботи ҷомеа кӯшид.

Қайд кардан зарур аст, ки ахлоқ ҳамеша ва дар ҳар замоне дар маркази диққати мутафаккирону олимони ҷаҳони Шарқ ва Ғарб қарор дошту дорад ва хоҳад дошт. Дар таърихи башарият шахсиятҳои бузурги фарҳангӣ ва нобиғагоне буданд, ки дар баланд бардоштани маърифати ахлоқии ҷомеа, таъмини устуворӣ ва пойдоорию бақои миллат, инчунин тарзи давлатдорӣ мусоидат намуда, нодиртарин осореро эҷод намудаю ба мерос гузоштаанд. Дар радифи он шахсиятҳои бузурги фарҳангӣ ва таърихӣ, Сукрот, Афлотун ва Арасту қарор гирифтаанд. Инак ба таҳлилу таҳқиқи мухтасари андешаҳои ахлоқии ин мутафаккирон мепардозем.

Мутафаккири бузурги Юнони қадим Сукрот (469-399 п.а.м.) дар таърихи ҳаёти башарият тавассути андешаҳои фалсафӣю ахлоқӣ, эстетикӣ ва санъати баланди суханварияш мақоми хосаеро соҳиб гардидааст. Лозим ба ёдоварист, ки ӯ ҳеҷ асаре эҷод накарда, ки барои мо дастрас бошад. Вале ӯ нобиғае чун Афлотунро ба майдони ил-

мҳои, фалсафа, сиёсат ва ахлоқ баровард, ки бо андешаҳои саршор аз панду андарзҳои ахлоқӣ, сиёсӣ, иҷтимоӣ, фалсафӣ, илмӣ, мантиқӣ ва зехниаш ақлу хуши башариятро бурдааст. Ҷамчунин қайд кардан зарур аст, ки Сукрот дар баробари Афлотун шоғирдони дигаре ҳам ба монанди Эсхин, Аристип, Критон, Симон, Главкон, Симиас, Кебес, Менедем ва Ксенофон [7, с.230] доштааст, ки эшон дар бораи ӯ навиштаанд. Вале аз байни онҳо танҳо навиштаҷоти Ксенофон ва Афлотун то ба замони мо боқӣ мондааст. Лекин "Навиштаҷоти Ксенофон содаву берӯҳ ва фоқиди шӯру ҳаяҷон аст, вале рисолати мавсум ба "Эвтифрон", "Акритон", "Федон", "Хитобаи дифоияи Сукрот" [7, с.230], ки мутааллиқ ба моликияти зехнии Афлотун мебошанд, аз зебоиҳои гаронбаҳои адабиёти ҷаҳон маҳсуб мегарданд.

Ногуфта намонад, ки Сукрот асосгузори диалектика ва мантиқ эътироф гардидааст. Ба ҳамагон маълум аст, ки усули сӯҳбат ва баҳси Сукрот барои кашф кардани ҳақиқат дар шакли саволу ҷавоб сурат мегирифт ва ҳадаф аз анҷом додани ин сӯҳбат-баҳсҳои ӯ қабл аз ҳар чизе тарбияи ахлоқии ҷавонон буд. Зеро ӯ дар раванди ҳаёт бештар ба ахлоқи ҷавонон диққати маҳз меод. Ахлоқи ҳамида асоси зиндагии ӯро ташкил меод ва худшиносӣ ки идеали ӯ дар зиндагӣ буд, меҳост аз тариқи ҳамида сохтани ахлоқ ҷавонон ба он ноил гарданд. Аз ин лиҳоз, ӯ сабӣ менамуд, ки дар масири расидан ба он дар ниҳоди ҷавонон сифатҳои олии инсониро аз қабилӣ дӯстӣ, ишқу муҳаббат, раҳмдилӣ, нармсуханӣ, адолатпарварӣ, поквичдонӣ, некию нақӯкорӣ ва дигар арзишҳои влолои инсониро, ки дар ҳамида сохтани ахлоқи



онон мусоидат мекарданд, тарбият ва рушд дихад. Дар ин замина Сукрот нақши илму донишро, ки тавонмандтарин силоҳ ва нерӯи инсонӣ ба ҳисоб меравад, олий арзёбӣ мекард. Ба андешаи ӯ ҳеч кас фитратан шарруро фосид нест ва дидаю дониста даст ба шарру фасод намезанад. Вале чун моҳияти шарру фасодро дуруст дарк карда наметавонад муртакиби шарру фасод мегардад. Тибқи ақидаи ӯ решаи ҳама гуна шарруро мафосид аз чаҳл аст ва барои аз чунин ҳолатҳои бад боз доштани инсон аввалан бояд маъноии шарру фасодро ба ӯ омӯхт ва ба далоили зеҳнӣ исбот намуд [7, с. 297]. Воқеан ҳам дуруст аст, ки инсон аз рӯйи чаҳлу нодонӣ даст ба ин ва ё он амали бад мезанад. Аммо аз тарафе ҳам таҷриба нишон медиҳад, ки мутаассифона амалҳои шарро бархеҳо дониста содир мекунанд.

Сукрот нақши илму дар пок сохтани ахлоқ муҳим арзёбӣ карда, инсонро ба омӯзиши илме даъват мекард, ки дар раванди ҳаёт барои ӯ суд бахшида, дар роҳи расидан ба хушбахтӣ мусоидат намояд. Аз ин рӯ, андешаҳои пураарзиши ӯро ки то ҳанӯз моҳияти худро гум накардаанд, дар зер зикр менамоем.

"Танҳо он илме ба ҳоли инсон муфид аст, ки ӯро ба саодат бирасонад ва он илме инсонро ба саодат мерасонад, ки хубро аз бад бинамоёнад ва маълум созад, ки дар зиндагии иҷтимоӣ ва хонаводагӣ ва фардӣ чӣ амале хуб аст ва чӣ гуна бояд онро ба ҳо овард ва чӣ амале ба даст ва чӣ гуна бояд аз он эҳтироз ҳаст" [7, с.297-298].

Хулоса, ахлоқи ҳамида, худшиносӣ ва илму дониш масъалаҳои меҳварии фалсафайи ӯро ташкил медиҳад.

Мутафаккири дигари Юнони қадим Афлотун (427-347 п.а.м.) низ ба ахлоқ тавачҷӯҳи махсус зоҳир намудааст. Афлотун чун шоғирди Сукрот буд, асарҳояш бар пояи диалог, яъне муколама ва суолу ҷавоб тарҳрезӣ гардидаанд. Бузургтарин ва олитарин асарҳои ӯ китобҳои маъруфе таҳти унвони "Ҷумҳурият" ва "Давлат" аст. Бояд тазаққур дод, ки куллиёти андешаҳои ӯ доир ба илоҳиёт, ахлоқ, равоншиносӣ, тарбият, сиёсат, ҳукумат ва ҳунар дар китоби "Ҷумҳурият"

шарҳ дода шудаанд, ки то ҳол моҳият ва тозагии онҳо побарҷост. Вай инсонро ашрафи махлуқот ҳисобида, мавқеи ақлро дар камоли ахлоқ баланд мешуморад. Аз нигоҳи мо низ мавқеи ақл дар камоли ахлоқ ниҳоят баланд аст. Вале ақле, ки комил нест қудрати такомул додани ахлоқро надорад. Бо ибораи дигар камоли ахлоқ дар камоли ақл аст.

Яке аз вижагиҳои хоси ӯ дар масоили фалсафӣ, ахлоқӣ, сиёсӣ, иҷтимоӣ, илоҳӣ ва равоншиносӣ ба куллиёт тавачҷӯҳ зоҳир карданаҳ буд. Афлотун рӯҳро ба чаҳорҷарха ташбеҳ дода, мегуфт: "Рӯҳ ба чаҳорҷарха мемонад, ки ба ду асб - яке шаррур ва дигаре начиб - баста шудааст ва ронанда бояд доиман мувоқиқи асби шаррур бошад, вагарна ӯ чаҳорҷархаро ба санглоҳҳо мекашад ва дар партгоҳе соқит мекунад" [7, с.327]. Воқеан ҳам инсон бохирад бояд дар раванди ҳаёт мутаваҷҷеҳи масоили наҷузӣ, балки мутаваҷҷеҳи масоили кулӣ бошад.

"Ҳанӯз Афлотун ҳамватанони худро зери тозиёнаи танқид гирифта гуфта буд, ки афинагиҳо ба ҷойи он ки ахлоқу одоб ва олами ботинии худро такмил диҳанд онҳо ба роҳи манфиатҷӯӣ ва бузургманишӣ рафта истодаанд. Чунин амал метавонад боиси пайдошавии зуҳуротҳои номатлуб ва фоҷиабори сиёсӣ маънавий барои эллиниҳо гардад" [9, с.48]. Аз ин гуфтаҳо ба хулосае омада қайд кардан зурур аст, ки Афлотун меҳост афинагиҳо масири ғалати худро, яъне роҳи манфиатҷӯӣ ва бузургманиширо канор гузоранду дар такмили ахлоқу одоб ва олами дарунии ҳеш бидушанд. Зеро дар масири манфиатҷӯӣ ва бузургманишӣ рафтан зиён меорад на суд. Ӯ ҳамватанони худро хушдор меод, ки яке аз монеаҳо ва зиддиятҳои асосие, ки инсон дар роҳи ноил шудани иттиҳоду ваҳдати ҷомеаи башарӣ ба он рӯ ба рӯ мегардад, маҳз масири манфиатҷӯӣ ва бузургманишист. Бинобар ин, ӯ ҳамватанонашро ба ҳамида сохтани ахлоқ ва такомул додани олами ботинӣ даъват менамуд.

"Яке аз мунаққидони Афлотун ҷомеашиноси асри XX - К. Поппер мегӯяд, ки "Сеҳрҳои Афлотун" ончунон зӯр буданд, ки овоҷаҳои таълимоти ӯро дар бораи ҷамъият то



хозир дар ақидаҳои ҳозиразамон доир ба ҷамъият дар ҳаёлпарастии иҷтимоӣ, барномаҳои сиёсӣ пайдо кардан мумкин аст" [2, с.17]. Назари К. Поппер дар мавриди Афлотун на объективӣ, балки субъективист. Зеро ӯ Афлотунро ба соҳир шабоҳат додааст ва ӯ аниқтараш соҳираш хондааст. Аммо дар асл Афлотун на соҳир, балки як мутафаккир, файласуф, равшанфикр ва суҳанвари беҳамтову ширингуфторе буд, ки то имрӯз таълимоти ӯро аксарияти муҳаққиқон мепазиранд. Вагарна таълимоти як соҳир ба ҳеч ваҷҳ наметавонад аз замонҳои қадим то замонҳои мо умр бинаду аз ҷониби аксарият муҳаққиқони муосир эътироф гардад.

"Гурӯҳе аз муҳаққиқон андешаи "бадии кам" -ро пеш мегузоштанд. Ҳатто низоми арзишҳо ва муносибатҳои муайян карданӣ мешуданд. Масалан, Афлотун агар ба манфиати қор бошад андешаи ба дурӯғу фиребрӯ оварданро ҷонибдорӣ мекард. Вале чунин муносибат хатост. Зеро он дарҳол ба одат табдил меёбад" [3, с.100]. Комилан дуруст аст, ки як ӯ ду маротиба аз дурӯғу фиреб истифода кардан ба одат мубаддал мегардаду одамро ба олами иштибоҳ ворид месозад ва дар интиҳо бар зарараш меанҷомад. Аз ин ҷиҳат, дар ягон ҳолат ба хотири манфиат аз дурӯғу фиреб истифода бурдан муносибати дурусте нест. Аммо таҷрибаи таърихӣ нишон медиҳад, ки бо ҳукми зарурат чунин муносибат борҳо сурат гирифтаю мегирад ва дар оянда низ тақрор шудани чунин муносибат аз эҳтимол дур нест. Фикр мекунам нафароне, ки воқеан фикри солим ва ақли комил доранд, дар ҳолатҳои зарурӣ агар чунин муносибат намоянд ҳам муносибати эшон ба одат табдил намеёбад. Зеро эшон дар доираи фикри солим ақли комил дар раванди ҳаёт муносибат намоянд ва аз оқибати амалашон огаҳанд ва кай, чӣ тавр ва дар қадом ҳолат муносибат карданро ба дурустӣ медонанд. Муносибати эшон ҳолисона буда, на ба худ ва на ба дигарон зарар эҷод намекунад. Чун эшон дар ҳама ҳолатҳо суду зиёни шахрвандон ва ҷомеаро новобаста аз фарқиятҳои наҷодию миллӣ, динию мазҳабӣ, сиёсӣ иҷтимоӣ ва фарҳангию маънавӣ ба инобат

мегиранд. Яъне, дар муносибати онон манфиатҳои оила, давлат ва ҷомеа дар мадди аввал гузошта мешавад. Бо ибораи дигар, дар меҳвари муносибати мазкур афзалияти манфиатҳои ин се ниҳоди иҷтимоӣ қарор гирифтаанд. Вале агар нафароне, ки фикри солим ақли комил надоранд ба хоҳири манфиат аз дурӯғу фиреб истифода намоянд, бидонанд, ки саҳттарин иштибоҳро кардаанд. Зеро чунин муносибат бидуни шак ҳеле зуд ба одати ин зумра одамоне табдил ёфта, дар натиҷа зарар хоҳанд дид.

Афлотун дар боби суҳанварӣ низ ҳамто надошт. ӯ ба дурустию зебоӣ ва нақӯии суҳан тавачҷӯҳӣ баланд дошт. Барои тақвияти ин андешаҳо ба андешаҳои худӣ ӯ дар боби мазкур рӯҷӯ менамоём. ӯ чунин меандешид: "Мабадаи нахустин барои суҳани хубу зебо он аст, ки суҳангӯ ҳақиқату далоилеро, ки ба мавзӯи мавриди гуфтугӯ дахлдоранд, бидонад, овардааст профессор Муҳаммад Абдурахмон" [1, с.13]. Аз ин гуфтаҳо хулоса ин аст, ки суҳанвар оиди дилхоҳ мавзӯъ ибтидо бояд ба моҳияту мазмуни он сарфаҳм равад ва баъдан ҳақиқату далелҳоро, ки ба мавзӯи баррасишаванда мутааллиқанд, ба хубӣ донад. Зеро дар ғайри ин сурат на қасе багуфтаҳои суҳанвар тавачҷӯҳ зоҳир мекунаду на зебоӣ ва хубӣ дар суҳанони ӯ ба мушоҳида мерасад. Суҳанвар набояд бидуни далел ва ғофил аз моҳияти мавзӯъ суҳанпардозӣ кунад. Ҳамзамон ӯ дар ягон ҳолат набояд аз доираи мавзӯъ берун барояду далелҳоро, ки ба он ҳеч алоқае надоранд, дар миён гузошта мавриди истифода ӯ гуфтугӯ қарор диҳад. Зеро ин сатҳу сифати мавзӯро паст гардониди, шахсияти суҳанварро зерӣ суол гузошта, оқибат ҳам ӯ ва ҳам суҳанонашро зишту беарзиш чилва медиҳад. Пас, суоле ба миён омадани мумкин аст, ки чӣ бояд кард то шахсияти суҳанвар зерӣ суол ва суҳанони ӯ беарзиш чилва надиханд? Ё ин ки чӣ бояд кард, ки тавачҷӯҳ ба гуфтаҳои суҳанвар зиёд шавад ва ӯ дар ҳар мавзӯе муваффақ гардад? Ҷавоб: Нутқи бурро, нармсуҳанӣ ва чеҳраи кушода, доштани дониши баланд оиди мавзӯҳои баррасишаванда, боварӣ доштан ба дониши худ, қобилияти баланди суҳанронӣ



ва мулоҳизаронии дуруст, ба эҳсосот дода нашудан, дар сатҳи баланд дониستاني забони адабӣ ва илмӣ, захираи бойи луғавӣ доштан, ҷаҳонбинии илмӣ доштан, бо далелҳои қотеъ ки ба мавзӯ алоқаманданд исбот карда тавонистани фикр, иштирок дар конференсияҳои илмӣ - назариявӣ, симои зоҳирӣ, тарзи дурусти либоспӯшӣ ва ҳаракатҳои дуруст дар баланд бардоштани шахсияти суҳанвар, боарзишу пурқимат ҷилва додани суҳанонаш ва муваффақ гардидани ӯ мусоидат менамоянд.

Файласуф ва сиёсатмадори бузурги Юнони қдим Арасту (384-322 п.а.м.) оиди ахлоқ андешаҳои пуразишери иброн доштааст, ки ҳанӯз ҳам намунаи ибрати инсонии муосир аст. Андешаҳои Арасту оиди фалсафа, сиёсат, ахлоқ, иҷтимоъ ва дигар масоил гуфта буд, то ҳол назир надоранд ва муҳаққиқону донишмандон ва олимони муосири ҷӣ Шарқу ҷӣ Ғарб аз он дар мақолаҳо, рисолаҳои номзади докторӣ, монографияҳо ва асарҳои пурқиматашон истифода кардаанду мекунад. Агар мо андешаҳои Арастуро дар самтҳои зикргардида амиқан таҳлилу таҳқиқ карда бароем, бо эҳтимоли зиёд ба созанда будани онҳо иқрор мешавем. Асарҳои ӯро кас ҳонда ангушти ҳайрат мегазад. Зеро дар он марҳилаи хеле қадимаи таърихӣ, ки расидани илму дониши инсон ба чунин сатҳ хело мушкил ва аз эҳтимол дур буд, бо вучуди ҳамаи ин ӯ тавонист маҳбубият ва маъруфияти беназири чандин асраеро соҳиб шавад. Қайд кардан бомаврид аст, ки мавсуф бо дарназардошти мушкилотҳои мавҷудаи замонию маконӣ тавонистанд таълифотҳои нодир ва гаронарзише чун "Сиёсат", "Фалсафа", "Мантӣ", "Ахлоқ", "Физиқа", "Метафизика", "Риторика" ва ғайраҳо аз худ боқӣ гузорад.

Тибқи андешаи Арасту агар нафс фаъолиятро ба самти нақӯкорӣ равона созад бо ҳамин минвол дар анҷоми он кӯшад, дар ниҳоят хатман ба саодат мерасад. Нақӯкорӣ, ки яке аз арзишҳои волои ахлоқист ва расидан ба саодат орзӯи ҳамагонист, дар маркази диққати Арасту қарор дошт. Тарбия намудани инсон ва дар ин замина рушди сифатҳои ахлоқӣ, ки дар зиндагӣ барои

инсон бисёр муҳим мебошад, вазифаи ахлоқ аст, мегуфт Арасту. Яъне, ҳадафи Арасту тайёр кардани инсон ба зиндагии воқеӣ буд. Ӯ чунин мепиндошт, ки сифатҳои ахлоқӣ ирсӣ набуда, тавассути тарбия инкишоф ва тағйир дода мешаванд. Арасту нақӯкориро ба асосӣ ва ғайриасосӣ чудо намуда, нақӯкории аз ҳад зиёд ва ба иштибоҳ роҳ доданро нақӯкории ғайриасосӣ медонад. Аммо ҳолати акси онро асосӣ меҳисобад. Яъне, нақӯкорие, ки дар он инсон меъёрро риоя намуда, дар доираи он амал менамояд. Меъёр ҷаҳорҷӯбаест, ки ингоҳ доштани он аз ахлоқи ҳар як фарди ҷомеа вобастагии саҳт дошта, ҳамида сохтани ахлоқи афрод вазифаи аввалиндараҷаи оила, давлат ва ҷомеа мебошад.

Бояд қайд намуд, ки кӯшиши дониستاني ҳақиқат аз нигоҳи Арасту яке аз хислатҳои неки инсонист. Чун аксари мутафаккирон тавре дар боло қайд намуда будем, мақсади инсонро Арасту дар расидани он ба хушбахтӣ медид. Ҳамзамон ӯ инсонро дар интиҳоби хайру шар озод медонист. Ӯ тақдир аз пеш муқаррар гардидани инсонро рад менамуд. Аз ин лиҳоз, инсон барои нақӯаҳволӣ ва тақдирӣ худ бояд эҳсоси масъулият намуда, бикӯшад то ҳудаширо ҳудаши хушбахт гардонад, мегуфт Арасту. Ин мутафаккири бузург таъкид намуда буд, ки шахси боодобу хушрафтор ҳамеша мавриди тавачҷӯҳи дигарон қарор мегирад. Аммо ин танҳо андешаи Араст набуда, балки аксари мутафаккирон бар чунин назаранд. Воқеан ҳам дуруст қайд карда буд, зеро одами хушхлоқро ҳама дӯст медоранд.

Шахси нақӯкор ҳамеша дар анҷом додани корҳои нек мекӯшад. Зеро медонад, ки ҳеч амали неке бидуни подош намемонад. Аз ҳамин лиҳоз, ба нодорон ҳамеша дасти ёрӣ дароз мекунад. Дар ин хусус дар маснавии маънавии Мавлонои Рум чунин зикр шудааст: "Худованд муқофоти некӯкоронро қафолат додааст ва агар касе аз даромади худ моли хеш нодоронро шарик кунад, шак нест, ки ҳоҷатманду гирифтори мушкилӣ нахоҳад шуд" [8, с.263]. Табиист, ки вақте як сарватманд аз сарват ва фоидаи бадастovarдааш ҳиссае ба фақирон мебахшад,





Худованд ўро аз мушкилот эмин нигоҳ мекорад.

"Ахлоқи ҳамида натанҳо дар ҳолати риёзат ё ибодат, балки дар равиши зиндагӣ бояд ҳамсафари мардумон бошад" [6, с.23]. Дар ин гуфтаҳо ҳикмат ва фалсафаи бузурге нуҳуфтааст. Яъне, бо як чумла метавон қайд кард, ки ҳадаф аз зикри андешаи мазкур ин аст, ки одамон набояд ахлоқи ҳаמידаро дар доираи риёзат ва ё ибодат маҳдуд намоянд.

Дар ҳақиқат ахлоқ дар ҷомеаи инсонӣ нақши ниҳоят бузург дорад. Кулли андешамандон ва равшанзамирони олам ахлоқро, ки як шакли шуури ҷамъиятист мадҳу ситоиш намуда, ахлоқи ҳаמידаро омили сулҳу субот, иттиҳоду ваҳдат, амниятӣ оромӣ, адлу инсоф, озодӣ, дӯстию бародарӣ, ҳамдигарфаҳмӣ, пойдорӣ ва рушди ҷомеаи башарӣ донистаанд. Дар асл, ҳамин тавр низ ҳаст. Аминам, ки ҳар солимфикре ин воқеияти маҳзро мепазирад.

Инсон дар роҳи ба даст овардани илму дониш бояд тавре муносибат намояд, ки ўро ба хоксорӣ бурда расонад. Зеро таҷриба нишон медиҳад, ки бархе аз одамон соҳиби илму дониш ҳастанд, аммо мутаассифона хело мутакаббيرانд. Оқибати ҳавобаландӣ ҷуз шикасту бадбахтӣ чизи дигаре нахоҳад

буд. Пас, беҳтар аст, ки инсон бо нерӯи илму дониш хоксориро дар ниҳоди хеш рушд диҳад. Барои тақвияти суханони мазкур ду мисраъ шеърӣ олим ва адиби бузург Хусайн Воизи Кошифиро метавон зикр кард:

Такаббур кунад пояи мард паст,  
Тавозӯъ гуро беҳтар аз ҳар чӣ ҳаст...

"Инсонҳое, ки ахлоқи камтар доранд, он кореро мекунанд, ки дар анҷомаш қодиранд" [5, с.72]. Ин андеша комилан дуруст аст. Зеро инсонҳое, ки камтарин ахлоқро соҳибанд қудрати даст задан ба ҳар кореро доранд ва аз онҳо амали хуберо умедвор шудан мантиқӣ ба назар намерасад.

Агар инсон бихоҳад, ки ба авчи неқномӣ бирасаду соҳиби эҳтироми дигарон, фурӯтану хоксор, вазнину таҳаммулгаро, дурандешу ростқавл, хушахлоку нақӯкор ва адолатпешаву инсондӯст буданаш ҳатмист.

**Ҳамин тариқ**, замони муосир аз ҳар як фарди ҷомеа тақозои ахлоқи ҳасана доштанро намуда, камоли ахлоқро дар сайёраи Замин дар мадди аввал гузошта, таъмини суботи сиёсӣ ва амнияти давлатҳоро дар минтақа ва ҷаҳон аз комил будани ахлоқи ҳар як шаҳрванди ин кураи хокӣ саҳт вобаста медонад.

#### АДАБИЁТ:

1. Аристотель. Риторика /под редакцией А.Н. Мухаммада, М. Махмаджановой и С. Джонбобоева.-Изд. "Дониш", Душанбе, 2017.-286с. Институт философии, политологии и права АН Республики Таджикистан.
2. Афлотун. Парменид.- Душанбе:"Ирфон", 2004.-212с.
3. Зокиров Г.Н. Донишномаи сиёсӣ. Ҷилди 1 /Г.Н. Зокиров.-Душанбе: "Андалеб-Р", 2015.-520с.
4. Кошифӣ Ҳ.В. Футувватномаи султони. Ахлоқи Мӯҳсинӣ. Рисолаи "Ҳотамия" /Ҳ.В. Кошифӣ, -Душанбе:Адиб, 1991.- 320с.
5. Лао-Сзи. Дао дэ Сзин. Китоби роҳ ва фазилат /Сзи Лао.-Душанбе:"Контраст", 2020.-152с.
6. Мухаммадалӣ Музаффарӣ. Антропологияи ориёӣ /Музаффарӣ Мухаммадалӣ.-Душанбе: "Дониш", 2006.-124с.
7. Мухаммад Р. Фалсафа аз оғози таърих (дар 7 ҷилд). Ҷилдҳои 1 ва 2. /Р.Мухаммад.-Д.: Ирфон, 1990.-480с.
8. Мавлоно Ҷалолиддин Мухаммад Балхӣ Румӣ. Ҳикоёти "Маснавий маънавӣ".-Душанбе:"Паёми ошно", 2007.-416с.
9. <http://www.millat.tj/> Самиев А. Ахлоқ омили муҳими камолоти инсон, бақои давлат ва суботи ҷомеа.Рӯзи мурочиат: 26.04.2020. 22:41.

## ҶАШНВОРА



### **Гадомад Одинаевич,**

Баъди хатми Омӯзишгоҳи тиббии шаҳри Кӯлоб (1978) солҳои 1978-1984 ба ҳайси дорусоз дар Дорухонаи марказии ноҳияи Фархор фаъолият намуда, бо мақсади тақмили маҳорат ва донишҳои касбӣ соли 1984 ба факултети фарматсевтии ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино дохил шудед. Баъди хатми муваффақонаи ин даргоҳи олий (1989) тақдири ояндаи худро ба донишгоҳи азизатон пайваст дониста, таълиму тарбияи мутахассисони ҷавону ояндаи соҳаи дорусозиро як самти муҳимми фаъолияти касбии хеш қарор додед ва бо меҳнати софдилона ва дониши қавии касбӣ ҳурмату эҳти-

роми ҳақиқии ҳамкасбон ва шогирдонро сазовор гаштаед. Мо ифтихор аз он дорем, ки Шумо дар ин даргоҳи муқаддас аз ассистентӣ сар карда, то мартабаҳои дотсентӣ (2014) ва мудирии кафедраи фармакогнозия ва ташкилии қисоди фарматсия расидед.

Шумо ҳамчун олими сермаҳсул муаллифи беш аз 46 таълифоти илмӣ, аз ҷумла 2 китоби дарсӣ, 1 патент ва 32 дастуриилмӣ-методӣ маҳсуб ёфта, тавассути ҷустуҷӯву паҷуҳишҳои доимӣ сазовори унвони баланди номзади илмҳои тиб гаштаед. Ҳангоми иҷрои вазифаҳои масъулиятноки раиси ҷумитаи иттифоқи касабаи донишҷӯёни донишгоҳ (1993-2005), мудирӣ ва директори федеарии фармакогнозия ва ташкилии қисоди фарматсия (2015-16) ва директори МТНН "Фарматсия" (аз соли 2016 ин ҷониб) аз худ маҳорати баланди кордонӣ ва ташкилотчиғӣ зоҳир намуда, дар таъмини раванди дурусти таълиму тарбия дар донишгоҳ саҳми босазо гузоштаед. Ҳизматҳои софдилонаатон ҳаққонӣ бо унвони ифтихории Аълочии маориф ва илми Ҷумҳурии Тоҷикистон (2016) қадрдонӣ гаштаанд.

Роҳбарияти Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абӯалӣ ибни Сино, ҳайати таҳририяи маҷаллаи "Авчи Зухал" Шуморо бо рӯзи мавлудатон табрик гуфта, бароятон тандурустӣ, хушбахтӣ ва дастовардҳои тозаии илмиву педагогиро таманно дорад.



### **Гурез Чалилович Азимов**

Соли 1979 Омӯзишгоҳи тиббии шаҳри Кӯлобро хатм карда, чихати ҷустуҷӯ ва кӯвишҳои илмӣ дар Донишқадаи тиббии 1-уми ба номи И.М.Сеченови шаҳри Москва худро бо донишҳои баланди касбӣ мусаллаҳ намуда, ба Ватан баргаштед. Фаъолияти беш аз сисолаатон дар муассисаҳои бонуфузи санитарӣ-эпидемиологии ҷумҳурӣ аз дониши баланди касбӣ, ҳисси масъулиятшиносӣ дар иҷрои вазифа ва ва кордо-

нию ташкилотчиғиатон ба ҳайси роҳбари якчанд муассисаи илмӣ имтехсолӣ гувоҳӣ медиҳад. Мо ифтихормандем, ки фаъолияти касбиатонро солҳои охир дар кафедраи эпидемиологияи ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино ба тарбияи мутахассисони ҷавон бахшида, дар таълиму тарбияи шогирдон ба дастовардҳои назаррас ноил гаштед ва тавассути меҳнату заҳматҳои монданашавандаатон ба мартабаи баланди доктори илмҳои тиб ва профессорӣ (2018) расидед. Имрӯз вазифаи масъулиятноки директори Коллеҷи тиббии шаҳри Ҳисорро ба зимма дошта бошед ҳам ҳамчун профессори кафедраи эпидемиология дар таълиму тарбияи мутахассисони ҷавони тиб саҳми босазо мегузored.

Шумо ҳамчун олими соҳа низ шахси муваффақед ва беш аз 22 таълифоти илмӣ, 3 китоби дарсӣ ва якчанд дастури таълимии таълифнамудаатон нишонаи фаъолияти пурсамаратон дар ҷодаи илм маҳсуб меёбанд.

Роҳбарияти Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абӯалӣ ибни Сино, ҳайати таҳририяи маҷаллаи "Авчи Зухал" Шуморо бо рӯзи мавлудатон табрик гуфта, бароятон тандурустӣ, хушбахтӣ ва дастовардҳои тозаи илмиву педагогиро таманно дорад.



**Мирзо Назаровичи мухтарам,**

Роҳбарият ва созмонҳои ҷамъиятии Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абӯалӣ ибни Сино Шуморо ба муносибати ҷашни фархундаи 80-солагии содрӯзатон самимона муборакбод менамоянд.

Фаъолияти Шумо ба сифати як мутахассиси варзидае, ки фаъолияти касбиатонро ҳамчун омӯзгор ва олими сермаҳсул ба омӯзиши рустаниҳои шифобахши Тоҷикистон ва истифодаи оқилонаи онҳо бахшидаед, қобили таваҷҷуҳ

ва пайравии дигарон мебошед. Солҳои зиёд дар муассисаҳои гуногуни илмии мамлакат ба таҳқиқи масоили мубрами ин соҳа машғул шуда бошед ҳам, аз соли 1978 тақдири худро бо Донишгоҳи тиббӣ пайваста,

дар таълиму тарбияи мутахассисони ҷавони соҳаи фарматсевтӣ саҳми босазо гузоштаед.

Шумо солҳои зиёд вазифаи дотсентӣ ва мудирии кафедраи фармакогнозия ва ташкили иқтисоди фарматсияро (аз соли 1989) бошарафона иҷро намуда, тавассути талошҳои пайгиронаатон ба унвони баланди Профессори фахрии ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни сазовор гаштаед. 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 150 мақолаи илмиатон оид ба масъалаҳои мубрами соҳа дар нашрияҳои гуногуни илмии ҷумҳурӣ ва берун аз он ба таъб расидаанд, ки ҳар кадоми онҳо дар кушодани гирехҳои нозуки соҳаи дорусозӣ нақши босазо гузоштаанд.

Хизматҳои бенуксонатон бо медалҳои "Барои хизмати шоён", "Хизмати шоиста", "10-солагии Қувваҳои Мусаллаҳи Ҷумҳурии Тоҷикистон" ва медали ҷашнии соҳавӣ бахшида ба 1025-солагии Абӯалӣ ибни Сино кадрдонӣ гаштаанд.

Роҳбарияти Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абӯалӣ ибни Сино, ҳайати таҳририяи маҷаллаи "Авчи Зухал" Шуморо бо рӯзи мавлудатон табрик гуфта, бароятон тандурустӣ, хушбахтӣ ва дастовардҳои тозаи илмиву педагогиро таманно дорад.



**Мирзоҳамдам ЁрбеҒович,**

Фаъолияти Шумо ба сифати як мутахассиси варзидае, ки дар марҳилаҳои камолоти касбиатон самтҳои омӯзгорӣ ва илмро тавҷам карда тавонистаед, қобили тавачҷух ва пайравии дигарон мебошад.

Шумо солҳои зиёд вазифаи ассистентӣ (1993-2004) ва дотсентии кафедраи физиологияи эътидолии ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Синоро (2004-2006) бошарафона иҷро

намуда, дар миёни аҳли кафедра ҳамчун шахси ҳалиму меҳрубон, омӯзгори серталабу ғамхор шинохта шуда, соҳиби эҳтироми самимӣ гаштед. Ҳамзамон солҳои 2002-2006 вазифаи муовини декан оид ба корҳои тарбиявӣ ва солҳои 2006-2008 вазифаи муовини декани донишҷӯёни хоричиро ба зимма гирифта, ҳамчун ташкилотчии моҳиру кордон дар пешбурди корҳои таълимӣ илмӣ донишгоҳ саҳми босазо гузоштед. Боиси ифтихор аст, ки аз соли 2008 инҷониб роҳбарии кафедраи биологияи тиббӣ бо асосҳои генетикаро ба ўҳда дошта, тавонистед, ки дар ин муддат кафедраи мазкурро ба қатори кафедраҳои намунавии таълимгоҳ ворид созед. Ба ҳайси олими варзидаи соҳа дар таълиф ва таҳияи якчанд китобҳои дарсӣ, дастурҳои таълимӣ фаъолна ширкат варзида, бештар аз 130 мақолаи илмӣ-таҷрибуӣ оид ба масъалаҳои мубрами соҳа дар нашрияҳои гуногуни илмӣ ҷумҳурӣ ва берун аз он ба таъъ расидаанд, ки ҳар кадоми онҳо дар кушодани гиреҳҳои нозуки соҳаи биология нақши босазо гузоштаанд.

Роҳбарияти Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абӯалӣ ибни Сино, ҳайати таҳририяи маҷаллаи "Авчи Зухал" Шуморо бо рӯзи мавлудатон табрик гуфта, бароятон тандурустӣ, хушбахтӣ ва дастовардҳои тозаи илмиву педагогиро таъманно дорад.



**Зулфия Ҳамидовнаи мухтарам,**

Шумо аз чумлаи он занони хушбахти тоҷик ҳастед, ки умри азизи хешро ба ҳифзи саломатии мардум ва таълиму тарбияи шогирдон сарф карда, дар дили онҳо тухми шафқату дардошноӣ киштаед.

Ба сифати як мутахассиси фидоӣ дар марҳилаҳои камолоти касбиатон самтҳои омӯзгорӣ, илм ва табииро муваффақона пеш бурда, дар ҳар қадами 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 сахми босазое гузоштаед.

Шумо солҳои зиёд вазифаҳои ассистент (1984-85), омӯзгор (1989-90), муаллими калони катедраи стоматологияи муолиҷавии ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино (1990-1998), ҷонишини директори МТИ "Стоматология" (1998-2008) ва (2015-2017), мудири катедраи стоматологияи кӯдакона ва ортодонтияи ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Синоро (аз соли 2017) иҷро намуда, дар миёни аҳли донишгоҳ ҳамчун устои ҳалиму меҳрубон ва мутахассиси кордону соҳибтаҷриба шинохта шуда, соҳиби эҳтироми самимӣ гаштаед.

Ҳамчун олими сермаҳсул бошад оид ба мушкилоти гуногуни соҳа бештар аз 40 таълифоти илмӣ, 3 дастури таълимию методӣ ба ҷоп расонда, муаллифи 4 барномаи таълимӣ мебошед.

Роҳбарияти Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абӯалӣ ибни Сино, ҳайати таҳририяи маҷаллаи "Авчи Зухал" Шуморо бо рӯзи мавлудатон табрик гуфта, бароятон тандурустӣ, хушбахтӣ ва дастовардҳои тозаии илмиву педагогиро таманно дорад.



## ЁДБУД



**Дабуров Комил Низамович** 23.04.1948 дар шаҳри Қурғонтеппа таваллуд шуда, соли 1973 факултети санитария бехдошти Донишкадаи тиббии шаҳри Донишкони Украина хатм намудааст. Дар оғози фаъолияти меҳнати худ Дабуров К.Н. муддати беш аз бист сол барои рушду нумӯи хадамоти санитария эпидемиологӣ дар шаҳрҳои Қурғонтеппа ва Душанбе меҳнати садоқатмандона кардааст. Аз соли 1976 то соли 1979 дар аспирантураи рӯзонаи кафедраи бехдошти умумии Донишкони давлатии тиббии 2-юми шаҳри Москва ба номи Н.И. Пирогов таҳсил намудааст. Соли 1980 устои зиндаёд рисолаи номзадиро мавзӯи "Асосноккунии бехдошти истифодаи инсектисидҳои бактериявии *Vac. thuringiensis* дар кишоварзӣ" Ҳимоя намудааст. Баъди хатми аспирантура Дабуров К.Н. дар Стантсияи санитария эпидемиологии ҷумҳуриявӣ ба сифати духтури санитарӣ, сарэпидемиологи раёсати тандурустии ш.Душанбе, сардухтури Стантсияи дезинфексионии шаҳри Душан-

бе фаъолият кардааст. Аз соли 1985 шурӯъ намуда, Дабуров К.Н. фаъолияти касбии худро пурра дар Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абӯалӣ ибни Сино ба тарбияи мутахассисони ҷавон бахшида, солҳои тӯлонӣ барои тарбияи кадрҳои баландихтисоси соҳаи тандурустии ҷамъиятӣ, эпидемиология ва гигиена саҳми босазо гузоштааст. Дабуров К.Н. тавассути меҳнату заҳматҳои зиёд ба мартабаҳои профессорӣ (аз соли 2000) ва мудирии кафедраи бехдошти муҳити зисти донишгоҳ (аз соли 1998) расидааст. Соли 1998 рисолаи докториро дар мавзӯи "Ҷанбаҳои бехдошти ва экологии истифодаи васоити микробиологии ҳифзи рустаниҳо дар заминаи *Vac. thuringiensis* дар соҳаи кишоварзӣ Ҷумҳурии Тоҷикистон" бомуваффақият дифоъ намудааст. Ҳамчун декани факултаи факултаи нигоҳдории тандурустии ҷамъиятӣ (солҳои 2001-2005) аз худ қобилияти баланди ташкилотчигӣ зоҳир намуда, дар пешрафти ин самтҳои фаъолияти донишгоҳ саҳми босазо гузоштаанд.

Дабуров К.Н. ҳамчун олими соҳа низ шахси муваффақ буда, беш аз 300 таълифоти илмӣ, 2 монография, 4 китоби дарсӣ, 28 тавсия ва дастурҳои методиаши нишоннаи фаъолияти пурсамари ӯ дар ҷодаи илм маҳсуб меёбанд. Зери роҳбарии шодравон 3 нафар рисолаҳои докторӣ ва 9 нафар рисолаҳои номзадии худро дифоъ намудаанд.

Хизматҳои бисёрсолаи бе нуқсонии Комил Низамович бо мукофоти соҳавии "Аълочии тандурустии СССР" ва дигар мукофоту ифтихорномаҳо қадрдонӣ гаштаанд.

Ёди Дабуров Комил Низамович ҳамчун як устои собиқадор, олим ва ташкилотчии шинохта, шахси ҳалиму меҳрубон ва поквичдон абадӣ дар дилу хотироти аҳли раёсати донишгоҳ, ҳайати профессорону омӯзгорон ва шогирдон нақш хоҳад баст.



**Султонов Шералӣ Раҳмонович** 8-уми апрели соли 1969 дар ноҳияи Данғара таваллуд шудааст. Соли 1996 баъди хатми Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абӯалӣ ибни Сино, солҳои 1996-1997 марҳилаи интернатураро дар кафедраи ҷарроҳии кӯдаконаи Донишкадаи таҳсилоти баъдидипломии кормандони соҳаи тандурустии Тоҷикистон гузаштааст. Дар давоми солҳои 1997-2000 духтури ҷарроҳи кӯдаконаи шӯъбаи ҷарроҳии септикии кӯдаконаи Маркази миллии тиббии Ҷумҳурии Тоҷикистон, баъдан солҳои 2000-2007 мудири шӯъбаи ҷарроҳии таъҷилии кӯдаконаи мар-

кази зикршуда ва солҳои 2007-2010 мудири шӯъбаи ҷарроҳии узвҳои қафаси сина ва шиками кӯдаконаи Маркази миллии тиббии Ҷумҳурии Тоҷикистон фаъолият намудааст. Аз соли 2010 то ҳафт вазифаи мудири кафедраи ҷарроҳии кӯдаконаи МДТ "ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино"-ро ба уҳда дошт.

Рисолаи номзадиашро соли 2005 аз рӯи мавзӯи "Усули табобати кистаҳои устухон" ва рисолаи докториро бошад соли 2011 доир ба мавзӯи "Ташхиси болинӣ ва муолиҷаи остеомиелити хунзоди мумз-мин дар кӯдакон" дифоъ намудааст.

Хизматҳои софдилонаи Шералӣ Раҳмонович бо мукофотҳои соҳавии "Аълочии тандурустии Тоҷикистон ва Ордени "Шараф" да-раҷаи II кадрдонӣ карда шудааст.

Султонов Ш.Р. ҳамчун олими соҳа муаллифи 3 китоби дарсӣ, 2 монография, 20 дастури таълимӣ методӣ, зиёда аз 250 мақолаҳои илмӣ, 10 ихтироот, ва 20 пешниҳоди навоарӣ. Зери роҳбарии ӯ 1 нафар рисолаи номзадӣ худро дифоъ намудааст. Узви ҷамъияти ҷарроҳон, беҳисгарон ва эҳғарони кӯдакони Ҷумҳурии Тоҷикистон ва Ассоциатсияи ҷарроҳон, беҳисгарон ва эҳғарони кӯдакони Россия буд.

Бо рафтани Султонов Шералӣ Раҳмонович соҳаи тандурустии ҷумҳурӣ устод ва омӯзгорони пуртаҷриба, олим ва ҷарроҳи забардастро аз даст дод, ки дар тамоми солҳои ҳаёти пурбораш барои ҷомеаи ин кишвар маншаи хайру баракат ва самара буд.





**Сабуров Сабул Каримович** 1-уми январи соли 1965 дар ноҳияи Мастчоҳ таваллуд шудааст. Соли 1991 факултети стоматологии До-нишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абӯали ибни Синоро бо ихтисоси духтур-стоматолог хатм намудааст. Солҳои 1991-1992 марҳилаи интернатураро дар дармонгоҳи стоматологии №3-и шаҳри Душанбе гузаштааст ва баъдан ҳамчун духтур-стоматолог то соли 1996 дар ҳамин дармонгоҳ фаъолият намудааст. Солҳои 1996-2008 ассистент ва солҳои 2008-2009 ҳамчун мудири кафедраи стоматологияи ортопедии ДДТТ

ба номи Абӯалӣ ибни Сино адои вазифа намудааст. Аз соли 2009 то соли 2015 дар вазифаи директори МТК "Стоматология"-и ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино фаъолият кардааст. Аз соли 2015 то рӯзҳои охири умр дар вазифаи дотсенти кафедраи стоматологияи ортопедии донишгоҳи кору фаъолияти босамар намудааст.

Соли 2004 Сабуров С.К. дар мавзӯи "Аҳамияти ташхисӣ ва пешгӯии беҳдошти чавфи даҳон дар пешгирии бемории парадонт" рисолаи номзадиашро дифоъ кардааст.

Хизматҳои софдилонаи Сабуров Сабул Каримович бо мукофотҳои соҳавии "Аълочии тандурустии Ҷумҳурии Тоҷикистон" ва "Аълочии маориф ва илми Ҷумҳурии Тоҷикистон" қадрдонӣ карда шудааст.

Сабуров С.К. ҳамчун олими соҳа муаллифи 2 китоби дарсӣ, зиёда аз 95 мақолаҳои илмӣ, 8 барномаи таълимӣ ва 20 дастури методӣ, узви раёсати Ассотсиатсияи стоматологҳои Тоҷикистон ва узви шӯрои таҳририяти маҷаллаи "Стоматологияи Тоҷикистон" буд.

Марғи нобаҳангоми мутахассиси варзидаи соҳаи стоматология, олим ва устои зиндаёд Сабуров Сабул Каримович, бешак талафоти гарон дар ҳайати профессорону омӯзгорони донишгоҳи мебошад ва хизматҳои шоёни ӯ ҳамеша дар лавҳи хотираҳо боқӣ хоҳад монд.



**Сайфуллоев Иматихудо Додович** санаи 7-уми юни соли 1952 дар деҳаи Мотравни ноҳияи Ванҷ таваллуд шудааст. Солҳои 1967-1970 дар омӯзишгоҳи тиббии шаҳри Кӯлоб таҳсил кардааст. Баъди каме фаъолият ба сифати фелдшер, соли 1973 ба факултети педиатрии ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино дохил шуда, онро соли 1979 ба

ихтисоси духтури педиатр хатм кардааст. Баъдан таҳсил дар интернатура аз рӯи ихтисоси ҷарроҳи кӯдакон. Фаъолияти минбаъдаи Сайфуллоев И.Д. ба сифати ҷарроҳи кӯдакона дар Беморхонаи ҷумҳурии клиникии №3 (ҳоло Маркази миллии тиббӣ) вобаста мебошад, ки дар ин марказ ба сифати духтури ҷарроҳи кӯдакон ва мудири шӯъбаи торакоабдоминалӣ солиёни зиёд кор кардааст. Дар қатори табобатӣ беморон ва гузаронидани амалиётҳои ҷарроҳии гуногунҳаҷм Сайфуллоев И.Д. дар тарбияи ҷарроҳони кӯдаконаи зиёд саҳми босазо гузоштааст. Инчунин ин мутахассиси варзида аз соли 2010 то воқасин лаҳзаҳои ҳаёт чамчун ассистенти кафедраи ҷарроҳии кӯдакони ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино низ фаъолияти пурсамар намулдааст.

Иматихудо Додович барои шогирдон, донишҷӯён ва табибони ҷавон намунаи ибрат буд ва ҳамеша ба-рои баланд бардоштани сатҳи дониши назариявӣ амалии онҳо дасти ёрӣ дароз менамуд.

Ҷамагон шогирдону ҳамкорон ва донишҷӯён дигарбора даре? хоҳанд хӯрд ва хоҳанд гуфт, ки ин ҷарроҳи чирадаст ва марди соҳибназару нексиришт барои ҳамешагӣ ин ҷаҳонро тарк кардааст.



**Воҳидов Гаффор Абдурахмонович** 18-уми июли соли 1940 дар шаҳри Хучанд ба дунё омадааст. Ӯ соли 1959 омӯзишгоҳи тиббии шаҳри Хучандро хатм намуда, тибқи роҳат дар осоишгоҳи "Ҳаво-тоҳ" фаъолият кардааст. Баъдан солҳои 1960-1961 дар дармонгоҳи шаҳри Хучанд ба ҳайси фелдшеркор кардааст. Солҳои 1962-1965 дар сафи Қувваҳои Мусаллаҳи Иттиҳоди Шӯравӣ дар флоти баҳрии укёнуси Ором дар шаҳри Владивосток ҳамчун фелдшери калон хизмати ватанро адо намудааст. Воҳидов Ғ.А. соли 1971 факултети муолиҷавии ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Синоро хатм кардааст. Солҳои 1971-1973 ординатори клиникӣ кафедраи бемориҳои дарунӣ ва ҳамзамон котиби комсомолии факултети муолиҷавии ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Синоро ба ӯҳда дошт. Баъди хатми ординатураи клиникӣ давоми солҳои 1973-1975 сардухтури санатория-профилакторияи донишгоҳ буд. Баъдан со-

лҳои 1975-1976 ба ҳайси мудири шуъбаи Маркази ҷумҳуриявии илмӣ хун ифои вазифа намудааст. Воҳидов Ғ.А. аз соли 1976 то соли 1991 ҳамчун сардухтури Беморхонаи клиникӣ шаҳрии бемориҳои сироятӣ пойтахт фаъолият намудааст. Солҳои 1990-1992 ҷонишини директори генералӣ оид ба корҳои таъботии иттиҳодияи илмӣ-истеҳсолии "Соғдиана-Медикэл", ва солҳои 1992-1993 ҷонишини раиси Ҷамъияти Ҳилоли Аҳмади Тоҷикистон буд. Тӯли солҳои 1993-2000 фаъолияти худро дар вазифаҳои пурмасъули сармутахассис, мушовир ва сармушовири Ку-митаи Маҷлиси олии Ҷумҳурии Тоҷикистон оид ба тандурустӣ ва экология давом додааст. Баъдан устои шодравон аз соли 2000 то соли 2011 ба сифати табиб дар КВД "Ширкати Алюминий Тоҷик" кор кардааст. Аз соли 2011 то охири рузҳои ҳаёт дар кафедраи беҳдошти муҳити зисти ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино ҳамчун муаллими калон фаъолияти пурсамар намудааст.

Дар баробари таълиму тадриси донишҷӯён устои зиндаёд Гаффор Абдурахмонович оид ба беҳдошти экологӣ, пешгирии бемориҳои сироятӣ, тарбияи ватандӯстӣ, шомил нагардидани ҷавонон ба ҳизбу ҳаракатҳои террористию экстремистӣ, саҳми Абӯалӣ ибни Сино ва дигар олимони гузашта дар пешрафти илми тиб мақолаҳои зиёд ба ҷоп расонидааст.

Барои хизматҳои шоён дар соҳаи тандурустӣ Воҳидов Ғ.А. бо ордени "Дӯстии халқҳои СССР", "Аълочии тандурустии СССР", ун-вони "Корманди шоистаи Тоҷикистон", ифтихорномаҳо ва сарфарозномаи Раёсати Шӯрои Олии Ҷумҳурии Тоҷикистон қардонӣ гардидааст. Устод соли 2019 дар ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино "Мураббии сол" доништа шуд.



11 августи соли 2020 яке аз устодони варзидаи Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абӯалӣ ибни Сино, Арбоби шоистаи илм ва техникаи Ҷумҳурии Тоҷикистон, академики Академияи байналхалқии мактабҳои олий, узви пайвастаи АИТ, доктори илмҳои тиб, профессор Каримхон Муродович Қурбонов баъди бемории вазнин аз дунё даргузашт.

Аз байни мо шахсе рафт, ки беш аз 35 соли ҳаёти пурбаракати хешро ба рушди нумӯи соҳаи тандурустӣ ва ривочу равнақи илми тибби муосири тоҷик бахшидааст.

К.М.Қурбонов 02.04.1958 дар ноҳияи Совет (ҳозира Темурмалик) ба дунё омада, баъди хатми факултаи муолиҷавии ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино (1982) фаъолиятро ҳамчун ҷарроҳи Беморхонаи вилоятии шаҳри Кӯлоб оғоз намудааст. Солҳои 1987-89 ординатори Донишкадаи такмили ихтисоси табибони Украина, солҳои 1989-92 табиби ҷарроҳи ноҳияи Дзержинскийи шаҳри Харьков буд. Фаъолияти тӯлониаш-

ро дар ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино аз ассистентии кафедраи ҷарроҳии умумии № 1 сар карда, баъдан ба ҳайси дотсент (1998-99), профессори кафедраи ҷарроҳии умумии №1 (1999), декани факултети тиббӣ (2001-03) фаъолият кардааст. Солҳои 2003-05 вазифаи пуршарафи ректори ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Синоро ба ўҳда дошт. Солҳои 2005-2017 мудир ва аз соли 2017 профессори кафедраи бемориҳои ҷарроҳии №1 буд. Муаллифи 700 кори илмӣ, аз ҷумла 20 монография, 60 ихтироъ, 150 пешниҳоди навоарона махсуб меёбад. Профессор К.М.Қурбонов оид ба омӯзишу табобати захми рӯдаи дувоздаҳангушта, роҳҳои талхагузар, ʻадуди зери меъда ва ʻ таҳқиқотҳои муҳим анҷом додааст. Зери роҳбарии устод 7 нафар рисолаҳои докторӣ ва 47 нафар рисолаҳои номзодии хешро ҳимоя намудаанд.

Хизматҳои бисёрсолаи К.М.Қурбонов бо дипломи Академияи байналмилалии "Бахти тиллоӣ", медали георгии (Шаън, Шараф, Меҳнат) (дараҷаи 4, Украина), медали тиллоии ба номи В.И.Блинникови Ҷамъияти авруосиёии навоарон кадрдонӣ гаштааст.

Тӯли солҳо профессор К.М.Қурбонов ҳамчун донишманди варзидаи тиб дар тарбияи якҷанд насли мутахассисони ҷавони соҳаи тандурустӣ саҳми босазо гузоштааст. Масъулиятшиносию кордонӣ, серталабӣ нисбат ба худо шогирдон, иҷрои саривақтии супоришҳои ба зиммааш буда К.М.Қурбоновро на танҳо дар байни аҳли устодону шогирдони ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино, балки берун аз он ҳам сазовори обрӯ ва иззату эҳтироми баланд гардонида буданд.

Хотираи неки устоди кадрдон, олими зақӣ, ҷарроҳи чирадаст ва ташкилотчии моҳири соҳаи тандурустӣ Каримхон Қурбонов дар дили шогирдону ҳамкорон абадӣ боқӣ хоҳад монд.



Дуюми сентябри соли равон, донишманди шинохтаи тоҷик, доктори илмҳои тиб, профессори фахрии кафедраи бемориҳои сироятии ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино Ҳусайнов Одил аз ҷаҳон даргузашт.

Ҳусайнов Одил 5-уми июли соли 1940 ба дунё омада, пас аз хатми ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино (1967) ба сифати ординатори кафедраи бемориҳои сироятӣ, муаллими калон ва баъдан ба ҳайси дотсенти кафедраи бемориҳои сироятии (1998) ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино фаъолияти меҳна-

тии худро идома дода, ҳамчун арбоби барҷаста дар соҳаи илми тиб шинохта шудааст.

Дар тамоми давраи фаъолияти худ Ҳусайнов Одил корҳои муолиҷавию ташхисӣ, таълиму тарбияи донишҷӯён ва илмию татқиқоти ро бо муваффақиятҳои назаррас иҷро намуда, дар пешгирии паҳншавии бемории сироятии Covid-19 ва тарғибу ташвиқи тарзи ҳаёти солим саҳми арзандае гузоштааст:

Ҳусайнов Одил дар тарбияи чанд насли табибони ҷавони мамлакат саҳми босазо гузоштааст. Метавон гуфт, ки профессор Ҳусайнов Одил тамоми ҳаёти хешро тиббу тандурустии кишвар бахшида, дар зинаҳои мухталифи ин соҳа фаъолияти меҳнатӣ доштааст. Хидмат ва нақши профессори фахрии донишгоҳ Ҳусайнов Одил дар рушду нумӯи соҳаи тандурустии Тоҷикистони соҳибистиклол хеле бузург аст. Устод дар соҳаи тибби тоҷик фаъолияти пурсамаре дошта, муаллифи мақолаю фишурдаҳои зиёде илмӣ, монографияҳо, китобҳои таълимӣ ва дастурҳои илмӣ - методӣ мебошад. Хидматҳои шоёни ин марди илм бо Ордени "Шараф" дараҷи 2, медали ҷашни 10-солагии Қувваҳои мусаллаҳи Ҷумҳурии Тоҷикистон ва ифтихорномаи ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино қадрдонӣ шудааст.

Хотираи неки устоди қадрдон, дар дили шогирдону ҳамкорон абадӣ боқӣ хоҳад монд.

**ҚОИДАҲОИ ҚАБУЛИ МАҚОЛАҲО****Муаллиф бояд ҳангоми ба идораи маҷаллаи "Авчи Зухал"  
Пешниҳод намудани мақола ҚОИДАҲОИ зеринро риоя кунад:**

1. Мақола бояд дар компютер бо истифода аз барномаи VS Word 6,0-7,0 хуруфи андозааш 14 Times New Roman Tj, ҳошияҳо 2,5 см ва фосилаи байни сатрҳо 1,5 мм хуруфчинӣ ва дар ду нусха дар як тарафи ҷарағон 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 набошанд.
3. Пешниҳод кардани Шохиси УДК (индекси мазкурро аз дилхоҳ китобхонаи илмӣ дастрас намудан мумкин аст).
4. Мақолаҳои хулосавӣ бояд муфассал, фаҳмо ва мушаххас бошанд. Маълумотномаи адабиёт бояд маълумотҳои танҳо ба ҳамин мақолаи баррасишаванда марбутро дар бар гирад. Ҳаҷми мақола бояд аз 12 саҳифа зиёд набошад. Иқтибосҳои библиографӣ на бештар аз 50 номгӯ бошанд, дар матн рақамҳо дар қавсайни квадратӣ □ оварда мешаванд.
5. Мақолаҳои илмӣ бе тақриз қбул карда намешаванд. Дар тақриз аслият, муҳиммият, мубрамият ва қаблан ҷоп нашудани мақола бояд зикр шавад.
6. Дар аввали мақола унвони он (бо хуруфи Caps Lock сиёҳ), ному насаби муаллиф (ним-сиёҳ), номи ҳуқуқи муассиса оварда шавад. Дар охири мақола бо ду забон (русӣ ва англисӣ) маълумот дода шавад. Агар шумораи муаллифон аз 4 нафар зиёд бошад, саҳми ҳар як муаллифро дар таълифи ин мақола додан зарур аст.
7. Мақола бояд бобҳои зеринро дошта бошад: реферат (резюме), калимаҳои калидӣ, муҳиммият (дар ҳаҷми на бештар аз 1 саҳифа), мақсад, мавод ва усули таҳқиқ, натиҷаҳо ва баррасии онҳо, хулоса, номгӯи адабиёт, суроға барои мукотибот. Аннотатсия (резюме) бояд мазмуни мақоларо дар шакли фишурда ифода кунад. Дар асоси аннотатсия калимаҳои калидӣ на камтар аз 7 то 10 калима ё ибора нишон дода шаванд.
8. Ҳамаи формулаҳо бояд ба таври ҷиддӣ санҷида шуда ва дуруст бошанд. Агар маълумотҳои бо рақам ифодакардашуда зиёд бошанд, онҳоро дар шакли ҷадвал ворид кардан зарур аст. Ҷадвалҳо, диаграммаҳо ва расмҳо бояд мӯъҷаз, ифодаҳо возеҳу равшан, бе ихтисора ва ба забони тоҷикӣ бошанд.
9. Иллюстратсия (ороиш) -ҳо бояд дақиқу возеҳ ва мушаххас бошанд, овардани шарҳ ва ифодаҳои тартибӣ (бо ҳарф ё рақам) ва навиштаҷоти зери расмҳо ҳатмист.
10. Номгӯи адабиёт дар мақолаҳои оригиналӣ бояд аз 20 адад бештар набошад, рақамгузори сарчашмаи адабиёт мувофиқи тартиби дар матн иқтибосшудани онҳо оварда шавад. Рӯйхати адабиёти истифодашуда бояд дар асоси талаботи ГОСТ 7.1-2003 ва ГОСТ 7.0.5-2008 таҳия гардад. Масъулияти дуруст будани маълумот танҳо ба уҳдаи муаллиф вогузор мешавад.
11. Маълумот дар бораи муаллиф ё муаллифони мақола (ҷойи 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 набошад.
12. Талаботи имлои забони тоҷикӣ ба таври қатъӣ риоя карда шавад.
13. Мақолаҳои қаблан дар нашрияҳои дигар ҷопшуда 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"**