

ISSN: 2616-5252

# АВЧИ ЗУҲАЛ

№ 1 - 2020



МАҶАЛЛАИ ИЛМӢ-АМАЛӢ



## **САРДАБИР**

**д.и.т.**

**Мухаббатов Циёнхон Қурбонович**

**Ҷонишини сардабир ва  
мухарири 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  
Ҳакназарова М.А. - д.и.т., профессор  
Исмоилов К.И. - д.и.т., профессор  
Раҳмонов Э.Р. - д.и.т., дотсент  
Саидов Ё.У. - д.и.т., дотсент  
Миралиев С.Р. - д.и.т., дотсент  
Азизов Г.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

## **ШҶРОИ ТАҲРИРИЯ**

Гадоев 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.**

**Нашри ҷорӣ:**

**№ 1 (38) 2020**

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

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

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

## **СУРОҶАИ ТАҲРИРИЯ:**

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



## ГЛАВНЫЙ РЕДАКТОР

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.,	Раззоков А.А.,
Курбонбекова П.К.,	Раджабов У.Р.,
Носири К.Н.,	Султонов Ш.Р.,
Каландаров Ё.К.,	Хокироев Т.З.,
Ишонкулова Б.А.,	Шарофова Н.М.,
Курбонов С.С.,	Шерматов Д.С.,
Курбонов Дж.М.,	Юлдошев У.Р.

# AVCI 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:  
№ 1 (38) 2020**

Согласно постановлению Управления  
Высшей аттестационной комиссии при Пре-  
зиденте Республики Таджикистан от  
31.01.2019 года за №29, журнал "Авци 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>А.Р. Сараев, Ш.Қ. Назаров, Б.Н.Чонов.</b> Методҳои муосири таълим ҳамчун воситаи муносиб-гардонии раванди таҳсилоти.....	5
<b>А.Р. Сараев, Ш.Қ.Назаров, Х.Ш.Назаров. Ҷ.С. Ҳалимов.</b> Поксозии контрастии ковокии шикам ва энтеросорбсия хангоми табобати перитонити паҳнғашта.....	11
<b>Ш.Қ. Назаров, Р.А. Додихудоев, Ҷ.Н. Амиров.</b> Эволютсияи усулҳои ҷарроҳии муолиҷаи беморон бо ташкилаҳои обии ковокии шикам ва фазаи паси сифоқӣ.....	17
<b>Р. Раҳматуллоев, Ш.Б.Полвонов.</b> Роҳҳои беҳтар сохтани герниопластикаи пасазҷарроҳии ҷурраҳои вентралӣ.....	25
<b>Ш.Б. Полвонов, Р.Раҳматуллоев.</b> Баъзе ҷанбаҳои ислоҳи ҷарроҳии ҷурраҳои вентралӣ пасазҷарроҳӣ.....	31
<b>А.Р. Зарипов, С.К. Сабуров, С.С. Саторов, А.Ф. Ғоибов.</b> Баҳодиҳии беҳдошти конструксияҳои ортопедии дандонӣ.....	37
<b>А.Р. Зарипов, С.К. Сабуров, Х.С. Шарипов, А.Ф. Ғоибов, С.С. Саторов.</b> Оиди омилҳои, ки боиси вайроншавии устувории конструксияҳои ортопедии гирифтанашиавандаи ковокии даҳон ме-гарданд.....	41
<b>С.К. Сабуров, А.Р.Зарипов, Н.С.Сабуров, А. Ғоибов.</b> Баҳодиҳии ҳолати клиникӣ ва иммунологии ковокии даҳон хангоми протезгузорӣ дар беморони дорои бемориҳои ҳамроҳикунанда.....	46
<b>С.Т. Тохтаходжаева, Н.А.Убайдуллоева, Н.Э.Уманова, Ш.О.Тағоева.</b> Муолиҷаи патогенетикии стоматити афтозии музмини такроршаванда.....	51
<b>С.Т.Тохтаходжаева, Ш.О.Тағоева, Н.Э.Уманова, Н.А.Убайдуллоева.</b> Хусусиятҳои динамикаи ҳолати пародонт хангоми табобати муштараки иллати эндодонтопародонталӣ.....	56
<b>З.Я. Юсупов, Ғ.Ғ. Ашӯров, И.У. Ибрагимов.</b> Натиҷаҳои таҳқиқоти аломатҳои сегментарии бемориҳои пародонталӣ ва таъсирҳои номаҳсули гомеостатикии луоби омехташудаи қормандони муассисаҳои дорои шароити хатарноки меҳнат.....	60
<b>З.Я. Юсупов, Ғ.Ғ. Ашӯров, И.У. Ибрагимов.</b> Басомади дучоршавии осебҳои кариозӣ ва ғайри-кариозии бофтаҳои саҳти дандонҳо вобаста аз ҳолати экологии минтақаи зист.....	66
<b>М.Х. Юсупова, З.Б. Бабаходжаева, П.Х.Мехмонов, Д.Р.Миракилова.</b> Норасоии сереброваскулярӣ дар беморони дорои марҳалаҳои гуногуни бемории музмини гурдаҳо (БМГ).....	70
<b>Ш.С. Анварова, Н.Ф. Ниязова, С. Исмоил.</b> Масъалаи ташҳиси барвақти оризаҳои рағҳо дар кӯдакон ва наврасони дорои диабетти қанди типии 1.....	74
<b>Ҷ.Қ. Муҳаббатов, Ш.Р. Амиров, С.И.Расулова, П.С.Музафарова.</b> Ташҳиси шакли омехтаи норасоии сфинктери мақсад.....	78
<b>К.М. Мухаммадиева, Н.И. Мустафоқулова, З.К. Умарова, Қ.М. Бухориев, А.А. Абдувоҳидов.</b> Мубрамияти сироятҳои урогениталӣ дар Тоҷикистон.....	81
<b>М.С. Исаева, М.Д. Нуралиев, Қ.М. Бухориев, М.Ф. Ҳомидов, А.М. Қосимзода, И.С. Сино.</b> Ҷанбаҳои муосири ташҳис ва табобати сирояти урогениталии хламидӣ дар мардҳо.....	85
<b>З.А. Азиззода, К.М. Қурбонов, Қ.Р. Рузбойзода.</b> Табобати ҷарроҳии шаклҳои такрорёфтаи эхинококкозии ҷигар.....	89
<b>Ш.З. Набиева, Б.А. Шамсов, З.Н. Набиев, Ф.А. Файзуллоев, А.Т. Шамсов.</b> Арзёбии ҳолати мақоми нутритивӣ дар мавриди кӯдакони синни барвақтии гирифтори нуқсонҳои модарзодии дил.....	95
<b>Л.А. Бабаева, С.Ф. Раҷабов, З.Х. Якубова, Ф.С. Муродова.</b> Принсипҳои асосии синдроми анемия дар кӯдакони дорои бемории музмини гурдаҳо.....	100
<b>Х.Ё. Шарипова, Г.М. Негматова.</b> Стереотипҳои шахси ва муковимат бо муолиҷаи антигипертензивӣ ва гипертонияи резистентии шарёнӣ.....	106
<b>З.С. Ғуломов, У.Қ. Ҷураев.</b> Истифодаи ҷузъии интерлейкин-1b "беталейкин" дар хаймаритҳои фасодӣ.....	111
<b>Ш.М. Тусматов.</b> Хусусиятҳои ҳоси сирояти дохили беморхонавии шошароҳи беморони бо гипертонияи хушсифати ғадуди пешҷой баъд аз усулҳои гуногуни даҳлатҳои ҷарроҳӣ.....	114



<b>И.И.Бобоев, С.П.Алиев, Х.Н.Эгамназаров, Н.Б.Бахтиёрова, Икром Давронзода, К.Н.Дабуров.</b> Мавҷудияти фтор дар объектҳои обии барои нӯшоки муқарраршудаи минтақаҳои ҷумҳурии Тоҷикистон.....	121
<b>Н.С. Одинаев, З.Ф. Тағочонов, И.Н. Назимов, И. Давронзода, К.Н.Одинаева.</b> Хусусиятҳои эпидемияи тифи шикам дар байни мардум ва афсарони шаҳри Душанбе дар вазъияти ҷанги шаҳрвандӣ.....	127
<b>Т.И. Рахимов, Л.А. Бабаева, С.Р. Астанакулов, М.А. Рахматуллоева.</b> Хусусиятҳои алоими ташаннучии бронҳо дар кӯдакони синни бармаҳал.....	134
<b>Мандана Ҳотамӣ.</b> Таъсири масрафи ҷой бар хатари шикастагии ношӣ аз пӯкии устухон дар солмандӣ (метаанализи мутолиоти мушоҳидаӣ).....	140
<b>М.Д. Нуралиев, М.М. Исмаилов.</b> Такмил додани табобати хадшаҳои келоидӣ.....	146
<b>С.Ҳ. Асадуллоев, С.А. Бадалова, Д.Р. Мирокилова, Х.И. Солиева, М.А. Норова.</b> Ҷараёни пневмония дар беморони гирифтори синдроми гийема-баре.....	150
<b>Муҳаммад Солеҳ, Ғулумҳайдар Муштарӣ, Муҳаммад Идрис.</b> Таъсири масрафи тили (равғанӣ) кунҷид бар липидҳо ва қанди хуни маризони диёбити наъи 2.....	154
<b>А.Т.Шамсов, Б.А.Шамсов, Г.Б. Ҳочиева, К.З.Уроқов, М.М.Шарифов.</b> Ҳалли пешгирӣ ва бартараф намудани оризаҳои камхунӣ хангоми полихимиотерапияи агрессивии беморони гирифтори лимфолейкози музмин.....	159
<b>Г.Б. Ҳочиева, М.М. Шарифов, К.З. Уроқов, А.Т. Шамсов.</b> Истифодабарӣ ва таъсири номатлуби ингибиторҳои тирозинкиназа дар беморони миелолейкози музмин.....	165
<b>Б.А. Шамсов, З.Н. Набиев, Ф.А. Файзуллоев, Ш.З. Набиева, А.Т. Шамсов.</b> Коррекцияи ҳолати нутритивии кӯдакони синну соли бармаҳал.....	171
<b>М.М. Рузиев, Х.М. Ҷӯраев, С.Г. Али-Заде, Ҷ.С. Салимов.</b> Системаи иттилоотию эпидемиологияи назорат бар сироятҳои нозокомиалӣ дар статсионарҳои ҷарроҳии ш. Душанбе.....	176
<b>М.Ф. Ҳомидов.</b> Паҳншавии шаклҳои гуногуни дерматит дар ҶТ.....	181

### ТИББИ НАЗАРИЯВӢ

<b>М.Қ. Гулзода, И.А. Давлятов, С. С.Қурбонов.</b> Хусусияти муқоисавии диморфизми ҷинсии нишондиҳандаҳои морфометрии ғадуди сипаршакл хангоми ҷоғари паҳнфӯтаи токсикӣ.....	185
<b>Б.А. Ишонкулова, М.В. Урунова, М.Х. Насруллоева, Ф.О. Расулова.</b> Хосиятҳои гипохолестеринемӣ ва қандпаस्तкунии алафи испанд ( <i>peganum harmala</i> ) хангоми гиперлипидемияи таҷрибавӣ.....	191
<b>М.Қ. Гулов, Н.Х. Норкулов, Х.М. Ҳамроева, Қ. Партоев.</b> Шаклҳои фаъоли оксиген ва системаи антиоксидантӣ дар организмҳои зинда.....	195
<b>С.Р. Мирзоева, Ҳ.Ю. Шарипов, Ф.Р. Абдуллоева, Р.Р. Ахмедова, Т.Ю. Козлова.</b> Тавсифи морфологияи ҳосилаҳои лимфоидии ханҷараи одам дар давраи онтогенези баъдитаваллуд.....	203
<b>Муҳаммад Акрам Тӯфон Соҳибӣ.</b> Нақши дарси аноктомӣ дар дастбӯӣ ба аҳдофи болинӣ (қасалҳои дохилибистарӣ дар бемористон) аз дидгоҳи донишҷӯёни пизишкӣ.....	207
<b>Н.Х. Меликова, С.Қ. Қасирзода, Н.Р. Назарӣён.</b> Аҳамияти мақоми нашвӣ дар рушди механизмҳои мутобиқшавандагии донишҷӯён.....	211
<b>Фиребо Сикандарӣ.</b> Сохти наназарроти нуқра ва кунтрули андозаи онҳо.....	217

### ҒАЙРИТИБӢ

<b>Нурова Кубриё.</b> Оҳангҳои эътирозӣ ба сохти ноодилонаи иҷтимоии замон дар ашъор Лоҳутӣ.....	223
--	-----

### ҶАШНВОРА

<b>Бобизода Ғ.М.</b> Кимиёгар, табиб, педагог.....	228
--	-----



## ТИББИ АМАЛӢ

### МЕТОДҲОИ МУОСИРИ ТАЪЛИМ ҲАМЧУН ВОСИТАИ МУНОСИБГАРДОНИИ РАВАНДИ ТАҲСИЛОТӢ

Сараев А.Р., Назаров Ш.Қ., Чонов Б.Н.

Кафедраи беморихои ҷарроҳии №1 (мудирӣ кафедра - д.и.т., профессор Назаров Ш.Қ.)  
МТД "Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абуалӣ ибни Сино"

Рушди тибби муосир эҳтиёҷоти ҷомеа ва муассисаҳои тиббиро на танҳо ба мутахассисони дорои тахассуси баланд ва босалоҳият дар касби худ, балки ҳамчунин босалоҳият дар фаъолияти инноватсионӣ, соҳиби донишҳои мумтоз, ки на танҳо қобилияти ҳаллу фасли масъалаҳои касбию муолиҷавӣ, балки проблемаҳои илмиро низ дошта, омода ба фаъолияти эҷодии инноватсионӣ ва рушди пайвастаи шахсию касбӣ мебошанд, вобаста менамояд. Имрӯз ин масъалаи басо мубрам таҳаввулотро дар талаботи тайёр кардани хатмкунандагони муассисаҳои таълимии олии тиббӣ матраҳ менамояд ва он тағйирот дар ҳадафҳои дурнамо ва наздики таълимро низ дар назар дорад [1-2].

Таълим - ин муоширати ҳадафмандонаи субъектҳои системаи таълим (омӯзгорон, донишҷӯён, беморон) мебошад, ки мутобиқи лоиҳаи таҳиягардида амалӣ мешавад ва дар ҷараёни он омӯзиш ва амалкарди таҷрибаи аз тарафи насли башар то имрӯз коркардшуда, инчунин андухтаҳо аз таҷрибаи худӣ дар амал татбиқ карда мешавад. Раванди таълим ба ташаккулёбии салоҳиятнокии касбӣ тавассути идрок ва истифодаи ангеҷаҷиҳати фаъолияти таълимӣ, истифодаи қобилият ва истеъдоди табиӣ ва андухтаҳои иқтисобии махсус ва азхудкунии салоҳиятҳои асосёфта ба донишҳо, маҳоратҳо ва малакаҳо равона мешавад.

Тавсифномаи асосии хатмкунандаи муассисаи олии таълимӣ - ин салоҳиятнокии ӯ ба касби худ ва нисбат ба фаъолияти инноватсионӣ мебошад [6-8]. Бинобар ин, нуктаи асосӣ дар раванди муосири таълим аксаран аз муоширати иттилоотии ду субъектҳои системаи таълим "омӯзгор - донишҷӯ" ба ҳуди раванди маърифатомӯзӣ ва тарзи ба фаъолият интиқол додани донишҳо мегузарад. Самаранокии раванди мазкур аз бисёр ҷузъ-

иёти воридшаванда ба система вобастагӣ дорад, аммо дар ҳама давру замон донишҷӯ ва фаъолияти донишандӯзии ӯ дар маркази тавачҷуҳ қарор дошта ва хоҳад дошт. Ташаккулёбии ангеҷаҳо, фаъолияти тафакқури эҷодӣ, маҳорати бадастоварӣ, таҳлил ва истифодаи иттилоот барои ҳалли проблемаҳо, андуختани ғояҳо ва идоракунии натиҷаҳои фаъолияти зехнӣ, мувофиқшавии ба мавқеъ ба шароити тағйирёбанда, аз ҷумлаи вазифаҳои таълими муосир мебошанд ва ҳаллу фасли онҳо танҳо аз тариқи муносибати эҷодӣ нисбат ба ташкили раванди таълим, ҳамоҳангсозии методҳои анъанавӣ ва навини таълим, ки кафили натиҷабархшии раванди педагогӣ мебошад, имконпазир хоҳад буд. Вобаста ба ҳадафи муайян шуда ва вазифаҳои тасвир шуда аз рӯйи мавзӯи омӯхташаванда методҳои таълим интихоб мешаванд. Технологияи педагогӣ ҳамчун маҷмӯи восита ва методҳо барои бозтавлиди раванди таълиму тарбия дар заминаи ғояҳои навин лоиҳакашӣ ва вобаста ба ҳадафи ҷудошуда ва вазифаҳои тасвиршудаи таълим амсиласозӣ мегардад ва бо дарназардошти омили замонӣ - миқдори соатҳои барои омӯختани фанни таълимӣ ҷудогардида, шароит ва воситаҳои барои таълим истифодашаванда, мавзӯи омӯхташаванда, аҳамияти маводи таълимӣ барои фаъолияти минбаъдаи касбӣ ё фаъолияти ҷорӣ таълимӣ донишҷӯён аз тарафи омӯзгор амалӣ карда мешавад. Дар зимни методҳои таълим, аксаран, ғояҳои навини педагогӣ мегарданд. Методҳои таълимие, ки омӯзгори муосир онҳоро ба кор мебаранд, аз рӯйи се намуд тасниф мешаванд: ғайрифайол, файол ва интерактивӣ, ки ҳар яке аз онҳо дорои тавсифномаҳо, шароит ва вазъиятҳои хоси худ мебошанд.

Методҳои ғайрифайол - равиши анъанавии нақлии бозгӯии иттилооти зарурӣ аз та-



рафи омӯзгор барои ташаккулёбии донишхо аз рӯи мавзӯи муайян аст. Дар ин ҳол, робитаи мутақобилаи омӯзгор бо донишҷӯён омӯзгор бартарӣ дошта, бо истифода аз қобилияти суҳанронии худ муҳтавои маводи таълимиро дар шакли суҳанронӣ ба самъи шунавандагон мерасонад, шунавандагон бо истифода аз қобилияти шунавандагии худ, идрок, ёддоштгирӣ, бозгӯӣ, яъне ба таври ғайри фаъол амал мекунад. Пурсишхо, корҳои мустақилона ва назоратӣ, санҷишҳои пӯшида, маъмулан, ҳамчун воқеаҳои ташхис ҳангоми истифодаи чунин методҳо хизмат мекунад [5].

Дар ҳолати мавҷудияти миқдори азими иттилоот дар ҷаҳони муосир, албатта онро ба омӯзгор расонидан ва аз тарафи донишҷӯён аз худ карда шудани тамоми иттилоот тасаввурнашаванда мебошад. Ва аз ин нуқтаи назар ин гуна методҳо камсамара мебошанд. Илова бар ин, онҳо танҳо аз дидгоҳи имкони ба донишҷӯён якбора расонидани миқдори зиёди маводи таълимӣ ҷолиб мебошанд.

Методҳои фаъол ва интерактивии таълим дар тафовут аз гурӯҳи пешини методҳо, ки ҳамвору муфассал бозгӯ кардани маводи таълимӣ аз тарафи омӯзгорро пешбинӣ мекарданд, иштироки фаъолонаи донишҷӯёнро дар раванди аз тарафи онҳо аз худ карда шудани донишхо, маҳоратҳо, малакаҳои асосӣ ба бар иттилооти аз тарафи худ донишҷӯён фарогирифташуда, яъне аз ҳукуми бошууронои иттилоотро дар назар дорад [3-4]. Фаъолнокии таълимгирандагон - ин фаъолияти муассири таълимӣ буда, барои омӯзгорон бошад, фаъолияти муассири педагогӣ мебошад. Ҳар ду субъекти таълим - ҳам омӯзгор ва ҳам худ донишҷӯ дар инкишофи фаъолнокии маърифатомӯзии донишҷӯ (тафаккури мустақили эҷодӣ, хоҳиши ба даст овардани дониш ва дар робита бо он гузаронидани ҷустуҷӯи фаъоли иттилоотӣ, пайдо кардани равишҳои худ ба ҳалли масъалаи проблема, интиқодӣ будан нисбат ба ҳалҳои худӣ ва бегона ва ғайра) ҳамчун афзори фаъолияти таълимӣ манфиатдор мебошанд.

Методҳои интерактивӣ ("inter" - дутара-

фа, мутақобил "аст" - амал кардан) маънои таъсиррасонии мутақобил, дар речаи суҳбат, муколама бо ин ё он шахсро дорад. Муносибати интерактивӣ - ин як навъи фаъолияти донишҷӯён аст, ки бо омӯхтани маводи таълимӣ дар ҷараёни дарси интерактивӣ иртибот дорад. Ҳастаи муносибатҳои интерактивӣ машқу тамринҳои интерактивӣ ва вазифаҳои мебошад, ки аз тарафи донишҷӯён иҷро карда мешаванд. Методҳои интерактивӣ ба фаъолнокии фаъолияти таълимӣ маърифатомӯзии донишҷӯён тавассути ҳамкориҳои муколамавӣ бо омӯзгор, байни худ ва бо бемор равона шудаанд. Ҳар як иштироккунандаи раванди таълим имкони даҳлат кардан ба ҷараёни ҳалли проблема, иҷрои вазифа ва дарёфт намудани тавзеҳоти зарурӣ ва кӯмак, таълим ва амалро дар ихтиёр дорад. Дар речаи муколама ба раванди ҳалли масъала ба ғайр аз омӯзгор донишҷӯён ҳам метавонанд иштирок дошта бошанд. Истифодаи ин қабил методҳо робитаи баракс, амали дусамтӣ: раванди савол - дархост - посухро дар назар дорад. Корбурди ин гуна методҳои таълим ба таълимгирандагон имкон медиҳад, ки қобилиятҳои билқувваи дар худ дошташонро ошкор намоянд ва қобилиятҳои маҳсули нокифояи худро ва ҷун пайомад маҳорат ва малакаҳо такмил диҳанд. Дар раванди муколама онҳо гӯш кардану шундан, таҳлил кардани андешаҳои дигарон, ташаккул додан ва тасвир намудани ақидаи худ, қабули қарор ва таҳлили он, инкишоф додани қобилиятҳои муоширатӣ, кушодан, фаҳмидан ва истифода намудани қобилиятҳои табиӣ (эҷодкор, мунаққид, иҷрокунанда) -ро меомӯзанд. Омӯзгор, донишҷӯён ва компютер иштирокчиёни баробарҳуқуқи раванди муколамавии таълим мебошанд. Албатта, қабл аз ин муколамаи табиӣ қори зиёди омӯзгор оид ба интиқоби мавзӯҳои проблемавии муҳтавои таълим, коркарди нақшаи баргузори дарсҳо, вазифаҳо, интиқоби равишҳои ташхиси натиҷаҳо ва ғайра дар миён аст. Ҳамзамон ӯ бояд ба қадом як равиши худбахудии ҷараёни мулоҳизаҳои вобастабуда ба қобилиятҳои билқувваи донишҷӯён ва дараҷаи ташаккулёфтагии анге-



за ба таълим омодагӣ дошта бошад. Ба ҳар сурат, маҳз ҳамин методҳо имкони фароҳамсозии шароитро барои зоҳиршавии қобилиятҳои донишҷӯён, ташаккулёбии ангежаҳо ба фаъолияти таълимии эҷодию таҳқиқотӣ, дарёфти иттилоот ва таҳаввули он дар шакли донишҳо, маҳоратҳо ва малакаҳои зарурӣ барои коркарди салоҳиятҳои зарурбуда ҷиҳати ҳалли проблемаҳои касбӣ, иҷтимоӣ ва проблемаҳои дигар имконпазир месозад. Истифодаи методҳои фаъол ва интерактивии таълим аз як тараф "ҳаёти омӯзгор" - ро мушкул мегардонад, зеро аввал ин, ки худӣ ӯ бояд фаъол гардад, барои омода шудан ба дарсҳо нерӯ ва вақти иловагиро сафарбар намуда, фаъолона дарс диҳад, проблемаҳои мубрами мувофиқатдошта бо мавзӯи дарсро тасвир намояд, самтҳои таҳлил ва роҳи ҳалли онҳоро нишон диҳад ва барои ин равишҳои фаъолсозии тафаккури эҷодиро истифода намуда, дар ин ҳол, ангежаи маърифатомӯзии донишҷӯёнро ташаккул диҳад. Донишҷӯён, дар навбати худ, дар ташаккулдиҳии чунин ангежа дар раванди пайдо кардани иттилооти заруриро, ки ҳалли проблемаи матраҳнамудаи омӯзгорро имконпазир намояд, бо эҳсоси ниёзмандӣ, таҳмили рағбат ва идроки ангежаи фаъолияти таълим иштирок менамояд.

Бо дарназардошти ҳамаи омилҳои номбаргардида технологияҳои гуногуни таълими фаол - рушдкунанда, проблемавӣ будан, таҳқиқотӣ, ҷустуҷӯӣ ва ғайра, ба кор бурда мешаванд, ки истифодаи методҳои фаъол ва интерактивии равонашуда ба ташаккул ва зухуроти воситаҳои ботинии донишҷӯён нисбат ба фаъолияти таълимӣ (қобилият, ниёзмандӣ, рағбат, ангежа) - ро дар назар дорад, аммо худӣ методҳо ва технологияҳо муҳити мусоидро барои таълим фароҳам намуда, ба сифати воситаи берунӣ (ангежа) баромад мекунанд.

Таълими проблемавӣ, вақте ки дониши навиназ тарафи донишҷӯён аз тариқи кӯшиши ҳаллу фасли масъалаи проблемавӣ, вазифа ва вазъият ба даст оварда мешавад. Дар ин ҳол раванди маърифатомӯзии донишҷӯён дар ҳамкорӣ ва муколама бо омӯзгор ба фаъолияти таҳқиқотӣ наздик меша-

вад. Муҳтавои проблема бо роҳи ташкили ҷустуҷӯи роҳи ҳалли он ё ҷамъбасти ва таҳлили нуқтаи назарҳои анъанавӣ ва муосир ошкор карда мешавад. Вазифаи омӯзгор дар оғоз ва дар ҷараёни бозгӯ намудани маводи таълимӣ эҷод намудан ва тасвир кардани вазъиятҳои проблемавӣ, ҷалб намудани донишҷӯён ба таҳлил ва ҳалли он мебошад. Дар зимн, онҳо мустақилона метавонанд ба ҳамон ҳулосае бирасанд, ки бояд омӯзгор ба онҳо дар сурати кофӣ будани донишҳои пешин иттилоъ меод. Омӯзгор бояд донишҷӯёнро ба ҷустуҷӯи роҳи ҳалли дурусти проблема равона намуда, ба онҳо, масалан манбаъҳои муайяни иттилоотро пешниҳод намояд. Суханронии проблемавии дарсӣ раванди маърифатомӯзии донишҷӯёнро ҳавасманд намуда, ба он ҷанбаи ҷустуҷӯӣ мебахшад, ки он қобилияти эҷодиро ташаккул медиҳад.

Методи лоиҳаҳо дар болои рушди малакаҳои эҷодии донишҷӯён ва тафаккури интиқодӣ, маҳорати мустақилона сохтусоз намудани донишҳои худ, самтгирӣ дар фазои иттилоотӣ устувор мебошад. Ҳангоми қазоват дар бораи методи лоиҳаҳо бояд равиши дастрасӣ ба ҳадафи дидактикиро тавассути коркарди муфассали проблема дар назар гирифт, ки он бояд комилан воқеӣ, ба воситаи натиҷаи амалӣ идрокшаванда ва бо ин ё он шакл мураттабгардида хотима ёфта бошад. Методи лоиҳаҳо ба ғояи таъсири мутақобила ва ҳамкорӣҳои донишомӯзон дар ҷараёни раванди таълим асос ёфта, барои дар онҳо ташаккул ёфтани сифатҳои зарурӣ ҳам ба мисли худмуҳторӣ ва ҳам чун шахсияти аз лиҳози иҷтимоӣ фаъолбуда, ки қобилияти дар гурӯҳ ҳамкорӣ кардан ва ба зиммаи худ гирифтани ҳам масъулияти шахсӣ ва ҳам масъулияти тамоми гурӯҳро дошта бошад. Ин барои иҷтимоисозии шахсият шароит муҳайё намуда фаъолнокии касбӣ ва кории ӯро инкишоф медиҳад. Маҳз ҳамин гуна сифатҳо барои донишҷӯён заруранд, то ки ҳамчун мутахассисони соҳибкасб сабзида расанд. Он нақшҳои иҷтимоие, ки донишҷӯён дар ҷараёни кор дар болои лоиҳаҳо (ҳамчун ташкилотчӣ, роҳбар, иҷрокунанда ва ғайра) қабул ва иҷро мекунанд,





онҳоро меомӯзонанд ва барои иҷро ва ҳалли вазифаҳои мураккаби проблемавию касбӣ дар вазъиятҳои ҳамкорихои воқеӣ омода месозанд.

Методи амсиласозии вазъиятҳои мушаххас баррасӣ ва муҳокимаи проблемаҳои касбӣ, иҷтимоӣ, инноватсионӣ ва тиббиро имконпазир менамояд. Методи мазкур ба ташаккули ангеа нисбат ба фаъолияти мушаххас, аз ҷумла ангеа ба фаъолияти ҳустучӯӣ, ки дар раванди он иттилооти зарурии мавҷудбуда, ҳалли вазъияти проблемавиро имконпазир менамояд. Дар раванди амсиласозӣ проблема, иштирокдорони он, робитаи миёни онҳо, ҳадафе, ки бояд бо ҳалли проблема ба даст оварда шавад, амсиласозӣ ва бо роҳи истифодаи донишҳои мавҷуда ва таҳаввулфатаи иттилооти ба тозагӣ дарёфтшуда амсиласозӣ мегардад. Таҳлили роҳи ҳалҳои бадастомада, интиҳоби беҳтарин роҳ дар раванди муҳокимаи умумӣ, бозгӯии босаводонаи он, тавсиф ва корбурд барои ҳалли авзои мушобех маҳоратҳои касбиро ташаккул медиҳад.

Бозихои нақшӣ - яке аз методҳои фаъоли таълим, ки эҷодкорона ва сермаҳсул мебошад. Корбурди метод рағбатҳои маърифатомӯзӣ, фаъолнокии ҳустучӯиро ҳавасманд намуда, ангезаро ба фаъолияти таълимӣ ва касбию инноватсионӣ ташаккул медиҳад. Бозӣ ҳамчун яке аз намудҳои фаъолияти инсон сарбории равонии донишҷӯёнро таҳлия намуда, ба ҷанбаи мусбати ҳамкорҳо талқин менамояд. Донишҷӯён дар болои ҳалли вазифаҳои бозӣ кор карда, имкон доранд, ки нақши худро дар бозии корӣ идрок ва қобилиятҳои худро (эҷодӣ, иҷрокунадагӣ, интиқодӣ) арзёбӣ намоянд. Ҳамчунин методи мазкур имкони санҷидани дараҷаи маҳорати интиқоли донишро ба фаъолият фароҳам менамояд. Муҳите, ки дар раванди бозӣ эҷод мегардад, ба шароити воқеии фаъолияти касбӣ наздик буда, имкон медиҳад мустақилона шинохтани проблемаҳо омӯхта шавад, онҳо таҳлил шаванд, вазифаҳо тасвир гарданд, методҳои корбурдшаванда барои ҳалли имконпазири онҳо пайдо шаванд ва натиҷаҳои фаъолияти зехнӣ дуруст идора карда шавад.

Методи ҳалли дилемма (dilemma decision) амалҳои фаъолноаи донишҷӯёнро оид ба таҳлил ва ҳаллу фасли вазъияти мураккаб дар беморхона дар назар дорад, ки онҳо гӯё қорманди он ба ҳисоб мераванд. Донишҷӯро аз илмҳои табию тиббӣ интиқол дода, бо корбурди методҳои фаъолсозии тафаккури эҷодӣ (таҳлили системавӣ, ҳуҷуми мағзӣ ва ғайра) донишҷӯён ҳар яке аз мавқеи вазифаи ишғолкардааш ҳалли вазъияти проблемавиро пешниҳод мекунанд. Сипас ба онҳо пешниҳод мегардад, ки бо ҳалли воқеан вучуддошта ошно гардида, якеро бо дигаре муқоиса намоянд. Методи мазкур ба болоравии ҳавасмандӣ нисбат ба таълим мусоидат менамояд, зеро имкон медиҳад, ки ба вазъиятҳои проблемавии касбӣ гӯтавар гардида, худро ҳамшарики ҳалли онҳо идрок намояд.

"Мизи мудаввар"-ро метавон методи интeрактивии таълим ҳисоб намуд, ки имкон медиҳад фаъолияти маърифатомӯзӣи донишҷӯёнро фаъолтар намуда, донишҳои қаблан азхудкардаи онҳо истифода гардад ва норасоии иттилоот барои ташаккули донишҳои зарурии дар ҳолати баррасишаванда зарурӣ пурра карда шавад, инчунин салоҳиятнокии ба ташхис, таҳлил ва ҳалли проблема равонагардида ташаккул ёфта, фарҳанги баргузории мубоҳиса фаро гирифта шавад. Сухбати паси "мизи мудаввар" маҷмӯи мубоҳисаи мавзӯӣ бо машварати гурӯҳӣ ва аз ҳамдигар омӯхтан мебошад. Ҳамзамон бо мубодилаи фаъолноаи донишҳо дар донишомӯзон қобилиятҳои муоширатӣ ташаккул меёбанд, ки қобилияти ҳамкорӣ қардан бо дигар иштирокдорони сухбат, бозгӯ намудани андешаҳои худ, далелнок ва асоснок қардани роҳи ҳалли пешниҳодшаванда ро дар бар мегирад.

Яке аз шартҳои ташкили "мизи мудаввар" фароҳам овардани имконияти якдигарро дидани иштирокдорон, воқуниш қардан ба имову ишораҳо ва отиифаю эҳсосоти якдигар мебошад, ки он ба раванди муошират обу ранг дода, руҳияи эҷодӣ ва имкони ширкати фаъолноаи ҳар як иштироккунандаро дар баррасии масъала имконпазир месозад.



Таълими барномарезишуда дар коркарди равишҳои инфиродисозии таълим дар асоси курсҳои таълимии махсус мураббатшудаи истифодаи инфиродӣ, ки дар робита бо рушди технологияҳои компютерӣ тако-ни нав гирифтааст, саҳми чиддӣ ворид кардааст. Ба ин ҷо метавон методҳоеро аз қабилӣ "ҳучуми мағзӣ", "методи саволҳои санҷишӣ", "методи манозир" ва ғайраро мансуб донист, ки фаъолияти таълимии донишҷӯёнро фаъолтар менамоянд. Методҳои "ғайрифаволи" таълим, аксаран, ба инкишофи қобилиятҳои бозгӯйикунанда мусоидат мекунанд. Методҳои фаъол ва интерактивӣ бошанд, бештар ба инкишофи тафаккури донишҷӯён, қобилиятҳои ҷустуҷӯӣ ва пажӯҳишии онҳо, ба ҳалли проблемаҳои ҳадди аксар ба шароити воқеии вазъияти клиникӣ наздикбуда ҷалб намудан мусоидат мекунанд. Донишҷӯён бо истифода аз методҳои мазкур донишҳои касбии худ, малака ва маҳоратҳои дар заминаи истифодаи донишҳо бадастовардаи худро густариш ва тавсеа дода, ангезаро ба фаъолияти инноватсионӣ ташаккул медиҳанд. Донишҷӯён қобилиятҳо ва сифатҳои шахсии худро зоҳир ва инкишоф дода, дар зимни дарки аҳамияти худомӯзӣ ва худтарбиякунӣ худ иштирокдорони фаъоли раванди таҳсилот ва қобил ба худбаҳодиҳӣ ва худташқилдиҳӣ мегарданд. Ба андешаи мо, тафовути миёни методҳои

фаъол ва ғайрифаволи таълим дар он аст, ки корбурди методҳои фаъол эҷоди вазъияти муколамаи байни "омӯзгор-донишҷӯ"-ро дар назар дошта бошад, дар ҳолати дуҷум ба имкони ҳамкориҳои васеътари "омӯзгор-донишҷӯ", "донишҷӯ-донишҷӯ", "донишҷӯ-бемор" далолат мекунанд. Илова бар он, дар ҳолати аввал агар вазъияти проблемавино омӯзгор ба вучуд оварад, дар ҳамкориҳои интерактивӣ донишҷӯён натавонанд проблемаи таълимиро ҳаллу фасл мекунанд, балки аксаран ҳуди онҳо проблемаро ташхис намуда, методҳо ва воситаҳои ҳаллу фасли онҳоро интихоб ва онҳоро ҳал мекунанд. Бо қамоли боварӣ метавон тасдиқ намуд, ки фаъолияти инноватсионии омӯзгорон оид ба ҷустуҷӯ, коркард ва амалисозии методҳо ва воситаҳои нави таълими фаъолгардонандаи тафаккури эҷодии донишҷӯён тамоюли муосир ва умедбахши рушди таҳсилот мебошад. Ҳамаи методҳои таълимии баррасигардида (ба мисли воситаҳои дигар) дар мақола аз тарафи омӯзгорони кафедраи бемориҳои ҷарроҳии №1 МТД "ДДТТ ба номи Абуалӣ ибни Сино" самаранок истифода мегардад. Албатта, эҷоди методҳои нави таълими ба муассиргардонии фаъолияти донишҷӯён нигаронидашуда дар заминаи андухтани ғояҳои нави педагогӣ ва истифодаи комплекси андешаҳои муаллифони дигар имконпазир мебошад.

### АДАБИЁТ

1. Берденникова Н. Г., Меденцев В. И., Панов Н. И. Организационное и методическое обеспечение учебного процесса в вузе: учебное пособие. Серия: Новое в высшем профессиональном образовании. - СПб.: Д.А.Р.К., 2006. - 208 с.
2. Беспалько В. П. Педагогика и прогрессивные технологии обучения. - М.: Изд-во ИРПО-МО РФ, 1995. - 336 с.
3. Братцева Г. Г. Активные методы обучения и их влияние на смену педагогической парадигмы // Философия образования. Серия "Symposium": сб. мат. конф. - Вып. 23. - СПб.: Санкт-Петербургское философское общество, 2002. - С.336-340.
4. Вербицкий А. А. Активное обучение в высшей школе. Контекстный подход. - М.: Высшая школа, 1991. - 205 с.
5. Наумкин Н. И., Кондратьева Г. А. Модульная структура общетехнических дисциплин, направленная на подготовку студентов к инновационной деятельности // Сборник публикаций научного журнала "Globus" по материалам III международной научно-практической конференции: "Психология и Педагогика: актуальные вопросы" г. Санкт-Петербурга: сборник со статьями (уровень стандарта, академический уровень). - СПб., 2015. - С. 25-28.
6. Наумкин Н. И. Методическая система формирования у студентов технических вузов способностей к инновационной инженерной деятельности: монография / под ред. П. В. Се-



нина, Л. В. Масленниковой, Д. Я. Тамарчака; Моск. пед. гос. ун-т. - Саранск:Изд-во Мордов. ун-та, 2008. - 172 с.

7. Наумкин Н. И., Грошева Е. П., Купряшкин В. Ф. Подготовка студентов национальных исследовательских университетов к инновационной деятельности в процессе обучения-техническому творчеству / под ред. П. В. Сенина, Ю. Л. Хотунцева; Моск. пед. гос. ун-т. - Саранск: Изд-во Мордов. ун-та, 2010. - 120 с.

8. Наумкин Н. И., Грошева Е. П., Фролова Н. Н. Подготовка студентов национальных исследовательских университетов к инновационной деятельности на основе компетентностного подхода // Интеграция образования. - 2010. - № 4 (61). - С. 28-33.

## МЕТОДҲОИ МУОСИРИ ТАЪЛИМ ҲАМЧУН ВОСИТАИ МУНОСИБГАРДОНИИ РАВАНДИ ТАҲСИЛОТӢ

Дар ҷомеаи муосир ва муассисаҳои тиббӣ эҳтиёҷот ба мутахассисони дорои таҳассуси баланд ва босалоҳият дар касби худ ва дар фаъолияти инноватсионӣ меафзояд ки талаботи тайёр кардани хатмкунандагони муассисаҳои таълимии олии тиббиро ба вучуд меорад ва он тағйирот дар ҳадафҳои дурнамо ва наздики таълимро низ дар назар дорад. Дар мақолаи мазкур зарурияти муносибгардони

раванди таҳсилотӣ ба воситаи усулҳои муосири таълим дар мактабҳои олии таъкид карда мешавад. Бо ин мақсад технологияҳои гуногуни таълими фаол - рушдкунанда, проблемавӣ будан, таҳқиқотӣ, ҷустуҷӯӣ ва ғайра, ба қор бурда мешаванд, ки истифодаи методҳои фаол ва интерактивиро дар назар дорад.

**Калимаҳои калидӣ:** раванди таҳсилотӣ, инноватсия, таълими интерактивӣ.

## СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ОБУЧЕНИЯ КАК СРЕДСТВО ОПТИМИЗАЦИИ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОГО ПРОЦЕССА

**Сараев А.Р., Назаров Ш.К., Джонов Б.Н.**

Кафедра хирургических болезней №1 (зав. - д.м.н., проф. Ш.К.Назаров) ГОУ "Таджикский государственный медицинский университет им. Абуали ибни Сино"

В современном обществе и лечебных учреждениях растет потребность в высококвалифицированных специалистах, компетентных и в профессии, и в инновационной деятельности, что порождает изменения в требованиях к подготовке выпускников медицинских вузов, а значит изменения стратегии и тактики обучения. В статье подчеркивается актуальность оптимизации образовательного процесса посредством вне-

дрения современных методов обучения в современной высшей школе. В этих целях целесообразно применять различные технологии активного обучения - развивающую, проблемную, исследовательскую, поисковую и другие предполагающие использование активных и интерактивных методов.

**Ключевые слова:** образовательный процесс, инновация, интерактивное обучение.

## MODERN METHODS OF TEACHING AS A MEANS OF OPTIMIZATION OF THE EDUCATIONAL PROCESS

**Saraev A.R., Nazarov Sh.K., Dzhonov B.N.**

Department of Surgical Diseases No. 1 (Head - MD, Prof. Sh.K. Nazarov) GOU "Tajik State Medical University named after Abuali ibni Sino".

In modern society and medical institutions, the need for highly qualified specialists competent both in the profession and in

innovative activity is growing, which leads to changes in the requirements for training graduates of medical schools, which means



changes in the strategy and tactics of training. The article emphasizes the relevance of optimizing the educational process through the introduction of modern teaching methods in modern higher education. For these purposes, it is advisable to apply various

technologies of active learning - developmental, problematic, research, search and others, involving the use of active and interactive methods.

**Key words:** educational process, innovation, interactiveteaching.

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

**Назаров Шохин Қувватович**, мудири кафедраи кафедраи бемориҳои ҷарроҳии №1 МДТ "ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино" д.и.т., профессор E.mail shohin67@mail.ru тел. 935882636

**Ҷонов Бехзод Нарзуллоевич**, ассистенти кафедраи бемориҳои ҷарроҳии №1 МДТ "ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино", E.mail jonsonmed@mail.ru Тел.935331474

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

**Назаров Шохин Қувватович**, заведующий кафедрой хирургических болезней №1 ГОУ "ТГМУ им. Абуали ибни Сино", д.м.н., профессор, E.mail shahin67@mail.ru Тел. 935882636

**Джонов Бехзод Нарзуллоевич**, ассистент кафедры хирургических болезней №1 ГОУ "ТГМУ им. Абуали ибни Сино", E.mail: jonsonmed@mail.ru Тел. 935331474

**Saraev Alisher Rakhmatulloevich**, docent of the Department of Surgical Diseases №1 of the SEI "TSMU named after Abuali ibni Sino", E.mail dr.saraev@mail.ru Tel. 918650540

**Nazarov Shokhin Kuvatovich**, Head of the Department of Surgical Diseases №1, SEI "TSMU named after Abuali ibni Sino", MD, professor, E.mail shahin67@mail.ru Tel. 935882636

**Jonov Behzod Narzulloevich**, assistant of the Department of Surgical Diseases №1 of the SEI "TSMU named after Abuali ibni Sino", E.mail: jonsonmed@mail.ru Tel. 935331474

## ПОКСОЗИИ КОНТРАСТИИ КОВОКИИ ШИКАМ ВА ЭНТЕРОСОРБСИЯ ҲАНГОМИ ТАБОБАТИ ПЕРИТОНИТИ ПАҲНГАШТА

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

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

**Муҳиммият.** Табобати ҷарроҳии перитонити паҳнғашта то ҳол ҳамчун масъалаи мубрам боқӣ мемонад. Мутобиқи адабиёти ҷаҳонӣ фавтнокӣ ҳангоми перитонит аз 30 то 50%-ро ташкил медиҳад ва ҳангоми сепсиси абдоминалии вазнин ва перитонити баъд аз ҷарроҳӣ то ба 90-100% мерасад [1, 2]. Бо вучуди инкишофи босуръати илми ҷарроҳӣ, ин нишондод тамоюли пастшавӣ надорад.

Давраи асосии патогенези перитонити паҳнғашта - ин ҷаббиши шиддатноки экзо-ва эндотоксинҳо аз ковокии шикам мебошад. Фалачи авҷгирандаи рӯда ба васеъшавии равзанаи он, носозихои микроциркулят-

сия, гипоксияи девори рӯда ва инчунин таъсири манфии муҳтавои рӯда ба қабати луобии он ба гузаштани моддаҳои захрнок ба ҷараёни хун мусоидат мекунад ва дар натиҷа захролудшавии эндогениро дучанд месозад, ки ба норасоии полиорганӣ оварда мерасонад [3;4].

Вобаста ба ин яке аз лаҳзаҳои муҳимми табобати перитонити паҳнғашта поксозии мукаммали ковокии батн ва мубориза бар зидди фалачи рӯдаҳо дар марҳилаҳои аввали баъд аз ҷарроҳӣ мебошад. Ба ин мақсад айни ҳол усулҳои зиёди коркарди ковокии батн бо истифода аз антисептикҳои гуногун ба қор бурда мешаванд. Аммо самара-



нокии онҳо начандон баланд аст аз сабаби маҳз асари чузъӣ доштани ин усулҳо ва таъсири кӯтоҳмуддати антисептикҳо ва зуд гайри фаъол гардидани онҳо дар шароити илтиҳоб [4]. Маълумотҳое вучуд доранд, ки антисептикҳо бештар таъсири барангехтагӣ ба мезотелияи сифок мерасонанд, ки ба лиҳомҳосилшавии минбаъда оварда мерасонад [3, 7]. Аз ҳамин сабаб матлубсозии табобати перитонит тариқи истифодабарии усулҳои коркарди ковокии батн, ки ҳам таъсири чузъии зиддиилтиҳобӣ ва ҳам таъсири таҳрикунандаи умумӣ мерасонад масъалаи мубрам мебошад.

**Мақсади тадқиқот** - беҳтарсозии натиҷаҳои табобати беморон бо перитонити паҳнғашта тариқи истифодабарии усули коркарди ковокии сифок бо маҳлули сусти хипертоникӣ дар ҳароратҳои муқобил.

**Мавод ва равишҳои тадқиқот.** Таҳлили натиҷаҳои муоина ва табобати 56 бемор бо перитонити паҳнғашта гузаронда шуд. Зану мард 28 нафарӣ буданд. Синну соли беморон аз 15 то 63 сола. Беморон аз рӯи чинс, синну сол ва сабабҳои перитонит ба ду гурӯҳи аз ҷиҳати омор ба ҳам наздик тақсим карда шуданд. 30 бемор, ки табобати анъанавӣ мегирифтанд, гурӯҳи 1-ро (муқоисавӣ) ташкил доданд. Амалиёти ҷарроҳӣ-лапаротомия, бартараф кардани манбаи перитонит, обияткаш намудани назоинтестиналии рӯдаи борик, шустани ковокии батн бо маҳлули 0,02% фурацилин то мусаффо шудани он, хушк ва обияткаш намудани ковокии сифокро дар бар мегирифт.

Ба гурӯҳи 2-м (асосӣ) 26 бемор дохил буданд, ки чунин низ табобат мегирифтанд, ба ғайр аз он, ки дар охири амалиёт ковокии батн аз 1-1,5 л маҳлули 1,5% NaCl-и гарм (+41-+42°C) пур карда мешуд ва давоми 1 дақиқа тамоми ковокии сифок шуста мешуд. Сипас моеъ бо ҷаббикунандаи барқӣ комилан бартараф карда мешуд ва аз 1-1,5 маҳлули 1,5% NaCl-и сард (+10-+11°C) пур карда мешуд ва давоми 1 дақиқа инчунин ҳамаи ҷаъфҳо ва пастхамиҳо шуста мешуданд. Чунин чораи муқобил 4-5 маротиба такрор карда мешавад ва баъд аз он ковокии батн бо равиши

маъмул хушк карда обияткаш карда мешуд.

Бо мақсади табобати патогенетикии фалачи рӯдаҳо ва фаъолгардонии бармаҳали ҳолати функционалии рӯдаҳо ба 13 бемор аз ин гурӯҳ дар марҳилаи бармаҳали баъд аз ҷарроҳӣ энтеросорбсия гузаронда шудааст. Тавассути найчаи назоинтестиналӣ маҳлули 5% энтеродез дар ҳаҷми аз 150 то 250 мл ворид карда мешуд. Вақти оғози таъсири зиддисироятӣ энтеродезро ба назар гирифта (баъд аз 15-20 дақиқа) найча ба муддати 35-40 дақиқа маҳкам карда мешуд, сипас моеъи воридшуда берун кашида мешуд. Чунин чорабиниро то 3-5 маротиба дар як рӯз такрор карда мешуд ва бо муътадил гаштани фаъолияти ҳаракатӣ рӯда миқдори такрорҳои энтеросорбсия то 1-2 маротиба кам карда мешуданд. Вояи яккаратаи мавод 5-10г, ва вояи шабонарӯзии он - 20-30 граммро ташкил медиҳад. Давомнокии чорабинии табобатӣ аз 3 то 5 рӯзро ташкил медиҳад.

То ҷарроҳӣ дар ҳар ду гурӯҳ ҳолати беморон бо миқёси SAPS, дараҷаи захролудшавии эндогенӣ ва индекси перитонити Мангейм (ИПМ) муайян карда шуданд. Самаранокии табобат дар марҳилаҳои авали баъд аз ҷарроҳӣ аз рӯи динамикаи эндотоксикоз рӯзҳои 1,2,3,4-ми баъд аз ҷарроҳӣ, қори таҳликунандаи рӯда, чандомади оризаҳо ва фавт арзёбӣ карда мешавад. Барои муайян кардани дараҷаи эндотоксикоз динамикаи ғализати умумии албумин (ҒУА), ғализати самараноки албумин (ҒСА), сатҳи молекулаҳои миёнавазн (ММВ), маҳсулоти пероксидшавии липидҳо (ПОЛ) арзёби карда шуданд. ҒУА, ҒСА дар зардоби хун бо усули флуоросентӣ, миқдори ММВ - бо истифода аз усули спектрофотометрикӣ муайян карда мешаванд. Нишонаҳои самаранокии энтеросорбсия, ки ба ислоҳоти носозиҳои вазифаи ҳаракативу таҳлиавии рӯдаҳо равона карда шудааст инҳоянд: бартарафшавии дамиши шикам ва истифрӯғ (қайкунӣ), барқароршавии лаппиши рӯдаҳо, хориҷ шудани бод, набудани аломатҳои ултрасадоӣ ва рентгенологии фалачи рӯдаҳо.

**Натиҷаҳо ва муҳоҷиса.** Дар натиҷаи тад-

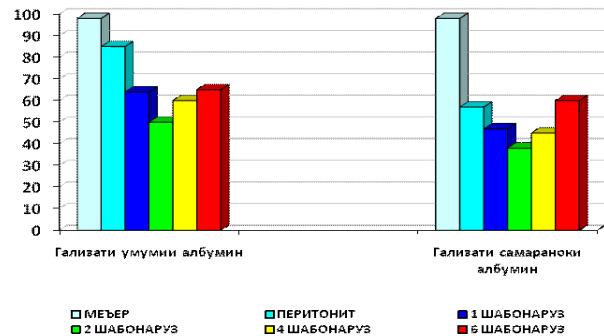


қиқотҳои клиникӣ муайян гардид, ки ҳангоми мурочиат ба шуъбаи ҷарроҳӣ дар беморони ҳар ду гурӯҳ мубталои перитонити паҳнғашта захролудшавии эндогении возеъ мушоҳида карда мешавад. Ин бо баландшавии зиёда аз дукаратаи миқдори пептидҳои миёнавазн ( $p < 0,05$ ), пастшавии ғализати умумӣ ва самараноки албумин мутаносибан ба 16,8 ва 41,4% ( $p < 0,05$ ), қоҳиши захираи пайвандсозии албумин ба 29,6% ( $p < 0,05$ ) ва афзоиши индекси захролудшавии хун зиёда аз 5 маротиба ( $p < 0,05$ ). Инчунин шиддатнокии ҷараёнҳои озод-радикалии пероксидшавии липидҳои таркиби хун ва эритроцитҳои тағйир меёбанд: сатҳи маҳсулоти молекулярӣ ПОЛ 2-2,5 баробар меафзояд ( $p < 0,05$ ).

Дар заминаи табобати анъанавӣ дар беморон 2 шабонарӯзи аввал аз ковокии батн миқдори зиёди ихроҷот мушоҳида карда мешуд, аз ин рӯ найчаҳои обияткашӣ 3-4-м шабонарӯзи назорат бартараф карда шуданд. Таассури ҳароратӣ муддати  $5,00 \pm 0,35$  шабонарӯз баъд аз ҷарроҳӣ ба назар мерасид. Кори рӯда (бо ангезиш) асосан рӯзҳои 3-4 баъд аз ҷарроҳӣ барқарор мешуд. Оризаҳои баъдазҷарроҳӣ дар 10 бемор (33,33%) ба қайд гирифта шуд: ҳематома ё чирксории захми баъдичарроҳӣ-30%, ногузарои бармаҳали баъдазҷарроҳии лихомии рӯдаҳо-1,33%. Рӯзи бистарии миёна дар гурӯҳи муқоисавӣ  $16,63 \pm 0,59$  ташкил дод.

Ҳангоми коркарди анъанавии ковокии батн эндотоксикоз тӯли тамоми марҳилаи

баъд аз ҷарроҳӣ боқӣ мемонд. Пастшавии намоёни маҳсулоти захрӣ дар плазмаи хун танҳо шабонарӯзи 4-м мушоҳида мешуд. Ду рӯзи аввали баъд аз ҷарроҳӣ миқдори модаҳои миёнавазн аз меъёр зиёда аз 2 баробар ( $p < 0,05$ ), шабонарӯзи 4-6-м бошад - 28,5-52,6% ( $p < 0,05$ ) меафзуд. Сатҳи ғализати умумӣ ва самараноки албумин эътимоднок паст буд (расми 1).



**Расми 1.** Тағйироти ғализати умумӣ ва самараноки албумин, захираи пайвандсозии албумин баъд аз коркарди анъанавии ковокии батн; итминонии фарқият нисбат ба меъёр  $p < 0,05$

Шохиси захролудии плазма дар ҳама марҳилаҳои мушоҳидаи динамикӣ 264,7-496,3 % ( $p < 0,05$ ) аз меъёр зиёд буд.

Муайян гардидааст, ки сатҳи маҳсулоти молекулярӣ ҷараёнҳои озод-радикалии оксидшавии липидҳо дар плазмаи хун ва эритроцитҳо дар тӯли марҳилаи баъд аз ҷарроҳӣ итминонан 8,7-143,4 % баланд буд. Нишондодҳои муоинаи пеш аз ҷарроҳии беморон дар ҷадвали 1 нишон дода шудааст.

### Ҷадвали 1. Нишондодҳои муоинаи пеш аз ҷарроҳии беморон.

Нишондод	Гурӯҳи муқоисавӣ ( $n=30$ )	Гурӯҳи асосӣ ( $n=26$ )
Ҳолати беморон мувофиқи миқёси SAPS, балл	$6,3 \pm 1,2$	$7,7 \pm 1,4$
ИПМ, балл	$23,4 \pm 4,2$	$22,9 \pm 3,6$
Дараҷаи захролудшавии эндогенӣ	I—II	I—II

**Эзоҳ:** Ҳарду гурӯҳ аз ҷиҳати вазнинии ҳолати беморон ва вазнинии перитонит баробар буданд. Табобати ҷарроҳӣ ба беморони мубталои перитонити паҳнғашта бо захролудшавии эндогенӣ ё аломатҳои сепсиси абдоминалӣ гузаронда шудааст.

Баъд аз шӯстани ковокии батн бо усули муқобили фоиданоки захролудшавии эндогенӣ аллақай аз шабонарӯзи аввали табобат майл ба пастшавӣ дошт.

Якум шабонарӯз баъд аз ҷарроҳӣ миқдори модаҳои миёнавазн нисбати гурӯҳи му-

қоисавӣ ба 17,4-19,8% ( $p < 0,05$ ) пасттар буд, ғализати умумӣ ва самараноки албумин мутаносибан ба 17,1 ва 47,6% ( $p < 0,05$ ) баландтар буд. Дар марҳилаҳои минбаъда ин фарқиятҳо боқӣ мемонданд. Дар марҳилаи охир (6 шабонарӯз баъд аз ҷарроҳӣ) ин ни-

шондодҳо фарқияти намоён аз меъёр на- доштанд.

Усул имконияти мӯтадил гардондани шиддатнокии пероксидшавиро дар плазмаи хун медиҳад. Микдори маҳсулоти молекула- лавии чараёнҳои озод-радикалӣ шабонарӯ- зи 6-ми муоинаи динамикӣ ба сатҳи мӯта-

дил баробар шуд ва назар ба гурӯҳи муқоиса- савии беморон сатҳи конюгатҳои диенӣ ва триенӣ 26,8-42,5 % ( $p < 0,05$ ) пасттар буд.

Чандомади аломатҳои вайроншавии кори ҳаракатӣ-тахлиявии рӯдаҳо мувофиқи муоинаи клиникӣ дар ҷадвали 2 нишон дода шудааст.

### Ҷадвали 2. Чандомади аломатҳои вайроншавии кори ҳаракатӣ-тахлиявии рӯдаҳо

Аломати дисфунксияи рӯда	Гурӯҳи 1 (n=24)		Гурӯҳи 2 (n=24)		P
	мутлак.	%	мутлак.	%	
Барқароршавии деринаи перисталтика	17	70,8	10	41,7	<0,05
Оғози деринаи баромадани бод	16	66,7	8	33,3	<0,05
Ниёз ба таҳриқи доругӣ	8	33,3	1	4,2	<0,05
Мавҷудияти истифноғ дар шабонарӯзи 3-ми марҳилаи баъд аз ҷарроҳӣ	6	25	0	0	—
Лаппиши бозгашт	10	41,7	2	8,3	<0,05
Моеи озод	14	58,3	8	33,3	>0,05
Ҳалқаҳои васеъшудаи рӯдаҳо	13	54,2	3	12,5	<0,05

Микдори авориз ва фавти баъд аз ҷарроҳӣ дар гурӯҳи муқоисавӣ нисбат ба асоси зиёдтар буд. Сабаби фавт дар гурӯҳи муқоисавӣ перитонити сиҳатнашаванда буд, дар гурӯҳи асосӣ - инкишофи норасоии шадиди дилӣ ва рағӣ дар натиҷаи ғайриҷуб- ронгардии беморҳои вазнини ҳамрав.

Тадқиқотҳои гузарондашуда нишон ме- диҳанд, ки ҳангоми истифодабарии усули коркарди ковокии батн ба таври муқобил ҳангоми ҷарроҳии перитонити паҳн- гашта назар ба коркарди анъанавӣ бо истифода- барии маҳлули фурацилин сатҳи захролуд- шавии эндогении беморон зудтар коҳиш меёбад, кори ҳаракатӣ-тахлиягии рӯда бар- вақттар барқарор мешавад.

Воқеиятҳои зерин боиси самаранок бу- дани усули пешниҳодшуда мебошанд: танг- шавӣ ва васеъшавии банавбати рағҳо, яъне иваз шудани банавбати ҳарорати баланд ва пасти моеъ "асари помпа"-ро ба миён ме- оварад, ки хунро бо маҷрои рағӣ фаъолтар медаводанд, хунтаъминкунии узву бофтаҳо- ро беҳтар мегардонанд, чараёнҳои мубодила- виро пуршиддат месозад, захр ва маҳсу- лоти метаболизмро, ки дар хун давр меза- нанд, баробар бо давраи калони гардиши хун тақсим карда, бошиддат хорич менамо- яд, ҳамин тариқ ба чараёнҳои мубодилавии тамоми организм таҳриқ мебахшад. Таъси- ри нерубахш ва таҳриқии умумии усул ба

тамоми организм, таъсири мусбати он ба чараёни илтиҳобӣ ҳангоми перитонити паҳ- нгашта, коҳиш додани илтиҳоб аз ҳисоби гардиш бошиддати хун ва "асари помпа" дар сифок парда ба вучуд меояд.

Дар навбати худ, маҳлули сусти хиперто- никии (1,5%) NaCl ба ғайр аз нигоҳ дошта- ни захр аз ҷаббиш инчунин таъсири " моне- агӣ" низ дорад, яъне ки сатҳи узвҳои ково- кии шикамро аз часпиш бо ҳамдигар нигоҳ медорад ва ҳамин тариқ ба ифоданокии чараён лиҳоми коҳиш медиҳад. Инчунин таъсири осебноки антисептикро ба мезоте- лияи сифок пешгири менамояд ва ба барта- раф кардани захр ва маҳсулоти мубодилаи моддаҳо мусоидат менамояд.

Энтеросорбсияи бармаҳали найчавии баъд аз ҷарроҳӣ имконият медиҳад, ки чараёни барқароршавии ҳаракатҳои перисталтиқии рӯда беҳтар гардад, ва инчунин ба коҳишҳои басомади аворизи баъд аз ҷарроҳии фасодӣ- илтиҳобӣ дар беморони баъд аз ҷарроҳии пе- ритонити паҳнгашта мусоидат мекунад.

**Хулоса.** Ҳамин тариқ, технологияи кор- кардшудаи табобати перитонити паҳн- гашта бо роҳи шустани ковокии батн бо маҳлу- ли сусти хипертоникӣ бо истифода аз ҳаро- ратҳои муқобил ва инчунин энтеросорбсия бо энтеродез таҷҳизоти маҳсууро наметала- банд, ба инкишофи оризаҳои хос оварда на- мерасонанд, аз ҷиҳати патогенетикӣ асоснок



шудаанд ва дар шароити шӯъбаи чарроҳии беморхонаҳо ба кор бурдан мумкин аст.

Усулҳои пешниҳодшудаи табобат дар марҳилаи наздиктарини баъдичарроҳӣ имконияти паст кардани нишондодҳои захролудшавии эндогенеро медиҳанд: сатҳи на-

мудҳои гидрофилии ва гидрофобии маҳсулоти захрӣ дар плазмаи хун 1-м шабонарӯз баъд аз чарроҳӣ ба мутаносибан 18,4 ва 26,1% коҳиш меёбад, кори ҳаракатӣ-тахлиягии рӯдаҳо беҳтар мегардад, ки боиси коҳиши фавт мешавад.

### АДАБИЁТ

1. Гасанов М.Д. Формирование алгоритмов для определения степени тяжести эндотоксикоза при перитонитах. Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова. 2015. № 1. С. 54-
2. Гостищев В.К., Афанасьев А.Н., Горбачева И.В., Станоевич У.С. Хирургические аспекты лечения распространенного перитонита, осложненного сепсисом. В сборнике: Перитонит от А до Я (всероссийская школа) Материалы IX Всероссийской конференции общих хирургов с международным участием. Под редакцией А.Б. Ларичева. 2016. С. 201-203.
3. Бойко В.В., Криворотько И.В., Тимченко Н.В. Профилактика послеоперационных парезов кишечника после операции на толстой кишке. Вестник хирургии Казахстана №2, 2014. С.6-8
4. Заневский В.П., Кулагин А.Е., Ровдо И.М. Нарушения моторно-эвакуаторной функции кишечника после внутрибрюшных операций. Минск БГМУ 2011,-
5. Саенко Л.С., Тюрин И.Н., Прямыков А.Д., Гельфанд Б.Р. Показания к проведению экстракорпоральной детоксикации у больных с абдоминальным сепсисом. Анналы хирургии. 2015. № 1. С. 12-20.

### ПОКСОЗИИ КОНТРАСТИИ КОВОКИИ ШИКАМ ВА ЭНТЕРОСОРБСИЯ ҲАНГОМИ ТАБОБАТИ ПЕРИТОНИТИ ПАҲНГАШТА

Яке аз лаҳзаҳои муҳими табобати перитонити паҳнғашта поксозии мукаммали ковокии батн ва мубориза бар зидди фалачи рӯдаҳо дар марҳилаҳои аввали баъд аз чарроҳӣ мебошад. Дар мақола технологияи табобати перитонити паҳнғашта бо роҳи шустани ковокии батн бо маҳлули сусти хипертоникӣ бо истифода аз ҳароратҳои муқобил, ки ба беҳсозии хунтаъминкунии бофтаҳо ва узвҳо бо роҳи пуршиддат кардани

ҷараёни мубодилавӣ мусоидат мекунад. Энтеросорбсия бармаҳали найҷавии баъд аз чарроҳӣ имконият медиҳад, ки ҷараёни барқароршавии ҳаракатҳои перисталтикийи рӯда беҳтар гардад ва инчунин ба коҳишёбии ба-сомади аворизи баъд аз чарроҳии фасодӣ-илтиҳобӣ дар беморони баъд аз чарроҳии перитонити паҳнғашта мусоидат мекунад.

**Калимаҳои калидӣ:** поксозии ковокии батн, энтеросорбсия, перитонит.

### КОНТРАСТНАЯ ОБРАБОТКА БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ И ЭНТЕРОСОРБЦИЯ В ЛЕЧЕНИИ РАСПРОСТРАНЕННОГО ПЕРИТОНИТА

Одним из важных моментов в лечении распространенного перитонита является адекватная санация брюшной полости и борьба с парезом кишечника в раннем послеоперационном периоде. В статье обоснована технология лечения распространенного перитонита путем обработки брюшной полости слабым гипертоническим раствором контрастных температур, которая способствует улуч-

шению кровоснабжения органов и тканей, усиливая обменные процессы. Ранняя послеоперационная зондовая энтеросорбция позволяет улучшить процесс восстановления перистальтических движений кишечника, тем самым способствует снижению частоты послеоперационных гнойно-воспалительных осложнений у больных после операции по поводу распространенного перитонита.

**Ключевые слова:** санация брюшной полости, энтеросорбция, перитонит.



**CONTRAST ABDOMINAL SANITATION AND ENTEROSORPTION IN THE TREATMENT OF COMMON PERITONITIS****A.R. Sarayev, Sh. K. Nazarov, H. Sh. Nazarov, Halimov J.S.**Department of Surgical Diseases №1 (head of the department, MD, professor Sh.K. Nazarov)  
SEI "TSMU named after Abuali ibni Sino"

One of the important points in the treatment of generalized peritonitis is the adequate sanitation of the abdominal cavity and the measures against intestinal paresis in the early postoperative period. The article substantiates the technology of treating generalized peritonitis by sanitation of the abdominal cavity with a weak hypertonic solution of contrasting temperatures, which helps to improve blood supply to organs

and tissues, enhancing metabolic processes. Early postoperative tube enterosorption improves the process of restoring of peristaltic movements of the intestine, thereby contributing to a decrease in the frequency of postoperative purulent-inflammatory complications in patients after surgery for generalized peritonitis.

**Key words:** abdominal sanitation, enterosorption, peritonitis

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

**Назаров Шохин Куватович**, мудири кафедраи бемориҳои ҷарроҳии №1 МДТ "ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино" д.и.т., профессор E.mail shohin67@mail.ru тел. 935882636

**Назаров Хилолидин Шаропович**, ассистенти кафедраи бемориҳои ҷарроҳии №1 МДТ "ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино" ", Тел. 900500303

**Ҳалимов Ҷумахон Саидович**, ассистенти кафедраи бемориҳои ҷарроҳии №1 МДТ "ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино" ", Тел. 935407517

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

**Назаров Шохин Куватович**, заведующий кафедрой хирургических болезней №1 ГОУ "ТГМУ им. Абуали ибни Сино", д.м.н., профессор, E.mail shahin67@mail.ru Тел. 935882636

**Назаров Хилолидин Шаропович**, ассистент кафедры хирургических болезней №1 ГОУ "ТГМУ им. Абуали ибни Сино", Тел. 900500303

**Халимов Джумахон Саидович**, ассистент кафедры хирургических болезней №1 ГОУ "ТГМУ им. Абуали ибни Сино", Тел. 935407517

**Sarav Alisher Rakhmatulloevich**, docent of the Department of Surgical Diseases №1 of the SEI "TSMU named after Abuali ibni Sino", E.mail dr.saraev@mail.ru Tel. 918650540

**Nazarov Shokhin Kuvatovich**, Head of the Department of Surgical Diseases №1, SEI "TSMU named after Abuali ibni Sino", MD, professor, E.mail shahin67@mail.ru Tel. 935882636

**Nazarov Khilolidin Sharopovich**, assistant of the Department of Surgical Diseases №1 of the SEI "TSMU named after Abuali ibni Sino", E.mail hilolidin.nazarov@mail.ru Tel. 900500303

**Halimov Dzhumakhon Saidovich**, assistant of the Department of Surgical Diseases №1 of the SEI "TSMU named after Abuali ibni Sino", Tel. 935407517



## ЭВОЛЮТСИЯИ УСУЛҲОИ ЧАРРОҲИИ МУОЛИҶАИ БЕМОРОН БО ТАШКИЛАҲОИ ОБИИ КОВОКИИ ШИКАМ ВА ФАЗОИ ПАСИ СИФОҚӢ (шарҳи адабиёт)

Ш.К. Назаров, С.Г. Додихудоев, Ҷ.Н. Амиров.

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

**Муҳиммият.** Мафҳуми "ташкилаи моеъгӣ" хусусияти умумӣ дошта, як гурӯҳ аворизи дар натиҷаи муолиҷа накардани бемориҳои шадиди ҷарроҳии ковокии шикам ва фазои паси сифоқӣ баамаломата, ҳамчунин аворизи давраи пас аз ҷарроҳиро ифода менамояд. Дар амалияи духтурони ҷарроҳ масъалаи муолиҷаи ин қабил беморон муҳимияти худро гум накарда, новобаста аз мукамалшавии усулҳои муолиҷаи ҷарроҳӣ вазифаи мураккаб боқӣ мемонад [12, 17].

Ҳамчунин, душвории масъала аз он иборат аст, ки таи соҳои охир баландшавии нишондоди бемориҳои шадиди ковокии шикам ва фазои паси сифоқӣ, ки ба тариқи деструктивӣ мегузаранд, ба қайд гирифта шудааст. Ин муҳимият зарурияти зиёдкунии ҳаҷми амалҳои ҷарроҳиро дар ковокии шикам ба миён овард, ки боиси зиёдшавии миқдори умумии авориз гардидааст. Дар ин ҳолатҳо пеш аз ҳама ташкилаҳои обӣ аз қабилҳои намудҳои фасодию септикийи абсесҳои ковокии шикам ва пасисифоқӣ ва флегмонаҳои паси сифоқӣ ба қайд гирифта шудаанд [2, 3]. Тавре қайд гардид, натиҷаҳои ғайриқаноатбахши муолиҷавӣ аз интиҳоби нодурусти ҷарроҳӣ вобаста мебошад. Новобаста аз ин, ки муолиҷаи абсесҳои ковокии шикам ва паси сифоқӣ ба тариқи ҷарроҳӣ сурат мегирад, самаранокии он ҳамагӣ 54,0-60,0%-ро ташикл медеҳад [9, 15, 32]. Асоси муолиҷаи ҷарроҳиро асосан се коиди даҳсолаҳо мукамалгардида ташкил медиҳанд: кушодани мукамали ташкилаи фасоднок, санатсияи сифатноки он бо истифодаи маводҳои кимиёвӣ усулҳои физикӣ ва захбуркунии ковокии боқимонда [6, 11, 29]. Новобаста аз рушди босуръати илми ҷарроҳӣ ин пастулатҳо нокомиланд ва тибқи нишондод ҳангоми амалҳои ҷарроҳии муқаррарӣ нишондоди ғавт аз 18 то 24%, ҳатто тибқи нишондоди баъзе адабиёт то

47% боқӣ мемонад [23]. Дар навбати худ, амалҳои пунксионӣ захбуркунӣ дар зери назорати туашхиси ултрасадоӣ ё томографияи компютерӣ имкон медиҳанд, ки басоматаи ғавт то 12-17% паст ва дар умум натиҷаи муолиҷа беҳтар карда шавад. [1, 5]. Бо назардошти ин, бархе аз муаллифон тавсия медиҳанд, ки барои ба даст овардани мақсади мазкур амалҳои видеоланпороскопӣ қомилан ба роҳ монда шаванд [7], лекин бинобар набудани миқдори зарураи беморони бақайдгирифташуда ҷанбаҳои масъалаи мазкур ҳаллу фасли худро наёфтаанд.

Бо ҳамагӯза ба амалияи ҷарроҳӣ ворид намудани технологияи муосир таҷрибаи асосноки муолиҷаи ташкилаҳои дохилибатнӣ ва паси сифоқӣ андӯхта шудааст, вале гуногун будани нуқтаи назар ҷиҳати интиҳоби усул ва ҳаҷми зарури амали ҷарроҳӣ имкон намедиҳад то алгоритми ягонаи муолиҷаи ин қабил беморон роҳандозӣ карда шавад [7]. Бинобар ин, новобаста аз қомилан ба роҳ мондани истифодаи усулҳои каминвазиви ташкилаҳои моеъгии ковокии шикам ва фазои пасисифоқӣ бештар усули анъанавӣ, яъне амали ҷарроҳии кушода ҷиҳати кушодан ва захбуркунии тақилаҳои моеъгӣ мавриди истифода қарор мегирад [4]. Ҳангоми муолиҷаи абсесҳо истифодаи ланпоротомияи мобайнӣ имкон медиҳад сарчашмаи фасоднокшавӣ баргараф карда шавад ва шароит барои санатсия ва захбуркунӣ пешниҳод карда шавад. Норасогии асосии усули анъанавӣ захбуркунии берунӣ аворизи бешумори пас аз амали ҷарроҳӣ мебошад, ки басоматаи онҳо то 35%-ро ташкил медиҳад [16].

Талаботи асосӣ ба буришҳои лапаротомӣ: 1) мутобикати проексияи буриш дар девораи шикам; 2) қомилан намоён будани узвҳои зарурӣ; 3) осебпазирии минималӣ; 4) ба даст овардани скари мустаҳками пас аз



амали чарроҳӣ. Буришҳои девораи шикам ба амудӣ, кундаланг, қач ва омехта тасниф карда мешаванд. Ба буришҳои амудӣ бештар лапоротомияи мобайнӣ мавриди истифода қарор гирифтааст (болоӣ, мобайнӣ ва поёнӣ). Норасогии асосии усул дер барқароршавии он мебошад, ки аз нисбатан камтар бо хун таъмин будани проексияи он вобаста мебошад, ки метавонад омили чурраҳои пас аз амали чарроҳӣ гардад. Бо назардошти ин, барои бартараф кардани нуқсонҳои мазкур аз буришҳои модификатсиякардашудаи парамедианӣ, трансректалӣ ва параректалӣ (усули Ленандер-Добротворский) истифода мебаранд. Усулҳои мазкур бошад, нисбатан душвор буда, маҳдудияти дарозии буриш доранд. Ҳамчунин, дар девораи пеши шикам ба ғайр аз усулҳои амудӣ аз усулҳои кундаланг: болоӣ (дар эпигастр), мобайнӣ (дар мезогастр) ва поёнӣ (дар гипогастр), усули кундаланги Черни, усули болоитиҳогоҳии Пфанненштиль истифода бурда мешавад. Новобаста аз баратиятҳои чудоғона (нигоҳ дошта шудани гириехҳои рагу асабӣ, эҳтимолияти калон кардани он ба самти латералӣ, қобилияти хуби барқароршавии канораҳои захм) усулҳои мазкур низ дорои як қатор камбудихо мебошанд: маҳдудияти нисбии нигариш-танҳо як қабати ковокии шикам намудор аст; душворӣ ҳангоми барқароркунии мушакҳои рости шикам ва ғ.

Қобили қайд аст, ки усулҳои қач асосан ҳангоми амалҳои чарроҳӣ дар узвҳое, ки дар қисмҳои паҳлӯии шикам ҷойгир шудаанд, истифода бурда мешаванд ва ба самти гирехҳои рагу асабӣ нигаронида шудаанд. (усули Волковичу-Дьяконов - ҳангоми абсесҳои мавзеи тиҳогоҳ, абсесҳои фазои Дугласов; усули Кохер, усули Федоров - ҳангоми абсесҳои перивезикалӣ, зеричигарӣ ва абсесҳои чигар). Усулҳои омехта (кунҷӣ, кунҷии Рио-Бранко, усули Керу, найзашакл ва секунча) дорои душвории муайян буда, бо нишондоди махсус истифода бурда мешаванд: ҳангоми зарурияти васеъкунии майдони ҷароҳат, ҳаҷми калони бофтаҳои батарафқунанда, буриши часпишҳо ва ғайра [16]. Барои бартарафкунии абсесҳои

зеридиафрагма се усули чарроҳӣ пешниҳод карда шудааст: усули тавассутиплевралии А.А. Троянов, усули ғайриплевралии А.В. Мельников ва усули ғайрисифокии Клермон. Бо ин усулҳо абсесҳои кихам дар пешу ҳам дар қафо ҷойгир шудаанд амал карда мешаванд. Бартариати онҳо бо изофаи люмботомия фасоднокнашудани ковокии шикам ва қафаси сина мебошад [11]. Дар марҳалаи имрӯза консепсияҳои мухталиф ҳангоми аворизҳои фасодию септикӣ дар ғадуди зери меъда ва фазои паси сифоқӣ мавҷуд мебошанд [18, 20]. Тавре маълумотҳои адабиёти муосир нишон медиҳад, масъалаи ҷустуҷӯ ва интиҳоби усули беҳтари чарроҳӣ муҳимияти ҳудро гум накардааст [21, 26]. Бо назардошти ин, масъалаи интиҳоби бартариати ин ё он усули чарроҳӣ ҳалли ҳудро наёфтааст. Яке аз намудҳои муолиҷаи чарроҳии абсесҳои панкреатитӣ усулҳои паҳлӯии беруназсифоқӣ ва камарӣ мебошад, ки бартариати онҳо дар фасоднок нашудани ковокии шикам, паст бадунӣ басомади авориз (носурҳои рӯдагӣ, хунравӣ), имконияти истифодаи бедардқунии перидуралӣ, нисбатан бармаҳалтар барқарор шудани вазифаи рӯдаҳо ва хӯрокдиҳии бармаҳали энтералӣ мебошад [27, 30].

Усулҳои камарӣ шароити захбурқуниро комилан беҳтар мегардонанд, аммо душвор ва осебнок мебошанд ва ҳангоми иҷроиши онҳо нигоҳ доштани амали чарроҳӣ, тағир додани ҳолати бемор дар кати ҷароҳат ба амал меояд ва эҳтимолияти хунравӣ аз варидҳои ҷарбуи пасисифоқӣ ва ҷароҳат бардоштани пардаи фастсиалии гурдаҳо ба миён меояд [16]. Дар адабиёти мавҷуда бошад, оид ба масъалаи мазкур маълумот хеле кам буда, гурӯҳи каме беморон таҳлил карда шудаанд.

Вазифаи асосии люмботомия комилан кушодан ва захбурқунии ташкила ва фасод бо вайронкунии часпишҳои ҳуҷайрагӣ, хориҷ намудани эксудати фасоднок, секвестрҳои озодшуда, сохтани фазои ягонаи хуб захбурғшаванда барои санатсияи марҳилагии он ва секвестрэктомия мебошад. Ин қабил манипулятсияҳо ҳадҳои маҳдудқунандаи организмро дар фазои паси сифоқӣ вай-



рон намуда, зарбаи иловагии руҳӣ маҳсуб меёбанд, ки ҳолати беморро вазнинтар намуда, аксуламали илтиҳобии системиявиرو афзун менамоянд [10, 16]. Люмботомия усули беруназсифокӣ ба қисми муайяни фазои паси сифокӣ (сараки ғадуди зери меъда-аз рост, ба думи он-аз чап), чарбуипаранефралӣ (аз чап ё аз рост), қисман ба фазои паракोलӣ мебошад. Бо назардошти ин, люмботомия маҳдуд (бе лапаротомия) ҳангоми ташкил додани мавзеи маҳдуди паси сифокӣ ҳангоми ташкилаҳо (абсессҳо), ки эҳтимолияти секвестратсияи фаъол ва калонҳаҷи ба амал меояд гузаронида мешавад. Ҳангоми фасоднокшавии бевоситаи чарбуи паси сифокӣ аз усули Симон истифода бурда мешавад. Паранефритҳои фасоднок тавассути усулҳои латералӣ аз қафо ва қафову медиалӣ истифода бурда мешавад. Ҳангоми абсессҳои фазои параколӣ усули пешулатералӣ ва ҳангоми абсессҳои чуқури тигигоҳ усулҳои қачи Пирогова, Шевкуненко, Бергмана ва Израэля, ки универсалӣ мебошанд, истифода бурда мешаванд. Усулҳои мазкур маъмулӣ буда, аксаран зарурияти буриши дароз ба амал меояд. Дар баъзе ҳолатҳо то сеяк, ҳатто то ним бурида мешавад [16, 28].

Люмботомия метавонад ҳамчун идомаи амали чарроҳӣ аз усули лапоротомӣ барои муҳайё намудани шароити фароҳам, захбуркунии гравитатсионии мавзёҳои беруназсифокӣ (параколон, паранефрий) ва маҳдудкунии ин мавзёҳо аз ковокии шикам мавриди истифода қарор бигирад. Тавре қайд кардем, басомади фаъти беморон ҳангоми истифодаи усулҳои муқаррарӣ бинобар осебнокии амалҳои такрорӣ, ки дар беморони дорои интоксикатсияи фасоднок ва бемориҳои ҳамрав зиёд мебошад [2].

Дар марҳалаи ҳозира истифодаи мукамали усулҳои лапоротомӣ ва люмботомия танҳо ҳангоми ташхискунии мавзёи (набудани ТУС, ТК, ТМР) асоснок мебошад. Дар дигар ҳолатҳо усули чарроҳӣ бояд бо агрессияи минималӣ гузаронида шавад. Бо назардошти ин, дар амалияи тиб усулҳои алтернативии муолиҷа мавриди истифода қарор гирифтаанд. Мафҳуми "протседураи мало-

инвазивӣ" соли 1984 аз ҷониби Ҷ. Уикхэм пешниҳод гардида, соли 1987 ба таъб расидааст. Дар марҳалаи ҳозира бо ин мафҳум тибқи анъана ҳамаи протседураҳо, ки дар таносуби амалҳои кушода бо амал ва буриши кам амалӣ мегардад, ифода карда мешавад. Дар соҳаҳои чарроҳияи мухталиф бошад, бобҳои ҷудоғона аз қабилӣ "чарроҳияи мниинвазивӣ", "чарроҳии буриши кам" мавриди истифода қарор гирифтаанд. Таи даҳсолаи охир тамоюл ба иҷрокунии амалҳои кам ба назар мерасад ва кунун ҳамаи методологияи чарроҳӣ кӯшиш менамояд, ки ҳарчӣ осебнокии амалҳои чарроҳиро камтар намояд. Истифодаи амалҳои миниинвазивӣ имкон медиҳад, ки басомади амалҳои кушода бинобар ташкилаҳои маҳдуди моёгии ковокии шикам камтар карда шавад. Бо васеъшавии вазифаҳо, ки тавассути усулҳои ултрасадоӣ гузаронида мешавад, эҳтиёҷоти коркарди меъраҳои ташхисӣ ва алгоритмҳои истифодаи технологияи миниинвазивӣ дар муолиҷаи аворизи амалҳои чарроҳӣ дар ковокии шикам ба миён омадааст [24, 31].

Дар марҳалаи ҳозира захбуркунии берунии тавасстипӯстӣ на танҳо дар зери назорати ТУС, балки дар зури назорати томографияи компютерӣ низ амалӣ карда мешавад. Бархе аз олимони хориҷӣ ва ватанӣ дар зери назорати ТК амалӣ намудани ин манипулятсияро бо назардошти баланд будани шароитҳои ташхисии он беҳтар мешуморанд [25]. Таълифоти асосӣ бошанд, ба навигатсияи ТУС-и бахшида шудаанд, зеро бартарияти асосии ТУС аз ТК дар назорати муттасили визуалии рафти манипулятсия мебошад. Ин имкон медиҳад, ки узв ё сохтори дилхоҳ "аз дохил" омӯхта шуда хавфи авориз ҳангоми амали чарроҳӣ ва пас аз он камтар карда шавад [33]. Дар байни чарроҳон нуктаи назари мухталиф оид ба самаранокии санатсияи пӯшида дар таносуби амалҳои чарроҳии анъанавӣ пайдо гардидааст [22, 27]. Бархе аз муаллифон самаранокии баланди истифодаи усули пунксионӣ захбуркуниро дар муолиҷаи фасоднокшавии маҳдудшуда нишон медиҳанд, ки дар 74-85% қисми шифо ёфтаанд. Ҳамин тариқ, дар марҳалаи ҳозира ас-



пиратсияи пунксионӣ ва захбуркунии берунии абсессҳо усули бехтарин барои ин қабил беморон махсуб меёбад [14]. Бартарияти ин усул аз осебпазии минималӣ, самаранокии иқтисодӣ ва кам будани марҳалаи реабилитатсия беморон иборат мебошад. Усул бехисгардонии умумиро талаб намекунад ва аз ҷиҳати иҷроӣ содда мебошад. Ҳангоми иҷроиши он миқдори ками аворизи дохили-амалӣ ва пас аз амали ҷарроҳӣ ба чашм мерасанд ва фавти беморон ба мушоҳида намерасад. Ҳамаи ин бартарихо ин усулро дар байни аксарияти муаллифон қобили қабул мегардонанд. [9, 12].

Ба ақидаи аксарияти муаллифон захбуркунии пунксионӣ "усули интиҳоб" ҳангоми муолиҷаи кистаҳои гадуи зерӣ меъда ба шумор меравад. Ҳамчунин, дар беморони калонсол ва мубталои бемориҳои дилу рағҳо ва роҳҳои нафас усули интиҳоби ба шумор рафта, метавонад ҳамчун марҳалаи якум мавриди истифода қарор бигирад [10, 13]. Норасогии ин усул дар он мебошад, ки он дорой маҳдудияти муолиҷавӣ ҳангоми тавассути захбур берун овардани секвестрҳо мебошад. Тавассути баландкунии амаранокии захбуркунӣ бужкунонии марҳалавии носурҳо бо гузориши дренажҳои диаметрашон калон истифода бурда мешавад [11]. Ҳамчунин, бо роҳи захбуркунии пунксионӣ ревизияи мукаммали асбобии ташкилаи моеъгӣ имконнопазир мебошад. Бархе аз муаллифон чунин мешуморанд, ки андозаи ковокӣ бояд на камтар аз 0,5см ва андозаи секвестрҳои он на зиёдтар аз 3см бошад, зеро ҳангоми калон будани секвестрҳо гирифтани онҳо тавассути сӯзан ва захбурҳо ғайриимкон мебошад. Ин нуқсонҳо қобилияти амалҳои ҷарроҳии миниинвазивиро маҳдуд мегардонанд. Бо назардошти ин, ғайринишондод барои усули пунксионӣ захбуркунӣ секвестрҳои андозаашон калон мебошад, ки онҳоро танҳо бо роҳи кушода метавон бартараф намуд. Ҳамчунин, ғайринишондоди нисбӣ ташкилаҳои бисёрхонаи моеъгии ковокии шикам мебошад, ки ҳангоми ҷой доштани онҳо самаранокии клиникаи усул камтар мегардад [10, 19]. Бо назардошти ин, бархе аз ҷарроҳон ҳангоми захбуркунии беру-

нии тавассутипӯстӣ натиҷаи дилхоҳ ба даст наоварда, ин усулро ҳамчун усули муолиҷа дар марҳалаҳои аввали беморӣ (санатсияи обҳои шадиди гадуи зерӣ меъда, псевдокистаҳои шадиди гадуи зерӣ меъда) махсуб медонанд [21]. Ҳангоми ревизияи аворизи фасоднок бо бофтаҳо дар мавзеи он ё ҷой доштани секвестрҳои калон онҳо тавсия медиханд, ки он на ҳамчун усули муштараки муолиҷа, балки ҳамчун муолиҷаи симптоматикӣ барои омодакунии ба амалҳои ҷарроҳии марҳалавӣ истифода бурда шавад.

Амалҳои ҷарроҳии анъанавиро "стандартӣ тиллоӣ" барои муолиҷаи ин қабил беморон медонанд. Илова бар ин, як қатор омилҳои ҳастанд, ки қобилияти ин усулҳоро маҳдуд мегардонанд. Лаҳзаҳои техникаи набудани "тирезаи ултрасадоӣ", ки баҳодихии ҷойгиршавии найча ва асбобҳоро дар таносуби ташкилаи обӣ ва узвҳои дохилӣ душвор мегардонед, ҷой дорад.

Дар ин ҳолатҳо мучаҳҳазшавии техникӣ ва собиқаи мутахассис мавқеи хосаро ишғол менамоянд [31].

Муолиҷаи миниинвазивии пунксионӣ захбуркунии абсессҳои панкреатитӣ, псевдокистаҳои фасодгирифта дар аксарияти ҳолатҳо самаранок буда, тибқи нишондоди як қатор муаллифон- 81,3% [29], тибқи нишондоди муаллифони дигар, камтар аз он - 68,9% мебошад [32]. Лекин, ҳамчун усули муолиҷавии якмарҳалавӣ ва комил ҳангоми муолиҷаи панкреонекрози фасодгирифтаи маҳдуд истифодаи усули мазкур танҳо ҳангоми ҷой доштани омилҳои зерин мувофиқи мақсад мебошад: секвестратсияи баитмомрасидаи ҷарбуи парапанкреатикӣ дар мавзё; ҷой надоштани секвестрҳои калон, шоҳҳои мураккаб, флегмонаи ҳамрави септикийи ҷарбуи паси сифоқӣ, ҷой доштани "тирезаи акустикӣ" барои захбуркунӣ.

Қобили қайд аст, ки дар бисёр ҳолатҳои беморӣ, ки ба панкреонекрози фасоднок-гашта авориз шудааст, алалхусус ҳангоми секвестратсияи баитмомрасидаи ҷарбуи парапанкреатити, ҷой доштани секвестрҳои калон, ҳатто ҳангоми маҳдудияти мавзеи деструксияи панкреатитӣ муолиҷаи думарҳилагии панкреанекрози фасоднокшуда бо



некрсеквестрэктомия дар марҳалаи дуум ба миён меояд.

Истифодаи муолиҷаи бамарҳилагӣ бо истифодаи технологияи миниинвазивӣ ҳамчун марҳалаи аввал натиҷаи муолиҷаи беморони панкреатити деструктивиро беҳтар мегардонад [27, 30]. Аз ин ҷо метавон хулоса баровард, ки истифодаи муолиҷаи ҷарроҳии марҳилагии муштарак ва усули мукаммали ташхису муолиҷавӣ метавонад боиси беҳтаршавии натоиҷи муолиҷаи беморон бо панкреонекрози фасоднок гардад [25]. Усули миниинвазивӣ чист?. Агар ба умқи он сарфаҳм равем ин захми буридаи андозааш хурд мебошад, аммо дар байни ҷарроҳон ҷиҳати андозаи он андешаҳои мухталиф ҷой дорад. Дар таълифоти худ М.И. Прудков меъёри асосии усули каминвазивиро дар он мебинад, ки панҷа ба ҷароҳат ворид нагардад [6, 13]. Баъзе муаллифон андозаи онро 10 см ва зиёдар аз он шарҳ медиҳанд [7]. Дар адабиёт ақидаи ягона ҷиҳати андозаи усули каминвазивӣ дида намешавад. Тарҳи бурриш ба мавзеи иллатнок тавассути ТУС ва ТК интиҳоб карда мешавад. Буриши амудӣ ба андозаи 3-5 см трансректалӣ бо истифода аз асбобҳои "мини-ассистент" имкон медиҳад боғочи сифокиро ревизия ва марсупилизатсия карда, некрсеквестрэктомия ба амал оварда шавад. Сифати нигариши секвестрҳо беҳтар карда мешавад, агар амали ҷарроҳӣ бо тадқиқоти видеоэндоскопии боғочи сифоқӣ мукамал карда шавад. Ҳангоми паҳн гаштани протсесс ба ҷарбуи паси сифоқӣ люмботомия аз минибурриш ба андозаи 3-5 см, ки пешаки бо ТУС ё ТК муайян карда мешавад, амалӣ карда мешавад [8, 14]. Норасогии ин усул набудани визуализатсияи динамикӣ дар вақти амали ҷарроҳӣ дар мавзеи амали ҷарроҳӣ ва назорати самаранокии санатсияи ковокии фасоднок мебошад. Таи солҳои охир афзалият ба истифодаи усулҳои эндоскопии амали ҷарроҳӣ дода мешавад. [4]. Истифодаи амалҳои ҷарроҳии муштарак, ки ҳангоми он як марҳала дар ковокии шикам бо усули лапороскопӣ, марҳалаи дигар бо минибурриш берун аз ковокии шикам амали карда мешавад. Барои ифода намудани ин қабил амалҳои ҷарроҳӣ мафҳуми амалҳои

ҷарроҳии "бо усули лапороскопӣ ассистент-кунанда" истифода бурда мешавад [2, 13, 25]. Бархе аз муаллифон ин қабил амалҳои ҷарроҳиро ҳамчун "амалҳои ҷарроҳии видеоэндоскопӣ", "амалҳои ҷарроҳии бо изофаи эндоскопӣ", "амалҳои ҷарроҳии бо усули лапороскопӣ ассистенсияшаванда" ифода менамоянд. Дар ин раванд як қатор душворихо барои ба даст овардани маълумоти комил ва таҳлили он ба мушоҳида мерасад ва дар навбати худ серҷабҳои амаҳои ҷарроҳии мазкур стандартизатсия ва муайянкунии сарҳадоти истифодаи онро тақозо менамоянд [4, 7].

Дар амалияи ташкилаҳои моеъгии маҳдудгардидаи ковокии шикам ин қабил амалҳои ҷарроҳӣ бештар ҳангоми псевдокистаҳои андозаашон миёна ва калон бо секвестрҳои дохили ковоқӣ, ки бо усули ТУС ё тадқиқоти рентгенӣ ташхисузорӣ карда шудаанд мавриди истифода қарор гирифтаанд. Ҳамчунин, аз ҳамбастагии усули миниинвазивӣ бо секвестрэктомиямиҳои видеоэндоскопии марҳалавӣ ҳангоми протсессии паҳн гаштаи фасодӣ бо секвестрҳо натиҷаҳои назаррас ба назар мерасанд. Мақсади бевоситаи амали ҷарроҳӣ ташкил додани ковокии калон ва хуб захбуршаванда мебошад, ки ҳамаи мавзӯҳои некроз ва фасоднокшударо бо ҳам мепайвандад. [1, 8, 14].

Ҳамин тариқ, ташкилаҳои моеъгии ковокии шикам ва берун аз сифокии тоза ва фасодгирифта метавонанд омили хеле бадшавии ҳолати умумии бемор гардида, натиҷаи клиникаро муайян намоянд. Бо назардошти ин, новобаста аз усулҳои мухталифи ҷойдоштаи муолиҷаи ҷарроҳии ин қабил беморон натоиҷи ғайриқаноатбахш ба мушоҳида мерасад ва фисади фавт баланд боқӣ мемонад. Ҷорӣ намудани усулҳои муосири технологияи ташхисӣ ва муолиҷавӣ қобилияти ҷарроҳонро ҳангоми интиҳоби усулҳои муолиҷавӣ беҳтар гардондааст. Масъалаи интиҳоби усули ягонаи ҷарроҳӣ ҳангоми муолиҷаи ташкилаҳои моеъгии ковокии шикам ва фазои паси сифоқӣ комилан ҳалли худро наёфтааст, ки омили асосии аворизи мухталиф ва фавти ин қабил беморон боқӣ мемонад.



## АДАБИЁТ

1. Болдовская, Е.А. Применение интраоперационной ультразвуковой навигации в хирургии периапулярной области и поджелудочной железы / Е.А. Болдовская, А.А. Наумов // *Фундаментальные исследования*. - 2011. - № 7. - С.243-247.
2. Бруклич, Н.А. Диагностика и лечение гнойных процессов в забрюшинной клетчатке / Н. А. Бруклич, Е.Г. Нерсесян, Л. В. Феданов и др. // *Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова*. - 2011. - № 11. - С. 37-40.
3. Галимзянов, Ф.В. Инфицированный панкреатогенный инфильтрат, панкреатогенный абсцесс и панкреатогенная флегмона, диагностика и лечение /Ф.В. Галимзянов, М.И. Прудков, О.П. Шаповалова // *Вестник уральской медицинской академической науки*. - 2011. - № 4 (37). - С. 34-37.
4. Демин, Д.Б. Об оптимизации хирургической тактики в лечении панкреонекроза / Д.Б. Демин, В.В. Солосин, А.Г. Григорьев и др. // *Бюллетень ВСНЦ СО РАМН*. - 2012. - № 4 (86), Часть 1. - С. 28-31.
5. Иванов, Ю.В. Эволюция хирургического лечения больных панкреонекрозом / Ю.В. Иванов, Д.Н. Панченко, А.В. Алехнович и др. // *Хирург*. - 2014. - № 2. - С. 76-87.
6. Ивануса, С.Я. Миниинвазивные вмешательства в лечении кист поджелудочной железы / С.Я. Ивануса., М.В. Лазуткин, Д.П. Шершень и др. // *Вестник хирургии им. И.И. Грекова*. - 2013. - Т. 172, -№ 3. - С. 39-41.
7. Красильников, Д.М. Оптимизация хирургического лечения больных панкреонекрозом / Д.М. Красильников, А.В. Абдульянов, М.А. Бородин // *Анналы хирургической гепатологии*. - 2011. - № 1 (16). - С. 66-71.
8. Литвин, А.А. Современные тенденции в хирургическом лечении острого некротизирующего панкреатита, инфицированного панкреонекроза / А.А. Литвин, В.М. Хоха, В.Н. Лурье // *Новости хирургии*. - 2011. - Т. 19, -№ 5. - 138-146.
9. Литвин, А.А. Хирургическое лечение инфицированного панкреонекроза // *Новости хирургии*. - 2011. - Т. 19, -№ 6. - С. 36-44.
10. Ничитайло, М.Е. Кисты и кистозные опухоли поджелудочной железы / М.Е. Ничитайло, Ю.В. Снопко, И.И. Булик. - Киев, 2012. - 536 с.
11. Островерхов, Г.Е. Техника хирургических операций: Портативный атлас / Г.Е. Островерхов, Ю.М. Лопухин, М.Н. Молоденков. - М.: Книга по Требованию, 2012. - 143 с.
12. Охрименко, Г.И. Первый опыт использования миниинвазивных пункционно-дренирующих хирургических вмешательств по поводу жидкостных образований брюшной полости / Г.И. Охрименко, А.В. Клименко, Е.И. Гайдаржи и др. // *Запорожский медицинский журнал*. - 2012. - № 4 (73). - 114-118.
13. Прудков, М.И. Эволюция инфицированного панкреонекроза, диагностика и лечение гнойных осложнений / М.И. Прудков, Ф.В. Галимзянов // *Анналы хирургической гепатологии*. - 2012. - Т. 17, -№ 2. - С. 42-49.143
14. Ребров, А.А. Чрескожные дренирующие операции под контролем УЗИ в лечении больных с ферментативным перитонитом при остром панкреатите тяжелого течения / А.А. Ребров, Д.Ю. Семенов, В.В. Мельников и др. // *Анналы хирургической гепатологии*. - 2012. - Т. 17, -№ 3. - С. 100-103.
15. Тимербулатов, М.В. Комплексный подход к лечению острого панкреатита / М.В. Тимербулатов, Е.И. Сендерович, Р.Р. Рахимов и др. // *Медицинский вестник Башкортостана*. - 2013. - Т. 8, -№ 6.- С. 100-102.
16. Ширшов, И.В. Роль и место люмботомии в хирургическом лечении острого небилиарного инфицированного некротического панкреатита / И.В. Ширшов // *Украинский журнал хирургии*. - 2014. - № 1 (24). - С. 80-85.
17. Alan A. Saber, MD, MS, FACS, FASMBS / Department of Surgery Case Western Reserve School of Medicine. - Cleveland, 2014. - P. 77.



18. Amano, H.J. Therapeutic intervention and surgery of acute pancreatitis / H.J. Amano, T. Takada, S. Isaji et al. // *J. Hepatobiliary Pancreat. Sci.* - 2014. - Vol. 17, - № 1. - P. 57-59.
19. Banks, P.A. Classification of acute pancreatitis 2012: revision of the Atlanta classification and definitions by international consensus / P.A. Banks, T.L. Bollen, C. Dervenis et al. // *Gut.* - 2013. - Vol. 62. - P. 102-111.
20. Blot, S. Critical issues in the clinical management of complicated intra-abdominal infections / S. Blot, J.J. De Waele // *Drugs.* - 2015. - Vol. 65, № 12. - P. 1611-1620.
21. Buchler, M.W. Acute necrotizing pancreatitis: treatment strategy according to the status of infection / M.W. Buchler, B. Gloor, C.A. Muller et al. // *Ann. Surg.* 2015. - Vol. 232, № 5. - P. 619-626.
22. Chuang, H-J. Vertebral tuberculosis presenting as a large retroperitoneal cyst / H-J. Chuang, J-Y. Liu, F-W. Chang et al. // *Taiwan J. Obstet. Gynecol.* - 2014. - Vol. 47, № 2. - P. 247-
23. Fischer, D.R. Surgical peritonitis and other diseases of the peritoneum, mesentery, omentum, and diaphragm / D.R. Fischer, J.B. Matthews // *Gastrointestinal and Liver Disease, 8th edition.* - Philadelphia, 2016. - P. 779-794.
24. Grimm, L. Bedside ultrasonography, abscess evaluation: treatment and medication / L. Grimm, A. Carmody Kristin // *Specialties Clinical Procedures Radiology.* - 2014. - P. 45-
25. Halkic, N. Indications and results of retroperitoneal laparostomy in the treatment of infected acute necrotizing pancreatitis / N. Halkic, E. Pezzetta, A. Abdelmoumene et al. // *Minerva. Chir.* - 2013. - Vol. 58, № 1. - P. 97-99.
26. Hans, G. Beger. Acute pancreatitis: who needs an operation? / G. Beger Hans, Isenmann Rainer // *J. Hepatobil. Pancreat. Surg.* - 2012. - Vol. 9. - P. 436-442.
27. Hartwig, W. Reduction in mortality with delayed surgical therapy of severe pancreatitis / W. Hartwig, S.M. Maksan, T. Foitzik et al. // *J. Gastrointest. Surg.* - 2012. - Vol. 6. - P. 481-
28. IAP/APA Acute Pancreatitis Guidelines: IAP/APA evidence-based guidelines for the management of acute pancreatitis / Working Group // *Pancreatology.* - 2013. - Vol. 13, - № 4. - Suppl. 2. - E. 1-15.
29. Men, S. Percutaneous drainage of abdominal abscess / S. Men, O. Akhan, M. Koroglu // *Eur. J. Radiol.* - 2012. - Vol. 43, - № 3. - P. 204-218.
30. Munoz, A. Diagnosis and management of acute pancreatitis / A. Munoz, D.A. Katemdahl // *Am. Famous Physician* - 2012. - Vol. 62. - P. 164-174.
31. Nakamoto, D.A. Emergent ultrasound interventions / D.A. Nakamoto, J.R. Haaga // *Radiologic Clinics of North America.* - 2014. - Vol. 42, - № 2. - P. 114-121.
32. Perez, J. Clinical course, treatment, and multivariate analysis of risk factors for pyogenic liver abscess / J. Perez, J. Gonzalez, R. Baldonado et al. // *American Journal of Surgery.* - 2013. - Vol. 181, № 2. - P. 379-390.
33. Saleem, M. Ultrasound guided percutaneous drainage of abdominal abscesses / M. Saleem, N. Ahmad, I. Ahsan // *J. Park. Med. Assoc.* - 2014. - Vol. 50, - № 2. - P. 50-53.

**Хулоса.** Дар мақола нишондоди адабиёти мавҷуда оид ба таҳлили натоиҷи ташхис ва муолиҷаи беморон бо ташкилаҳои моеъгии ковокии шикам ва фазои пасисифоқӣ баррасӣ шудааст. Тибқи нишондоди аксарияти муаллифон усулҳои асосии ташхиси ташкилаҳои ковокии шикам ва фазои пасисифоқӣ ташхиси ултрасадоӣ ва томографияи компютерӣ маҳсуб меёбад.

Ташкилаҳои моеъгии дохили шикам ва пасисифоқии тоза ва фасоднок метавонанд сабаби бадшавии ҳолати бемор гардида, ҳамчун омили муайянкунанда натиҷаро муайян намоянд. Бо назардошти ин,

новобаста аз усулҳои ҷарроҳии дар амалияи клиникӣ ҷойдошта натиҷаҳо ғайриқаноатбахш боқӣ мемонанд ва басомади ғайри беморон баланд мебошад. Ҷорӣ намудани усулҳои муосири ташхис ва муолиҷа шароити ҷарроҳонро ҳангоми интиҳоби усулҳои муолиҷавӣ беҳтар намулдааст, лекин новобаста аз ин, масъалаи интиҳоби усули ягонаи ҷарроҳӣ ҳангоми муолиҷаи ташкилаҳои моеъгии ковокии шикам ва фазои пасисифоқӣ ҳалли мукамали худро наёфтааст.

**Калидвожаҳо:** мини буриш, навигатсияи ултрасадоӣ, ташкилаи моеъгӣ, захбуркунӣ.





## ЭВОЛЮЦИЯ ХИРУРГИЧЕСКИХ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ БОЛНЫХ С ЖИДКОСТНЫМИ СКОПЛЕНИЯМИ В БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ И ЗАБРЮШИННОМ ПРОСТРАНСТВЕ (обзор литературы)

**Резюме.** В статье представлен обзор существующей литературы по данным анализа результатов диагностики и лечения пациентов с жидкостными скоплениями в брюшной полости и забрюшинного пространства. По мнению большинства авторов, ультразвуковая визуализация и компьютерная томография, являются основными методами диагностики жидкостных скоплений в брюшной полости и забрюшинного пространства.

Асептические и инфицированные жидкостные скопления в брюшной полости и забрюшинном пространстве могут создать ухудшение в состоянии здоровья пациентов и служить серьёзным определяющим факто-

ром. Однако, независимо от хирургических вмешательств, доступные в клинической практике, результаты лечения остаются неудовлетворительными, а уровень смертности достаточно высоким. Внедрение современных методов диагностики в лечении, улучшило условия к выбору хирургического вмешательства. Однако вопрос о выборе единого хирургического метода для лечения жидкостных скоплений в брюшной полости и забрюшинного пространства до сих пор полностью не решен.

**Ключевые слова:** мини доступ, ультразвуковая навигация, жидкостные скопления в брюшной полости и забрюшинного пространства, дренирование.

## EVOLUTION OF SURGICAL APPROACHES TO TREATMENT OF PATIENTS WITH LIQUID FORMATIONS OF THE ABDOMINAL CAVITY AND ABRASONAL SPACE (literature review)

**Summary.** In this paper, we analyze the review of literature data on the study of the results of diagnosis and treatment of patients with fluid formations of the abdominal cavity and retroperitoneal space. According to most modern authors, the main diagnostic methods for fluid formations of the abdominal cavity and retroperitoneal space are ultrasound and computed tomography.

Intraperitoneal and retroperitoneal fluid formations, both sterile and infected, can critically worsen the patient's condition and come to the fore, determining the clinical outcome. Therefore,

despite the variety of methods of surgical treatment of this category of patients existing in clinical practice, the results of treatment remain unsatisfactory, and mortality is unacceptably high. The introduction of high-tech diagnostic and treatment methods has greatly expanded the ability of surgeons to choose surgical treatment methods. Despite this, the question of choosing a unified surgical approach in the treatment of fluid formations of the abdominal cavity and retroperitoneal space remains open

**Key words:** mini-access, ultrasonic navigation, liquid accumulation, drainage.

*Назаров Шохин Кувватович - д.и.т, профессор, мудири кафедраи бемориҳои ҷарроҳии №1 МДТ ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино. E.mail: shohin67@mail.ru, тел.: 93-588-26-36.*

*Додихудоев Рахматулло Аламишоевич - аспирантикафедраи бемориҳои ҷарроҳии №1 МДТ ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино*

*E.mail: rahmatullo.dodixudoev@mail.ru тел: 98-913-30-00*

*Амиров Чахонгир Норбоевич - духтур-ҷарроҳ, МД МТШ №2 ба номи К.Т. Тоҷиев. E.mail: rahmatullo.dodixudoev@mail.ru тел: 93-593-51-22*



**Назаров Шохин Кувватович** - д.м.н, профессор, заведующий кафедрой хирургических болезней №1 ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. E.mail: shohin67@mail.ru , тел.: 93-588-26-36  
**Додихудоев Рахматулло Аламишоевич** - аспирант кафедры хирургических болезней №1 ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. E.mail: rahmatullo.dodixudoev@mail.ru тел.: 98-913-30-00  
**Амиров Джахонгир Норбоевич**- врач-хирург, ГУ ГМЦ №2 имени К.Т. Таджиева  
 E.mail: rahmatullo.dodixudoev@mail.ru тел.: 93-593-51-22

**Nazarov Shohin Kuvvatovich** - Doctor of medical sciences, Head of the Department of Surgical Diseases №1, ATSMU. E.mail: shohin67@mail.ru , tel: 93-588-26-36  
**Dodikhudoev Rahmatullo Alamshoevich** - graduate student of the Department of Surgical Diseases №1, ATSMU. E.mail: rahmatullo.dodixudoev@mail.ru тел.: 98-913-30-00  
**Amirov Jahongir Norboevich**-surgeon, City medical center "№2, named after K.T. Tajiev  
 E.mail: rahmatullo.dodixudoev@mail.ru тел.: 93-593-51-22

## РОҶҶОИ БЕҲТАР СОҲТАНИ ГЕРНИОПЛАСТИКАИ ПАСАЗҶАРРОҶИИ ҶУРРАҶОИ ВЕНТРАЛӢ

**Р.Рахматуллоев, Ш.Б.Полвонов**

Кафедраи амалияи ҷарроҳӣ ва анатомияи топографӣ (мудири кафедра н.и.т., дотсент Ҷ.М.Қурбонов) - и МДТ "ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино", кафедраи бемориҳои ҷарроҳии (мудири кафедра, д.и.т., Полвонов Ш. Б.), МДТ "Донишгоҳи миллии Тоҷикистон".

**Муқаддима.** Табобати ҷурраҳои вентралӣ пасазҷарроҳӣ дар ҷарроҳии абдомилии муосир проблемаи актуалӣ боқӣ мемонад [1-3]. То 25%-и ҳамаи ҷарроҳиҳо, ки дар шӯбаи ҷарроҳӣ иҷро карда мешаванд ба герниопластика дохил мешаванд [4,5], ки аз онҳо 22% -ро ҷарроҳиҳои ҷурраҳои вентралӣ пасазҷарроҳӣ ташиқ медиҳанд.

Дар айни замон зиёда аз 30 усули табобати ҷарроҳии ҷурраҳои вентралӣ пасазҷарроҳӣ маълум аст, ки онҳоро шартан ба 3 гурӯҳ ҷудо мекунанд: пластика бо бофтаҳои маҳаллӣ, истифодаи маводҳои гуногуни пластикӣ (аутодерма, пардаи саҳти майнаи сар, диаграммаи биологӣ, маводҳои синтетикӣ полимерӣ), пластикаи омехта [6]. Ба ин қадар усулҳои пешниҳодшуда нигоҳ накарда, фоизи умумии ретсидивҳои пайдошуда баланд боқӣ мемонад ва то 61,2% мерасад [7]. Мувофиқи тавсияҳои 20-умин конгресси байналмилалӣ чамбияти аврупой оид ба ҷурра (GREPA, с.1999) пластика бо бофтаҳои мавзей танҳо ҳангоми ҷурраҳои баъдазҷарроҳии вентралӣ (ҶБҶВ) бо нуқсонҳои ҷуррави зиёда аз 5,0 см нишондод дорад. Ҳангоми калон будани андозаи ҷурраҳо басомади ретсидивҳо ҳангоми истифода намудани ин намуди плавати-

каи то 50% мерасад [8].

Ҷарроҳии типӣ "components separation", ки аз тарафи ҷарроҳони америкӣ барои табобати ҷурраҳои калони пасазҷарроҳии вентралӣ, ки дар заминаи бурришиҳои марҳилавии релаксионии девораи шикам иҷро карда шудаанд, хеле осебпазир аст ва наметавонанд барои истифодаи васеъ иавсия карда шаванд [9].

Дар ҳоли ҳозир дар байни герниологҳо усули пӯшонидани нуқсонҳои ҷурра бо маводи гуногуни полимерӣ бештар маъмул шуда истодааст. Истифодаи онҳо имконият медиҳад, ки принципи асосии герниопластика "бе тарангкунӣ" риоя ва басомади ретсидивҳо то 5-10% [10] кам карда шаванд. Аммо пас аз аллопластика дар 20,9-49,2%-и ҳолатҳо имконияти пайдо шудани оризаҳои гуногуни махсуси ҷарроҳат, монанди эксудатсияи тӯлонӣ аз ҷарроҳат, серома, инфилтрати ҷарроҳат, фасодгирии ҷарроҳат, носури байни пӯст ва трансплантат, гранулема ва ғ. [6]. Пайдо шудани ин оризаҳо асосан аз дараҷаи осебпазирӣ ва давомнокии ҷарроҳӣ, вариантҳои ҷойгиркунонидани эндопротез ба ҷарроҳат (sublay, inlay, onlay), сифати маводи аллопластикӣ вобастаанд [2].

Ба он нигоҳ накарда, ки усулҳои аллопласти-



кии герниопластика самаранок ба ҳисоб мераванд, ҳоло мақсаднокки истифода кардани он, нишондод ва зиддинишондод дар табобати чарроҳии ЧБҚВ-и фишорёфта ба таври ниҳой муайян карда нашудааст [10]. Дар ҳоли ҳозир омилҳои пайдошавии чурраҳои пасазчарроҳии вентралӣ муфассал омӯхта шудааст. Аммо самаранокки усулҳои пешниҳодшуда ва профилактикаи онҳо (стимулятсияи протсессҳои репаративӣ дар ҷароҳати чарроҳишаванда, пешгирии фасодгирии ҷароҳати пасазчарроҳӣ, устувор кардани минтақаи чарроҳишуда бо бофтаҳои мавзей) кам буд. Усули ояндадори пешгирии пайдошавии ЧБҚВ аллопротезкунии эҳтиётӣ ба ҳисоб меравад [11]. Натиҷаҳои аллопластикаи превентивӣ (эҳтиётӣ) то ҳанӯз ба қадри кофӣ омӯхта нашудааст ва дар адабиёти илми тиббӣ кам ба назар мерасад.

**Ҳадафи таҳқиқот:** омӯхтани натиҷаҳои наздик ва дури табобати чарроҳии беморони дорои чурраҳои пасазчарроҳии вентралӣ бо истифода аз усулҳои ауто- ва аллопластикӣ ва имконияти истифодаи ин усулҳо дар шароити беморхонаи ноҳия.

**Мавод ва усулҳои таҳқиқот.** Дар таҳқиқоти ретроспективии назоратнашаванда натиҷаҳои наздик ва дури табобати 59 бемори (48 зан ва 11 мард) чурраҳои пасазчарроҳии вентралӣ дар синну соли аз 27 то 76-сола (ба ҳисоби миёна 63 сол), ки дар солҳои 2013-2019 чарроҳӣ шуда буданд. Ба таври нақшавӣ 54 (91,5%) бемор чарроҳӣ шуд. дар 5 нафар бемор (8,5%) чарроҳӣ аз хусуси чурраҳои фишурдашудаи пасазчарроҳии вентралӣ иҷро карда шуд. ҳамаи бемороне, ки ба статсионари чарроҳӣ ба таври нақшавӣ ворид шуда буданд, дар шароити амбулаторӣ таҳқиқ карда шуданд. Дар 39 бемор (72,2%) бемориҳои ҳамроҳшуда (чарбсорӣ, бемориҳои фишорбаландӣ, бемориҳои шишемикии дил, бемориҳои варикозии андомҳои поёни) ошкор карда шуд. Дар таҳқиқоти худ мо аз таснифи чурраҳои пасазчарроҳии вентралиро Chevrel-Rath истифода намудем [9]. Ин тасниф дар заминаи муайян кардани се параметри асосии чурра сохта шудааст: ҷойгиришавии анатомӣ дар девораи шикам - миёна (М): М1 - болоинофӣ, М2 - наздинофӣ, М3 - зеринофӣ, М4 -

дар ноҳияи шоҳаи ханҷарӣ ё лона; паҳлӯӣ (L): L1 - зерқабурғавӣ, L2 - кундаланг, L3 - тилхигоҳӣ, L4 - камарӣ; васеъгии дарвозаи чурра (W): W1 - то 5 см, W2 - 5-10 см, W3 - 10-15 см, W4 - зиёда аз 15 см; мавҷудият ва миқдори ретсидивҳои чурра пас аз барвақт иҷро намудани герниопластика (R): R0, R1, R2, R3 ва г. Аз 59-бемор 54 бемор (91,5%) дорои чурраи миёна (М) буд: М1 - 35 (64,8%), М2 - 5 (9,3%), М3 - 14 бемор (25,9%). чурраҳои пасазчарроҳии вентралӣ паҳлӯӣ (L) дар 5 бемор буд (8,5%): (L3) - дар як нафар (20,0%); (L4) - дар 4 бемор (80,0%). Аз рӯйи васеъгии дарвозаи чурра (W): W1 - дар 20 бемор (33,9%), W2 - дар 19 нафар (32,2%), W3 - дар 18-бемор (30,5%), W4 - дар ду бемор (3,4%). Дар 13-бемор (22,0%) - такрорӣ (R1-R4) ЧБҚВ.

Дар 46 бемор (78,0%) чурраҳои пасазчарроҳии вентралӣ баъди чарроҳии зерини қаблан гузаронидашуда пайдо шудаанд: пас аз холесистэктомия аз дастраскунии анъанавии болои миёнаи верхнесрединного лапаротомӣ дар 19 (41,3%) бемор рух дод, пас аз дастраскунии миёнаи чарроҳӣ ҳангоми патологияҳои шадиди чарроҳӣ ва садамаҳои узвҳои ковокии шикам - дар 12 нафар (26,0%), бурришҳои поёни миёна аз хусуси бемориҳои гинекологӣ дар 8 нафар (17,4%), дастраскунии лапаротомӣ ва люмботомӣ аз бемориҳои онкологии узвҳои ковокии шикам ва фосилаи паситуйӣ - дар 5 нафар (10,9%), дастраскунии люмботомӣ аз хусуси бемориҳои санги пешоб - дар ду бемор (4,3%). Дар 13 бемор (20,4%) чурраҳои такроршавандаи девораи шикам дида шуд: пас аз чарроҳии барқарорсозӣ аз хусуси чурраҳои аввалияи вентралӣ аз бофтаҳои мавзей - дар нафар 10-ти (76,9%), герниопластика бо дарбеҳи депителлизатсионии аутодермалӣ тибқи усули В. Н. Янов - дар се бемор (23,0%). Пайдо шудани ретсидивҳо ва чурраҳои пасазчарроҳии вентралӣ дар беморон дар муҳлатҳои аз ду моҳ то ним сол пас аз чарроҳии аз сар гузаронидашуда ба мушоҳида расид.

Беморони дорои андозаи дарвозаи чурра W1 (20 бемор), ки дар онҳо герниопластика бо бофтаҳои мавзей, омодагии пешазчарроҳӣ гузаронида нашуд.



Дар беморони дорои нуқсони чурра W2-W4 (39 бемор), ки дар онҳо пешакӣ гузаронидани аллопластика ба нақша гирифта шуда буд, дар давоми 7 шабонарӯз то ҷарроҳӣ парҳези бедажголи таъйин карданд. Антибиотикопрофилактика бо воридсозии яккаратаи дохилваридии 1000 мг сефтриаксон 45 дақиқа то саривавии ҷарроҳӣ амалӣ карда шуд.

Вариантҳои ҷарроҳиҳои барқарорсозӣ ва хусусиятҳои ҷойгиршавии имплантантҳои тӯрӣ дар беморони ҷарроҳишуда дар ҷадвали 1 оварда шудааст.

Тавре ки аз ҷадвали 1 бармеояд, двар 18 бемори (30,5%) дорои васеъгии дарвозаи чурра W1 вариантҳои гуногуни пластика бо бофтаҳои мавзей (Мейо, Сапезко) истифода гардид.

Дар ҳамаи ҳолатҳо дренажгузори ҷароҳатҳои пасазҷарроҳӣ гузаронида нашуд. Давомнокии миёнаи дар статсионар будан дар ин гурӯҳи беморон 5/8к/рӯзро ташиқил дод. Герниопластикаи протезӣ дар 41 бемор (69,5%) иҷро гардид, ки дар ин маврид 5 нафари онҳо (12,2%) аз хусуси ЧБЧВ-и фишорёфта ба таври таъҷили ҷарроҳӣ шуда буданд. Нишондодҳо барои герниопластикаи протезӣ ҷурраҳои ретсидивии абдоминалии андозаашон гуногун ё ЧБЧВ-и фишорёфта бл васеъгии дарвозаи чурра W2-W4 ба шумор мераванд.

Ҳангоми иҷро намудани герниопластикаи протезӣ аз хусуси ҷурраҳои миёна (М) (36 бемор), дар 14 (38,9%) -и беморон пас аз пӯшида шудани ковокии шикам бо дӯхтани шикампарда ё боқимондаи халтаи чурра эндопротезро дар фосилаи пеши шикам ҷойгир намуданд. Канори эндопротезро аз таги канори дарвозаи чурра на камтар аз 5-7 см бо дарзҳои бефосила бо риштаи полипропиленӣ № 2/0 ба сатҳи ақибии фассияи кундаланг медӯзанд.

Ҳангоми тағйиротҳои возеҳи хадшавӣ дар ноҳияи дарвозаи чурра ва номумкин будани тоннелсозии фосилаи пеши шикампарда дар 13 бемор (36,1%) эндопротезҳои дар байни мушакҳо ҷойгиршудаи тӯрӣ мувофиқи усули Rives мавриди истифода қарор дода шуд [12]. Дар ин маврид дар 5 бемор (38,5%) аз 13 бемор ковокии шикамро бо роҳи дӯхтани баргакҳои ақибии гилофаи кушодашудаи мушакҳои мустақими шикам аз ҷароҳати ҷарро-

ҳишуда ҷудо карданд. Ҳамзамон транспозитсияи мушакҳои мустақими шикам дар мавқеи миёна бо фиксатсияи байни тарафҳои медиалии якдигари онҳо бо кӯкҳои викрилий сураг гирифт. Эндопротезҳои тӯриро дар болои мушакҳои мустақими шикам ҷойгир намуда бо дарзҳои бефосила бо риштаҳои полипропиленӣ №20 ба баргакҳои сифоқи мушакҳои мустақими шикам дӯхтанд. Бинобар возеҳ будани диастази возеҳи канорҳои дарвозаи чурра ҷо ба ҷо кардани баргакҳои ақибии гилофаи мушакҳои мустақими шикам бидуни тарангкунӣ на ҳамеша имконпазир буд. Барои ҳамин ҳам дар 8 бемори ин гурӯҳ (61,5%) қабзаи ҷарбуи калонро бевосита дар канорҳои баргакҳои ақибии сифоқҳои кушодашудаи мушакҳои мустақими шикамро дар ҳама параметрҳои ҷароҳат дӯхтанд. Имплантантҳои тӯриро дар таги мушакҳои мустақими шикам ҷойгир карданд ва бо дарзҳои бефосилаи риштаҳои полипропиленӣ №20 ба баргакҳои ақибии гилофаи мушакҳои мустақим ё ба фассияҳои кундаланг дӯхтанд. Дар 9 бемор (25%) аз 36 беморон бо бофтаҳои мавзей пӯшонидани ковокии шикам имконнопазир буд; ковокии шикамро аз ҷароҳати ҷарроҳӣ бо ҷарби калон ва ҷойгир кунонидани эндопротези тӯрӣ дар болои ҷарбу дар дохили шикампарда бо усули В. В. Жебровский бо даровардани канорҳои дарвозаи чурра ба таги халтаи чурра на камтар аз 5-7 см анҷом доданд [7].

Ҳангоми ҷарроҳиҳо аз хусуси ҷурраҳои баъдиҷарроҳии вентралӣ камарӣ (L4) (дар 5 бемор) халтаи чурраро аз бофтаҳои атрофаи бе кушодани он ҷудо карданд. Дар ҳамаи ҳолатҳо эндопротези тӯрӣ дар фосилаи пеши шикампарда ҷойгир кунонида шуд. Боз дар се бемори дигар, ки ба гурӯҳи беморони дорои ҷурраҳои вентралӣ дохил карда нашуда буданд (59 бемор), вале омили хатари пайдошавии ии ҷурраҳои вентралӣ баъдиҷарроҳиро доштанд (беморони калонсоли ҷинси зан, бо чаибсории дараҷаҳои II-III), пеш аз анҷом додани холесистэктомияи нақшавӣ аз дастраскунии анъанавии болоиву мобайнии аллопластикаи пеширикунандаи девораи пеши шикампарда бо ҷойгиркунониҳои эндопротези тӯрӣ иҷро карда шуд, дар фосилаи пеши шикампарда бошад, *sublay*. Аз миқдори умумии



беморон, ки дар онҳо эндопротезкунӣ (дар 41 бемор) гузаронида шуда буд, дар 28 бемор (68,3 %) тӯри полипропиленӣ истифода карда шуд.

Бо мақсади пешгирӣ намудани ретсидиви чурра гирифтани бандаж дар давоми 8-12 моҳ пас аз ҷарроҳӣ тавсия карда шуд.

Давомнокии миёнаи дар статсионар мондани беморон пас аз герниопластикаи протезӣ 9,7 к/рӯз буд. Аммо дар сурати "ором" будани ҷараёни давраи пас аз ҷарроҳӣ, баъзе беморон ваз статсионар дар шабонарӯзи 3-4 пас аз ҷарроҳӣ рухсат шуданд.

#### **Натиҷаҳо ва баррасии онҳо.**

Дар 18 бемор, кидар онҳо пластика бо бофтаҳои мавзей иҷро карда шуда буд, давраи пасазҷарроҳӣ бидуни оритза гузаист.

Пас аз герниопластикаи протезӣ (41 бемор) дар 5 бемор (12,2 %) ориза ба қайд гирифта шуд: 4 нафари онҳо ба таври нақшавӣ ҷарроҳӣ шуда буданд, як зани бемор аз хусуси ЧБҚВ-и фишорёфта ҷарроҳӣ шуда буд. Дар ҳамаи беморон эндопротези тӯрӣ дар inlay ҷойгир карда шуда буд. Оризаҳои пайдошуда хусусияти оризаҳои махсуси ҷарроҳиро доранд; инфилтрати илтиҳобии ноҳияи ҷароҳати пасазҷарроҳӣ- як бемор; фасодгирӣ дар ҷароҳати пасазҷарроҳӣ дар тамоми тӯли он - як бемор (ҷароҳат бо усули кушода санатсия карда шуд, бо тарангкунии такрорӣ шифо ёфт). Дар ҳамаи ҳолатҳои табоботи оризаҳои ҷароҳатҳо зарурати эндопротези тӯриро гирифтани ба миён наомад. Муҳлати муоина кардани беморон аз 6 моҳ то 5 солро дар бар гирифт. Аз 18 бемор, ки дар онҳо герниопластикаи бо бофтаҳои мавзей иҷро карда шуда буд, 13 бемор (72,2 %) таҳқиқ карда шуд. Ретсидиви чурра дар ин гурӯҳ муайян карда нашуд. Аз бемороне (41 бемор), ки дар онҳо герниопластикаи протезӣ иҷро карда шуда буд, 34 (82,9 %) бемор таҳқиқ карда шуд. Ретсидиви чурраҳо дар се бемор (8,8 %) муайян карда шуд. Ҳамаи беморон аз хусуси ЧБҚВ-и миёна (М) дар давраи азхудкунии аллопластика ҷарроҳӣ карда шуда буданд. Дар ду бемор эндопротези тӯрӣ дар равиши хазшаи собиқи пасазҷарроҳӣ ҷойгир набуд. Чунин меҳисобем, ки сабаби пайдо шудани ретсидив дар ин ду бемор ташихис карда на-

шуда буд ва дефектҳо дар имплантанти маҳкам карданаи шудаи ноҳияҳои апоневроз бартаараф карда нашуданд. Барои ҳамин ҳам минбаъд бо мақсади пешгирӣ намудани пайдошавии ретсидивҳо мо ё апоневрозо дар равиши ҳамаи ҳадшаи пасазҷарроҳӣ чок кардем ва ё бо роҳи тоннелсозӣ дар фазои пеши шикампарда барои ҷобаҷо кардани эндопротез дар тағи апоневроз дар тамоми равиши ҳадшаи собиқи пасазҷарроҳӣ майдон сохтанд. Боз дар як бемор сабаби имконпазири ретсидиви ЧБВҚ мумкин аст, ки истифодаи эндопротези андозааш нокифоя бошад.

Дар 31 бемор (91,2 %) аз 34-бемори таҳқиқшуда ретсидиви чурра, эҳсосоти дарднокӣ, эҳсоси ҷисми бегона дар минтақаи герниопластикаи дида нашуд; онҳо ба корҳои рӯзмараи маъмулӣ баргаишанд.

#### **Хулосаҳо**

1. Усулҳои аутопластии герниопластикаи ҳангоми васеъгии дарвозаи чурра W1 (бо усули Chevrel-Rath) натиҷаҳои қаноатбахши наздик ва дури табоботи беморонро таъмин мекунад.

2. Нишондодҳо барои иҷро намудани герниопластикаи протезӣ мавҷуд будани чурраҳои ретсидивии абдоминалии андозаашон гуногун ё ЧБҚВ васеъгии дарвозаи чурра W2-W4 бо усули Chevrel-Rath мебошанд; усулҳои аллопластикӣ натиҷаҳои қаноатбахши наздик ва дури табоботи беморонро таъмин мекунад.

3. Вариантҳои ҷойгиркунонии эндопротези тӯрӣ дар бофтаҳои девораи шикам нисбат ба апоневроз (sublay, inlay, onlay) аз васеъгии дарвозаи чурра вобаста аст.

Раҳматуллоев Раҳимҷон, д.и.т., сардухтури ЧДММ "Маркази ташихису табоботии Вароруд", ассистенти кафедраи амалияи ҷарроҳӣ ва анатомияи топографӣ, тел.: +992-93-505-76-43

Полвонов Шукрулло Бобоевич, д.и.т., дотсент, мудири кафедраи бемориҳои ҷарроҳии МДТ "Донишгоҳи миллии Тоҷикистон", тел.: +992-907-71-71-99

Раҳматуллоев Раҳимдҷон, д.м.н., главный врач ОАО "Лечебно-диагностический центр Вароруд", ассистент кафедрой оперативной хирургии и топографической анатомии тел.:



## АДАБИЁТ

1. Чистяков, А.А. Опыт хирургического лечения послеоперационных вентральных грыж / А. А. Чистяков // Современные методы герниопластики и абдоминопластики с применением полимерных имплантатов : материалы 1-й Международной конференции. - М., 2003. - С. 44-46.
2. Han, J. G. Operative treatment of ventral hernia using prosthetic materials / J. G. Han, S. Z. Ma, J. K. Song, Z. J. Wang. - Hernia, 2007. - № 11. - P. 419-423.
3. 4. Bernard, C. Repair of giant incisional abdominal wall hernias using open intraperitoneal mesh / C. Bernard, C. Polliand, L. Mutelica, G. Champault. - Hernia, 2007. - V. 11. - P. 315-320.
5. Millikan, K. W. Incisional hernia repair / K. W. Millikan. - Surgery Clin. - 2003. - V. 83. - P. 1223-1224.
6. Самойлов, А. В. Осложнения протезирующей вентропластики / А. В. Самойлов // Вестник герниологии. - 2006. - Вып. II. - С. 168-171.
7. Жебровский, В. В. Хирургия грыж живота / В. В. Жебровский. - М. : МИА, 2005. - 364 с.
8. Белоконев, В. И. Патогенез и хирургическое лечение послеоперационных вентральных грыж / В. И. Белоконев. - Самара : ГП "Перспектива", 2005. - 208 с.
9. Korenkov, M. Classification and surgical treatment of incisional hernia / M. Korenkov [et al.] // Results of an experts' meeting. Langenbeck's Arch. Surg. - 2001. - V. 386. - P. 65-73.
10. Ягудин, М. К. Роль этапной реконструкции передней брюшной стенки при больших и гигантских послеоперационных грыжах / М. К. Ягудин // Хирургия. - 2005. - № 9. - С. 69-72.
11. Нелюбин, П. С. Хирургическое лечение больных с послеоперационными и рецидивными вентральными грыжами / П. С. Нелюбин, Е. А. Галота, А. Д. Тимошин // Хирургия. - 2007. - № 7. - С. 69-74.

**Хадафи тахкикот:** омӯхтани натиҷаҳои наздик ва дури таъбаоти ҷарроҳии беморони дорои ҷурраҳои пасазҷарроҳии вентралӣ бо истифода аз усулҳои ауто- ва аллопластикӣ.

**Мавод ва усулҳои тахкикот.** Дар тахқиқоти ретроспективии назоратнашаванда натиҷаҳои наздик ва дури таъбаоти 59 бемори (48 зан ва 11 мард) ҷурраҳои пасазҷарроҳии вентралӣ дар синну соли аз 27 то 76-сола (ба ҳисоби миёна 63 сол), ки дар солҳои 2013-2019 ҷарроҳӣ шуда буданд.

**Натиҷаҳо ва баррасии онҳо.** Дар 18 бемор, кидар онҳо пластика бо бофтаҳои мавзей иҷро карда шуда буд, давраи пасазҷарроҳӣ бидуни оритза гузашт. Пас аз герниопластикаи протезӣ (41 бемор) дар 5 бемор (12,2 %) ориза ба қайд гирифта шуд: 4 нафари онҳо ба таври нақшавӣ ҷарроҳӣ шуда буданд, як зани бемор аз хусуси ЧБҚВ- и фишорёфта ҷарроҳӣ шуда буд. Дар ҳамаи беморон эндопротези тӯрӣ дар

inlay ҷойгир карда шуда буд. Оризаҳои пайдошуда хусусияти оризаҳои махсуси ҷарроҳиро доранд; инфилтратаи илтиҳобии ноҳияи ҷароҳати пасазҷарроҳӣ- як бемор; фасодгирӣ дар ҷароҳати пасазҷарроҳӣ дар тамоми тӯли он - як бемор (ҷароҳат бо усули кушода санатсия карда шуд, бо тарангкунии такрорӣ шифо ёфт). Дар ҳамаи ҳолатҳои таъбаоти оризаҳои ҷароҳатҳо зарурати эндопротези тӯриро гирифтани ба миён наомад.

**Хулоса.** Нишондодҳо барои иҷро намудани герниопластикаи протезӣ мавҷуд будани ҷурраҳои ретсидивии абдоминалии андозаашон гуногун ё ЧБҚВ васеъгии дарвозаи ҷурра W2-W4 бо усули Chevrel-Rath мебошанд; усулҳои аллопластикӣ натиҷаҳои қаноатбахши наздик ва дури таъбаоти беморонро таъмин мекунад.

**Калимаҳои калидӣ:** ҷурраи вентралии пасазҷарроҳӣ, протезҳои тӯрдор, герниопластика.



## ПУТИ УЛУЧШЕНИЕ ГЕРНИОПЛАСТИКИ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ВЕНТРАЛЬНЫХ ГРЫЖ

**Р.Рахматуллоев, Ш.Б.Полвонов**

Кафедраи оперативной хирургии и топографической анатомии (зав. кафедра к.м.н.,  
доцент Дж.М.Курбонов) ГОУ "ТГМУ имени Абуали ибни Сино"

**Цель исследования:** изучить ближайшие и отдаленные результаты оперативного лечения пациентов с послеоперационными вентральными грыжами с использованием ауто- и аллопластических методов и возможность применения этих методов.

**Материал и методы.** В ретроспективном неконтролируемом исследовании изучены ближайшие и отдаленные результаты лечения 59 больных (48 женщин и 11 мужчин) с послеоперационными вентральными грыжами, оперированных с.2013 по 2019.

**Результаты.** У 18-ти больных, которым была выполнена пластика местными тканями, послеоперационный период протекал без каких-либо осложнений. После протезирующей герниопластики (41 пациент) осложнения были отмечены у пяти пациентов (12,2 %): четверо из них были оперированы в плановом порядке, одна больная оперирована по поводу ущемленной ПОВГ. У всех этих больных сетчатый эндопротез

был размещен inlay. Возникшие осложнения носили характер специфических раневых осложнений: воспалительный инфильтрат области послеоперационной раны - один больной; длительная, более 12 суток, лимфоррея - одна больная; нагноение послеоперационной раны на всем ее протяжении - один больной (рана санирована открытым методом, зажила вторичным натяжением); формирование сером области послеоперационного рубца - две больные.

**Вывод.** Показаниями для выполнения протезирующей герниопластики являются наличие рецидивных абдоминальных грыж любых размеров или ПОВГ с шириной грыжевых ворот W2-W4 по Chevrel-Rath; аллопластические методы обеспечивают удовлетворительные ближайшие и отдаленные результаты их лечения.

**Ключевые слова:** послеоперационная вентральная грыжа, сетчатые протезы, герниопластика.

## WAYS TO IMPROVE HERNIOPLASTY OF POSTOPERATIVE VENTRAL HERNIA

**R. Rakhmatulloev, Sh. B. Polvonov**

Departments of operative surgery and topographic anatomy (head of department, candidate of medical sciences, associate professor J.M. Kurbonov) "TSMU named after Abuali ibni Sino"

**Objective:** to study the immediate and long-term results of surgical treatment of patients with postoperative ventral hernias using auto- and alloplastic methods and the possibility of using these methods.

**Material and methods.** In a retrospective uncontrolled study, the immediate and long-term results of treatment of 59 patients (48 women and 11 men) with postoperative ventral hernias operated on from 2013 to 2019 were studied.

**Results.** In 18 patients who underwent plastic surgery with local tissues, the postoperative period was uneventful. After prosthetic hernioplasty (41 patients), complications were

noted in five patients (12.2%): four of them were operated on as planned, one patient was operated on for restrained POVH.

In all these patients, a mesh endoprosthesis was placed inlay. The complications that arose had the character of specific wound complications: inflammatory infiltration of the area of the postoperative wound - one patient; long, more than 12 days, lymphorrhea - one patient; suppuration of the postoperative wound along its entire length - one patient (the wound is sanitized by the open method, healed by secondary intention); the formation of a gray area of the postoperative scar - two patients.



**Conclusion.** Indications for performing prosthetic hernioplasty are the presence of recurrent abdominal hernias of any size or POVH with the width of the hernial portal W2 - W4 according to Chevrel-Rath;

alloplastic methods provide satisfactory immediate and long-term results of their treatment.

**Key words:** postoperative ventral hernia, mesh prostheses, hernioplasty.

*Раҳматуллоев Раҳимҷон, д.и.т., сардухтури ҚДММ "Маркази таиҳису табобатии Вароруд", ассистенти кафедраи амалияи ҷарроҳӣ ва анатомияи топографӣ, тел.: +992-93-505-76-43*

*Полвонов Шукрулло Бобоевич, д.и.т., дотсент, мудири кафедраи бемориҳои ҷарроҳии МДТ "Донишгоҳи миллии Тоҷикистон", тел.: +992-907-71-71-99*

*Раҳматуллоев Раҳимдҷон, д.м.н., главный врач ОАО "Лечебно-диагностический центр Вароруд", ассистент кафедры оперативной хирургии и топографической анатомии тел.: +992-93-505-76-43*

*Полвонов Шукрулло Бобоевич, д.м.н., доцент, зав.кафедрой хирургических болезней ГОУ "Таджикский национальный университет", тел.: +992-907-71-71-99*

*Rakhmatulloev Rakhimdzhon, MD, MD, Head Physician of the Medical and Diagnostic Center Varorud OJSC, tel.: +992-93-505-76-43*

*Polvonov Shukrullo Boboevich, MD, Associate Professor, Head of the Department of Surgical Diseases, State Educational Institution "Tajik National University", tel.: + 992-907-71-71-99*

## БАЪЗЕ ЧАНБАҲОИ ИСЛОҲИ ҶАРРОҲИИ ҶУРРАҲОИ ВЕНТРАЛИИ ПАСАЗҶАРРОҲӢ

Ш.Б.Полвонов, Р.Раҳматуллоев

Кафедраи бемориҳои ҷарроҳии МДТ "Донишгоҳи миллии Тоҷикистон" (мудири кафедра д.и.т., дотсент Ш.Б.Полвонов), кафедраи амалияи ҷарроҳӣ ва анатомияи топографӣ (мудири кафедра н.и.т., дотсент Қ.М.Қурбонов) - и МДТ "ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино".

**Муҳиммият.** Дар солҳои охир дар маводи нашрияҳои донишмандони ватаниву хориҷӣ рақамҳои устувор ва якранг оварда мешаванд, ки мувофиқи онҳо дар давраҳои ҷудоғона пас аз лапаро- ва люмботомия дар 3-19% ҳолатҳо ҷурраи пасазҷарроҳӣ ташаккул меёбад [1,2,3,6,7]. Дар ҳоли ҳозир вариантҳои аутопластикӣ ва аллопластикӣ пӯшонидани нуксонҳои ҷурра ба кор бурда мешаванд. Интиҳоби васеи полимерҳои муосир имконият медиҳанд, ки ҷурраҳои андоза ва ҷойгиршавиашон гуногун бартаграф карда шаванд: фасодгирӣ, серома, носури девораи пеши шикам, рад кардани эксплант [1,2,4,5].

Ретсидиви ҷурра пас аз пластикаи протезӣ 3-5% -ро ташкил медиҳад, ба қайд ги-

рифтани чунин оризаи махсус дар давраҳои дури пасазҷарроҳӣ монанди дард дар проксимияи хадша, ташаккул ёфтани бофтаи хадшавии зиёдании пешипротезӣ ва чиндоршудани тӯр дар минтақаи имплантатсия аз кӯтоҳшавии эндопротез пайдо мешаванд [3,4,6,7].

Таъсири муттасили компрессияи дохилибатнӣ ба минтақаи дарзҳо дар заминаи вайроншудани метаболизми коллагенӣ дар мушакҳои пресси шикам ва сохторҳои фассияву апоневрозӣ протсессҳои дегенеративиро ба вامل меорад. Мувофиқат накардани сарбории механикӣ дар девораи пеши шикам ва имкониятҳои потенциалии мушакҳои мустақими батн ва бофтаи хадшавии собиқ хати сафед хусусияти ҷуррасозиро





дорад [1,5,7]. Мушкилиҳои махсус ҳангоми чурраҳои бузурги пасазчарроҳӣ пайдо мешаванд, ки ҳангоми онҳо омилҳои оризадор пайдо мешаванд: атрофияи мушакҳои девораи пеши батн, синни калонсолии беморон бо вазниншавии статуси соматикӣ. Муносибати перспективӣ дар истифодаи пластикаи омехтаи девораи батн, ки вариантҳои имплантатсияи аллоплантҳо ва кам шудани хатари оризаҳои ҷароҳатро ба вучуд меорад.

**Ҳадафи таҳқиқот.** Омӯхтани самаранокии ислоҳи ҷарроҳии чурраҳои вентралӣ пасазчарроҳӣ бо истифода аз пластикаи аллоплантҳои тӯрӣ дар варианти "onlay" ва ҳангоми ҷойгир кунонидани аллоплант дар мавқеи ретромускулярии "sublay" ё ғилофаи мушакҳои мустақими батн "inlay".

**Мавод ва усулҳои таҳқиқот.** Бо мақсади гузаронидани арзёбии клиникаи вариантҳои гуногуни пластикаи омехтаи девораи пеши шикам ва коркарди алгоритми оптималии мувоқибати беморони дорои чурраҳои вентралӣ пасазчарроҳӣ таҳлили натиҷаҳои таҳқиқот ва табобати ҷарроҳии 2391 бемори дорои чурраҳои вентралӣ пасазчарроҳӣ таҳлил карда шуд, ки дар онҳо нуқсонҳои чурра бо роҳи истифода намудани вариантҳои гуногуни пластика бо истифодаи эндопротезҳои аутобофтавӣ ва тӯрӣ бартарарф карда шуданд.

Асоси усулҳои мавҷудбудайи герниопластикаи омехтаро истифода кардани бофтаҳои худӣ бемор (ҳадшаҳо, дарбехҳои ҳалтаи чурра, ҷарбуи калон) дар якҷоягӣ бо аллоплантҳои тибқӣ принсипи onlay, inlay, sublay, onlay+inlay ҷойгиркардашуда ташкил медиҳад. Поастикаи радикалии таранги девораи шикам ба таври яқлаҳзаина, бо бартарарф намудани нуқсонҳои чурра ва қабатқабат мутобиқ кардани канорҳои он иҷро карда мешавад. Пластикаи паллиативии тарангнашудаи девораи пеши шикам бидуни наздик кардани канорҳои нуқсонҳои чурра ҳангоми набудани шароит барои иҷро намудани ҷарроҳии радикалӣ ё хатари олии пайдошавии оризаҳои бронху шушҳо ва дилу рағҳо иҷро карда мешавад. Дар алгоритми мувоқибати беморони дорои ЧПЦВ

(чурраҳои пасазчарроҳии вентралӣ) инҳо қабул карда шуданд: давраи пешазчарроҳӣ -табобати муносиби беморони соматикӣ хамроҳшуда, тамрини девораи пешишикам бо гимнастикаи нафаскашӣ ва бор, пешгирии тромбоземболия ва сироят; интраҷарроҳӣ (доҳилиҷарроҳӣ) -тафтиши ҷиддӣ ва бурриши дақиқи (пресизионӣ) тағйироти бофтаҳои ҳалтаи чурра ва дарвозаи чурра, гемостази ҷиддӣ марҳала ба марҳала, садамаи (осеби) минималӣ ва муҳофизати максималии сохторҳо, интиҳоби тафриқавӣ варианти имплантатсия ва худӣ протез, дренажгузориҳои фазои болои тӯр ва хучайрабофти зерипӯстӣ-ҷарбӣ; пасазчарроҳӣ - истифодаи бандажи кампрессионӣ векиорӣ дар мизи ҷарроҳӣ, мониторинги ултрасадоии дарзҳои пасазчарроҳӣ.

Вобаста аз вариантҳои имплантатсияи протези синтетикӣ беморонро ба ду гурӯҳ ҷудо кардем: гурӯҳи 1- 175 бемор бо барқарорсозии апоневроз ва ҷойгиршавии болои апоневрози аллоплантҳои тӯрӣ дар варианти onlay, гурӯҳи 2- 99 бемор бо ҷойгиршавии аллоплант дар мавқеи ретромускулярии sublay ва 117 бемор бо ғилофаи мушакимустақими шикам inlay. Ҳарду гурӯҳ аз рӯйи ҷинс, синну сол ва мавҷуд будани бемориҳои хамроҳшуда, андозаи нуқсонҳои чурра. Дар гурӯҳи 1 занҳо 110 (63%), мардҳо - 65 (37%), дар гурӯҳи 2-мутаносибан 145 (67%) ва 71 (33%) буд.

Дар сохтори ҷарроҳии аввалия амалиётҳои ҷарроҳии ургентӣ дар узвҳои роҳи ҳозима - 297 (76%) бартарӣ доранд, баъди он гинекологӣ-55 (14%), пас аз садама ва ҷароҳат- 16 (4%), урологӣ- 23 (6%) меистанд. Бемориҳои хамроҳшуда дар 274 (70%) бемор бо бартарӣ доштани гипертензияи шарёнӣ муайян карда шуд: дар гурӯҳи 1-57 (33%), дар гурӯҳи 2-67 (31%); бемориҳои ишемикии дил мутаносибан дар 49 (28%) ва 30 (14%), бемориҳои бронху шушҳо мутаносибан дар 37 (21%) ва 26 (12%). Дар ин маврид беморони дорои шохиси массаи бадан аз 31 ва баланд дар 253 (64%) буд. Тибқӣ таснифи J. Chevreil-A.Rath, дар гурӯҳи 1 аз рӯйи васеъгии дарвозаи чурра W1 - 97 бемор (55%), W2 - 43 бемор (24%), W3 - 35 бемор (21%), во



дар гурӯҳи 2- W1 - 111 бемор (51%), W2 - 52 бемор (24%), W3 - 53 бемор (24%), аз рӯйи басомади ретсидивҳо мутаносибан R1 - 14 (8%), R2 - 5 (3%) ва R1 - 9 (4%), R2 - 6 (3%) буданд.

Аз ҷумла, якҷоя бо аллопластика 36 холесистэктомияи лапароскопӣ, 47 вентропластика ҳангоми чурраҳои ҷойгиршавиашон дигар, 7 дермолипэктомияи девораи пеши шикам.

#### **Натиҷаҳои таҳқиқот ва баррасии онҳо.**

Аллопластика дар мушоҳидаҳои мо барои беморони дорои чурраҳои вентралии пасазҷарроҳӣ ҳангоми мавҷуд будани ҳама гуна омилҳои бавучудоварандаи итакроршавии чурра нишондод дошт: синну сол болотар аз 45 сол, патологияи соматикӣ, чарбсории морбидӣ, чурраҳои ҷойҳои дигар, давомнокии доштани чурра, бисёр будани чурра, ретсидив пас аз пласмикаи иҷрошуда. Ба эҳтимолияти пайдошавии оризаҳои мавқеи аллоплант дар қабатҳои гуногуни девораи шикам, ҳамчунин хусусиятҳои физикӣ ва бофандагии эндопротез таъсир мерасонанд.

Нишондодҳои тафриқавии вариантҳои имплантатсияи тӯрро мо дар асоси таҷрибаи панҷсолаи пластикаи омехта ҳангоми чурраҳои вентралии пасазҷарроҳӣ ва таҳлили натиҷаҳои наздик ва дури табобат мушаххас намудем. Дар давраи солҳои 2005-2008 ҳангоми чурраҳои ҷойгиршавиашон гуногун нуқсонҳои чурраро бартараф намуда, ба таври илова имплантатнтит тӯриро ба минтақаи болои апоневроз ворид ва дар варианти onlay фиксатсия намудем. Дар 40%-и ҳолатҳо дар давраи пасазҷарроҳӣ дар импланти гузошташуда аксуламали асептикий илтиҳобиро дар намуди маҳсулоти барзиёди моеи серозиро мушоҳида кардем. Дар натиҷаи ин, давраи вакуумии дранежкунии хучайрабофи зерипӯстӣ хеле дароз шуд, зарурати якҷанд маротиба пунксия кардани моеъҳои маҳдуди чамъшуда дар давраи табобати статсионарӣ ёва амбулаторӣ ба миён омад. Аз соли 2015 сар карда, мо дар табобати чурраҳои пасазҷарроҳӣ бо ҷойгиркунонидани импланти тӯрӣ дар ғилофҳои мушаки мустақими шикам ё преперитоне-

алӣ (вариантҳои inlay, sublay) пластикаи радикалии "тарангшаванда" -ро истифода мекунем. Бемороне, ки ба типии возеҳи "дарунӣ" -и чарбсорӣ дахл доранд, набудани сохторҳои миёнаи тафриқавии апоневрозӣ ҳангоми диастази мушакҳои мустақим зиёда аз 10 см, нуқсонҳои васеъ ва бисёрадаи чурра, бемориҳои ретсидивӣ, бемориҳои муҳими ҳамроҳшудаи соматикӣ, хатари олии баланд шудани фишори дохилибатнӣ дар давраи пас аз ҷарроҳӣ истисно карда шуданд. Дар чунин ҳолатҳо пластикаи ислоҳкунандаи "тарангшаванда" истифода шуд ё канорҳои нуқсонҳои ба қадри минималӣ урёнкардашуда (тибки Devlin) бо фиксатсияи импланти тӯрӣ бо усули "onlay" мавриди истифода қарор дода шуд.

Методикаи тағйирдодаи мо "inlay" аз ҷойгиркунонидани эндопротези тӯрӣ дар девораи ақибии ғилофҳои мушакҳои мустақими шикам ва баъдан реконструксияи хати сафеди шикам бо роҳи дӯхтани баргакҳои пеши апоневроз иборат аст.

Вобаста аз мавқеи ҷойгиршавии нуқсонҳои чурра нисбат ба linea arcuate болотар ё поёнтар ва ба ин хусусияти манипулятсияи сохторҳои мушакӣ-апоневрозии сохторҳои девораи пеши шикам, варианти ҷойгиркунонидани имплантатнтит мутаносибан дар "inlay" и "sublay" интиҳоб карда шуд.

Дар гурӯҳи 1 дар давраи барвақти пасазҷарроҳӣ оризаҳои ҷароҳат дар 8 (4,5%) ба мушоҳида расиданд: серома - 5, гематома - 1, инфилтрати илтиҳобӣ бо некрози лонавии пӯст - 2. Ҳосил шудани инфилтрати илтиҳобӣ бо некрози лонавии пӯст ба эксудатсияи тӯлонии серозӣ ва дарбеҳҳои бокимондаи пӯстии андозаи хучарабофти зерипӯстиашон хеле калон вобастаанд. Дар як зани беморхуномоси (гематомаи) васеи дарзҳои пасазҷарроҳӣ аз гемостази нокифоя вобаста буд. Дар як мушоҳида компартмент-синдроми абдоминалӣ дар натиҷаи хусусияти тарангшавии радикалӣ доштани пластика дар нуқсонҳои бузурги чурра пайдо шуда буд. Дар гурӯҳи 2 оризаҳои ҷароҳатӣ танҳо дар 2 (0,9%) мушоҳида дар шакли серома ( $p < 0,05$ ) ба назар расид. Омилҳои бавучудоваранда хусусияти морбидӣ дошта-



ни чарбсорӣ, экспансияи тӯлонии халтаҳои бузурги чурра дар хучайрабофти зерипӯстӣ бо ташаққул ёфтани чавфҳо ба ҳисоб мераванд.

Дар давраи дур (2 сол) дар 2 (1,1%) беморони гурӯҳи 1 ва 2 нафари (0,9%) гурӯҳи 2 ретсидиви чурра ( $p=0,7$ ) ба амал омад, ки дар асари техникаи чарроҳӣ дар 3 муоина рух додаанд: дар 2 бемор ҳарду гурӯҳ пайдо шудани халтаи чурра болотар аз минтақаи фиксатсияи протез дар натиҷаи азнавтақсимшавии қувваҳои фишори дохилбатнӣ дар минтақаи хати сафеди проеги маҳкамкарданашуда, дар як бемори гурӯҳи

дуҷум мигратсияи тӯр дар сурати фиксатсияи нокифоая ба амал омад. Дар як бемор - порашавии травмикии тӯр хангоми автотравма.

**Хулоса.** Истифодаи муносибати тафрикавӣ дар интиҳоби усули имплантатсияи маводи тӯрӣ хангоми пластикаи девораи пеши шикам имконият медиҳад, ки оризаҳои пасазчарроҳӣ то ҳадди минимуми оморӣ расонида шавад. Натиҷаҳои дури табобат аз гузаронидани комплекси чорабиниҳо дар ҳама марҳалаҳои мувоқибати беморони дорои чурраҳои вентралии пасазчарроҳӣ вобастаанд.

### АДАБИЁТ

1. Мирзабекян Ю.Р., Иванов М.П., Попович В.К. и др. Результаты лечения больных с послеоперационной вентральной грыжей // Хирургия. - 2008. - №5. - С. 52-54.
2. Мошкова Т.А. Новые аспекты аллопластики грыж брюшной стенки: автореф. дис. ... д-ра мед. наук. - СПб, 2009. - 33 с.
3. Черепанин А.И., Доброшицкая Ю.А., Галямов Э.А. и др. Тактика лечения послеоперационных вентральных грыж в зависимости от степени операционно-анестезиологического риска // Хирургия. - 2008. - №5. - С. 46-51.
4. De Vries Reilingh T.S., van Geldere D., Langenhorst B. Repair of large midline incisional hernias with polypropylene mesh: comparison of three operative techniques // Hernia. - 2004. - Vol. 8, №1. - P. 56-59.
5. Korenkov M., Paul A., Sauerland S. Classification and surgical treatment of incisional hernia. Results of an experts meeting. Langenbeck A experts meeting // Langenbeck Arch. Surg. - 2000. - № 386. - P. 65-73.
6. Luijendijk R.W., Hop W.C. A comparison of suture repair with mesh repair for incisional hernia // N. Engl. J. Med. - 2000. - Vol.10, № 343. - P.392-398.
7. Yahchouchy-Choillard E. Incisional hernias. I. Related risk factors // Dig. Surg. - 2003. - №20. - P. 3-9.

**Хадафи таҳқиқот.** Омӯхтани самаранокӣ ислоҳи чарроҳии чурраҳои вентралии пасазчарроҳӣ бо истифода аз пластикаи аллопланти тӯрӣ дар варианти "onlay" ва хангоми чойгир кунонидани аллоплант дар мавқеи ретромускулярии "sublay" ё ғилофаи мушакҳои мустақими батн "inlay".

**Мавод ва усулҳои таҳқиқот.** Вобаста аз вариантҳои имплантатсияи протези синтетикӣ беморонро ба ду гурӯҳ ҷудо кардем: гурӯҳи 1- 175 бемор бо барқарорсозии апоневроз ва чойгиршавии болоиапоневрозии аллопланти тӯрӣ дар варианти onlay, гурӯҳи 2- 99 бемор бо чойгиршавии аллоплант дар мавқеи ретромускулярии sublay ва 117

бемор бо ғилофаи мушакимустикаҳои шикам inlay. Ҳарду гурӯҳ аз рӯйи ҷинс, синну сол ва мавҷуд будани бемориҳои ҳамроҳшуда, андозаи нуқсонҳои чурра. Дар гурӯҳи 1 занҳо 110 (63%), мардҳо - 65 (37%), дар гурӯҳи 2-мутаносибан 145 (67%) ва 71 (33%) буд.

**Натиҷаҳои таҳқиқот.** Вобаста аз мавқеи чойгиршавии нуқсонҳои чурра нисбат ба linea arcuate болотар ё поёнтар ва ба ин хусусияти манипулятсияи сохторҳои мушакӣ-апоневрозии сохторҳои девораи пеши шикам, варианти чойгир кунонидани имплантат мутаносибан дар "inlay" и "sublay" интиҳоб карда шуд. Дар гурӯҳи 1 дар давраи бар-



вакти пасазчарроҳӣ оризаҳои чароҳат дар 8 (4,5%) ба мушоҳида расиданд: серома - 5, гематома - 1, инфилтрати илтиҳобӣ бо некрози лонавии пӯст - 2. Дар гурӯҳи 2 оризаҳои чароҳатӣ танҳо дар 2 (0,9%) мушоҳида дар шакли серома ба назар расид. Омилҳои бавучудоваранда хусусияти морбидӣ доштани чарбсорӣ, экспансияи тӯлонии халтаҳои бузурги чурра дар ҳучайрабоф-

ти зерипӯстӣ бо ташаккул ёфтани чавфҳо ба ҳисоб мераванд.

**Хулоса.** Истифодаи муносибати тафрикавӣ дар интиҳоби усули имплантатсияи маводи тӯрӣ хангоми пластикаи девораи пеши шикам имконият медиҳад, ки оризаҳои пасазчарроҳӣ то ҳадди минимуми оморӣ расонида шавад.

**Калимаҳои калидӣ:** чурраи пасазчарроҳӣ, пластика, натиҷаи табобат.

## НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ ХИРУРГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ВЕНТРАЛЬНЫХ ГРЫЖ

Ш.Б.Полвонов<sup>1</sup>, Р.Рахматуллоев<sup>2</sup>

Кафедраи хирургических болезней ГОУ "Таджикский национальный университет" (зав. кафедра д.м.н., доцент Ш.Б.Полвонов), кафедра оперативной хирургии и топографической анатомии (зав. каф., к.м.н., доцент Курбонов Дж. М.)  
ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино.

**Цель исследования.** Изучить эффективность хирургической коррекции послеоперационных вентральных грыж с использованием пластики с сетчатым аллоплантом в варианте "onlay" и при расположении аллопланта в ретромулярной позиции "sublay" или во влагалище прямых мышц живота "inlay".

**Материалы и методы.** В зависимости от вариантов имплантации синтетического протеза пациенты были распределены на две группы: 1-я группа - 175 больных с восстановлением апоневроза и наапоневротического размещения сетчатого аллопланта в варианте onlay, 2-я группа - 99 пациентов с расположением аллопланта в ретромулярной позиции sublay и 117 - во влагалище прямых мышц живота inlay.

**Результаты исследования.** Модифицированная нами методика "inlay" предусматривает размещение сетчатого эндопротеза на восстановленную заднюю стенку влагалища прямых мышц живота, с последующей реконструкцией белой линии живота путем сшивания передних листков апоневроза. В зависимости от локализации грыжевого де-

фекта по отношению к linea arcuata выше или ниже и связанной с этой особенностью манипулирования мышечно-апоневротическими структурами передней брюшной стенки, выбирались варианты расположения импланта соответственно "inlay" и "sublay".

В 1-й группе в раннем послеоперационном периоде отмечены раневые осложнения в 8 (4,5%) наблюдениях: серома - 5, гематома - 1, воспалительный инфильтрат с очаговым некрозом кожи - 2. Во 2-й группе были только раневые осложнения в 2 (0,9%) наблюдениях в виде сером. Иницирующие факторы - морбидный характер ожирения, длительная экспансия гигантских грыжевых мешков в подкожной клетчатке с формированием полостей.

**Заключение.** Следовательно, применение дифференцированного подхода в выборе способа имплантации сетчатого материала при пластике передней брюшной стенке позволяет добиться снижения ранних послеоперационных осложнений до статистического минимума.

**Ключевые слова:** послеоперационная грыжа, пластика, результаты лечения.



## SOME ASPECTS OF SURGICAL CORRECTION POSTOPERATIVE VENTRAL HERNIA

**R. Rakhmatulloev, Sh. B. Polvonov**

Department of Surgical Diseases GOU "Tajik National University"  
(Head of the Department MD, Associate Professor Sh. B. Polvonov)  
State Educational Institution "Tajik National University"

**Purpose of the study.** To study the effectiveness of surgical correction of postoperative ventral hernias using plastic with a mesh alloplant in the "onlay" version and when the alloplant is located in the "sublay" retro-muscular position or in the vagina of the rectus abdominis muscle "inlay".

**Materials and methods.** Depending on the implantation options for the synthetic prosthesis, the patients were divided into two groups: group 1 - 175 patients with restoration of aponeurosis and nadaponeurotic placement of the mesh alloplant in the onlay variant, group 2 - 99 patients with the alloplant in the subromuscular position of the sublay and 117 - in the vagina of the rectus inlay.

**The results of the study.** The inlay technique we modified involves placing a mesh endoprosthesis on the restored posterior vaginal wall of the rectus abdominis muscles, followed by reconstruction of the white line of the abdomen by suturing the anterior aponeurosis leaflets. Depending on the location of the hernial defect with respect to linea

arcuate higher or lower and the manipulation of the muscular-aponeurotic structures of the anterior abdominal wall associated with this feature, the implant location options were chosen inlay and sublay, respectively.

In the 1st group in the early postoperative period, wound complications were noted in 8 (4.5%) cases: seroma - 5, hematoma - 1, inflammatory infiltrate with focal necrosis of the skin - 2. In the 2nd group there were only wound complications in 2 (0.9%) observations as gray. The initiating factors are the morbid nature of obesity, the long-term expansion of giant hernial sacs in the subcutaneous tissue with the formation of cavities.

**Conclusion.** Therefore, the use of a differentiated approach in choosing the method of implanting mesh material with plastic surgery of the anterior abdominal wall allows reducing early postoperative complications to a statistical minimum.

**Key words:** postoperative hernia, plastic surgery, treatment results.

*Полвонов Шукрулло Бобоевич, д.и.т., дотсент, мудири кафедраи бемориҳои ҷарроҳии МДТ "Донишгоҳи миллии Тоҷикистон", тел.: +992-907-71-71-99*

*Раҳматуллоев Раҳимҷон, д.и.т., сардухтури ҚДММ "Маркази таъхису табобатии Вароруд", ассистенти кафедраи амалияи ҷарроҳӣ ва анатомияи топографӣ, тел.: +992-93-505-76-43*

*Раҳматуллоев Раҳимдҷон, д.м.н., главный врач ОАО "Лечебно-диагностический центр Вароруд", ассистент кафедры оперативной хирургии и топографической анатомии тел.: +992-93-505-76-43*

*Полвонов Шукрулло Бобоевич, д.м.н., доцент, зав.кафедрой хирургических болезней ГОУ "Таджикский национальный университет", тел.: +992-907-71-71-99*

*Polvonov Shukrullo Boboevich, MD, Associate Professor, Head of the Department of Surgical Diseases, State Educational Institution "Tajik National University", tel.: + 992-907-71-71-99*

*Rakhmatulloev Rakhimdzhon, MD, MD, Head Physician of the Medical and Diagnostic Center Varorud OJSC, tel.: +992-93-505-76-43*



## БАҲОДИҲИИ БЕҲДОШТИ КОНСТРУКСИЯҲОИ ОРТОПЕДИИ ДАНДОНӢ

А.Р. Зарипов<sup>1</sup>, С.К. Сабуров, И.С. С. Саторов, А. Ғоибов<sup>2</sup>

Кафедраи стоматологияи ортопедии (мудирӣ кафедра н.и.т., дотсент Зарипов А.Р.)  
ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино, МДТ "Донишқадаи таҳсилоти баъдидипломии  
кормандони соҳаи тандурустии Ҷумҳурии Тоҷикистон"

**Муҳимият.** Масъалаҳое, ки ба пешгирии инкишофи оризаҳои илтиҳобӣ дар маҷмӯи бофтаҳои конструксияҳои ортопедӣ алоқаманданд мубрам мемонад [1,4]. Барои таъмини фаъолияти дарозмуддати конструксияҳои ортопедӣ дар ковокии даҳон назорати мунтазам ва саривақтии беҳдошти бофтаҳои наздидандонӣ зарур аст [2,3]. Тадқиқоти ҳолати пародонт вобаста аз сифати протезҳои дандонӣ ва беҳдошти ковокии даҳон гузаронида шудааст, ки ҳангоми мавҷудияти протезҳои дандонии гирифтанашиаванда нисбати ҳолати бофтаҳои пародонти дандонҳое, ки бо протезҳои дандонии гирифтанашиаванда пӯшонидани нашудаанд индекси ниҳоят баланди беҳдоштӣ, инчунин зухуроти баръалои илтиҳобӣ дар бофтаҳои пародонт ба назар мерасад [3].

**Мақсади тадқиқот.** Муайян намудани ҳолати беҳдоштӣ дар маҷмӯи бофтаҳои конструксияҳои ортопедии дандонӣ.

**Мавод ва усулҳои тадқиқот.** Барои протезмонии дандонӣ беморони дорои нуқсонҳои окклюзионии охира ва маҳдудшуда қабул карда шуданд. Вобаста аз намуди нуқсонҳои қатори дандонҳо гурӯҳҳои синнусолиии зерин ҷудо шуданд: 20-29, 30-39, 40-49, 50 сола ва калонсолон, аз ҷумла, нуқсонҳои охира дар ҷоғи боло - 20 бемор, дар ҷоғи поён - 14; нуқсонҳои маҳдудшуда дар ҷоғи боло - 13 бемор, дар ҷоғи поён - 17. Маводҳои бадастомада нишон доданд, ки дар 64,3% ҳолат беморон бо нуқсонҳои охираи қатори дандонҳо аз миқдори умумии муоинашудагон буданд, ки аз он 22,2% - и муоинашудагон бо нуқсонҳои охираи қатори дандонҳои ҷоғи боло ва 77,8% - бо нуқсонҳои охираи қатори дандонҳои ҷоғи поён буданд. Нишондоди ҳамшабеҳи рақамӣ барои беморони дорои нуқсонҳои маҳдудшуда мутаносибан ба 35,7%, 30,0% ва 70,0% баробар буд.

Аз шумораи умумии муоинашудагон дар 21% протезмонии нуқсонҳои қатори дандонҳо

якумин бор гузаронида шуд, дар боқимондаи онҳо (79%) - такроран. Нуқсонҳои маҳдудшуда ва охираи қатори дандонҳо бо протезҳои дандонии металллокерамикӣ бо таъғоҳ дар дандонҳои табиӣ барқарор карда шуданд.

Вазифаи мо аз омӯзиши ҳолати беҳдошти ҷузъҳои конструксионии протезҳои дандонӣ иборат буд. Дар қатори мазкур маводҳои муоинаи 60 нафар беморони дорои қисман набудани дандонҳо дар синни аз 20 то 55 сола (аз онҳо 33 нафар мард, 27 - зан) истифода шуд.

Ҳангоми таҳлили таркибии дандонҳои таъғоҳи табиӣ маълум гардид, ки аз шумораи умумии онҳо 33,3% -ро премолярҳои якум, 32,8% - премолярҳои дуум, 17,8% - дандонҳои ашк ва 7,2% - молярҳои ташкил додаанд.

Барои баҳодиҳии индексии ҳолати ҷузъҳои конструксионии протезҳои индексии гингивит бо усули Силнесс - Лоэ истифода шуд. Усули мазкур аз муайянкунии миқдори лояи нарми дандонӣ дар маҳали наздигарданакии протези ортопедӣ иборат аст. Бо ин мақсад нуғи зонди стоматологиро аз минтақаи наздимилкии конструксияи протези дандонӣ гузаронидем.

**Натиҷаҳои бадастомада чунин баҳо дода шуд:** агар дар нуғи зонд лояи наздимилкӣ тамоман мавҷуд набошад индекс ба 0 балл баробар аст, агар нокифоя бошад - 1 балл, ҳангоми ба ҷашм аён будани миқдори зиёди лоя ва боқимондаи хӯрок дар атрофи конструксия- баҳо ба 3 балл баробар мебошад.

**Натиҷаи таҳқиқот ва баррасии он.** Натиҷаҳои таҳлили аввалини индексии беҳдошти конструксия бо таъғоҳ дар дандонҳои табиӣ, оиди тағироти васеи индексии лояи дандонӣ дар байни аҳолии муоинашуда шаҳодат медиҳад. Шиддатнокии ҳамаи аломатҳои индексии лояи дандонӣ ҳангоми аз-



назаргузаронии аввалин дар муоинашудагони синну солашон 20 - 29 сола бо ҳисоби миёна дар як шахс 2 балро ташкил дод. Дар ин ҳол паҳншавии лояи дандонӣ дар гарданаки конструкия дар намуди ихтилотҳои (конгломератҳо) алоҳида бо ҳисоби миёна 18,8%-ро ташкил дод, лояи дандонӣ, ки гарданаки конструкияро даврашакл пӯшондааст - 49,3%, лояи дандонӣ дар ғилофаки сунъии конструкия - 26,3% ва танҳо дар 5,6% - и ҳолатҳо дар гарданаки конструкия лояи дандонӣ ошкор нагардид.

Дар синну соли 30 - 39 сола аҳамияти умумии индекси лояи дандонии конструкия бо ҳисоби миёна дар як нафар муоинашуда 2 балро ташкил дод. Дар гурӯҳи мазкур паҳншавии лояи дандонӣ дар гарданаки конструкия дар намуди ихтилотҳои (конгломератҳо) алоҳида 21,4%-ро ташкил дод, лояи дандонӣ, ки гарданаки конструкияро даврашакл пӯшондааст - 54,4%, лояи дандонӣ дар ғилофаки сунъии конструкия - 16,9% ва дар 7,3%-и муоинашудагон дар гарданаки конструкия лояи дандонӣ ошкор нагардид.

Таксимоти чузъҳои таркибии индекси лояи дандонӣ дар синну соли 40-49 сола чунин буд: набудани лояи дандонӣ дар гарданаки конструкия - 4,3%, лояи дандонӣ дар гарданаки конструкия дар намуди ихтилотҳои (конгломератҳо) алоҳида - 29,3%, таҳнишинии ниҳоят зиёди лояи дандонӣ, ки гарданаки конструкияро даврашакл пӯшондааст - 47,7%, мавҷудияти лояи дандонӣ дар ғилофаки сунъӣ - 18,7%.

Мувофиқи маълумоти таҳлили таркибии паҳншавии умумии индекси лояи дандонии конструкия, набудани лояи дандонӣ дар гарданаки конструкия, лояи дандонӣ дар гарданаки конструкия дар намуди ихтилотҳои (конгломератҳо) алоҳида, таҳнишинии ниҳоят зиёди лояи дандонӣ, ки гарданаки конструкияро даврашакл пӯшондааст, мавҷудияти лояи дандонӣ дар ғилофаки сунъӣ мутаносибан 3,6%, 31,8%, 51,3% ва 13,3%-ро барои гурӯҳи синну соли 50 сола ва калонсолон ташкил дод.

Ба ҳисоби миёна барои ҳамаи калонсолони муоинашуда аҳамияти ибтидоии паҳ-

ншавии ҳамаи аломатҳои индекси лояи дандонии чузъҳои конструсионӣ ба 25,0%, 49,2%, 21,3% ва 4,5% баробар буд.

Натиҷаҳои муоинаи аввалини вазъи стоматологӣ мувофиқи индекси санги дандонии конструкия инчунин имкон дод, ки якчанд қиёсҳо дар равиши ҷараёни илтиҳобӣ дар маҳали наздиконструсионӣ ошкор гардад. Агар як сол пас аз барқарорсозии нуқсонии қатори дандонҳо бо конструкияҳои ортопедӣ аҳамияти миёнаи индекси таҳқиқшаванда бо 1 бал баробар буд, пас аз 2 сол ба 2 бал наздик шуда, пас аз 3 сол бошад он ба нишондоди максималӣ дар намуди мавҷудияти санги дандонӣ дар ғилофаки сунъии конструкия баробар шуд.

Чи тавре, ки натиҷаҳои бадастомада шаҳодат медиҳанд, нишондодҳои ибтидоии индекси санги дандонии конструкия дар байни муоинашудагон аз нишондоди манфӣ (0 бал) ва мусбӣ нокифоя (1-2 бал) то нишондоди мусбӣ (3 бал) дар мӯҳлати аз 6 моҳ то 3 сол, бо ҳисоби миёна мутаносибан 3,8%, 64,6, 23,3, 8,3% -ро ташкил дод.

Самаранокии ҷорабиниҳои беҳдоштӣ бо роҳи муқоисакунии нишондодҳои ибтидоӣ ва деринаи индекси лояи дандонӣ ва санги конструкия гузаронида шуд. Натиҷаҳои азназаргузаронии такрорӣ паҳншавии суръати паҳншавии индекси лояи дандониро нишон дод. Пас аз гузаронидани беҳдошти касбӣ ва муносибгардонии беҳдошти инфиродии ковокии даҳон дар гурӯҳи синнусолии 20-29 сола тамоман набудани лояи дандонӣ дар гарданаки конструкия дар 98,6%-и муоинашудагон ошкор гардид, дар гурӯҳи 30-39 сола - дар 97,7%, дар гурӯҳи 40-49 сола - дар 96,1% дар гурӯҳи 50 сола ва калонсолон - дар 95,7% муқобили аҳамияти ибтидоии индекси таҳқиқшаванда мутаносибан 5,6%, 7,3%, 4,3%, 2,8% дар гурӯҳҳои синнусолӣ.

Дар байни гурӯҳҳои муоинашаванда паҳншавии лояи дандонӣ дар гарданаки конструкия дар шакли ихтилотҳои (конгломератҳо) алоҳида ба 1,4%, 2,3%, 3,9% ва 4,3% баробар буд. Инчунин, таҳнишинии ниҳоят зиёди лояи дандонӣ, ки гарданаки конструкияро даврашакл пӯшондааст ва лоя дар



филофаки сунъӣ ошкор нагардид, ки оиди самаранокии беҳдошти касбӣ ва беҳдошти инфиродии ковокии даҳон шаҳодат медиҳад.

**Хулоса.** Маълумотҳои ибтидоии ҳолати беҳдошти конструксияҳои ортопедӣ оиди ғайриқаноатбахш будани ҳолати протезҳои шаҳодат медиҳанд, ки зарурияти гузаронида-

ни беҳдошти касбӣ ва муносибгардонии беҳдошти инфиродии ковокии даҳон дар байни аҳолии муоинашуда пеш омад. Маводҳои бадастомада дар ҷанбаи қайдшуда исбот мекунад, ки амаликунии беҳдошти касбӣ ва муносибгардонии беҳдошти инфиродӣ усули самараноки пешгирии бемориҳои маҳали наздиконструксионӣ мебошад.

### АДАБИЁТ

1. Каливрадҷиян Э.С. Основы технологии зубного протезирования // Учебник : в 2 т. для СПО. Артикул: 108376. ISBN: 978-5-9704-3608-0. - 2016. - С. 576 .
2. Сабуров С.К. Результаты использования различных видов ортопедических конструкций у больных с сопутствующей соматической патологией / С.К Сабуров // Научно - медицинский журнал "Вестник Авиценны"-2016. -№ 2. - С. 82- 86 .
3. Жидких Е.Д. Восстановление коронковой части зубов безметалловыми штифтовыми конструкциями // Артикул: 108887. ISBN: 978-5-93339-392-4. -2017. - С. 48
4. Миш К.Е. Ортопедическое лечение с опорой на дентальные имплантаты. // Артикул: 108336. ISBN: 978-5-00030-414-3. - 2017. - С. 616.

### БАҲОДИҲИИ БЕҲДОШТИ КОНСТРУКСИЯҲОИ ОРТОПЕДИИ ДАНДОНӢ

Беҳдошти ковокии даҳон (аз калимаи юнонӣ *Hygieninos* - солим) - ин маҷмӯи корҳои муолиҷавӣ мебошад, ки ба солимгардонии узвҳо ва бофтаҳои ковокии даҳон, инчунин пешгирии пайдоиш ва авҷгирии бемориҳои стоматологӣ равона шудааст.

Масъалаи давомнокии истифодаи конструксияҳои гуногуни протезҳои дандонӣ дар стоматология бағоят муҳим буд ва мӯҳлати дар бештар корҳои илмӣ диққати маҳсус ба беҳдошти ғайриқаноатбахши ковокии даҳон дода мешавад, ки аз пайдоиши маҳалҳои иловагии ретенсионӣ барои ҷамъшавии лояи дандонӣ вобаста буда, ба сифати ғайриқаноатбахши протезҳои дандонии омодагашта, инчунин нокифоягии малакаҳои беҳдошти беморон алоқаманд мебошад. Ҳолати бофтаҳои саҳти дандонҳои тақяғоҳ, ки ба ҷузъҳои насбкунанда ва асоси протезҳои гирифташаванда таъсири мутақобила доранд, аз сатҳи беҳдошти ковокии

даҳон ва конструксияҳои ортопедӣ вобастагӣ доранд.

Ҳолати ибтидоии беҳдошти ковокии даҳон, сатҳи инфиродии беҳдошти ковокии даҳон, мавҷудияти бемориҳои соматикӣ ҳамроҳикунанда, дараҷаи хабардор кардани беморон аз тарафи табиб-стоматологҳо ва дараҷаи иҷроиши тавсияҳои табибон оиди нигоҳубини ковокии даҳон ва конструксияҳои ортопедии стоматологӣ ҳамчунин ба инкишофи бемориҳои стоматологӣ ва натиҷаҳои ояндаи протезмонӣ таъсири баръало мерасонад.

**Калимаҳои калидӣ:** конструксияҳои ортопедии дандонӣ, беҳдошти ковокии даҳон, малакаҳои беҳдоштӣ.

### ГИГИЕНИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ОРТОПЕДИЧЕСКИХ ЗУБНЫХ КОНСТРУКЦИЙ

Гигиена полости рта (греч. *Hygieninos*, здоровый) - это комплекс процедур, направленных на оздоровление органов и тканей полости рта и профилактику возникновения и прогрессирования стоматологических заболеваний.

Проблема продолжительности пользования различными конструкциями зубных протезов была и остается весьма актуальной в стоматологии. В большинстве работ особое

внимание уделяется неудовлетворительной гигиене полости рта, обусловленной появлением дополнительных ретенционных пунктов для скопления зубного налета, связанных





с неудовлетворительным качеством изготовленных зубных протезов, а также недостаточными мануальными гигиеническими навыками у пациентов. Состояние твердых тканей опорных зубов, взаимодействующих с фиксирующими элементами и базисом съемных протезов (частичных пластиночных, цельнолитых бюгельных протезов) зависит от уровня гигиены полости рта и ортопедических конструкций. Исходное гигиеническое состояние полости рта, уровень индивидуальной гигиены полости рта, наличие сопут-

ствующей соматической патологии, степень информирования пациентов врачами-стоматологами и степень приверженности пациентов рекомендациям врачей по уходу за полостью рта и ортопедическими стоматологическими конструкциями, также оказывают значительное влияние на развитие стоматологических заболеваний и дальнейшие результаты протезирования.

**Ключевые слова:** ортопедические зубные конструкции, гигиена полости рта, гигиенические навыки.

### HYGIENIC ASSESSMENT OF ORTHOPEDIC DENTAL CONSTRUCTIONS

Oral hygiene (from greek Hygieninos, healthy) is range of procedures directed at improving the organs and tissues of the oral cavity and preventing the occurrence and progression of dental diseases.

The problem of permanent use of different dental protheses was and remains very relevant in dentistry. Most of the works, a special attention is paid to unsatisfactory oral hygiene, due to the appearance of additional retentional points for bacterial plaque, associated with the unsatisfactory quality of manufactured dentures, as well as insufficient manual hygiene in patients. The state of hard tissues of abutment tooth interacting with fixing elements and the overdenture restoration basis (partial laminar, whole piece bugel prosthesis) depends

on the level of oral hygiene and dental protheses. The initial oral health hygiene status, the level of individual oral hygiene, the presence of concomitant somatic pathology, the degree of patient informing dentists and the degree of patient adherence to the recommendations of the prevent cavity and orthopedic dental structures, also have a significant impact on the development of dental diseases and further results prosthetics.

**Key words:** orthopedic dental structures, oral hygiene, hygiene.

**Зарипов Акбар Рахмонович**, номзади илмҳои тиб, дотсент, мудири кафедраи стоматологияи ортопедии ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино, Zaripov.Dovid.98@bk.ru, тел. 93-803-63-29

**Сабуров Сабур Каримович**, номзади илмҳои тиб, дотсенти кафедраи стоматологияи ортопедии ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино, Saburov\_sabur@mail.ru тел. 985-61-53-53

**Саторов Саидбег**, доктори илмҳои тиб, профессор, мудири кафедраи микробиология, иммунология ва вирусологияи ДДТТ ба номи Абӯали ибни Сино. Тел-987 84 22 24

**Ғоибов Амонулло Ғоибович**, доктори илмҳои тиб, профессори кафедраи сиҳати ҷомеа, иқтисод, идороти тандурусти бо курси омили тибби МДТ "Донишкадаи таҳсилоти баъдидипломии кормандони соҳаи тандурусти Ҷумҳурии Тоҷикистон". Тел-935 93 07 02

**Зарипов Акбар Рахмонович**, кандидат медицинских наук, доцент, зав.кафедрой ортопедической стоматологии ТГМУ им. Абуали ибни Сино, Zaripov.Dovid.98@bk.ru тел. 93-803-63-29

**Сабуров Сабур Каримович**, кандидат медицинских наук, доцент кафедры ортопедической стоматологии ТГМУ им. Абуали ибни Сино Saburov\_sabur@mail.ru тел. 985-61-53-53

**Саторов Саидбег**- доктор медицинских наук, профессор, зав. кафедрой микробиологии, иммунологии и вирусологии ТГМУ им. Абуали ибни Сино



**Гоибов Амонулло Гоибович**, доктор медицинских наук, профессор кафедры общественного здравоохранения, экономики, управления здравоохранением с курсом медицинской статистики ГОУ "Институт последипломного образования в сфере здравоохранения Республики Таджикистан".

**Zaripov Akbar Rahmonovich**, Candidate of Medical Science, associate professor, head of prosthetic dentistry department of Avicenna Tajik State Medical University, Zaripov.Dovud.98@bk.ru Tel. 93-803-63-29

**Saburov Sabur Karimovich**, Candidate of Medical Science, associate professor, head of prosthetic dentistry department of Avicenna Tajik State Medical University Saburov\_sabur@mail.ru Tel. 985-61-53-53

**Satorov Saidbeg** - Doctor of Medical Sciences, Professor, Head. Department of Microbiology, Immunology and Virology of Avicenna Tajik State Medical University

**Goibov Amonullo Goibovich**, Doctor of Medical Sciences, professor of the Department of Public Health, Economics, Health Management with a course of medical statistics, State Educational Institution "Institute of Postgraduate Education in Healthcare of the Republic of Tajikistan".

## ОИДИ ОМИЛҶОЕ, КИ БОИСИ ВАЙРОНШАВИИ УСТУВОРИИ КОНСТРУКСИЯҶОИ ОРТОПЕДИИ ГИРИФТАНАШАВАНДАИ КОВОКИИ ДАҶОН МЕГАРДАНД

А.Р.Зарипов<sup>1</sup>, С.К.Сабуров<sup>1</sup>, Х.С.Шарипов<sup>1</sup>, А.Ғоибов<sup>2</sup>, С. Саторов<sup>1</sup>

Кафедраи стоматологияи ортопедии (мудирӣ кафедра н.и.т., дотсент Зарипов А.Р.)  
МДТ "ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино", МДТ "Донишкадаи таҳсилоти  
баъдидипломии кормандони соҳаи тандурустии Ҷумҳурии Тоҷикистон".

Муҳиммият. Ба сифати часпиши конструксияҳои ортопедӣ дар дандонҳои таъҷоҳ омилҳои зиёд таъсир мерасонад. Дар байни онҳо шароит ва таҷҳизонидани клиникаи стоматологияи ортопедӣ ва лабораторияи дандонсозӣ, дараҷаи ихтисоси мутахассисон, технологияи омодагии протезҳои муносиб дар клиника ва лаборатория мавқеи муҳим дорад [5]. Сатҳи муносири техникаи стоматологияи ортопедӣ боиси дар амалияи протезмонии нуқсонҳои окклюзионии қатори дандонҳо воридсозии васеи конструксияҳои кулрехташуда мегардад [2,4]. Аммо дар қатори бартариҳои маълуми ҷунин конструксияҳо тамоюли зиёдшавии оризаҳо ҳангоми ин намуди протезмонии гирифтанишаванда ба назар мерасад.

Дар байни оризаҳои мазкур насби бесифати протезҳои пулмонанд ва ғилофҳо мавқеи хуб дорад. Мувофиқи маълумотҳои адабиёт [3] гуногунии оризаҳо дар 9,34% -и ҳолатҳои истифодаи конструксияҳои ортопедӣ вомеранд, дар айни замон дар 1,91%

онҳо бо сентафтии конструксияҳо алоқаманд мебошанд.

Мақсади тадқиқот. Омӯзиши омилҳои ки боиси вайроншавии часпиши конструксияҳои ортопедии дандонии гирифтанишаванда мегарданд.

Мавод ва усули тадқиқот. Микдори бемерони муоинашуда 100 нафарро ташкил дод, ки аз соли 2016 то 2019 ба клиникаи кафедраи стоматологияи ортопедии МТИК "Стоматология" - и ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино бо мақсади протезмонии нуқсонҳои окклюзионӣ, ҳамчунин бо шикояти сентафтии протезҳои дандонии гирифтанишаванда муроҷиат намуданд. Дар байни муоинашудагон таҳқиқи 250 конструксияи ортопедии гирифтанишавандаи ковокии даҳон гузаронида шуд.

Ҳангоми азназаргузаронии вазъияти ортопедии нуқсонҳои окклюзионӣ ҳолати протезҳои гирифтанишавандаи шахсони муроҷиаткарда ошкор ва рӯйхат карда шуд. Диккати махсус ба дурустии интиҳоби конструк-



сияҳои муносиб буда, мӯҳлати тайёркунии онҳо, чараёни давраи одаткунӣ ба протезҳо дода шуд. Инчунин ба намуд ва топографияи нуқсонҳои окклюзиони қатори дандонҳо, баландии окклюзиони қисми поёнии рӯй диққат дода шуд.

**Натиҷаи таҳқиқот ва баррасии он.** Омӯзиши клиникии мукаммали ҳолати протезҳои дандони гирифташаванда дар беморон имконияти гурӯҳбандии омилҳои асосии сабабгор, ки боиси вайроншавии часпиши онҳо мегардад, фароҳам овард. Чи тавре, ки маълумотҳои бадастомада шаҳодат медиҳанд, яке аз оризаҳои бештар ба қайд гирифташуда, ки сабаби сементафтии конструксияҳои ортопедӣ мегардад вайроншавиҳои окклюзионӣ мебошад. Онҳо дар 11,1% аз шумораи умумии сабабҳои эҳтимолии вайроншавии часпиш ошкор шуданд. Таҳлили вайроншавиҳои окклюзионӣ дар гурӯҳҳои гуногуни беморон нишон дод, ки онҳо барои соли якум пас аз часпонидан хос мебошанд (10 ҳолат), дақиқтар - барои 6 моҳи аввал. Ба онҳо дохил мешавад: баландшавии газиш дар конструксия, супрапайванд дар натиҷаи нодуруст муайянкунии окклюзияи марказӣ, мавҷудияти пайвандҳои нуқтагии алоҳида ба муқобилдандонҳо аз иштибоҳи дорои хислати технологӣ.

Ғайр аз ин, вайроншавии окклюзияро мо инчунин пас аз 4-6 сол (4 ҳолат), дар муҳлатҳои минбаъдаи истифодаи конструксияҳои гирифтанишаванда мушоҳида намудем. Асосан вайроншавии окклюзия дар натиҷаи хӯрдашавии сатҳи окклюзионӣ ба вучуд меояд. Пайвандҳои окклюзионӣ ҳолати ғайриқаноатбахши конструксияи дандонҳои таҷағоҳ ва пародонти канориро дучанд намуда, сарбориро дар маҳалҳои алоҳидаи конструксия зиёд мекунад. Дар чунин вазъият мо сементафтиро дар 43,5%-и ҳолатҳо дар муҳлати истифодаи 7-9 ва 10-12 сол ба қайд гирифтем. Агар оиди сементафтии чузъии конструксияҳои ортопедӣ сухан равад, чунин намуд амалан дар ҳамаи ҳолатҳо, ки ба гурӯҳи мазкур дохил мешаванд, мушоҳида шуд.

Чунбандагии дандонҳои таҷағоҳ низ, яке аз сабабҳои сементафтии конструксияҳои

ортопедии гирифтанишавандаи нуқсонҳои окклюзионӣ мебошад. Мувофиқи тадқиқотҳои мо, омилҳои мазкур яке аз сабабҳои вайроншавии устувори конструксияҳои гирифтанишаванда дар 32 ҳолат буд, ки 11,1%-ро ташкил дод. Мувофиқи маълумотҳои тадқиқот шумораи вайроншавии устуворӣ бо мӯҳлати истифодаи протезҳо меафзояд. Агар дар соли аввали истифодаи протезҳо вайроншавии устуворӣ аз сабаби чунбандии дандонҳои таҷағоҳ 4 (9,7%-и конструксияҳо сементафти шуда бошанд, пас аз 7-10 соли истифода нишондоди мазкур то 25 ҳолат афзуд, ки 61%-ро ташкил дод.

Мувофиқи маълумоти тадқиқоти мо, омодасозии нокифояи клиникии дандонҳои таҷағоҳ дар 42 ҳолат (14,1%) ошкор гардид. Ба онҳо дохил мешавад: афзоиши баръалои конусшаклии дандонҳои таҷағоҳ, камшавии беасоси баландии ғилофаки клиникӣ, набудани барҷастагии сатҳи хоиш, мудаввар кардани гузариши сатҳи окклюзионӣ ба паҳлӯӣ, баъзан дурушт, аммо бештар ташреҳкунии нокифояи маҳали гарданаки дандонҳо барои ҷойгиршавии канори ғилофаки таҷағоҳ.

Таҳлили омилҳои сабабгори мазкурро дар муҳлатҳои гуногуни истифодаи конструксияҳои ортопедӣ гузаронида, ошкор намудем, ки дар соли аввали истифодаи протезҳои гирифтанишавандаи нуқсонҳои окклюзионӣ омодасозии нокифояи клиникӣ сабаби сементафти дар 14 ҳолат (30,7% аз миқдори умумии ҳолатҳои вайроншавии устуворӣ бо сабаби омодасозии нокифояи клиникии дандонҳои таҷағоҳ) ба қайд гирифта шуд. Дар муҳлати 2-3 соли истифодаи протезҳои гирифтанишаванда омилҳои қайдшуда дар 16 ҳолат ошкор гардид, ки 33,5%-ро ташкил дод. Яке аз сабабҳои эҳтимолии сементафтии чузъӣ ва пурра, мувофиқи маълумотҳои мо, вайроншавии хобиши канорӣ ғилофакҳои сунъӣ ва дандонҳои пайвандак буданд. Онҳо дар 58 ҳолат ошкор шуданд, ки 17,1%-ро ташкил дод.

Ҳамаи вайроншавиҳои хобиши канориро вобаста аз баландии ғилофакҳо ба ду гурӯҳи ҷудо кардан мумкин аст. Ба гурӯҳи якум ҳолатҳои дохил шуданд, ки ғилофакҳои таҷағоҳи сунъӣ дарозтар буданд, баъзан



воридшавии канори ғилофак зери милк ба 2-3мм.баробар буд бо таасури баръалои илтиҳобӣ дар пародонти канорӣ ва резорбсияи девораи байниалвеолярӣ. Дар баробари он ҳамавақт хобиши канории ғилофак мавҷуд набуд ва шусташавии сементи устуворкунанда ба қайд гирифта шуд. Ба гурӯҳи дуҷум ғилофакҳое дохил шуданд, ки канори онҳо кӯтоҳ буд ва дар дандони тақягоҳ барои таъмини ҳавоногузари (герметикӣ) кифояи фосила байни ғилофак ва дандони тақягоҳ намехобид. Амалан дар ҳамаи ҳолатҳое, ки семенгафтии конструксияҳои гирифтанишаванда ба қайд гирифта шуд, илтиҳоби канори милк мавҷуд буд. Мувофиқи мушоҳидаи мо чараёни илтиҳобӣ ҳангоми истифодаи конструксияҳои гирифтанишаванда 23,3%-ро аз ҳамаи омилҳои сабабгор ташкил дод, ки метавонанд сабаби семенгафтӣ шаванд (79 нафар). Иллатнокии кариесии дандонҳои тақягоҳ, ҳамчун сабаби вайроншавии устувории конструксияҳои гирифтанишаванда, кам вомерхурд. Чун қоида, дар чунин ҳолатҳо доимо вайроншавии хобиши канории ғилофак ба дандони тақягоҳ, чараёни илтиҳобии милк в.ғ. ҷой дорад.

Натиҷаи муоинаи беморонро таҳлил намуда, бояд қайд кард, ки иллатнокшавии кариесии дандонҳои тақягоҳро мо дар 30 ҳолати клиникӣ мушоҳида намудем. Онҳо 9,0%-ро аз миқдори умумии омилҳои сабабгор ташкил намуданд, ки боиси вайроншавии устувории конструксияҳои гирифтанишавандаи нуқсонҳои окклюзионӣ мешаванд. Дар 1-3 соли мӯҳлати истифода иллатнокшавии кариесӣ кам вомерхурд. Миқдори онҳо пас аз 4-6 соли истифода меафзояд ва миқдори ниҳоят зиёди он дар гурӯҳҳои мушоҳида шуд, ки мӯҳлати истифодаи конструксияҳои гирифтанишаванда 7-12 солро ташкил дод.

Вайроншавии яқлуктии ғилофакҳои тақягоҳ, ҳамчун омилҳои сабабгори вайроншавии устуворӣ, дар ҳолати мушоҳида шуд, ки 5,1%-ро аз миқдори умумии омилҳои сабабгор ташкил дод. Онҳо ғилофакҳои алоҳида ва протезҳои пулмонанди дандонӣ буданд, ки бо усули сиккагӣ-кафшерӣ омода гашта-

анд. Вайроншавии устуворӣ, ки сабаби онҳо интиҳоби нодурусти конструксия буд, дар 20 ҳолат (6,0%-и омилҳои сабабгор) ошкор гардид.

Бештар иштибоҳ дар истифодаи конструксияи гирифтанишаванда ҳангоми нуқсонҳои окклюзионии қатори дандонҳо дар вақти набудани 4-5 буд, инчунин оморасозии конструксияҳои консолӣ (рафақӣ) дар маҳалҳои фронталӣ (пеш) ва паҳлӯии қатори дандонҳо ҳангоми нуқсонҳои маҳдудшудаи калон ва маҳдудношудаи дисталӣ, баъзан бо зиёдшавии қисми консолӣ то 2-3 дандон.

Дар 10 ҳолат ба мо шахсоне мурочиат намуданд, ки протезҳои дандонии гирифтанишаванда якҷанд моҳ пештар устувор шудаанд. Шикоятҳои асосӣ бӯйи нофорам ва илтиҳоби пародонти канорӣ дар атрофи яке аз ғилофакҳо буд. Ҳангоми муоина маълум гардид, ки стоматолог-ортопед якҷанд конструксияро устувор кардааст ё онҳо дорои миқдори зиёди ғилофакҳои тақягоҳ ва дарозии ниҳоят калон буданд.

Дар асоси тадқиқоти гузаронидашуда бояд қайд намуд, ки технологияи устуворсозӣ бо сементҳои стоматологии гуногун хусусиятҳои хоси худро дорад. Масалан, муддати омехтани сементҳои фосфатӣ то муқаррарсозии ғилофак дар дандони тақягоҳ бояд аз 40 сония зиёд набошад. Зиёдшавии муддат то 60 сония боиси талафёбии сифати саҳтии сементи устуворкунанда то 76% мегардад.

Бояд қайд намуд, ки насби конструксияҳои гирифтанишавандаи дорои шумораи зиёди чузъҳои тақягоҳӣ, ҳарорати баланди ҳавои атроф боиси зуд ғализтаршавии (ғафстаршавӣ) сементҳои стоматологӣ гашта, сабаби "нопура шиндани" чузъҳои конструксионӣ ва пайдоиши иллатҳои окклюзионӣ мешавад. Инчунин мавҷудияти хуббӯчаи ҳавоӣ дар ғилофак зери семент ё воридшавии ҳаво ҳангоми сементкунонӣ бо миқдори нокифояи семент дар ғилофаки тақягоҳ аҳамият дорад.

**Хулоса.** Ҳамин тариқ, дар натиҷаи таҳлили муқаммалӣ маводи муоинаи клиникӣ ба мо муяссар гардид, ки сабабҳои вайрон-



шавии устувории конструкцияҳои дандонии гирифтанаашавандаро ба тартиб дароварда, дар асоси он як қатор омилҳои сабабгорро ҷудо карда, инчунин вазни ҳоси ҳар яки онро муайян намоем. Натиҷаҳои тадқиқотро омӯхта, бояд қайд намуд, ки амалан мутобиқати комил доштани ин ё он омилҳои сабаб-

горро, ки боиси сементатии протезҳо мегардад ғайриимкон аст. Чун қоида, онҳо якҷандто мебошанд ва ҳар яки он метавонад сабабгори асосии вайроншавии устувории протезҳои гирифтанаашаванда дар маҳали нуқсонҳои окклюзионии қатори дандонҳо гардад.

### Адабиёт

1. Олесова В.Н. Анализ дефектов первичного протезирования зубов несъемными конструкциями в стоматологических клиниках Ростовской области и оптимизация тактики повторного протезирования / В.Н. Олесова, С.Ю. Максюков, В.Н. Калашников // Российский стоматологический журнал. - 2009. - №6. - С.44-46.
2. Глушенко В.П. Анализ результатов протезирования больных с концевыми дефектами зубных рядов по данным стоматологических учреждений г. Самара / В.П. Глушенко и др. // Современная ортопедическая стоматология. - 2010. - №13. - С. 32-35.
3. Емельянова Т.В. Клиническая оценка качества несъемных зубных протезов у пациентов пожилого и старческого возраста, обратившихся за стоматологической помощью в различные лечебные учреждения г. Москвы / Т.В. Емельянова, И.Ю. Лебедеко // Российский стоматологический журнал. - 2013. - № 5. - С.23-26.
4. Малый А.Ю. Анализ результатов работы городской комиссии по экспертизе качества ортопедического лечения и изготовления зубных протезов г. Москвы за 15 лет / А.Ю. Малый, Е.С. Ирошникова, А.В. Шиханов, С.В. Харитонов // Dental Forum. - 2015. - № 2 (57). - С. 30-34.

## ОИДИ ОМИЛҲОЕ, КИ БОИСИ ВАЙРОНШАВИИ УСТУВОРИИ КОНСТРУКСИЯҲОИ ОРТОПЕДИИ ГИРИФТАНАШАВАНДАИ КОВОКИИ ДАҲОН МЕШАВАНД

Протезмонии ортопедии нуқсонҳои окклюзионии қатори дандонҳо дар марҳилаи муносири инкишофи тамаддуни инсоният қисми ҷудонашавандаи тартиби умумии нигоҳдории саломатии соматикӣ ва, муҳимтар, саломатии рӯҳии инсон мебошад. Вазифаҳои ба он алоқаманд бо истифодаи дастовардҳои охиринаи илм, технологияҳои тиббии доройи ғунҷоиши илмӣ ва технологияҳои наздикихтисос иҷро мешаванд. Ба сифати устувории конструкцияҳои ортопедӣ дар дандонҳои тақиягоҳ омилҳои зиёд таъсир мерасонад. Дар байни онҳо шароит ва таҷҳизонидани клиникаи стоматологияи ортопедӣ ва лабораторияи дандонсозӣ, да-

раҷаи ихтисоси мутахассисон, технологияи омодагии протезҳои муносиб дар клиника ва лаборатория мавқеи муҳим дорад.

Бояд қайд намуд, ки насби конструкцияҳои гирифтанаашавандаи доройи шумораи зиёди ҷузъҳои тақиягоҳӣ, ҳарорати баланди ҳавои атроф боиси зуд ғализтаршавии (ғафстаршавӣ) сементҳои стоматологӣ гашта, сабаби "нопурра шинондани" ҷузъҳои конструксионӣ ва пайдоиши иллатҳои окклюзионӣ мешавад.

**Калимаҳои калидӣ:** Конструкцияҳои дандонии гирифтанаашаванда, омилҳои сабабгор, нуқсонҳои окклюзионии қатори дандонҳо.



## О ФАКТОРАХ, ПРИВОДЯЩИХ К НАРУШЕНИЮ ФИКСАЦИИ НЕСЪЕМНЫХ ОРТОПЕДИЧЕСКИХ КОНСТРУКЦИЙ ПОЛОСТИ РТА

Ортопедическое протезирование окклюзионных дефектов зубного ряда на современном этапе развития человеческой цивилизации стало неотъемлемой частью общей системы поддержания соматического и, что важно, психического здоровья человека. Связанные с этим задачи решаются с использованием последних достижений науки и наукоемких медицинских и смежных технологий. На качество фиксации ортопедических конструкций влияют многие факторы. Среди них условия и оснащение клиники ортопедической стоматологии и зуботехнической ла-

боратории, квалификация специалистов, технология изготовления соответствующих протезов в клинике и лаборатории. Следует отметить, что фиксация несъемных конструкций с большим количеством опорных элементов, высокая температура окружающего воздуха, которая способствует быстрому загустеванию, являются причиной "недосяживаемости" конструктивных элементов и появлению окклюзионных нарушений.

**Ключевые слова:** Несъемные зубные конструкции, причинные факторы, окклюзионные дефекты зубных рядов.

## ABOUT FACTORS RESULTING IN DISTURBANCE OF PERMANENT DENTAL PROSTHESIS FIXATION OF THE ORAL CAVITY

Prosthetic restoration of occlusal denture defect at the current stage of human civilization development has become an integral part of the general system for the maintenance of the somatic and, importantly, mental health of a person. Related tasks are solved using the latest scientific achievement and high technology medical and related technologies. Quality of dental prostheses fixation is influenced by many factors. Among them are the conditions and equipment of prosthetic dentistry clinic and a dental technical laboratory, the qualifications

of specialists, appropriate prosthesis manufacture technology in the clinic and laboratory. It should be noted that permanent structures fixation with a large number of supporting elements, high temperature of environment air, which contributes to rapid thickening, are the reason for the "undersaturation" of structural elements and the appearance of occlusal disorders.

**Key words:** non-removable dental structures, causative factors, occlusal defects of the dentition

**Зарипов Акбар Раҳмонович**, номзади илмҳои тиб, доцент, мудири кафедраи стоматологияи ортопедии ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино, Zaripov.Dovud.98@bk.ru тел. 93-803-63-29

**Сабуров Сабур Каримович**, номзади илмҳои тиб, доцент, кафедраи стоматологияи ортопедии ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино, Saburov\_sabur@mail.ru тел. 985-61-53-53

**Шарипов Хуришед Саидҷонович**, ассистенти кафедраи стоматологияи ортопедии ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино, тел. 770779777.

**Ғоибов Амонулло Ғоибович**, доктори илмҳои тиб, профессори кафедраи сиҳати ҷомеа, иқтисод, идороти тандурусти бо курси омили тибби МДТ "Донишқадаи таҳсилоти баъдидипломи қормандони соҳаи тандурусти Ҷумҳурии Тоҷикистон". Тел-935 93 07 02

**Саторов Саидбеғ**, доктори илмҳои тиб, профессор, мудири кафедраи микробиология, иммунология ва вирусологияи ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино. Тел-987 84 22 24

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



**Сабуров Сабур Каримович**, кандидат медицинских наук, доцент кафедры ортопедической стоматологии ТГМУ им. Абуали ибни Сино Saburov\_sabur@mail.ru тел.985-61-53-53

**Шарипов Хуршед Саиджонович**, ассистент кафедры ортопедической стоматологии ТГМУ им. Абуали ибни Сино, тел. 770779777

**Гоибов Амонулло Гоибович**, доктор медицинских наук, профессор кафедры общественного здравоохранения, экономики, управления здравоохранением с курсом медицинской статистики ГОУ "Институт последипломного образования в сфере здравоохранения Республики Таджикистан". Тел-935 93 07 02

**Саторов Саидбег**, доктори илмҳои тиб, профессор, мудири кафедраи микробиология, иммунология ва вирусологияи ДДТТ ба номи Абӯали ибни Сино. Тел-987 84 22 24

**Zaripov Akbar Rahmonovich**, Candidate of Medical Science, associate professor, head of prosthetic dentistry department of Avicenna Tajik State Medical University, Zaripov.Dovud.98@bk.ru Tel. 93-803-63-29

**Saburov Sabur Karimovich**, Candidate of Medical Science, associate professor, head of prosthetic dentistry department of Avicenna Tajik State Medical University Saburov\_sabur@mail.ru Tel.985-61-53-53

**Sharipov Khurshed Saidzhonovich**, Assistant of prosthetic dentistry department of Avicenna Tajik State Medical University, tel. 770779777

**Goibov Amonullo Goibovich**, Doctor of Medical Sciences, professor of the Department of Public Health, Economics, Health Management with a course of medical statistics, State Educational Institution "Institute of Postgraduate Education in Healthcare of the Republic of Tajikistan Тел-935 93 07 02

**Satorov Saidbeg** - Doctor of Medical Sciences, Professor, Head. Department of Microbiology, Immunology and Virology of Avicenna Tajik State Medical University

## БАҲОДИҲИИ ҲОЛАТИ КЛИНИКӢ ВА ИММУНОЛОГИИ КОВОКИИ ДАҲОН ҲАНГОМИ ПРОТЕЗГУЗОРӢ ДАР БЕМОРОНИ ДОРОИ БЕМОРИҲОИ ҲАМРОҲШУДА

**С.К.Сабуров<sup>1</sup>, А.Р.Зарипов<sup>1</sup>, Н.С.Сабуров<sup>1</sup>, А. Гоибов<sup>2</sup>.**

Кафедраи стоматологияи ортопедии (мудири кафедра н.и.т., дотсент Зарипов А.Р.)  
МДТ "ДДТТ ба номи Абӯали ибни Сино", МДТ "Донишкадаи таҳсилоти  
баъдидипломии кормандони соҳаи тандурустии Ҷумҳурии Тоҷикистон".

**Мухимият.** Бисёре аз муҳаққиқон муносибати наздики патогенетикӣ байни патологияи соматикӣ ва бемориҳои илтиҳоби пародонтитро эътироф мекунанд. Дар стоматологияи ортопедӣ барқарор намудани функция хоиш бо протезҳои гирифтанаши-ванда як даҳолатест, ки тавозуни биологиро дар бофтаҳои пародонт ва дар тамоми организм тағйир медиҳад [4]. Ин барои бемориҳои пародонт муҳим аст, зеро мувофиқи маълумоти ТУТ, зиёда аз 95% аҳолии ҷаҳон аз 45-сола боло аз ин беморӣ азият мекашанд [1,2]. Дар заминаи синдроми метаболикии дар беморони гирифтори пародонтити генералии, дар муқоиса бо одамо-

ни солим, осеби амиқи ҷараёнҳои алвеолярӣ қайд карда шудаанд, ки онҳо нишондиҳандаҳои пародонтӣ ва индекси хунравиро баландтар доранд [3]. Тадқиқотҳои муосир алоқаи зичро байни ҳолати микрофлораи ковокии даҳон ва бемориҳои ҳамроҳикунанда ба монанди бемориҳои дилу рағҳо (БДР), диабет қанд (ДҚ), фарбеҳӣ ва синдроми метаболикии [5,6,8,9]. Дар таҳқиқотҳои худ L.L. Humphrey ва дигарон [7] исбот карданд, ки сарчашмаи илтиҳоби вораҳо ва бемории пародонт ин микрофлораи худӣ даҳон аст ва дар ҳолати доштани бемориҳои ҳамроҳикунандаи соматикӣ, ин фактор ҳамчун омил мустақили дар авҷ-



гирии бемории пародонт амал мекунад. Аз ин сабаб, дар бисёре аз кишварҳои ҷаҳон ҷустуҷӯи доимии омилҳои этиологӣ ва патогенетикӣ барои рушди ин беморӣ бо мақсади баланд бардоштани самаранокии стратегияҳои таъхис ва табобат гузаронида мешавад.

**Мақсад тадқиқот:** баҳодихии ҳолати клиникӣ ва иммунологии ковокии даҳон дар беморони дорой бемориҳои ҳамроҳикунанда ҳангоми тайёр намудани протезҳо аз маҳсулотҳои гуногун.

**Мавод ва усули тадқиқот.** Пеш ва баъд аз гузоштани протезҳои гирифтанашиавандаи аз маҳсулотҳои гуногун тайёр шуда дар пойгоҳи клиникӣи шӯъбаи ортопедӣ ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино, 120 нафар беморони дорой якҷанд патологияи узвҳои муоина карда шуданд, ки аз онҳо 71 (59,20%) мардон ва 49 (40,80%) занон мебошанд. Синну соли беморон аз 20 то 60 сола ва калонтар аст. Пеш аз протезгузори даҳони ҳамаи беморон санатсия карда шуд. Дар бемороне, ки дорой бемориҳои ҳамроҳикунанда доштанд протезҳои гузошташуда вобаста ба маводе, ки протез сохта шудааст, ба чор гурӯҳ тақсим карда шуданд:

Гурӯҳи 1 - протезҳои металики, ки бо нитриди титан пӯшонидани шудаанд;

Гурӯҳи 2 - протезҳои металики, ки бо пластмасса пӯшонидани шудаанд;

Гурӯҳи 3 - протезҳои металики, бо композит пӯшонидани шудаанд;

Гурӯҳи 4 - протезҳои филизию фахфурӣ;

Пеш аз протезсозӣ аз ҳар як бемор дар рӯзи аввал ва пас аз 6 моҳи протезсозӣ микрофлораи даҳон гирифта шуд ва тадқиқот гузаронида шуд.

Омӯзиши микрофлораи даҳони беморони таҳқиқшуда аз рӯи усули маъмулан гузаронидашуда гузаронида шуд. Барои таҳқиқ, мавод аз қисми гарданаи дандонҳои дар протез гузошта шуда гирифта шуд. Намуна бо шоткаи пешаки таъмизшуда гирифта ба болои шишаи аз равған тозакардашуда ва таъмиз шуда молида ва он бо спирти этили 96% дар давоми 2-3 дақиқа хушк карда мешавад. Рангкунии намунаро бо усули Грамм гузаронидем.

Барои омӯзиши ситологии луобпардаи даҳон бошад, мавод барои омӯзиш аз даҳон пас аз бо оби софшуда чайқонидани даҳон, бо паҳлуи баръакси скифери таъмизшуда гирифта шуд. Мавод ба болои шишаи аз равған тозакардашуда ва таъмиз шуда молида ва он бо спирти этили 96% дар давоми 2-3 дақиқа хушк карда мешавад. Рангкунии намунаро бо усули Романовский гузаронидем.

**Натиҷаи таҳқиқот ва баррасии он:** Тадқиқот нишон дод, ки дар беморони дорой бемориҳои ҳамроҳикунанда баъд аз 6 моҳи гузошташавии протези филизии бо нитрид титан руйпушкардашуда дар 38% беморон микрофлораи омехтаи бартари лактобатсиллиро нишон дод, шумораи онҳо аз рӯзи аввал пас аз мустаҳкам кардани протез то 45% зиёд шуд.

Стафилококҳо дарёфт карда шуданд дар 6% беморон, спирохетҳо дар 20% беморон пас аз гузоштани протезҳо. Дар 17% беморон баъд аз гузоштани протезҳои филизии бо нитрид титан руйпушкардашуда микрофлораи даҳон бетағйир мондаанд. Дар 46% беморони гирифтори микрофлораи омехта, пеш аз гузоштани протезҳои металики, ки бо пластмасса пӯшонидани шудаанд Candide (занбӯруғи аз хамиртуруш) дида мешуд, ки пас аз протезгузори кандидоз дар ковокии даҳон зиёд гардид. Дар 19% беморони тадқиқот шуда спирохетҳои патогении шартӣ пайдо карда шуданд. 18% пас аз протезкунии беморони дорой якҷанд бемориҳои ҳамроҳикунанда, микрофлораи ковокии даҳон бетағйир мондааст.

Дар беморони гурӯҳи сеюм, пеш аз протезгузори дар намунаҳои аз даҳон гирифташуда микрофлораи коки Грамм-манфии омехта дида мешуд.

Дар таҳқиқи аз луобпардаи даҳон гирифташуда аз бемороне, ки протезҳои металикӣ, бо композит пӯшонидани шудаанд, танҳо Грамм - флораи манфии коккӣ пайдо шуд. 6% -и ин гуна беморон дар ҳар як гурӯҳи омӯзишӣ буданд.

Пеш аз протезгузори дар беморони гирифтори микрофлораи омехта, флораи омехта боқӣ мондааст, аммо дар 68% бемо-





рон флораи ғайриспоровии Грам-манфӣ бартарӣ дошт. *Spirochetes*-и патогени шартӣ дар 14% беморон пас аз гузоштани протезҳо пайдо шуданд ва дар 28% беморон ягон тағирот мушоҳида нашудааст.

Дар гурӯҳи чорум пас аз гузоштани протезҳои филизию фахфурӣ чунин нишондоҳо ба назар мерасид: то гузоштани протезҳои филизию фахфурӣ флораи коки *Gram*-мусбӣ бе-спора дида мешуд, баъд аз гузоштани протези филизию фахфурӣ шумораи коксҳои ғайри-спора-ташкилёфтаи *Gram*-мусбат ба таври назаррас афзоиш ёфт. Дар давоми шаш моҳи гузошташудаи протези филизию фахфурӣ спирохетаҳои патогении ва на кандидҳо ёфт нашуданд.

**Хулоса.** Натиҷаҳоро таҳлил карда, мо метавонем хулосаҳои зеринро барорем. Дар беморони дорои бемориҳои ҳамроҳикунанда ҳангоми гузоштани протезҳои металики, ки бо нитрид-титан пӯшонида шудаанд, микрофлораи ковокии даҳон ба самти лактобацилла мегузарад, ки боиси пайдоиши микдори зиёди кислотаи - лактикӣ мегардад. Ин намуд кислота боси зиёд каштани кариеси дандонҳо мегардад. Ҳангоми истифодаи протезҳои металики, ки бо пластмасса пӯшонида шудаанд дар 81% беморон кандидоз дида мешавад дар ковокии даҳон. Инчунин микдори коки Грам-манфӣ, то 69% меафзояд. Флораи Грам-манфӣи кокс дар шишаҳои то - 83% дар беморони дорои протезҳои филизию - фахфурӣ пайдо шуд. Маълумотҳои дар боло зикршударо дар беморони дорои якчанд патологияи узвҳо таҳлил

намуда, гуфта метавонем, ки маводи мухталифи сохторӣ, ки аз маводи гуногун сохта шудаанд, бо роҳҳои гуногун ба микрофлораи ковокии даҳон таъсир мерасонанд. Масалан, ба шахсоне тавсия дода мешавад, ки майл ба сироятбӣ бо протези тавассути пошидани микроорганизмҳои оддӣ ба вучуд меоранд; ба беморони гирифтори кандидози даҳон доранд, протезҳои металики, ки бо пластмасса пӯшонида шудаанд тавсия дода намешавад. Ҳангоми муайян кардани флораи коксалии грамм - манфӣ номувофиқ дар дохили даҳон ва ё таърихи пайдоиши бемориҳое, ки дар натиҷаи пайдоиши флораи Грам-манфӣи ғайри-спорӣ ба вучуд омадаанд, протезҳо бо конструкцияҳои таркибашон металлӣ эҳтиёткорона истифода бурдан лозим аст.

Ҳангоми тайёр намудани протезҳо бо конструкцияҳои протезҳои филизию фахфурӣ, гарчанде ки аз намудҳои дар боло зикршуда камтар зарароваранд, дар беморони гирифтори бемориҳои соматикӣ онҳо низ камбудҳои худро дорад. Дар беморони гирифтори илтиҳоби пардаи луобии даҳон ва пародонтоз доранд инчунин бемороне, ки бемориҳои ҳамроҳикунандаи соматикӣ доранд бояд пеш аз сохтани протез, хатман бемории онҳоро ба назар гирифт ва аз қадом намуди маҳсулот бояд протез тайёр карда шавад.

Пеш аз сохтани протез пешниҳод карда мешавад, ки микрофлораи ковокии даҳонро омӯзанд ва маълумоти гирифташударо ҳангоми интиҳоби маҳсулоти протез ба назар гиранд.

## АДАБИЁТ

1. Грудянов, А.И. Этиология и патогенез воспалительных заболеваний пародонта / - М.: Медицинское информационное агентство, 2010- 96 с.
2. Дмитриева Л.А. Пародонтология: национальное руководство. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. - 712 с.
3. Крючков Д.Ю., Романенко И.Г. (2012) Использование препаратов, повышающих чувствительность тканей к инсулину, в комплексном лечении генерализованного пародонтита больных с метаболическим синдромом. //Архив клин. мед., № 2: С. 48-51.
4. Привалов А.В., Трезубов В.В., Сапронова О.Н., Кусевицкий Л.Я. Индексная оценка гигиенического состояния зубных протезов и аппаратов различных конструкций // Институт стоматологии. 2010. - №4. - С.46-47.
5. Amano A., Inaba H. (2012) Cardiovascular diseases and periodontal diseases. Clin. Calcium., 22(1): 43-48



6. Marchetti E., Monaco A., Procaccini L. et al. (2012) Periodontal disease: the influence of metabolic syndrome. *Nutr. Metab. (Lond.)*, 9(1): 88
7. Humphrey L.L., Fu R., Buckley D.I. et al. (2008) Periodontal disease and coronary heart disease incidence: a systematic review and meta-analysis. *J. Gen. Intern. Med.*, 23(12): 2079-2086
8. Pischon N., Heng N., Bernimoulin J.P. et al. (2007) Obesity, inflammation, and periodontal disease. *J. Dent. Res.*, 86(5): 400-409.
9. Preshaw P.M., Alba A.L., Herrera D. et al. (2012) Periodontitis and diabetes: a two way relationship. *Diabetol.*, 55(1): 21-31.

## БАҲОДИҲИИ ҲОЛАТИ КЛИНИКӢ ВА ИММУНОЛОГИИ КОВОКИИ ДАҲОН ҲАНГОМИ ПРОТЕЗГУЗОРӢ ДАР БЕМОРОНИ ДОРОИ БЕМОРИҲОИ ҲАМРОҲШУДА

Бисёре аз муҳаққиқон муносибати наздики патогенетикӣ байни патологияи соматикӣ ва бемориҳои илтиҳоби пародонтиро этироф мекунад. Дар стоматологияи ортопедӣ барқарор намудани функция хоиш бо протезҳои гирифтанашиаванда як даҳолатест, ки тавозуни биологиро дар бофтаҳои пародонт ва дар тамоми организм тағйир медиҳад [4]. Ин барои бемориҳои пародонт муҳим аст, зеро мувофиқи маълумоти ГУТ, зиёда аз 95% аҳолии ҷаҳон аз 45-сола боло аз ин беморӣ азият мекашанд [1,2]. Дар заминаи синдроми метаболикии дар беморони гирифтори пародонтити генералӣ, дар муқоиса бо одамони солим, осеби амиқи чараёнҳои алвеоларӣ қайд карда шудаанд, ки онҳо нишондиҳандаҳои пародонтӣ ва индекси хунравиро баландтар доранд [3]. Тадқиқотҳои муосир алоқаи зичро байни ҳолати микрофлораи

ковокии даҳон ва бемориҳои ҳамроҳикунада ба монанди бемориҳои дилу рағҳо (БДР), диабет қанд (ДҚ), фарбеҳӣ ва синдроми метаболӣ [5,6,8,9]. Дар таҳқиқотҳои худ L.L. Humphrey ва дигарон [7] исбот карданд, ки сарчашмаи илтиҳоби вораҳо ва бемории пародонт ин микрофлораи худӣ даҳон аст ва дар ҳолати доштани бемориҳои ҳамроҳикунадаи соматикӣ, ин фактор ҳамчун омил мустақили дар авҷгири бемории пародонт амал мекунад. Аз ин сабаб, дар бисёре аз кишварҳои ҷаҳон ҷустуҷӯи доимии омилҳои этиологӣ ва патогенетикӣ барои рушди ин беморӣ бо мақсади баланд бардоштани самаранокии стратегияҳои таъхис ва таъобат гузаронида мешавад.

**Калимаҳои калидӣ:** протезҳои гирифтанашиаванда, патологияи бисёрузвӣ, микрофлораи ковокии даҳон.

## ОЦЕНКА КЛИНИЧЕСКОЙ И ИМУНОЛОГИЧЕСКОЙ СИТУАЦИИ ПОЛОСТИ РТА ПРИ ПРОТЕЗИРОВАНИИ У СОМАТИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ

**С.К.Сабуров, А.Р.Зарипов, Н.С.Сабуров**

Кафедра ортопедической стоматологии (зав.кафедрой к.м.н., доцент Зарипов А.Р.)  
ГОУ "ТГМУ им.Абуали ибни Сино"

Большинство исследователей признают тесную патогенетическую связь между воспалительными заболеваниями пародонта и соматической патологией. Применение в клинике ортопедической стоматологии несъемных протезов представляет собой вмешательство, изменяющее биологическое равновесие в тканях полости рта и организме в целом. Особенно это касается заболеваний пародонта, так как, по данным ВОЗ,

им подвержены более 95% населения в мире старше 45 лет.

Современные исследования свидетельствуют о наличии тесной взаимосвязи между состоянием микрофлоры ротовой полости и риском развития патологий с системным воспалительным компонентом, таких как сердечно-сосудистые заболевания (ССЗ), сахарный диабет (СД), ожирение и метаболический синдром.



Пациентам с полиорганной патологией мы предлагаем перед протезированием проводить не только общепринятые методы обследования, но и определить состояние микрофлоры полости рта, полученные данные учитывать при выборе конструкционного облицовочного материала. Данная процедура позволит снизить

количество осложнений, связанных с действием материала протезов на слизистую оболочку полости рта и, вследствие этого, повысить эффективность несъемного протезирования.

**Ключевые слова:** несъемные протезы, полиорганная патология, микрофлора полости рта.

## EVALUATION OF THE CLINICAL SITUATION AND THE KOVA'S IMPLEMENTATION OF THE WORLD WHEN PROCEDURES IN THE OBJECTIVE OF PATIENTS WIST ASSOCIATED PATIENTS

S.K.Saburov, A.R.Zaripov, N.S.Saburov

Prosthetic dentistry department (head of department c. m. s. associate professor Zaripov A.R.) SEI "Avicenna Tajik State Medical University"

Most researchers recognize the close pathogenetic relationship between inflammatory periodontal diseases and somatic pathology. The use of fixed prostheses in the clinic of orthopedic dentistry is an intervention that changes the biological balance in the tissues of the oral cavity and the body as a whole. This is especially true for periodontal diseases, since, according to WHO, more than 95% of the world's population over 45 years old is affected by them. Modern studies indicate a close relationship between the state of the microflora of the oral cavity and the risk of developing pathologies with a systemic inflammatory component, such as cardiovascular disease

(CVD), diabetes mellitus (DM), obesity and metabolic syndrome. For patients with multiple organ pathologies, we propose that before prosthetics it is necessary to carry out not only generally accepted examination methods, but also determine the state of the microflora of the oral cavity, take the obtained data into account when choosing a structural facing material. This procedure will reduce the number of complications associated with the action of prosthetic material on the oral mucosa and, as a result, increase the effectiveness of fixed prosthetics.

**Key words:** non-removable prosthesis, multiple organ pathology, micro-flora of the mouth cavity.

**Сабуров Сабур Каримович**, номзади илмҳои тиб, дотсенти кафедраи стоматологияи ортопедии ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино, Saburov\_sabur@mail.ru тел. 985-61-53-53

**Зарипов Акбар Раҳмонович**, номзади илмҳои тиб, дотсент, мудири кафедраи стоматологияи ортопедии ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино, Zaripov.Dovud.98@bk.ru тел. 93-803-63-29

**Сабуров Наимҷон Сабурович** - табиб-стоматолог ЧДММ "ДЕНТА САБР"

**Ғоибов Амонулло Ғоибович**, доктори илмҳои тиб, профессори кафедраи сиҳати ҷомеа, иқтисод, идороти тандурусти бо курси омори тибби МДТ "Донишкадаи таҳсилоти баъдидипломи кормандони соҳаи тандурусти Ҷумҳурии Тоҷикистон". Тел-935 93 07 02

**Сабуров Сабур Каримович**, кандидат медицинских наук, доцент кафедры ортопедической стоматологии ТГМУ им. Абуали ибни Сино Saburov\_sabur@mail.ru тел.985-61-53-53

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

**Сабуров Наимджон Сабурович**, врач-стоматолог ООО "ДЕНТА САБР"

**Ғоибов Амонулло Ғоибович**, доктор медицинских наук, профессор кафедры общественного здравоохранения, экономики, управления здравоохранением с курсом медицинской статистики ГОУ "Институт последипломного образования в сфере здравоохранения Республики Таджикистан".



**Saburov Sabur Karimovich**, Candidate of Medical Science, associate professor, head of prosthetic dentistry department of Avicenna Tajik State Medical University Saburov\_sabur@mail.ru Tel.985-61-53-53

**Zaripov Akbar Rahmonovich**, Candidate of Medical Science, associate professor, head of prosthetic dentistry department of Avicenna Tajik State Medical University, Zaripov.Dovud.98@bk.ru Tel. 93-803-63-29

**Saburov Naimjon Saburovich**, Dentist LLC <<DENTA SABR>>

**Goibov Amonullo Goibovich**, Doctor of Medical Sciences, professor of the Department of Public Health, Economics, Health Management with a course of medical statistics, State Educational Institution "Institute of Postgraduate Education in Healthcare of the Republic of Tajikistan".

## МУОЛИЦАИ ПАТОГЕНЕТИКИИ СТОМАТИТИ АФТОЗИИ МУЗМИНИ ТАКРОРШАВАНДА

С.Т.Тохтаходжаева, Н.А.Убайдуллоева, Н.Э.Уманова, Ш.О.Тагаева

Кафедраи стоматологияи муолиҷавии (мудири кафедра н.и.т. Тохтаходжаева С.Т.)  
ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино

**Муҳиммият.** Стоматити афтозии музмини такроршаванда барои бемор ва мутахассиси табобаткунанда масъалаи ҷиддӣ мебошад, зеро хусусияти равиши музмини хуруҷии такроршаванда, оқибати гуногун дорад ва сифати зиндагии беморро хеле бад месозад. Душвории интиҳоби тактикаи табобат ва коркарди алгоритми табобати нигоҳдоранда бо мақсади аз байн бурдани такроршавии беморӣ масъалаи муҳим дар стоматологияи муосир ҳисобида мешавад [1,3,4]. Аз рӯйи маълумоти ТУТ ба стоматити афтозии музмини такроршаванда қариб 20%-и аҳоли гирифта мешаванд ва зиёдтар одамони аз 45-сола боло дучори ин беморӣ мегарданд [1,3].

Стоматити афтозии музмини такроршаванда бемории бисёрнома буда, ба инкишофи он ҷараёнҳои аутоиммунӣ ва алергологӣ, патологияи роҳи меъдаю рӯда, бемории ҷигар, иллати функционалии системаи асаби марказиву вегетативӣ, манбаи сироятӣ фокалӣ, гипо- ва авитаминозҳо сабаб мегарданд [1-4].

Муайян шудааст, ки дар патогенези ҷараёни илтиҳобии музмин ҳолати микробиосенози пардаи луобии ковокии даҳон нақши асосиро иҷро мекунад [2,3]. Омӯхта шудааст, ки резистентнокии пардаи луобии даҳонро сироятҳои вирусиву бактериявӣ паст мекунад ва равиши илтиҳобиро афзун месозанд [4].

Аз сабаби он ки этиология ва патогенези стоматити афтозии музмини такроршаванда то охир муайян нашудааст, табобати беморӣ вазифаи душвор мегардад. Интиҳоби фармакотерапияи комплекси фардӣ бо мувофиқати хусусияти равиши ҷараён ва баҳисобгирии ҳолати соматикӣ бемор ба пешрафти табобат меорад [2].

**Мақсади таҳқиқот.** Омӯзиши самаранокии табобати стоматити афтозии музмини такроршаванда вобаста аз патогенези беморӣ.

**Маводҳо ва усулҳои таҳқиқот.** Таҳқиқот дар базаи МТИК "Стоматология"-и ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино гузаронида шуд. Дар муоина 84 бемор (55 зан ва 29 мард) дар синни 22-56-сола, ки ба пайдо шудани яраҳои дарднок дар ковокии даҳон шикоят доштанд, иштирок карданд. Таъхиси стоматити афтозии музмини такроршаванда дар асоси анамнез ва хусусияти клиникӣ беморӣ гузошта шуд. Беморҳои азсар гузаронидашуда ва собиқи роҳи меъдаву рӯда, узвҳои гӯшу гулӯи бинӣ, статуси алергологӣ муайян карда шуд. Таҳқиқоти бактериявӣ ба флора аз сатҳи минтақаи иллатёфтаи луобпарда ва эҳсосият ба маводҳои дорӯгӣ, таҳқиқоти микробиологӣ барои дарёфти антигенҳои вирусӣ герпеси оддӣ, ситомегаловирус ва хламидий бо усулҳои анализи иммунофлюоресентӣ (ИФА) ва реаксияи мусалсали полимеразӣ (ПЦР) гузаронида шуд.



Ба беморон таботати комплекси тафриқавӣ вобаста аз муносибати фардӣ ва натиҷаҳои таҳқиқоти лабораторӣ гузаронида шуд. Таботати ҷузъӣ иборат буд аз: бедардсозии луобпарда бо малҳами 3% анестезин, коркарди антисептикӣ бо маҳлули 0,06% хлоргексидин ва 0,01% мирамистин, аппликатсия бо ферменти протеолитикии трипсин ё хемотрипсин дар давоми 10 дақиқа, барои тезсозии ҷараёни барқароршавӣ малҳами солкосерил ва маҳлули равғанӣ витамини А. Ба нақшаи таботати умумӣ чунин маводҳо таъин карда шуданд: беҳассоскунӣ - супрастин 0,025 г. 1 ҳаб 2 бор дар як рӯз, иммуностимулятсиякунандаҳо - маҳлули тиосульфати натрий 30%-10 мл д/в 10-12 сузандору як рӯз пас, метилуратсил 0,5 г. 1 ҳаб 3 бор дар як рӯз дар давоми 20 рӯз - 1 моҳ, имудон 1 ҳаб 6 бор дар як рӯз давоми 20 рӯз (дар ковокии даҳон ҳал кардан), поливитаминҳо - аскорутин 0,5 мг 1 ҳаб 3 бор дар 1 рӯз давоми як моҳ, ундевит 1 драже 3 бор дар як рӯз давоми як моҳ, антибиотикҳо баъди муайянсозии микрофлораи ковокии даҳон, зиддивирӯсӣ ва бо мақсади мӯътадилсозии микрофлораи рӯдаҳо линекс, бифидумбактерин, лактоджи. Вобаста аз мавҷудияти бемориҳои системавӣ муоина ва таботат дар гастроэнтеролог, алерголог, сироятшинос гузаронида шуд. Дар марҳилаи ремиссия беҳдошти касбӣ ва солимгардонии катори дандонҳо амалӣ шуд, маслиҳатҳо доир ба риояи парҳез

ва интиҳоби воситаи беҳдошти фардии ковокии даҳон дода шуд.

Муоинаи такрорӣ баъди 2 ҳафта, 1-2 моҳ баргузор гардид. Критерияи босамарии таботат бо камшавии симптоми дард, миқдори элементҳо ва андозаи иллати манбаъгӣ, дарозшавии марҳилаи ремиссия ҳисоб меёфт.

#### **Натиҷаҳои таҳқиқот ва муҳокимаи онҳо.**

Ҳангоми муроҷиати беморон ба клиника онҳо ба пайдо шудани яраҳо дар ковокии даҳон, сӯзиш, дард ҳангоми сухангӯӣ ва қабули хӯрок шикоят доштанд. Беморӣ бо пайдоиши маҳлуди ҳамвори дардманд дар луобпардае, ки дар аввал яраи сатҳӣ бо чирки фибринозӣ пӯшида ба амал омада, баъдтар ба яраи чуқури танӯрамонанди дар гирдаш гиперемиядошта мубаддал мегашт ва доимо андозааш калон мешуд, хусусиятнок буд. Яраҳо дарди саҳт доштанд ва бисёртар дар қисми пешу паҳлуи забон, луобпардаи лабу лунҷ чойгир буданд.

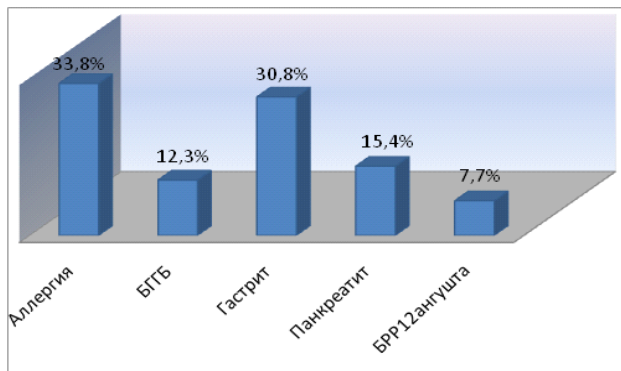
Дар вақти ҷамъсозии анамнез муайян шуд, ки такроршавии беморӣ дар 1 сол 1-2 бор давоми 6-10 рӯз, тӯли 2-3 сол дар 32 (38,1%) нафар бемор ва тӯли 5 сол дар 52 (61,9%) нафар бемор ба назар мерасид. Мунтазам зиёдшавии миқдори такроршавӣ то 5-6 маротиба дар як сол бо дарозшавии марҳилаи дарднок то 14-22 рӯз дар 69 (82,1%) нафар бемор қайд гардид. Гузариши беморӣ ба хусусияти доимӣ, пайдоиши афтаҳо ҳар моҳ ва дарозшавии вақти барқароршавиро 15 (17,9%) нафар бемор қайд карданд. Ҳамин тавр, бо зиёдшавии мӯҳлати беморӣ вазнинии равиши он зиёд мегашт (рас 1).



**Расми 1. Стоматити афтозии музмини такроршаванда**

Алоқаи беморӣ бо тағйироти патологияи узвҳои доҳила, бемориҳои роҳи меъдаю рӯда, бемориҳои зуқоми гӯшу гулӯи бинӣ,

хунукхӯрии организм ва қабули маҳсулоти хӯрокаи хусусияти алергологидошта қайд гашт.



Расми 2. Нишондоди бемории узвҳои дохила дар патогенези САМТ

Анализи таҳқиқоти бактериологии ковокии даҳон афзалияти стрептококкҳо - дар 65,5% (55 нафар) ва стафилококкҳо дар 38,1% (32 нафар) аз байни микроорганизмҳои аёншуда ва нисбатан кам ҳангоми муқоиса, занбурӯғҳои намуди *Candida* дар 15 (17,8%) нафар бемор нишон меод. Дар байни микроорганизмҳои аёншуда бартари *Staphiloccocus aureus* ва *parasanguis* - (48,1%) ва *Streptococcus piogenus* - (32,8%) қайд шуд. Ҳассосияти бактерияҳо ба цефазолин, ципрофлоксацин, цефтриаксон ва азитромицин баландтар буд, ки ба таркиби табобати умумӣ ворид карда шуд.

Аз рӯи натиҷаи анализи иммунофлюоресцентӣ (ИФА) ва реаксияи мусалсали полимеразӣ (ПЦР) дар 33 (50,8%) нафар бемор сетомегаловирус, дар 21 (32,3%) нафар бемор вирус герпесии оддӣ, дар 13 (20,0%) нафар бемор хламидия ва 6 (9,2%) нафар бемор уреоплазма ба даст оварда шуд, ки ҳангоми тартибдиҳии нақшаи табобат маводҳои зиддивирусӣ циклоферон, ацикло-

вир, ганцикловир аз рӯи схема ворид карда шуданд.

Дар 18 нафар бемор (27,7%) аскарида ва лямблия дар рӯдаҳо муайян карда шуда буд, табобат бо ҳамроҳии сироятшинос гузаронида шуд, ки натиҷаи мусбӣ дод.

Табобати патогенетики бо баҳисобгирии тадқиқоти лабораторӣ гузаронидашуда имконият дод, ки натиҷаи табобати хуб ба даст оред. Самаранокии табобат аз рӯи хиссиёти субъективи бемор ва натиҷаҳои манзараи клиникии беморӣ баҳо дода шуд. Дар рӯзи 4-5-уми аз саршавии табобат беморон (85,7%) камшавӣ ва нестшавии дардро дар минтақаи иллатёфта, азбайнравии пайдоиши афтаҳои нав дар равиши беморӣ қайд карданд. Баҳодиҳии биноии пардаи луобии даҳон дар давоми 3-5 шабонарӯз камшавии гиперемия ва оғози эпителизатсияи элементҳои афтозиро нишон дод. Дар рӯзи 8-10 пурра барқароршавии беиз ба амал омад.

Ҳамин тавр, дар 69 (82,1%) нафар бемор давомоти ремиссия зиёд ва миқдори такроршавӣ кам то 1 маротиба тӯли 1-2 сол гашта, эпителизатсияи элементҳо дар муддати кӯтоҳтар ба амал омад. Дар 15 (17,9%) нафар беморон бошад, такроршавӣ дар 1 сол 2 маротиба қайд гашт.

**Хулоса.** Табобати патогенетикии гузаронидашуда бо ҳисобгирии тадқиқотҳои лабораторӣ дар беморони гирифтори стоматити афтозии музмини такроршаванда ба кӯтоҳшавии вақти эпителизатсияи элементҳои иллат, дарозшавии вақт ва камшавии миқдори такроршавӣ меорад.

## АДАБИЁТ

1. Рабинович О. Ф. Рецидивирующий афтозный стоматит - этиология, патогенез /О.Ф. Рабинович, И.М. Рабинович, Е.Г. Панфилова, Е.В. Вахрушина (Часть I) // Стоматология. - 2010.-Т.89,№ 1.- С 71-74.
2. Силантьева Е.Н. Комплексное лечение хронического рецидивирующего афтозного стоматита с использованием препаратов линейки "Асепта" /Е.Н. Силантьева, Н.В. Березина, С.М. Кривонос //Практическая медицина 52'4 (72), 2013 г.
3. Терапевтическая стоматология /Е.В. Боровский - М.: Медицинское информационное агентство, 2011. - 840 с.
4. Терапевтическая стоматология: учебник в 3 ч. Ч. 3. Заболевания слизистой оболочки рта /ГМ. Барер.- М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015.-255 с.



## МУОЛИЦАИ ПАТОГЕНЕТИКИИ СТОМАТИТИ АФТОЗИИ МУЗМИНИ ТАКРОРШАВАНДА

**Муҳиммият.** Ба патогенези стоматити афтозии музмини такроршаванда чараёнҳои аутоимунӣ ва аллергиявӣ, патологияи меъдаву рӯда ва бемории чигар, вайроншавии функционалии системаи асаби марказии ва вегетативӣ, гипо- ва авитаминозҳо, сирояти вирусиву бактериявӣ ва вайроншавии микробиосинози пардаи луобии даҳон мансуб аст. Интихоби фармакотерапияи комплексии фардӣ бо мувофиқати хусусияти равиши чараён ва баҳисобгирии ҳолати соматикӣ бемор ба пешрафти табобат меорад.

**Мақсади таҳқиқот.** Омӯзиши самаранокии табобати стоматити афтозии музмини такроршаванда вобаста аз патогенези беморӣ.

**Маводҳо ва усулҳои таҳқиқот.** Муоинаи 84 нафар бемор (55 зан ва 29 мард) дар синни 22-56-сола, ки бо стоматити афтозии музмини такроршаванда азият мекашиданд, гузаронида шуд. Бемориҳои азсар гузаронидашуда ва собиқ, таҳқиқоти бактериявӣ, эҳсосият ба маводҳои дорӯгӣ, анализи иммунофлюоресентӣ (ИФА) ва реаксияи мусалсали полимеразӣ (ПЦР) гузаронида шуд.

**Натиҷаҳои таҳқиқот ва муҳокимаи онҳо.** Табобати патогенетикии гузаронидашуда бо баҳисобгирии тадқиқоти лабораторӣ, бемориҳои соматикӣ имконияти натиҷаи табобатии хубро фароҳам овард. Дар рӯзи 4-5-уми аз саршавии табобат беморон (85,7%) камшавӣ ва нестшавии дардро дар минтақаи иллатёфта, азбайнравии пайдоиши афтаҳои нав дар равиши беморӣ қайд карданд. Баҳодиҳии биноии пардаи луобии даҳон дар давоми 3-5 шабонарӯз камшавии гиперемия ва оғози эпителизатсияи элементҳои афтозиро нишон дод. Дар рӯзи 8-10 пурра барқароршавии беиз ба амал омад.

**Хулоса.** Табобати патогенетикии гузаронидашуда бо ҳисобгирии тадқиқотҳои лабораторӣ дар беморони гирифтори стоматити афтозии музмини такроршаванда ба кӯтоҳшавии вақти эпителизатсияи элементҳои иллат, дарозшавии вақт ва камшавии миқдори такроршавӣ меорад.

**Калимаҳои калидӣ:** Пардаи луобии ковокии даҳон, стоматити афтозӣ, такроршавӣ, ташхис, муолиҷаи патогенетикӣ.

## ПАТОГЕНЕТИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ ХРОНИЧЕСКОГО РЕЦИДИВИРУЮЩЕГО АФТОЗНОГО СТОМАТИТА

С.Т.Тохтаходжаева, Н.А.Убайдуллоева, Н.Э.Уманова, Ш.О.Тагаева

**Актуальность.** К патогенезу хронического рецидивирующего афтозного стоматита относятся аутоиммунные и аллергические процессы, желудочно-кишечная патология и заболевания печени, функциональные расстройства центральной и вегетативной нервной системы, гипо- и авитаминозы, вирусно-бактериальные инфекции и нарушения микробиоценоза слизистой оболочки полости рта. Подбор индивидуальной комплексной патогенетической фармакотерапии в соответствии с особенностями течения процесса и с учетом соматического состояния пациента обеспечивает успех лечения.

**Цель исследования.** Изучить эффективность патогенетической терапии хронического рецидивирующего афтозного стоматита.

**Материалы и методы.** Обследовано 84 больных (55 женщин и 29 мужчин) в возрасте 22 - 56 лет, страдающих хроническим рецидивирующим афтозным стоматитом. Выявлены перенесенные и сопутствующие заболевания, проведены бактериологическое исследование, проверка чувствительности к лекарственным препаратам, иммунофлюоресцентный анализ (ИФА) и полимеразная цепная реакция (ПЦР).

**Результаты и их обсуждение.** Проведенное патогенетическое лечение с учетом лабораторных исследований, соматических заболеваний позволило получить хороший терапевтический эффект. На 4-5 день от начала лечения больные (85,7%) отметили уменьшение и исчезновение боли в



области пораженного участка, предотвращение появления новых афт в течение данного рецидива. Визуальная оценка слизистой оболочки рта показала, что в течение 3-5 суток наблюдалось уменьшение гиперемии и начало эпителизации афтозных элементов. На 8-10-й день происходило полное заживление без образования рубца.

**Выводы.** Проведенная патогенетическая терапия с учетом лабораторных исследований лечения у больных с ХРАС способствует сокращению сроков эпителизации элементов поражения, удлинению времени рецидива, уменьшению количества рецидивов.

**Ключевые слова:** Слизистая оболочка полости рта, афтозный стоматит, рецидив, диагностика, патогенетическая терапия.

## PATHOGENETIC THERAPY OF CHRONIC RECURRENT APHTHOUS STOMATITIS

S.T. Tokhtakhojaeva, Sh.O. Tagaeva, N.E. Umanova, N.A. Ubaydulloeva

Department of preventive dentistry (Head of the Department of c.m.s. Tokhtakhojaev S.T.)  
Avicenna TSMU

**Actuality.** In the pathogenesis of chronic recurrent aphthous stomatitis belong autoimmune and allergic processes, gastrointestinal pathology and liver diseases, functional disorders of the central and vegetative nervous system, hypo- and avitaminosis, viral-bacterial infections and disorders of microbiocenosis of oral mucosa. Selection of individual complex pathogenetic pharmacotherapy in accordance with features of course process and taking into account patient's somatic state ensures treatment success.

**Objective research.** To study the efficiency of pathogenetic therapy of chronic recurrent aphthous stomatitis.

**Materials and methods.** There were examined 84 patients (55 women and 29 men) aged 22 - 56 with chronic recurrent aphthous stomatitis. Transferred and concomitant diseases were detected, bacteriological examination, drug sensitivity, immunofluorescence analysis (IFA) and polymerase chain reaction (PCR) were carried out.

**Results and their discussion.** Carried out the pathogenetic treatment taking into account laboratory studies, somatic diseases allowed to obtain a good therapeutic effect. On the 4th-5th day from the beginning of treatment patients (85.7%) noted reduction and disappearance of pain in the area of the affected site, prevention of appearance of new aphthae during the present recurrence. Visual estimation of oral mucosa revealed that within 3-5 days there was a decrease in hyperemia and the beginning of epithelization of aphthous elements. On the 8th-10th day there was complete healing without formation of a scar.

**Conclusions.** The performed pathogenetic therapy taking into account the laboratory study of treatment in patients with ChRAS helps to reduce the length of epithelization elements of lesion elements, prolong the time of recurrence, reduce the number of relapses.

**Keywords:** mucous membrane of oral cavity, aphthous stomatitis, relapse, diagnosis, pathogenetic therapy.

*Тохтаходжаева Саодат Тупалоновна, номзади илмҳои тиб, мудири кафедраи стоматологияи муолиҷавии ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино, Ғ. Mail: tsaodat61@mail.ru. тел.: 918-48-04-56*

*Убайдуллоева Нодира Абдурасуловна, ассистенти кафедраи стоматологияи муолиҷавии ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино, тел.: 918-77-20-61*

*Уманова Насиба Эргашевна, ассистенти кафедраи стоматологияи муолиҷавии ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино, Ғ. Mail: unasiba85@mail.ru. тел.: 918-28-92-88*

*Тагаева Шахло Олимовна, аспиранти кафедраи стоматологияи муолиҷавии ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино, тел.: 901-11-20-08*





**Тохтаходжаева Саодат Тупалоновна**, кандидат медицинских наук, доцент, заведующий кафедрой терапевтической стоматологии ТГМУ имени Абуали ибни Сино, Е. Mail: tsaodat61@mail.ru. тел.: 918-48-04-56

**Убайдуллоева Нодира Абдурасуловна**, ассистент кафедры терапевтической стоматологии ТГМУ имени Абуали ибни Сино, тел.: 918-77-20-61

**Уманова Насиба Эргашевна**, ассистент кафедры терапевтической стоматологии ТГМУ имени Абуали ибни Сино, Е. Mail: unasiba85@mail.ru. тел.: 918-28-92-88

**Тагаева Шахло Олимовна**, аспирант кафедры терапевтической стоматологии ТГМУ имени Абуали ибни Сино, тел.: 901-11-20-08

**Tokhtahojajeva Saodat Tupalonova**, c.m.s., Head of Preventive dentistry department of Avicenna TSMU, e-mail: tsaodat61@mail.ru. ph.: 918-48-04-56

**Ubaidulloeva Nodira Abdurasulovna**, assistant of Preventive dentistry department of Avicenna TSMU, ph: 918-77-20-61

**Umanova Nasiba Ergashevna**, assistant of Preventive dentistry department of Avicenna TSMU, e-mail: unasiba85@mail.ru. ph.: 918-28-92-88

**Tagajeva Shahlo Olimovna**, postgraduate student of Preventive dentistry department of Avicenna TSMU, tel.: 901-11-20-08

## ХУСУСИЯТҲОИ ДИНАМИКАИ ҲОЛАТИ ПАРОДОНТ ҲАНГОМИ ТАБОБАТИ МУШТАРАКИ ИЛЛАТИ ЭНДОДОНТОПАРОДОНТАЛӢ

**С.Т.Тохтаходжаева, Ш.О.Тагаева, Н.Э.Уманова, Н.А.Убайдуллоева**

Кафедраи стоматологияи муолиҷавии (мудири кафедра н.и.т. Тохтаходжаева С.Т.)

ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино

**Муҳиммият.** Бемориҳои илтиҳобии пародонт масъалаи ҷиддии тиббӣ- иҷтимоӣ мебошад, ки ҳалли он самти асосии стоматологияи муосир менамояд. Паҳншавии ин патология дар дараҷаи баланд меистад, аз рӯйи нишондоди ТУТ - 40 то 95%-и аҳолии рӯйи замин аз ин беморӣ азият мекашанд. Сурати клиникӣ бемории пародонт дар марҳилаи аввал хусусияти равиши музмин ва ниҳонӣ дорад, ки ташҳиси муосирро душвор месозад, ҳамин тавр, саршавии чорабиниҳои мувофиқи муолиҷавӣ ва барқароршавиро ба таъхир мегузорад [4].

Дар амалияи клиникӣ духтур-стоматолог бештар бо иллати муштараки эндодонт ва пародонт вомехӯрад. Эндодонт ва пародонт ҳамчун системаи ягонаи функционалӣ ва морфологӣ баҳо дода мешавад ва эҳтимолияти баланди ҷалбшавии онҳо ба ҷараёни патологӣ дида мешавад [1,3]. Воридшавии омилҳои сироятӣ - микробҳо ва токсинҳо, маҳсули илтиҳоб бо системаи рағӣ ва роҳи тубулярӣ аз пародонт ба эндодонт ва баръакс - равиши бемориро душвор ва пешгӯи-

ро бад месозад, ки табобати муштараки синдроми эндодонтопародонталиро талаб мекунад [2].

Мавҷудияти сирояти музмини манбаи эндопародонталӣ интиҳоби тактикаи муроқибати беморро душвор месозад, ба ғайр аз ин, ин иллатҳо манбаи таҷовузкоронаи сирояти стоматогенӣ ба ҳисоб рафта, манбаи хурӯчкунандаи бемориҳои соматикӣ мебошанд. Манбаи илтиҳобии музмин дар бофтаҳои наздиқуллагӣ сарчашмаи ҳиссиёти (сенсibiliзаци) микробӣ мебошад ва метавонад худҳиссиёти (аутосенсibiliзаци) организмро ба вучуд оварад, ки табобати пародонтитро душвор месозад [4,5].

**Мақсади таҳқиқот.** Омӯзиши динамикаи ҳолати пародонт ҳангоми табобати муштараки эндодонт ва пародонт.

**Мавод ва усулҳои тадқиқ.** Муоина ва табобати 36 нафар беморон бо дараҷаи гуногуни вазнинии пародонтит гузаронида шуд, ки синнашон аз 22 то 57сола буда, синну соли миёна 44 солро ташкил дод. Аз онҳо миқдори занҳо 21 (58,3%) ва мардҳо 15



(41,7%) нафар буд. Беморонро вобаста аз мавҷудият ё набудани иллоти бофтаи наздиқуллагӣ ба 2 гурӯҳ ҷудо намудем. Ба гурӯҳи якум 14 нафар беморони дорои пародонтит ва мавҷудияти иллоти деструктивии бофтаи қуллагӣ ва маргиналии периодонт дохил шуданд. Гурӯҳи дуюмро бошад 22 нафар беморон бо чараёни илтиҳобӣ-деструктивии пародонт ва мавҷуд набудани сирояти наздиқуллагии периодонт ташкил доданд.

Дар беморони гурӯҳи якум дар 8 нафар (57,1%) периодонтити музмини гранулёматозӣ ва дар 6 нафар (30,4%) периодонтити музмини гранулятсияшуда мушоҳида карда шуд. Дар ҳамаи беморони муоинашуда пародонтити музмини паҳншудаи дараҷаи вазниниаш гуногун мушоҳида шуд: дар гурӯҳи якум 9 (64,3%) нафар пародонтити дараҷаи миёна ва 5 (35,7%) нафар дараҷаи вазнин, дар гурӯҳи дуюм 16 (72,7%) нафар пародонтити дараҷааш миёна ва 6 (27,3%) нафар дараҷааш вазнин буданд. Ҳамин тавр, дар 2 гурӯҳ миқдори пародонтити дараҷааш миёна нисбатан дараҷаи вазнин зиёдтар буданд (69,4%).

Барои баҳодихии ҳолати пародонт аз индекси мукамалшудаи беҳдошти ОНІ-S (индекси чирки дандон ва санг), хунравии милк ҳангоми тадқиқоти зонд, дараҷаи ретсессияи милкҳо ва чуқурии кисачаи патологӣ бо зонди пародонталии ба дараҷаҳо тақсимшуда, индекси муштараки Russel истифода карда шуд.

Барои баҳодихии дараҷаи вазнинии чараёни деструктивӣ дар пародонт ва периодонти қуллагӣ таҳлили нишондоди рентгенографияи денталӣ ва ортопантограмма гузаронида шуд.

Дар беморони гурӯҳи якум дар марҳилаи аввал табобати эндодонтӣ, яъне коркарди асбобӣ ва доруии ҷӯяки реша, эвакуатсияи андаруни ҷӯяк, коркард бо антисептикҳо ва пломбагузорӣ гузаронида шуд. Бо мақсади бартарафсозии чараёни илтиҳобии зершадид ба ҷӯяк пулпосептин бо баровардани он аз қуллаи реша дар давоми 5-7 рӯз гузошта шуд. Баъдан пломбагузории муваққатии ҷӯяки реша бо хамираи "Кальсепт", ки дар асоси гидрати оксиди калсий тайёр шудааст

ва хусусияти таъсири дароз дорад дар давоми аз 10 рӯз то 2 моҳ гузаронида, танҳо баъд пломбаи доимӣ гузошта шуд. Дар натиҷаи ин кор, аз як тараф мо имконияти тозакунии антисептики ҷӯяки реша ро гузаронидем, аз ҷиҳати дигар бошад, ташхиси тафриқавии байни дараҷаи ҳамроҳшавии бофтаҳои наздиқуллагӣ ва пародонто ба даст овардем.

Ба ҳамаи беморони гурӯҳи якум ва дуюм табобати пародонтологияи гузаронидашуда чунин буд: гирифтани тахшинҳои дандон, солимгардонии кисаи пародонталӣ, муолиҷаи доругӣ, шинагузории дандонҳои ҷунбанда бо маводҳои бо шуоъсахтшаванда, сайқалдиҳии хос бо мақсади ҳамворсозии окклюзия, кюретажи маҳкамаи кисаи патологӣ бо пурсозии навбатии он бо хамираи гидрати оксиди калсий.

Ҳолати пародонт баъди 1 моҳ ва 6 моҳ аз вақти саршавии табобат омӯхта шуд.

Натиҷаи тадқиқот ва муҳокимаи он. Дар мавриди муоина ҳамаи беморони (100%) гурӯҳи якум дар минтақаи дандони илтиҳобгирифта ба ҳиссиёти бад ва дард ҳангоми хӯрокгазӣ зиёд мешавад, шикоят доштанд. Муоинаи объективӣ ҷудошавии экссудати фасоддорро аз роҳи носур дар минтақаи наздиқуллагӣ ва кисаи пародонталӣ дар 5 (35,7%) нафар беморон нишон дод.

Аломатҳои клиникаи бемории пародонт дар беморони гурӯҳи якум ва дуюм қариб ки фарқ намекарданд: хориш, сӯзиш ва ҳиссиёти дард, хунравӣ аз милкҳо дар 13 (92,8%) ва 22 (100%) нафар беморон, бӯйи бад аз даҳон - 11 (78,6%) ва 18 (81,8%), ҷунбиши дандон - 10 (71,4%) ва 18 (81,8%), чиркбарой аз кисаи пародонталӣ - 5 (35,7%) ва 8 (36,4%), тағйироти ранги милк дар ҳамаи беморон (100%) мушоҳида шуд. Муоинаи ковокии даҳон дар беморони ҳар ду гурӯҳ мавҷудияти чирки мулоими дандон, санги зеримилкӣ дар дандонҳои пеш ва қафо дида мешуд. Беҳдошти ғайриқаноатбахши ҳолати ковокии даҳон на танҳо бо беҳдошти номунтазами ковокии даҳон, инчунин, бо дескватсияи барзиёди эпителиаи милк ва экссудат аз кисаи патологӣ алоқаманд аст. Ҳангоми палмосидани милкҳо дардмандӣ ва фасод-



бароӣ аз кисаи пародонталӣ дида мешуд. Чуқурии кисаи пародонталӣ аз 3 то 8 мм буда, дар миён: дар гурӯҳи якум 4,96 мм, дар гурӯҳи дуюм 5,83 мм-ро ташкил меод.

Ҳангоми тадқиқоти рентгенологӣ ҳалшавии бофтаи устухон дар минтақаи са-тхи паҳлуии реша ва фуркатсияи дандо-

нҳои бисёрреша, пастшавии девораи байниданонии бофтаи устухон аз 2/3 ва зиёда бо дарозии реша, дар минтақаи баъзе дандонҳо то пурра гумшавӣ мушоҳида шуд, аммо тағйироти чуқур дар минтақаи шоҳаи алвеолӣ ва танаи чоғ дида нашуд.

### Динамикаи ҳолати пародонт дар гурӯҳи якум баъди табобати муштарак

Ҷадвали 1

№	Нишондод	Дар аввал	Баъди 1 моҳ.	Баъди 6 моҳ.
1.	Индекси чирки дандон	2,5	1,2	0,6
2.	Индекси санги дандон	2,8	1,4	0,8
3.	Индекси хунравии милкҳо	2,8	2,2	0,7
4.	Индекси ретсессияи милкҳо %	69,2	47,3	27,1
5.	Индекси пародонталӣ Russel	4,96	3,7	0,9

### Динамикаи ҳолати пародонт дар гурӯҳи дуюм баъди табобат

Ҷадвали 2

№	Нишондод	Дар аввал	Баъди 1 моҳ.	Баъди 6 моҳ.
1.	Индекси чирки дандон	2,6	1,6	1,1
2.	Индекси санги дандон	2,9	1,8	1,5
3.	Индекси хунравии милкҳо	3,0	2,4	1,1
4.	Индекси ретсессияи милкҳо %	74,6	56,2	38,9
5.	Индекси пародонталӣ Russel	5,83	4,1	1,2

Дар беморони ҳар ду гурӯҳ индекси беҳдошти, хунравии милкҳо, чуқурии кисаи патологӣ ва нишондоди пародонталӣ пас аз муолиҷа динамикаи ҳолати пародонтро хуб нишон дод. Ҳангоми муқоисаи пастшавии зухуроти чараёни илтиҳобӣ дар пародонт дар ду гурӯҳ нишон дод, ки баъди табобати муштарак эндодонтопародонталӣ гурӯҳи якум баргарафшавии чараёни илтиҳобӣ дар рӯзи 5-6-ум ва саршавии барқароршавии бофтаи устухон дар рӯзи 10-14 бо ремиссияи устувори илтиҳоби пародонт ба вуқӯъ омад. Дар гурӯҳи дуюм бошад, пастшавии чараёни илтиҳобӣ дар рӯзи 7-9-ум ва саршавии барқароршавии устухони чоғ дар рӯзи 28-30 ба вуқӯъ омад.

Дар рентгенограммаи дохилидаҳонӣ ва ортопантограммаи устухони чоғ дар динамикаи бемории ҳар ду гурӯҳ дар беморон камшавии нуқсонҳои устухонӣ ва фуркатсионии дараҷааш гуногун, саҳтшавии струк-

тураи устухон, барқароршавии девораи байниалвеолӣ ба назар мерасид.

Баъди 6 моҳ мӯътадили расми устухонӣ бо нигоҳдошти мабдаи остеосклероз дар минтақаҳои алоҳида дида шуд, сурати устухони алвеола мураббаъ гашт, девораи байниалвеолӣ намуди камоншаклро гирифт, кисаи устухонӣ ва чунбиши дандон кам гашт, дандонҳои дараҷаи чунбишашон якумбуд, саҳт шуданд.

**Хулоса.** Табобати эндодонтӣ ҳангоми иллатёбии якҷояи эндодонт ва пародонт дар марҳилаи аввал қисми лозимии табобати комплексӣ буда, имконият медиҳад, ки динамикаи мусоидро таъмин кунад. Яъне, қатъи чараёни илтиҳобӣ дар қисми апикали периодонт ба солимгардии ҳолати периодонти канорӣ сабаб гашта, барои зудтар нобудсозии чараёни илтиҳобӣ дар пародонт замима мегузорад.

### АДАБИЁТ

1. Галеева З.Р. Морфофункциональные и этиопатогенетические связи при патологии эндодонта и пародонта //Эндодонтия today. - 2012. - № 2. - С. 3-7.
2. Галеева З.Р. Тубулярный путь микробной инвазии у пациентов с эндодонтальными очагами инфекции //Практическая медицина. 2012. - № 2. - С. 31-33.



3. Максимова О.П. Две стороны эндодонтии // Клиническая стоматология. 2012. №1. - С.32-34.
4. Мороз П.В. Эндодонтическое лечение в терапии пародонтита // Журнал фундаментальной медицины и биологии. 2013. № 1. - С. 59-61.
5. Цепов Л.М., Николаев А.И., Михеева Е.А. Диагностика, лечение и профилактика заболеваний пародонта. - М: МЕДпресс-информ, 2008. - 272 с.

**Хулоса.** Дар мақолаи мазкур натиҷаи таъбиқоти муштараки бемории пародонт дар 36 бемор нишон дода шудааст, ки онҳо ба 2 гурӯҳ ҷудо шудаанд: бо иллати деструктивии бофтаҳои қуллагии периодонт ва бемавҷудияти сирояти наздиқуллагии периодонт.

Динамикаи ҳолати пародонт баъди таъбиқоти муштараки эндодонтопародонталӣ дар гурӯҳи якум, ба пастшавии шиддати ҷараёни илтиҳобӣ ва саршавии барқароршавии устухони алвеола дар муддати қу-

тоҳтар ба вуқӯъ омад, нисбат ба гурӯҳи дуюм.

Ҳамроҳсозии таъбиқоти эндодонтӣ дар пародонтит ба санатсияи қисми қуллагӣ ва маргиналии периодонт ва инчунин, барои тезтар бартарафсозии ҷараёни илтиҳобӣ дар пародонт меорад, ки динамикаи мусоидро таъмин месозад.

**Калимаҳои калидӣ:** Пародонт, синдроми эндодонто-пародонталӣ, таъбиқоти бемории пародонт.

## ОСОБЕННОСТИ ДИНАМИКИ СОСТОЯНИЯ ПАРОДОНТА ПРИ КОМБИНИРОВАННОМ ЛЕЧЕНИИ ЭНДОДОНТОПАРОДОНТАЛЬНОГО ПОРАЖЕНИЯ

С.Т.Тохтаходжаева, Ш.О.Тагаева, Н.Э.Уманова, Н.А.Убайдуллоева

**Резюме.** В данной статье представлены результаты комбинированного лечения заболевания пародонта у 36 пациентов, которые были разделены на 2 группы: с деструктивным поражением тканей верхушечного периодонта и с отсутствием периапикальной инфекции.

Динамика состояния пародонта после комбинированного эндодонтопародонтального лечения больных в первой группе купирование воспалительного процесса и начало регенерации кости альвеолы происхо-

дило в более короткие сроки по сравнению со второй группой.

Сочетания эндодонтического лечения при пародонтитах saniрует апикальной и маргинальной части периодонта и способствует более быстрому купированию воспалительного процесса в пародонте, что обеспечивает благоприятную динамику.

**Ключевые слова:** Пародонт, эндодонтопародонтальный синдром, лечения заболевания пародонта.

## FEATURES OF PERIODONTAL STATE DYNAMICS IN COMBINED TREATMENT OF ENDODONTOPARODONTAL LESION

S.T. Tokhtakhojaeva, Sh.O. Tagaeva, N.E. Umanova, N.A. Ubaydulloeva

Department of preventive dentistry (Head of the Department of c.m.s. Tokhtakhojev S.T.)  
Avicenna TSMU

The results of combined treatment of periodontal disease in 36 patients, which were divided into 2 groups: with destructive damage of tissues of upper periodontal and with absence of periapical infection are presented in this article.

The dynamics of periodontal condition after the combined endodontoparodontal treatment of patients in the first group, the reduction of the inflammatory process and the beginning of the regeneration of alveoli bone occurred in a short time compared to the second group.



Combinations of endodontic treatment in periodontitis sanitizes the apical and marginal part of the periodont and promotes faster reduction of the inflammatory process in the

peridental membrane, which provides favorable dynamics.

**Keywords:** parodontium, endodonto-periodontal syndrome, treatment of periodontal disease.

**Тохтаходжаева Саодат Тупалоновна**, номзади илмҳои тиб, мудири кафедраи стоматологияи муолиҷавии ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино, E. Mail: tsaodat61@mail.ru. тел.: 918-48-04-56

**Тагаева Шахло Олимовна**, аспиранти кафедраи стоматологияи муолиҷавии ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино, тел.: 901-11-20-08

**Уманова Насиба Эргашевна**, ассистенти кафедраи стоматологияи муолиҷавии ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино, E. Mail: unasiba85@mail.ru. тел.: 918-28-92-88

**Убайдуллоева Нодира Абдурасуловна**, ассистенти кафедраи стоматологияи муолиҷавии ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино, тел.: 918-77-20-61

**Тохтаходжаева Саодат Тупалоновна**, кандидат медицинских наук, заведующий кафедрой терапевтической стоматологии ТГМУ имени Абуали ибни Сино, E. Mail: tsaodat61@mail.ru. тел.: 918-48-04-56

**Тагаева Шахло Олимовна**, аспирант кафедры терапевтической стоматологии ТГМУ имени Абуали ибни Сино, тел.: 901-11-20-08

**Уманова Насиба Эргашевна**, ассистент кафедры терапевтической стоматологии ТГМУ имени Абуали ибни Сино, E. Mail: unasiba85@mail.ru. тел.: 918-28-92-88

**Убайдуллоева Нодира Абдурасуловна**, ассистент кафедры терапевтической стоматологии ТГМУ имени Абуали ибни Сино, тел.: 918-77-20-61

**Tokhtahojajeva Saodat Tupalonova**, c.m.s., Head of Preventive dentistry department of Avicenna TSMU, e-mail: tsaodat61@mail.ru. ph.: 918-48-04-56

**Tagajeva Shahlo Olimovna**, postgraduate student of Preventive dentistry department of Avicenna TSMU, tel.: 901-11-20-08

**Umanova Nasiba Ergashevna**, assistant of Preventive dentistry department of Avicenna TSMU, e-mail: unasiba85@mail.ru. ph.: 918-28-92-88

**Ubaidulloeva Nodira Abdurasulovna**, assistant of Preventive dentistry department of Avicenna TSMU, ph: 918-77-20-61

## НАТИЧАҲОИ ТАҲҚИҚОТИ АЛОМАТҲОИ СЕГМЕНТАРИИ БЕМОРИҲОИ ПАРОДОНТАЛӢ ВА ТАЪСИРҲОИ НОМАХСУСИ ГОМЕОСТАТИКИИ ЛУОБИ ОМЕХТАШУДАИ КОРМАНДОНИ МУАССИСАҲОИ ДОРОИ ШАРОИТИ ХАТАРНОКИ МЕҲНАТ

Юсупов З.Я., Ашӯров Ғ.Ғ.

Кафедраи беҳдошт ва экологияи МДТ "Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абӯалӣ ибни Сино", кафедраи стоматологияи муолиҷавии МДТ ДТБКСТ.

**Мухиммият.** Арзёбии таҳлили бемориҳои стоматологӣ талаб мекунад, ки чамъоварии амаълумотҳои муносиб ва таҳлили онҳо бояд чавобгӯӣ шароит ва вазифаҳои муайяни таҳқиқот бошад [1, 5]. Ҳангоми гузаронидани скрининги регионалии чанбаи стоматологиии саломатӣ ба ҳисоб гирифта-

ни хусусиятҳои масруфияти касбии аҳоли ва соҳаҳои вазнини саноатӣ зарур аст [3].

Дар шароити истехсолоти саноатӣ ҳамаи узвҳо ва бофтаҳои ковокии даҳон бо атмосфераи минтақаи корӣ бевосита тамос доранд ва ҳамеша таҳти таъсири тӯлоии барангезандаҳои механикии заррачаҳои гар-



ду чанг ва дар мачмиӯ ба таъсироти интоксикатсионии пайвастагиҳои химиявӣ қарор доранд [2, 4].

Бо дар назардошти гуфтаҳои боло мотавсифи сегментарии бемориҳои пародонталӣ ва таҳқиқоти омилҳои номатхусуси гемостатикӣ луоби омехтаро дар шароити нохуби истеҳсолӣ гузаронидем.

**Мавод ва усулҳои таҳқиқот.** Бо истифода аз усулҳои клиникӣ 270 нафар аз байни коргарони истеҳсолоти арзиз мавриди таҳқиқот қарор дода шуд. Таҳқиқот

аз муоинаи зоҳирии ноҳияи чоғу рӯй, баҳодиҳии ҳолати буғуми чаккаву чоғи поёнӣ, бофтаҳои саҳти дандон, осебҳои ғайри кариозии эмал, ҳолати пардаи луобии ковокии даҳон, осебҳои пародонт, дараҷаи талафи васлашавии эпителиалӣ иборат буд.

Шаҳсони таҳқиқшуда мувофиқи тавсияҳои ТУТ ба 4 гурӯҳи синнусолӣ барои гурӯҳҳои асосии синнусолӣ таҳқиқоти стоматологӣ ва вобаста аз меъёрҳои собикаи корӣ, чудо карда шуданд (ҷадвали 1).

Ҷадвали 1.

№	Гурӯҳҳои синнусолӣ, сол	Синну соли миёна, сол	Собикаи корӣ, сол	Микдори одамон	
				Мутлақ	%
1.	18-24	20,0±1,5	до 5	56	17,3
2.	25-34	28,0±1,4	5-10	78	32,0
3.	35-44	39,0±1,5	10-20	69	26,0
4.	45 и >	51,0±1,1	>20	67	24,7

Натиҷаҳои нишондиҳандаҳои ин таҳқиқоти илмӣ дар IBM- коапбтер бо истифодаи мачмиӯи стандартии барномаи Statistica for Windows версияи 6.0 бо муайян кардани хосиятҳои миёнаи интихобӣ ( $M \pm \sigma$ ) коркард шуданд.

#### Натиҷаҳо ва баррасии онҳо.

Ҳангоми таҳлил кардани натиҷаҳои нишондиҳандаҳои клиникӣ ҳолати пародонт дар коргарони истеҳсолоти арзиз маълум мешавад, ки рушди тадриҷии паҳншавии аломатҳои бемории пародонт бо зиёд шудани интихобҳо ба амал меояд ва мувофиқи он зиёд шудани собикаи корӣ таҳти таъсири омилҳои техногениисоҳаи истеҳсолот маълум мешавад. Чунончи, дар байни нафарони гурӯҳи асосӣ, ки синну солашон 18-24 сол буд, паҳншавии бемории пародонт 76,7±0,6%, дар гурӯҳи 25-34 -сола 92,9±0,3% буд, ҳангоми 98,2±0,4 % будани бузургии нишондиҳандаи таҳқиқот дар гурӯҳи 35-44 -сола буд, дар гурӯҳи 45-60 -сола ягон нафар бо пародонти интактӣ ба қайд гирифта нашуд.

Аломатҳои хунравӣ дар гурӯҳи ҷавонон 18-24-сола дар  $32y'J \pm 0,7\%$  ҳолат дар интенсивнокии 1,4±0,3 секстант дида шуд, дар гурӯҳи синну соли 25-34-сола мутаносибан 13,1

±0,4% ва 0,7±0,5 секстанта дар мавриди ифодаи муносиби 12,9±0,1% ва 0,90±0,04, \_8,2±0,3% ва 0,90±0,07 секстанта ба як нафар таҳқиқшаванда ба мушоҳида расид.

Санги дандон дар беморони 18-24-солаи истеҳсолоти арзиз то 45,1 ±0,8% (интенсивнокии 3,20±0,06 секстанта), дар гурӯҳи синну соли 35-40-сола мутаносибан 61,3±0,2% ва 3,1 ±0,01, дар категорияи калонсолтрин мутаносибан 45-60 -солат - 31,3±0,4% ва 1,3±0,2 секстанта паҳн шудааст.

Кисаи пародонталии чуқуриаш 4-5 мм дар гурӯҳи синнусолии коргарони 18-24 -сола 19,8±0,3% бо интенсивнокии нишондиҳандаи : > ; 0,80±0,03 секстанта барои як нафар таҳқиқшаванда дида шуд. Дар дигар гурӯҳҳои синнусолӣ бузургии нишондиҳандаҳои таҳқиқшаванда мутаносибан ин тавр буд: 24,7±0,7% ва 1,10±0,06; 20,6±0,5% ва \_0,50±0,02; 43,4±0,4% ва 1,70±0Д) 6 секстанта. Кисаи пародонталии чуқуриаш зиёда аз 6 мм -ро мо ҳангоми андозгирӣ дар байни коргарони 18-24 -сола дар 3,9±0,2% дидем, ҳол он ки интенсивнокии ин аломат дар як нафар таҳқиқшаванда 0,50±0,01 секстантаро ташкил дод. Дар гурӯҳи синнусолии 25-34, 35-44 ва 45-60 -сола бузургии миёнаи нишондиҳандаи таҳқиқшаванда мутаноси-



бан  $5,2 \pm 0,1\%$ ,  $0^*60 \pm 0,04$  секстанта,  $7,1 \pm 0,4\%$  и  $0,50 \pm 0,07$  и  $19,4 \pm 0,2\%$ ,  $0,70 \pm 0,04$  секстантаро ташкил дод.

Дар байни шахсони таҳқиқшуда сегментҳои истисношуда дар сохтори шохиси СРІ дар ҳамаи гурӯҳҳои синнусолӣ ҷой дошт.

Чунончи, сегментҳои истисношудаи ошкоршуда дар синну соли 18-24 -сола  $0,10 \pm 0,03$ , дар гурӯҳи синнусолии 25-34 ва 35-44 -сола мутаносибан  $0,60 \pm 0,05$  ва  $1,10 \pm 0,08$ -ро ҳангоми ифодаи миёнаи  $1,60 \pm 0,08$  дар синну соли 45-60 -сола ташкил дод (ҷадвали 2).

## Ҷадвали 2.

### Нишондиҳандаҳои клиникалии ҳолати бофтаҳои пародонт (СРІ) дар байни коргарони истеҳсолоти арзизи Ҷумҳурии Тоҷикистон ( $M \pm m$ )

Ҳамгӣ: n=270 (назоратӣ: n=156)		Гурӯҳи таҳқиқшаванда, сол				
		18-24	25-34	35-44	35-44 (назоратӣ)	45 и>
Ҳолати парадонт	Паҳншавии беморӣ %	76,7±0,6	92,9±0,3	98.2±0.4 87.1±0.8 P<0,05		100
	Парадонти солим	23,3±0,5	7,1±0,2	1,6±0,2 11,8±0,5 P<0,001		0
Хунравӣ	Паҳншавӣ %	32,1±0,7	13,1±0,4	12.9±0.1 14.9±0.6 p > 0,05		8,2±0,3
	Интенсивноки	1,4±0,3	0,7±0,5	0.90±0.04 2.10±0,07 p < 0,05		0,90±0,07
Санги дандон	Паҳншавӣ %,	45,1±0,8	38,4±0,3	61,3±0,2 47.3±0.5 p < 0.05		31,3±0,4
	Интенсивноки %	3,20±0,06	2,8±0,02	3,1±0,01 2.9±0.02 p > 0,05		1,3±0,2
Кисаи парадонталӣ	4-5 мм ,%	19,8±0,3	24,7±0,7	20.6±0,5 18.1±0.6 p > 0,05		43,4±0,4
	4-5 мм Интенсивноки	0,80±0,03	1,10±0,06	0.50±0,02 0 p > 0,05		1,70±0,06
	6 мм Паҳншавӣ %	3,9±0,2	5,2±0,1	7.1 ±0.4 6.3±0.5 P> 0,05		19,4±0,2
	6 мм Интенсивноки	0,50±0,01	0,60±0,04	0,50±0.07 0 40±0 03 p > 0,05		0,70±0,04
Секстантҳои истисноӣ		0,10±0,03	0,60±0,05	1,10±0.08 0.11 ±0.02 p < 0,001		1,60 ± 0,08

**Эзоҳ:** p- аҳамияти омории фарқиятҳои нишондодҳои коргарони гурӯҳи асосии 35-44-сола ва нишондиҳандаи миёнаи шахсони таҳқиқшавандаи гурӯҳи назоратии 35-44-сола.

Дар шароити истеҳсоли арзиз таъсири фарқияти байни нишондиҳандаҳои басоматди парадонти солим дар гурӯҳҳои ҷудокардашуда ва муайян кардани аҳамияти онҳо аз нуқтаи назари омори вариатсионӣ қобили таваҷҷуҳи махсус аст. Чунончи, дар нафарони гурӯҳи 25-34-сола ҳангоми паҳншавии парадонти солим ( $7,1 \pm 0,2\%$ ) аҳамияти омории ( $p < 0,05$ ) фарқият аз гурӯҳи 35-44 -сола ( $1,6 \pm 0,2\%$ ) ва аҳамияти боэътимоди омории ( $p < 0,001$ ) аз гурӯҳи калонсолтарин 45-60-сол муайян карда шуд, ки дар байни онҳо ягон нафари дорои парадонти интактӣ ба қайд гирифт нашуд.

Таҳлили интенсивнокии аломатҳои осеби бофтаҳои парадонт тамоюли возеҳи афзои-

ши вазнинии тағйиротҳои деструктивиро дар комплекси продонталӣ бо зиёд шудани синну сол ва меъёрҳои собикаи кории коргарони истеҳсолоти арзиз муайян мекунад.

Паҳншавии аломати хунравӣ дар байни коргарони истеҳсолоти арзиз дар гурӯҳи асосии синнусолӣ (35-44-сола) ба  $12,9 \pm 0,1\%$  баробар буд, дар муқобили  $14,9 \pm 0,6\%$  -и гурӯҳи назоратӣ ва фарқияти муҳимми оморӣ ( $p > 0,05$ ) надошт, интенсивнокии хунравӣ дар гурӯҳи назоратӣ ( $2,10 \pm 0,07\%$ ), назар ба гурӯҳи коргарони истеҳсолоти арзиз ( $0,90 \pm 0,04$ ) возеҳтар буд, ки ин ба таври оморӣ тасдиқ карда шуд ( $p > 0,05$ ).

Др гурӯҳи асосии синнусолӣ санги дандон дар гурӯҳи асосӣ ( $61,3 \pm 0,2\%$ ) назар ба



гурӯҳи назоратӣ ( $47,3 \pm 0,5\%$ ) зиёдтар ба қайд гирифта шуд ва ин фарқияти муҳимми оморӣ ( $p < 0,05$ ) аст, дар ин маврид интенсивнокии ин аломат чандон фарқ надошт ( $p > 0,05$ ).

Паҳншви ва интенсивнокии кисаҳои пародонталӣ чуқуриҳояшон гуногун дар коргарони истеҳсолоти арзиз фарқияти муҳимми оморӣ ( $p < 0,05$ ) надоштанд. Бешубҳа, афзоиши даҳқаратаи интенсивнокии аломати сегментҳои истисношуда ( $p < 0,001$ ) дар шахсони гурӯҳи асосии синну соли асосӣ ( $1,10 \pm 0,08$  сегмент дар як таҳқиқшаванда) дар муқоиса бо ҳамин гурӯҳи синнусолии назоратӣ ( $0,11 \pm 0,02\%$ ) қобили тавачҷуҳ аст, ки ин аз хусуси интенсивнокии зиёди 3 дст додани дандонҳо дар шароити истеҳсолоти арзиз гувоҳӣ медиҳад.

Бо мақсади омӯзиши муфассали омилҳои муҳофизати ковокии даҳон дар байни 96 коргари истеҳсолоти арзиз дар Ҷумҳурии Тоҷикистон таҳқиқоти таъсирҳои номахсуси гомеостатикии луоби омехта (рН, суръати саливатсия) гузаронида шуд. Ба сифати гурӯҳи назоратӣ 30 нафар ихтиёрии тақрибан солим, ки дар минтақаи бе зарарнокии касбӣ зиндагӣ мекарданд, интихоб карда шуд.

Тавре ки аз маълумотҳои қадвали 3 маълум мешавад, дар меъёр рН луоб дар ҳудуди 6,5-7,5 қарор дорад, яъне нишондиҳандаи гидроген ба ифодаи нейтралӣ наздик аст. Табдилшавии рН ҳам ба тарафи туршӣ ва ҳам ба тарафи ишқорӣ дар заминаи суръти саливатсия боиси ихтилоли митселлярии сохтори коллоидӣ-кристаллии луоб мегрдад.

### Қадвали 3

#### Таъсирҳои гомеостатикии луоби омехта ( $M \pm m$ )

Гурӯҳҳои таҳқиқшуда	рН луоб	Суръати саливатсия, мл/дақ
Коргарони истеҳсолоти арзиз	$6,1 \pm 0,3$	$0,10 \pm 0,02$
Назорат	$7,1 \pm 0,2$	$1,80 \pm 0,07$
Меъёри ақсуламали луоб	6,5 - 7,5	0,5 - 3,0
Аҳмияти оморӣ	$p < 0,05$	$p < 0,01$

**Эзоҳ:**  $p$  - аҳмияти оморӣ фарқияти гурӯҳҳои таҷрибавӣ ва назоратӣ.

Дар коргарони истеҳсолоти арзиз тамоюл ба тағйироти атсидотии моеи даҳон ва нишондиҳандаи миёнаи рН  $6,1 \pm 0,3$  буд, ки аз маълумотҳои гурӯҳи назоратӣ фарқияти муҳимми омориро ( $p < 0,05$ ) дошт ( $pH = 7,1 \pm 0,2$ ). Дар ҳамаи коргарони муоинашуда гипосаливатсия дида шуд. Суръати саливатсия дар шахсони гурӯҳи асосӣ  $1,80 \pm 0,07$  мл/дақ.-ро ташкил дод. Маводҳои ба даст овардашуда гувоҳӣ медиҳанд, ки нишондиҳандаи рН ва суръати саливатсия аломатҳои мустқими коррелясионӣ маҳсуб мешаванд.

**Хулоса.** Сатҳи ниҳоии рН ва гипосаливатсия дар гомеостазимоеи даҳон ба таври депрессивӣ инъикос меёбад, ки ин бешубҳа, ба зиёдшавии миқдори зухуроти патологияи узвҳои ковокии даҳон дар байни коргарони истеҳсолоти арзиз оварда мерасонад. Мансубияти касбӣ ба саноати арзиз омили муҳимми хатар дар пайдошавии бемориҳои стоматологӣ ба ҳисоб меравад, ки ин категорияи одамнро ба гурӯҳи сеюми диспансерӣ бо чорбиниҳои таболатӣ-профилактикии стоматологӣ солее се маротиба муайян мекунад.

### АДАБИЁТ

1. Гарус Я.Н., Сорокоумов Г.Д., Олесова В.Н. Особенности состояния пародонта у работников производств минеральных удобрений // Стоматология для всех. 2016. № 1. С. 30-32.
2. Гусейнова С.Т. Стоматологическая заболеваемость населения, проживающего в экологически неблагоприятном районе Бак\ Клиническая стоматология. 2009. № 4 (52). С. 80-82.





3. Киселева Е.А., Элюакидзе А.З. Структура патологии тканей пародонта у шахтеров // Пародонтология. 2012. № 1(62), С. 52-56.
4. Леонова Л.Е., Каменских М.В. Особенности пародонтологического статуса и нуждаемость в лечении у работников локомотивных бригад // Пародонтология. 2011. № 4(61), С. 8-11.

#### REFERENCES

1. Garus Y.N., Sorokoumov G.L., Olesova V.N. Osobennosti sostoyaniya parodonta u rabotnikov proizvodstv mineralnix udobrenii [Particularities of the condition of parodont in workman of production mineral fertilizers] // Stomatologiya dlya vsekh, 2016, No 1, pp. 30-32.
2. Guseinova S.T. Stomatologicheskaya zaboлеваemost naseleniya, prozhivayushhego v ekologicheski neblagopriyatnom raione Baku [Dentistry disease of the population, living in ecological disadvantage region of Baku] // Klinicheskaya stomatologiya, 2009, No 4(52), pp. 80-82.
3. Kiselyova E.A., Elyuakidze A.Z. Structura patologii tkanei parodonta u shakhtiyorov [Structure pathology of parodontal tissue beside of miner] // Parodontologiya, 2012, No 1(62), pp. 52-56.
4. Leonova L.E., Kamenskikh M.V. Osobennosti parodontologicheskogo statusa i nuzhdaemost v lechenii u rabotnikov lokomotivnix brigad [Particularities of parodontology status and needs in treatment beside crews of locomotive's workman] // Parodontologiya, 2011, No 4(61), pp. 8-11.
5. Darmes D.E. A global view of oral diseases: Today and tomorrow // Community Dent Oral Epidemiol. 2009. Vol. 27, N 1. P. 2-7.

**Мақсади таҳқиқот.** Гузаронидани тавсифи сегментарии бемориҳои пародонталӣ ва таҳқиқоти номахсуси омилҳои гомеостатикии луоби омехта дар шароити таъсири омилҳои техногенӣ истеҳсолоти арзиз.

**Мавод ва усулҳои таҳқиқот.** Дар байни 270 нафар кормандони истеҳсолоти арзиз дар синну соли аз 20 то 50-сола таҳқиқоти аломатҳои сегментарии бемориҳои пародонталӣ ва таъсирҳои номахсуси омилҳои гомеостатикии луоби омехта гузаронида шуд. Беморони таҳқиқшуда ба 4 гурӯҳи синнусолӣ ҷудо карда шуданд: 18-24 -сола (собиқаи корӣ то 5 сол), 25-34 -сола (собиқаи корӣ аз 5 то 10 сол), 35-44 -сола (собиқаи корӣ аз 10 то 20 сол), 45 -сола ва боло (собиқаи корӣ зиёда аз 20 сол).

**Натиҷаҳо.** Омилҳои касбии хатари истеҳсолоти арзиз экологияи ковокии даҳони коргаронро ба таври ҳалокатбор моделсозӣ мекунанд ва ин ба шиддаби барзиёди бемориҳои илтиҳобии стоматологии гурӯҳи беморони таҳқиқшуда оварда мерасонад.

**Хулоса.** Ба ҳисоб гирифтани омилҳои синнусолӣ, собиқаи корӣ ва экологӣ дар шароити кор дар истеҳсолоти арзиз имконият медиҳад, ки барномаи профилактика ва табобати бемориҳои стоматологӣ беҳтар гардонидани шавад, вай ҷузъи ҷудонашавандаи модели ояндадори ташкили ёрии муносиб ба гурӯҳи беморони таҳқиқшавандаи аҳоли ба ҳисоб меравад.

**Калимаҳои калидӣ:** сегмент, пародонт, луоб, истеҳсолоти арзиз, санги дандон, хунравӣ.

#### РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ СЕГМЕНТАРНЫХ ПРИЗНАКОВ ПАРОДОНТАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИИ И НЕСПЕЦИФИЧЕСКИХ ГОМЕОСТАТИЧЕСКИХ ЭФФЕКТОВ СМЕШАННОЙ СЛЮНЫ У РАБОТНИКОВ ПРЕДПРИЯТИЙ С ОПАСНЫМИ УСЛОВИЯМИ

**Цель исследования.** Проведение сегментарной характеристики пародонтальной патологии и исследование неспецифических гомеостатических факторов смешанной слюны в условиях влияния техногенных факторов алюминиевого производства.

**Материал и методы.** Среди 270 работников алюминиевого производства в возрасте от 20 до 50 лет исследованы сегментарные признаки пародонтальной патологии и неспецифические гомеостатические эффекты смешанной слюны. Обследованные были



разделены на четыре возрастные группы: 18-24 года (стаж работы до 5 лет), 25-34 года (стаж от 5 до 10 лет), 35-44 года (стаж работы от 10 до 20 лет), 45 и более лет (стаж работы на предприятии более 20 лет).

**Результаты.** Профессиональные факторы риска алюминиевого производства пагубно моделируют экологию ротовой полости у рабочих, что приводит к большей интенсивности воспалительной патологии стоматологического характера среди обследованного контингента.

**Заключение.** Учет возрастных, стажевых и экологических факторов в условиях алюминиевого производства позволит оптимизировать программы профилактики и лечения стоматологических заболеваний, являющиеся неотъемлемой частью перспективной модели организации соответствующей помощи обследованному контингенту населения.

**Ключевые слов;** сегмент, пародонт. слюна, алюминиевая производства, зубной камень, кровоточивость.

## RESULTS STUDY OF SIGN'S SEGMENTARY PARODONTAL PATHOLOGY AND UNSPECIFIC HOMEOSTATIC EFFECT OF THE MIXED SALIVA IN ENTERPRISE'S WORKMAN WITH DANGEROUS CONDITION OF THE LABOUR

Department of Therapeutic Dentistry of the State Educational Establishment "Institute of Postgraduate Education in Sphere of the Republic of Tajikistan"

**Department of hygiene Aim.** Undertaking segmentary evaluation of parodontal pathology and study of unspecific homeostatics factor of mixed saliva in condition of influence technogenic factor of the aluminum production.

**Material and methods.** Between 270 workman of aluminum production at the age from 20 to 50 and more years explored segmentary signs of parodontal pathology and unspecific homeostatics effects of the mixed saliva. Examined were divided into four age groups: 18-24 (the length of service of the work before 5 years), 25-34 (the length of service from 5 to 10 years), 35-44 (the length of service of the work from 1.0 to 20 years), 45 and more years (the length of service of the work on enterprise more than 20 years).

**Results.** Professional factors of the risk in aluminum production harmful prototype the ecology of oral cavity beside worker that brings about greater intensity of inflammatory pathology dentistry nature amongst examined contingent.

**Conclusion.** Account of age, length' service of the work and ecological factor in condition of aluminum production will allow to optimize the program of the preventive maintenance and treatments dentistry diseases, being integral part of perspective model's organization corresponding help between examined contingent of population.

**Key words:** segment, parodont, saliva, aluminum production, calculus plaque, bleeding.

*Юсунов Зариф Якубзонович - н.и.т., унвонҷӯй - докторанти кафедраи беҳдошт ва экологияи МДТ "Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абӯалӣ ибни Сино", тел.: +992 919-17-72-39*

*Ашуров Гаюр Гафурович - д.и.т., профессор, мудири кафедраи стоматологияи муолиҷавии МДТ ДТБКСТ.*

*Юсунов Зариф Якубджанович - соискатель-докторант кафедры гигиены и экологии ТГМУ им. Абуали ибни Сино, к.м.н. тел.: +992 919-17-72-39*

*Ашуров Гаюр Гафурович - зав. кафедрой терапевтической стоматологии ГОУ ИПОвСЗ РТ, д.м.н., профессор.*



## БАСОМАДИ ДУЧОРШАВИИ ОСЕБҲОИ КАРИОЗӢ ВА ҒАЙРИКАРИОЗИИ БОФТАҲОИ САХТИ ДАНДОНҲО ВОБАСТА АЗ ҲОЛАТИ ЭКОЛОГИИ МИНТАҚАИ ЗИСТ

<sup>1</sup>Юсупов З.Я., <sup>2</sup>Ашуров Г.Г., <sup>1</sup>Ибрагимов И.У.

<sup>1</sup>Кафедраи беҳдошт ва экологияи МДТ "ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино",

<sup>2</sup>Кафедраи стоматологияи муолиҷавии МДТ ДТБКСТ ҚТ.

**Мухиммият.** Дар солҳои охир таваҷҷуҳи муҳаққиқон ба омӯзиши таъсири зарарҳои касбӣ ба чараёни кариеси дандонҳо [6], бемориҳои бофтаҳои пародонт [3], ҳамчунин пайдошавии осебҳои ғайрикариозӣ шадидан зиёд шудааст. Шароитҳои гуногуни зарарноки меҳнат ба бофтаҳои ковокии даҳон таъсири манфӣ мерасонанд [1], барои пайдошудани интенсивнокии возеҳи кариес [2], осебҳои ғайрикариозӣ [4], бемориҳои пародонт [3] ва пардаи луобии ковокии даҳон [5] мусоидат мекунад.

**Мавод ва усулҳои таҳқиқот.** Бо мақсади муайян кардани сатҳи солимии стоматологӣ дар 598 сокинони минтақаҳои аз ҷиҳати экологӣ ноҳуб, ки бевосита дар шафати партобҳои истеҳсолоти арзизи Ҷумҳурии Тоҷикистон мезистанд, таҳқиқоти комплексии аҳолии синну соли кӯдакӣ ва калонсолони ин минтақаҳо бо истифода аз меъёрҳои мураттабсохтаи ГУТ гузаронида, бемориҳои стоматологияи сокинон дар гурӯҳҳои асосии синнусолӣ (6, 12, 15, 35-44, 65-сола ва калонтар) омӯхта шуд.

Таҳқиқотро аз муоина сар кардем, дар коргарон шикоятҳо, сабаби муроҷиат ба мутахассис, шароити иҷтимоӣ-маишии ҳаёт, зараррасонандаҳои касбӣ, мавҷуд будани бемориҳои музмин, статуси аллергӣ ва одаҳои зарарнок ошкор карда шуданд. Ҳангоми ҷамъоварии анамнез ба мавҷуд будани бруксизм (шабона ғичирос занондани дандонҳо), будан ё набудани дард дар бугуми чаккаву қоғи поён, хунравии милкҳо ҳангоми истеъмоли ғизо ва тоза кардани дандонҳо, бӯйи бади даҳон таваҷҷуҳ карда шуд, ки сабаби онҳо мумкин аст, ки на танҳо бемориҳои ковокии даҳон, балки бемориҳои роҳи ҳозима, узвҳои ЛОР ва узвҳои нафаскашӣ низ буда метавонанд. Ҳатман дақиқ карда мешавад, ки оё аз хусуси бемориҳои стоматологӣ таъбабат гирифтааст, самара-

нокии таъбабат ҷӣ гуна будааст.

Муоинаи ковокии даҳон дар коргарони истеҳсолоти арзиз аз муоинаи даҳлези ковокии даҳон сар карда шуд. Дар ин маврид ба ранги пардаи луобӣ, возеҳии лаҷомак, танобакҳо, чуқурии даҳлез, ҳолати газиш ва дандонҳо диққат дода мешавад. Чуқурии даҳлези ковокии даҳонро бо ёрии зонди дараҷадор, милкҳоро то қаъри даҳлез чок карда, муайян кардем. Агар чуқурӣ на бештар аз 5 мм бошад, даҳлезро майда, агар аз 8 то 10 мм бошад, миёна ва агар аз 10 мм зиёд бошад, чуқур ҳисобидем. Пас аз муоина кардани даҳоези ковокии даҳон ҳуди ковокии даҳони коргарон муоина карда шуд. ба ҳолати дандонҳо диққати махсус дода шуд: зичӣ, трем, диастем, ковокиҳои кариозӣ ва ноҳияи гарданак ё сатҳи тамосии дандонҳо, набудани нуқтаҳои тамосӣ ҳангоми будани пломба, эрозияи эмал, таваққуфи физиологияи хӯрдашавии барҷастагиҳо, ки ин метавонад сабаби бемориҳои патологияи бофтаҳои пародонт шавад ё барои пешравии тағйиротҳои мавҷудбуда мусоидат кунад.

Маълумотҳои таҳқиқот бо истифода аз меъёри Стюдент барои муқоисаи бузургҳои миёна клокарди омӯри шуданд. Фарқияти байни гурӯҳҳо ҳангоми  $p < 0,05$  боэтимод шуморида шуд.

**Натиҷаҳо ва баррасии онҳо.** Натиҷаҳои омӯзиши паҳншавии кариес дар сокинони 6-солаи минтақаҳои аз ҷиҳати экологӣ ноҳуб, ки бевосита дар шафати партобҳои истеҳсолоти арзизи мезистанд, аз он гувоҳӣ медиҳанд, ки  $11,6 \pm 6,2\%$ -и онҳо дори кариеси дандонҳои доимиянд, интенсивнокии кариеси дандонҳои доимӣ  $0,16 \pm 0,06$ -ро ташкил медиҳад.

Мо ҳамчунин басомади кариеси дандонҳои доимиро дар сокинони 12-солаи минтақаҳои аз ҷиҳати экологӣ ноҳуб, ки бевосита дар шафати партобҳои истеҳсолоти



арзизи мезистанд, омӯхтем. Дар байни таҳқиқшудагон паҳншавии кариеси дандонҳо  $57,1 \pm 9,3\%$ , шиддатнокии протсессии кариозӣ -  $1,89 \pm 0,36$ -ро ташкил дод, ки ин аз сатҳи паст осеб гувоҳӣ медиҳад. Структуризатсияи компонентҳои интенсивнокии кариес мутаносибан ба компонентҳои "К", "П" и "У"  $1,76 \pm 0,29$ ,  $0,10 \pm 0,06$  ва  $0,03 \pm 0,01$ ,  $0,03 \pm 0,01$ -ро ташкил дод.

Паҳншавии кариеси дандонҳо дар наврасони 15-солаи ҳамин минтақа  $77,2 \pm 8,4\%$ , интенсивнокии осеби кариозӣ -  $3,63 \pm 0,65$  буд, ҳангоми ба аҳамияти он мувофиқат кардани  $2,51 \pm 0,40$ ,  $1,03 \pm 0,21$  ва  $0,09 \pm 0,04$  воҳид мутаносибан барои компонентҳои "К", "П" и "У". Дар гурӯҳи синнусолии 35-44-сола паҳншавии кариеси дандонҳо то моҳияти 100% зиёд мешавад, шохиси КПУз дар онҳо  $13,36 \pm 2,39$  (компонент "К" -  $7,14 \pm 1,02$ ; компонент "П" -  $1,19 \pm 0,65$  ва компоненти "У" -  $5,03 \pm 0,72$ )-ро ташкил медиҳад. Дар синну соли 65-сола ва калонтар паҳншавии осеби кариозии бофтаҳои саҳти дандонҳо 100%, компоненти "П" -  $1,19 \pm 0,65$  ва компоненти "У" -  $5,03 \pm 0,72$  буд. Дар синну соли 65-сола ва калонтар паҳншавии осеби кариозии бофтаҳои саҳти дандонҳо 100%, компоненти КПУз -  $22,57 \pm 3,69$  -  $1,19 \pm 0,65$  ва компоненти "У" -  $5,03 \pm 0,72$  буд, ҳангоми ба аҳамияти он мувофиқат кардани  $3,54 \pm 0,73$ ,  $1,11 \pm 0,10$  и  $17,92 \pm 2,86$  мутаносибан барои компонентҳои "К", "П" и "У".

Маълумотҳо дар бораи такроршавии дучоршавӣ ва сохтори осебҳои ғайрикариозии бофтаҳои саҳти дандонҳо дар сокинони минтақаҳои аз ҷиҳати экологӣ ноҳуб, ки бевосита дар шафати партобҳои истеҳсолоти арзизи Ҷумҳурии Тоҷикистон мезистанд, имконият медиҳанд қайд кунем, ки паҳншавии осебҳои ғайрикариесии дандонҳо дар сокинони ин минтақа мутаносибан дар кӯдакони 6-, 12- ва 15- сола  $47,3 \pm 5,8\%$ ,  $51,8 \pm 5,6\%$  ва  $62,4 \pm 5,3\%$ -ро ташкил дод. Дар намяндагони синну соли калонтар осебҳои ғайрикариесӣ камтар ба назар мерасад, мутаносибан -  $20,7 \pm 1,9\%$  ва  $4,8 \pm 0,6\%$  мутаносибан дар синну соли 35-444 -сола ва калонтар аз 65-сола. Аз ҷумлаи беморҳои ғайрикариозӣ дар сини 6-сола бештар доғсории паҳн-

шуда ва маҳдуди сатҳи эмал (мутаносибан  $19,9 \pm 2,5\%$  и  $18,4 \pm 2,4\%$ ), ҳамчунин гипоплазия эмали ( $7,5 \pm 0,6\%$ ) дида шуд. Осебҳои ғайрикариозии омехта дар шакли доғсории паҳншуда ва маҳдуди сатҳи эмал дар  $1,5 \pm 0,3\%$  ҳолат муайян карда шуд.

Дар кӯдакони 12-сола доғсории паҳншуда ва маҳдуди сатҳи эмал то  $19,5 \pm 1,6\%$ , доғсории маҳдуди сатҳи эмал дар  $22,6 \pm 2,9\%$  ҳолат, гипоплазияи эмал - дар  $6,7 \pm 0,5\%$  ҳолат муайян дида шуд.

Осебҳои омехтаи ғайрикариозии дандонҳо дар шакли доғсории паҳншуда ва маҳдуди сатҳи эмал, доғсории маҳдуд ва гипоплазия, ҳамчунин доғсории паҳншуда ва гипоплазия, ба моҳияти  $1,0 \pm 0,2\%$ ,  $1,5 \pm 0,3\%$  и  $0,5 \pm 0,1\%$  мувафиқат кард. Дар наврасони 15-сола бузургии доғсории паҳншуда ва маҳдуд, ҳамчунин гипоплазия эмал мутаносибан  $17,7 \pm 1,3\%$ ,  $35,8 \pm 2,7\%$  ва  $7,2 \pm 0,9\%$ -ро ташкил дод. Дар сокинони ин минтақа дар синну соли ксории 35-44-сола осебҳои ғайрикариозӣ хеле кам ташхис карда шуд: доғсории паҳншудаи эмал дар  $5,2 \pm 0,4\%$  ҳолат, доғсории маҳдуд дар  $11,1 \pm 0,6\%$  ҳолат, гипоплазияи эмал - дар  $3,3 \pm 0,3\%$  ҳолат дида шуд. Дар нафарони 65-сола ва калонтар вази холиси осебҳои ғайрикариозии дандонҳо кам шуд (мутаносибан  $0,9 \pm 0,3\%$  ва  $3,9 \pm 0,3$ беш оскор кардани гипоплазия), ки ин аз миқдори максималии дандонҳои кандашуда (компоненти "У") ва кандашаванда (компоненти "Р") алоқаманд аст.

Ҳисобҳои анҷомдодашуда нишон доданд, ки умуман, дар сокинони таҳқиқшудаи минтақаҳои аз ҷиҳати экологӣ ноҳуб, ки бевосита дар шафати партобҳои истеҳсолоти арзиз мезистанд, дар  $62,6\%$  ҳолат дандонҳо нисбат ба осебҳои ғайрикариозӣ интактӣ буданд. Чунин осебҳои ғайрикариозӣ, монанди доғсории маҳдуд ва паҳншудаи сатҳи эмал мутаносибан  $18,4\%$  ва  $12,6\%$  буд. Дар  $5,0\%$  гипоплазия ба қайд гирифта шуд. Осебҳои ғайрикариозии омехтаи дандонҳо дар шакли доғсории маҳдуд ва паҳншудаи сатҳи эмал, доғсории маҳдуд ва гипоплазия, ҳамчунин доғсории паҳншуда ва гипоплазияи сатҳи эмал ба моҳияти  $0,6\%$ ,  $0,62\%$  ва  $0,2\%$  мувофиқат кард.



Хулоса, дар минтақаҳои аз ҷиҳати экологӣ нохуб, ки бевосита дар шафати партобҳои истеҳсолоти арзиз қарор доранд, мезистанд, осебҳои кариозӣ ва ғайрикариозӣ аллақай дар синну соли кӯдакӣ пайдо мешаванд ва басомади дучоршавии шахсони мубтало ба ин ё он бемориҳои дар боло зик-

ршуда дар гурӯҳҳои синнсолии минбаъда бемайлон зиёд мешавад. дар гурӯҳи синну соли калонтар вазни ҳолиси осебҳои ғайрикариозӣ ба ҳадди минималӣ расонида шуд, ки ин аз миқдори максималии дандонҳои кандашуда ва кандашаванда вобастагӣ дорад.

### АДАБИЁТ

1. Агафонов А.А., Даутов Ф.Ф., Блашкова С.Л. Факторы риска для здоровья работников цехов тепловойэлектростанции // Фундаментальные исследования. М.,2012. № 12 (часть 2). С. 211-214.
2. Ибрагимов И.У., Юсупов З.Я., Каримов С.М. Оценка стоматологической заболеваемости и анализпрофилактической активности среди работниковкондитерских фабрик // Вестник последиplomногообразования в сфере здравоохранения. Душанбе, 2017.№ 2. С. 22-26.
3. Кудрявцева В.П., Самсонов В.М. Условия труда рабочих основных профессий, занятых в производстве резиновой и резинотехнической продукции // Медицинский вестник Башкортостана. 2011. № 4.С. 10-13.
4. Леонова Л.Е., Каменских М.В. Особенности пародонтологического статуса и нуждаемость в лечении у работников локомотивных бригад // Пародонтология.2011. № 4 (61). С. 8-11.
5. Леонтьева Е.Ю., Нектаревская Ю.Б., Молчанова А.В. Реминерализирующая эффективность десенсибилизирующих зубных паст в профилактике стоматологических заболеваний у работников с вредными условиями труда // Стоматология. 2015. № 6. С. 22-25.
6. Маккева И.М., Авдеенко О.Е. Особенности стоматологического статуса работников промышленных предприятий // Стоматология. 2016. № 1. С. 64-65.

### REFERENCES

1. Agafonov A. A., Dautov F. F., Blashkova S. L. Faktory riskad lyazdorovyara botnikovtse khovteplovoyelektrostantsii [The factors of the risk for health worker shop of the heat power station]. Fundamentalnyeissledovaniya- Fundamental studies, 2012, No. 12, Part 2, pp. 211-214.
2. Ibragimov I. U., Yusupov Z. Ya., Karimov S. M. Otsenkastomat ologicheskoyza bolevaemostiianal izprofilakticheskoyaktivnostis redirabotnikovkonditerskikhfabrik [Estimation of dentistry diseases and analysis of preventive activity amongst workman of the confectionery factories]. Vestnikposlediplomnogoobrazovaniya v sferezdravookhraneniya- Herald of the institute of postgraduate education in health sphere,, 2017, No. 2, pp. 22-26.
3. Kudryavtseva V. P., Samsonov V. M. Usloviyatrudarabochikhosnovnykhprofessiy, zanyatykh v proizvodstverezinovoyirezintekhnicheskoyproduksii [Conditions of the labor of workers main profession, occupied in production of rubber and rubber technical production]. MeditsinskiyvestnikBashkortostana- Medical Herald of Bashkortostan, 2011, No. 4, pp. 10-13.
4. Leonova L. E., Kamenskikh M. V. Osobennosti parodontologicheskogostatusainuzhdaemost v lechenii urabotnikovlokomotivnykhbrigad [Particularities of parodontologist status and needs in treatment beside workman of locomotive crews]. Parodontologiya-Parodontology, 2011, No. 4 (61), pp. 8-11.
5. Leonteva E. Yu., Nektarevskaya Yu. B., Molchanova A. V. Remineraliziruyushchayaefektivnostdesensibiliziruyushchikhzubnykh past v profilaktike stomatologicheskikhzabolevaniy u rabotnikov s vrednymiusloviyami truda [Remineralization efficiency of desensibilization toothpastes in preventive maintenance of dentistry diseases beside worker with bad condition of the labor]. Stomatologiya - Stomatology, 2015, No. 6, pp. 22-25.



6. Makkeva I. M., Avdeenko O. E. Osobennostisto matologiches kogostatusarabot nikovpromys hlennykh predpriyatiy [Particularities of dentistry status worker of industrial enterprise]. Stomatologiya- Stomatology, 2016, No. 1, pp. 64-65.

**Мақсади таҳқиқот.** Таҳқиқотҳои гузаронидашудаи арзёбии сохтори осебҳои кариозӣ ва ғайрикариозии дандонҳои сокинони минтақаҳои аз ҷиҳати экологӣ нохуби истеҳсолоти арзиз.

**Мавод ва усулҳои таҳқиқот.** Дар 598 сокинони минтақаҳои аз ҷиҳати экологӣ нохуб, ки бевосита дар шафати партобҳои истеҳсолоти арзиз қарор доштанд, дар гурӯҳҳои асосии синнусолӣ ҳолати бофтаҳои саҳт бо мақсади ошкор намудани осебҳои кариозӣ ва ғайрикариозӣ таҳқиқ карда шуд. Ҳангоми таҳқиқот аз усулҳои стандартии ТУТ истифода шуд: ҳолати бофтаҳои саҳти дандонҳо ва пародонт арзёбӣ ва пардаи луобии ковокии даҳон муоина карда шуд.

**Натиҷаҳо.** Омилҳои касбии ҳатари истеҳсолоти арзиз экологияи ковокии даҳони сокинони дар минтақаҳои партобҳои истеҳсолоти арзизро бевосита моделсозӣ мекунанд, ки ин дар байни гурӯҳи таҳқиқшуда дар муқоиса аз осебҳои кариозӣ ба интенсивнокии барзиёди осебҳои ғайрикариозӣ оварда мерасонад.

**Хулоса.** Дар сокинони минтақаҳои аз ҷиҳати экологӣ нохуб, ки бевосита дар шафати партобҳои истеҳсолоти арзиз қарор доштанд, дар 37,5%-и ҳолатҳо дандонҳо дорои осеби ғайрикариозӣ ва дар 30,8%-и ҳолатҳо дорои осеби кариозӣ буданд.

**Қалимаҳои қалидӣ.** дандон, кариес, осеби ғайрикариозӣ, истеҳсолоти арзиз минтақаҳои аз нохуб.

## ЧАСТОТА ВСТРЕЧАЕМОСТИ КАРИОЗНЫХ И НЕКАРИОЗНЫХ ПОРАЖЕНИЙ ТВЕРДЫХ ТКАНЕЙ ЗУБОВ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ЭКОЛОГИЧЕСКОГО СОСТОЯНИЯ ТЕРРИТОРИЙ ПРОЖИВАНИЯ

Юсупов З.Я., Ашуров Г.Г., Ибрагимов И.У.

**Цель исследования.** Проведение структурной оценки кариозных и некариозных поражений зубов у жителей экологически неблагоприятных территорий алюминиевого производства.

**Материал и методы.** У 598 жителей экологически неблагоприятных территорий, непосредственно прилегающих к зоне выброса алюминиевого производства, в ключевых возрастных группах исследовано состояние твердых тканей зубов на предмет выявления кариозных и некариозных поражений. При обследовании использовали стандартную методику ВОЗ: оценивали состояние твердых тканей зубов и пародонта, осматривали слизистую оболочку полости рта.

**Результаты.** Профессиональные факто-

ры риска алюминиевого производства пагубно моделируют экологию ротовой полости у жителей, проживающих в зоне выброса алюминиевого производства, что приводит к большей интенсивности некариозных поражений, по сравнению с кариозными среди обследованного контингента.

**Заключение.** У обследованных жителей экологически неблагоприятной территории, непосредственно прилегающих к зоне выброса алюминиевого производства, в 37,5% случаев зубы оказались пораженными в отношении некариозных патологий и в 30,8% - в отношении кариозных.

**Ключевые слова:** зуб, кариес, некариозное поражение, алюминиевое производство, неблагоприятная территория



## FREQUENCY OBSERVATION OF CARIOUS AND UNCARIOUS DEFEATS OF THE HARD TISSUE OF TEETH IN DEPENDING OF ECOLOGICAL CONDITION RESIDENCE'S TERRITORY

<sup>1</sup>Department of hygiene and ecologies of the Avicenna Tajic State Medical University,

<sup>2</sup>Department of Therapeutic Dentistry of the State Educational Establishment "Institute of Postgraduate Education in Sphere of the Republic of Tajikistan"

**Aim.** Undertaking the structured estimation of carious and uncurious defeats of teeth between inhabitants ecological disadvantage territory of aluminum production.

**Materials and methods.** Beside 598 inhabitants of the ecological disadvantage territory, directly adjoining to zone of the surge aluminum production, in key age group explored conditions hard of the teeth's tissue on subject of the discovery of carious and uncurious of the defeats. Under examination used the standard methods WHO: valued the condition hard fabric teeth and parodont, examined mucous of oral cavity.

**Results.** The professional factors of the risk aluminum production harmful prototype the ecology to oral cavity beside inhabitants, living in zone of the surge aluminum production that brings about greater intensity of uncurious defeats, in contrast with carious amongst examined contingent.

**Conclusion.** Beside examined inhabitants of the ecological disadvantage territory, directly adjoining to zone of the surge aluminum production, in 37.5% events teeth's turned out to be struck in respect of uncurious pathology and in 30.8% - in respect of carious.

**Key words:** teeth, caries, uncurious defeat, aluminum production, disadvantage territory

*Юсунов Зариф Якубджанович - унвонҷӯ-докторанти кафедраи беҳдошт ва экологияи МДТ "ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино", н.и.т. тел.: +992 919 17 72 39; zarif-75@mail.ru*

*Ашуров Гаюр Гафурович - мудири кафедраи стоматологияи муолиҷавии МДТ ДТБКСТ ҚТ, д.и.т., профессор.*

*Ибрагимов Иномдҷон Усмонович - унвонҷӯи кафедраи беҳдошт ва экологияи МДТ "ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино", н.и.т.*

*Юсунов Зариф Якубджанович - соискатель-докторант кафедры гигиены и экологии ТГМУ им. Абуали ибни Сино, к.м.н. тел.: +992 919 17 72 39; zarif-75@mail.ru*

*Ашуров Гаюр Гафурович - заведующий кафедрой те-рапевтической стоматологии ГОУ ИПО в СЗРТ, д.м.н., профессор.*

*Ибрагимов Иномдҷон Усмонович - соискатель кафедры гигиены и экологии ТГМУ им. Абуали ибни Сино, к.м.н.*

## НОРАСОИИ СЕРЕБРОВАСКУЛЯРӢ ДАР БЕМОРОНИ ДОРОИ МАРӢАЛАӢОИ ГУНОГУНИ БЕМОРИИ МУЗМИНИ ГУРДАӢО (БМГ)

М.Х. Юсупова<sup>1</sup>, З.Б. Бабаходжаева<sup>1</sup>, П.Х. Мехмонов<sup>1</sup>, Д.Р. Миракилова<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Кафедраи бемориҳои дарунии №1 МТД "ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино",

<sup>2</sup>Таваллудхонаи №2.

**Муҳиммият.** Бемории музмини гурдаҳо (БМГ) симптомокомплексе мебошад, ки дар натиҷаи талафи чуброннашавандаву пешравандаи нефронҳои таъсиррасон ба амал меояд [1]. Ихтилоли функсияҳои гурдаҳо ноилоҷ ҳамроҳ бо интоксикатсия, ихтилоли гомеостаз дар организм чараён гирифт-

та, ба осеби ҳамаи узвҳо ыва системаҳо, аз ҷумла системаҳои перифеой ва марказии асаб оварда мерасонад [4].

Осебҳои рағҳои майнаи сар лар популятсия васеъ паҳн шудаанд ва то андозае соҳтори маъюбшавии аҳолиро муайян меку- нанд. Ихтилолҳои неврологӣ вазъияти кли-



ники бемори гирифтори БМГ -ро бад сохта, дар баъзе ҳолатҳо ба марг оварда мерасонад.

Проблемаи чиддӣ, ки дар назди табиб-нефролог меистад, ин оризаҳои гуногуни неврологӣ мебошад, ки аснои БМГ пайдо мешавад. Тибқи маълумоти муаллифони мухталиф, миқдори ихтилолҳои сереброваскуляри дар беморони гирифтори БМГаз 40 то 90%-ро ташкил медиҳад [3]. Фавтият аз бемориҳои неврологӣ 7-25 % -ро ташкил мекунад, дар байни беморони гирифтори инсулт бошад ба 80-90 % мерасад [1]. Ба оризаҳои бештар дучоршаванда ихтилолҳои шадид ва музмини хунгардиши майнаи сарро дохил мекунанд, ба монанди ҳамлаҳои транзитори ишемикӣ, инсулт, энсефалопатияи диссиркуляторӣ (ЭД) ва полиневропатияи (ПНП) уремикӣ [2].

Беҳтар гаштани сифати табобат ва кам кардани фавтияти умумии беморони гирифтори БМГ ҳар сурати ҳаллу фасл кардани як қатор проблемаҳо муяссар мегардад, ки асоситарини он - такмили усулҳои ташхиси барвақти оризаҳо ва сари вақт табобат кардани онҳо мебошад ба онҳо [3].

**Мақсади таҳқиқот.** Коркарди меъёрҳои ташхиси барвақти ихтилолҳои неврологӣ ҳангоми марҳалаҳои гуногуни БМГ.

**Мавод ва усулҳои таҳқиқот.** Бо мақсади анҷом додани таҳқиқот мо 25 бемори (11 зан ва 14 мард) гирифтори марҳалаҳои гуногуни бемориҳои музмини гурдаҳо (БМГ)-ро таҳқиқ кардем, ки синну солшон аз 20 то 55-сола буд. Таҳқиқот дар Маркази нефрологии МТШ №2 дар кафедраи бемориҳои дарунии №1 гузаронида шуд. Дар 17 бемор гломерулонефрити музмин, дар 8 бемор пиелонефрити музмин ба қайд гирифта шуд. Беморони дорои диабети қанд, нефропатияи диабетӣ, бемории фишорбаландӣ ва дигар шаклҳои нефропатияи метаболикӣ ва аутоиммунӣ дар гурӯҳи таҳқиқотӣ шомил карда нашуд.

Бо истифода аз схемаҳои қабулшудаи таснифот мо беморонро аз рӯи дараҷаи вазеҳии норасоии гурдаҳо, мувофиқи нишондодҳои сатҳи бузургии суръати филтратсияи калобачавӣ ба 3 гурӯҳ ҷудо кардем-

мухтадил, вазнин ва ниҳой (терминалӣ). Дар гурӯҳи 1-ум 30 бемор буд: бо 3А-15 нафар. (СКФ 59-45мл/дақ), ва 15 бемор - бо 3Б (СКФ 44-30 мл/дақ) марҳалаҳои БМГ; дар гурӯҳи 2 - 30 бемор бо марҳалаи вазнини БМГ - бо 4 (СКФ 29-15 мл/дақ); гурӯҳи 3- 30 бемор бо 5, БМГ - норасоии терминалии музмини гурдаҳо (СКФ < 15 мл/дақ).

Ташхис дар асоси усулҳои стандартии таҳқиқот оид ба нақшаи нефрологӣ тасдиқ карда шуд, инчунин дар таҳқиқот истифода шуд: усули клиникӣ, ки дар худ ҷамъоварии шикоятҳо, анамнез, маълумотҳои статуси неврологӣ, таҳқиқоти доплерографияи рағҳои майнаи сарро фаро гирифтааст.

**Натиҷаҳои таҳқиқот ва баррасии онҳо.** Шикоятҳои асосии беморон дар 19(76%) ҳолат дарди сар буд, ки аксаран дар 23(92%) бемор ба гипертензияи шарёнӣ иртибот доштанд. Сарчарзанӣ, садо дар гӯшҳо дар 17(68%) бемор, вайроншавии хоб дар 15(60%) бемор, зиёд шудани мондашавӣ, хира шудани табъ дар 19(76%) бемор ба қайд гирифта шуд. Ҳангоми таҳқиқоти статуси соматикӣ аксаран ихтилолҳои когнитивӣ дар 21(76%) бемор, симптоматикаи хурдлонаи диффузӣ: анизорефлексияи пайҳо, тағйироти сабук дар роҳгардӣ, нобоварӣ ҳангоми иҷро кардани координатсияи дақиқ дар 16(64%) бемор. Ҳамчунин дар 9(36%) бемор нистагм, паст шудани қувваи босира ва сомеа ба назар расид.

Дар байни шикоятҳо аз хусуси узвҳои пешобхориҷкунӣ дарди сим-сим ва эҳсоси вазнинӣ дар ноҳияи камар дар 14(56%) бемор, пайдо шудани пешоби тира дар 5(20%) бемор, ихтилолҳои давра ба давраи дизурикӣ дар 8(32%) бемор ба мушоҳида расид. Дар якҷанд бемор то 37,5-38,0 0С баланд шудани ҳарорати бадан дида шуд..

Дар доплерографияи рағҳои майнаи сар асосан тағйироти нишондодҳои гемодинамикаи серебрялӣ ба қайд гирифта шуд, ки кам шудани бузургӣ ва суръати хунпуршавии набз, душворшавии пас чорӣ шудани хуни варидӣ дар заминаи гемосиркулятсияи гипертоникӣ дар рағҳои бассейнҳои каротидӣ ва вертебробазиларӣ дар 7 (28%) бемор дида шуд. Дар ҳамин беморон гипер-





тонияи шарёнии муътадили возеҳ дар 3 (4,2%) ва возеҳ дар 4 (57,1%) бемор ба назар расид. Мумкин аст, ки доштани тамоюл ба камхунӣ ва номукамал таъмин кардани узвҳо ва бофтаҳо бо оксиген аллақай дар марҳалаи муътадили БМГ аҳамияти муҳим дошта бошад. Бо афзудани аломатҳои БМГ, махсусан дар марҳалаи терминалии БМГ басомади вазнинии гипертонияи шарёнӣ зиёд мешавад, камхунӣ, дисбаланси электротитӣ, таъсири токсикӣ маҳсулоти метаболизми азотӣ, ихтилоли ҳолати кислотаву ишқорӣ меафзояд.

Маълум аст, ки бо афзудани вазнинии БМГ, омилҳои манфӣ, ки боиси пайдошавии оризаҳои гуногун, аз ҷумла энсефалопатия мешаванд, зиёд мегарданд.

Дар ин маврид ба ҳисоб гирифтани зарур аст, ки ихтилоли системаи асаб ҳангоми БМГ на дар вақти таъсири маҳдуди яке аз омилҳои дар боло зикршуда, балки ҳангоми таъсири ҳамзамону комплекси якҷанд омил пайдо мешавад.

**Хулоса.** Пайдо шудани синдроми энсефалопатӣ ҳангоми БМГ дар 23 бемор асосан ба таъсири гипертензияи шарёнӣ иртибот дорад, ҳамчунин анемияи пешраванда, таъсири токсикӣ маҳсулоти метаболизми азотӣ низ аҳамияти калон дорад. Барои барвақт ошкор намудан ва табобати муносиби ихтилолҳои неврологӣ усулҳои иловагии таҳқиқотро дар шакли УЗДГ рағҳои майнаи сарро гузаронидан зарур аст.

### АДАБИЁТ

1. Ермоленко В.М. Хроническая почечная недостаточность /В.М. Ермоленко; под общей ред. И.Е. Тареевой. - М.: Медицина; 1995. - 78-99 с.
2. Кутырина И.М. Почка и артериальная гипертензия /И.М. Кутырина, А.А. Михайлов // Нефрология: Руководство для врачей под общей ред. И.С. Тареевой. - М.: Медицина; 2009. - 164-88 с.
3. Сурков А.А. Хроническая почечная недостаточность / А.А. Сурков, Б.Б. Бондаренко; под общ. ред. С.И. Сабова. - Л.: Медицина; 2014. - 98-123
4. Шевелев Е.В. Сосудистые заболевания нервной системы / Е.В. Шевелев- М., 2016. - 655 с.

### НОРАСОИИ СЕРЕБРОВАСКУЛЯРӢ ДАР БЕМОРОНИ ДОРОИ МАРҲАЛАҲОИ ГУНОГУНИ БЕМОРИИ МУЗМИНИ ГУРДАҲО (БМГ)

**М.Х. Юсупова, З.Б. Бабаходжаева, П.Х. Мехмонов, Д.Р. Миракилова**

Кафедраи бемориҳои дарунии №1 МТД "ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино"

**Хулоса:** Таҳқиқоти 25 бемори дорои марҳалаҳои гуногуни бемории музмини гурдаҳо (БМГ) бо мақсади ошкор кардани ихтилолҳои неврологӣ ва сари вақт ба таври муносиб ислоҳ кардани оризаҳои неврологӣ дар ин категорияи беморон гузаронида шуд. Пайдо шудани оризаҳои неврологӣ ҳангоми БМГ асосан ба таъсири якҷанд омил, монанди ги-

пертензияи шарёнӣ, камхунии пешраванда, таъсири токсикӣ маҳсулоти метаболикии азотӣ иртибот дорад. Ҳамчунин гузаронидани усулҳои иловагии таҳқиқот дар шакли УЗДГ -и рағҳо барои барвақт ошкор кардани ихтилолҳои неврологӣ зарур аст.

**Калимаҳои калидӣ:** бемории музмини гурдаҳо (БМГ), ихтилолҳои неврологӣ.

### ЦЕРЕБРОВАСКУЛЯРНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ У БОЛЬНЫХ С РАЗЛИЧНЫМИ СТАДИЯМИ ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗИ ПОЧЕК.

**М.Х. Юсупова, З.Б. Бабаходжаева, П.Х. Мехмонов, Д.Р. Миракилова**

Кафедра внутренних болезней №1 ТГМУ имени Абуали ибни Сино

**Резюме:** Исследования 25 больных с хронической болезнью почек проведены для раннего выявления неврологических расстройств и своевременной адекватной кор-

рекции неврологических осложнений у данной категории больных. Развитие неврологических расстройств при ХБП главным образом связано с влиянием нескольких



факторов таких, как артериальная гипертензия, прогрессирующая анемия, токсическое воздействие продуктов азотистого метаболизма. Также необходимо проводить дополнительные методы исследова-

ния в виде УЗДГ сосудов головного мозга для раннего выявления неврологических нарушений.

**Ключевые слова:** хроническая болезнь почек, неврологические расстройства.

## CEREBROVASCULAR INSUFFICIENCY IN PATIENTS WITH VARIOUS STAGES OF CHRONIC KIDNEY DISEASE.

**M. Kh. Yusupova, Z.B. Babachodgaeva, P. Kh. Mekhmonov, D. R. Mirakilova**

Department of internal diseases No. 1 TSMU names Abuali ibni Sino

**Summary:** Studies of 25 patients with chronic kidney disease were conducted for early detection of neurological disorders and timely adequate correction of neurological complications in this category of patients. The development of neurological disorders in CKD is mainly associated with the influence of several factors

such as hypertension, progressive anemia, and toxic effects of nitrogen metabolism products. It is also necessary to conduct additional methods of research in the form of USDG of brain vessels for early detection of neurological disorders.

**Key words:** chronic kidney disease, neurological disorders.

*Юсупова Манзура Хамзаалиевна-ассистенти кафедраи бемориҳои дарунии №1 МТД "Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абӯалӣ ибни Сино", G-mail: yusupovamanzura86@gmail.com. тел: 918733310.*

*Бобохоҷаева Замира Бадридиновна- ассистенти кафедраи бемориҳои дарунии №1 МТД "Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абӯалӣ ибни Сино", тел:918672737.*

*Мехмонов Примкул Хазраткулович- н.и.т., дотсенти кафедраи бемориҳои дарунии №1 МТД "Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абӯалӣ ибни Сино", тел:900889168.*

*Миракилова Дилбар Раҳмоновна- табиби Таваллудхонаи №2, тел: 907811825*

*Юсупова Манзура Хамзаалиевна-ассистент кафедры внутренних болезней №1 Таджикский государственный медицинский университет имени Абуали ибни Сино, G-mail: yusupovamanzura86@gmail.com тел: 918733310.*

*Бабаходжаева Замира Бадридиновна-ассистент кафедры внутренних болезней №1 Таджикский государственный медицинский университет имени Абуали ибни Сино,тел:918672737.*

*Мехмонов Примкул Хазраткулович-к.м.н.доцент кафедры внутренних болезней №1 Таджикский государственный медицинский университет имени Абуали ибни Сино,тел:900889168.*

*Миракилова Дилбар Раҳмоновна-врач Родильном доме №2, тел: 907811825*

*Yusupova Manzura Khamzaalievna-assistant of the Department of internal diseases No. 1 Abuali ibni Sino Tajik state medical University, G-mail: yusupovamanzura86@gmail.com , tel: 918733310.*

*Babachodgaeva Zamira Babridinova-aassistant of the Department of internal diseases No. 1 Abuali ibni Sino Tajik state medical University, tel: 918672737.*

*Mekhmonov Primkul Hazratkulovich-associate Professor of the Department of internal diseases No. 1 Abuali ibni Sino Tajik state medical University, tel: 900889168.*

*Mirakilova Dilbar Rakhmonovna-doctor of Maternity hospital no. 2, tel: 907811825*



## МАСЪАЛАИ ТАШХИСИ БАРВАҚТИ ОРИЗАҲОИ РАГҲО ДАР КӮДАКОН ВА НАВРАСОНИ ДОРОИ ДИАБЕТИ ҚАНДИ ТИПИ 1

Ш.С. Анварова, Н.Ф. Ниязова, С. Исмоил

Кафедраи эндокринология (мудири кафедра - н.и.т., дотсент Ниязова Н.Ф.)  
МДТ "ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино"

Муҳиммият. Мушкilotи асосӣ дар диабетология, ҳам давраи калонсолӣ ва ҳам давраи кӯдакӣ ва наврасӣ оризаҳои рағҳои диабети қанд ба шумор мераванд [2,3,4,6]. Оризаҳои зикршуда бемории бисёромил ба ҳисоб мераванд, ки дар пайдошавии онҳо омилҳои гормоналӣ-метаболикӣ, генетикӣ, экологӣ ва менталиву иҷтимоӣ-рафториро ҷудо мекунанд [1,5,8,9]. Таҳқиқоти даҳсолаи охир нақши маҷмӯи маркерҳои генетикӣ дар пайдошавии оризаҳои рағҳои майдаи диабети қанд нишон медиҳанд [5].

Омӯзиши таърихи масъалаи оризаҳои рағҳои диабети қанди типии 1 дар байни кӯдакон ва наврасон набудани хушриву зиракии педиатр-эндокринологҳ нисбат ба масъалаи мазкур дар охири солҳои 80-90-умро нишон дод. Афзоиши миқдори беморони гирифтори диабети қанд хусусияти глобалӣ гирифта, аз ҷумла дар байни кӯдакон ва наврасон низ зиёдшавии миқдори на танҳо оризаҳои шадиди рағҳо, балки оризаҳои музмини беморихоро нишон дод [1,4]. Дар баробари ин оризаҳои рағҳо сифати ҳаёти беморонро шадидан бад карда, барои барвақт маъҷуб шуданашон ва кам кардани суҳлати ҳаёти беморони гирифтори диабети қанд замина мегузоранд [6,7].

Дар робита бо ин, ташхиси барвақти оризаҳои рағҳои диабети қанд ва ё газаронида ни барномаҳои скринингӣ аҳамияти ҳаёти доранд, онҳо имконият медиҳанд, ки ҳолигоҳҳои дар Регистри давлатии беморони дорои диабети қанд мавҷудбуда пурра гардонида шаванд.

Мақсади таҳқиқот. Гузаронидани скрининги ретинопатия, нефропатия ва нейропатияи диабети қанди типии 1 дар кӯдакон ва наврасони бемор, ки аз минтақаҳои гуногуни Тоҷикистон дар шуъбаи эндокринологияи кӯдакони Маркази саломатии ба номи К.Ахмедов таҳти таъбири статсионарӣ қарор доранд.

Мавод ва усулҳои таҳқиқот. Дар давоми соли 2019 скрининги ретинопатия, нефро-

патия ва нейропатияи диабети қанди типии 1 дар 322 нафар беморон гузаронида шуд. Синну соли миёнаи беморон  $10,7 \pm 2,5$  сол ва давомнокии беморӣ аз якчанд моҳ то 16 солро ташкил дод. Гузаронидани таҳқиқоти офталмологӣ: муоинаи пилқҳои чашм, ҳаракатнокии қурраи чашм; визометрия; муайян кардани фишори дохили чашм; биомикроскопияи қисми пеши чашм офталмоскопияи мустақим ва баръакс. Барои скрининги нефропатияи диабети қанди типии 1 истифода шуданд: таҳлили умумиклиникии пешоб; тести микроалбуминурия бо раҳчаҳо барои пешоб "Mieral-Test" BoehringerMantreim (Австрия); муайян кардани албумин дар таҳлили шабонарӯзии пешоб ҳангоми мавҷуд будани протеинурия.

Бо мақсади ташхиси барвақти оризаҳои рағҳои диабети қанди типии 1-нейропатияи диабети қанди типии 1 ва наврасон маълумотҳои клиникӣ ва электрофизиологӣ ба кор бурда шуданд. Тестҳои клиникӣ инҳоро дар бар гирифтанд: баҳодиҳии рефлексҳои пайҳо (зону ва ахилл); баҳодиҳии ҳискунии ломиса, бо ёрии монофиламент; баҳодиҳии ҳискунии дард; муайян кардани ҳискунии вибраторӣ бо ёрии каммертони дараҷадор, биотезиометр. Таҳқиқоти якҷоя бо невролог гузаронида шуданд. Дар анҷом таҳқиқоти электронейромиографӣ гузаронида шуд.

Натиҷаҳо ва баррасии онҳо.

Дар протсессии гузаронидани скрининги марҳилавии ретинопатияи диабети қанди типии 1 кафедраи эндокринология ва Шуъбаи эндокринологияи кӯдакон дар доираи Регистри давлатии кӯдакон ва наврасон, беморони гирифтори бемории диабети қанди типии 1, ки аз минтақаҳои гуногуни Тоҷикистон дар шуъбаи махсуси эндокринологияи кӯдакони Маркази саломатии ба номи К.Ахмедов, ш. Душанбе таҳти таъбири статсионарӣ қарор доранд, фаро гирифта шуданд. Ҳамагӣ 322 на-



фар беморон таҳқиқ карда шуд, ки синну соли миёнаи беморон  $10,7 \pm 2,5$  сол ва давомнокии беморӣ аз якчанд моҳ то 16 солро ташкил дод. Давомнокии умумии беморӣ 6,3 сол. Дар зиёда аз 70%-и беморон давомнокии бемории диабет қанд то 5 сол, дар 14,9% то 10 со ва болотар аз 10 -15 сол- 7,5% буд. Ҳолати назорати метаболӣ хангоми гузаронидани скрининг ғайри қаноатбахш буд, муҳтавои гемоглобини гликолизатсияшуда ба ҳисоби миёна 12,7%-ро ташкил кард. Дар чараёни таҳқиқот қайд карда шуд, ки дар миқдори бештари беморони дорои бемории диабет қанд синну соли диапазонӣ тақрибан 70% тағйирот дар қаъри чашм ба мушоҳида нарасид. Мувофиқи истифодаи таснифи ретинопатияи диабетии E.Kohnegi M.Porta ва аз тарафи ГУТ тасдиқшуда, ретинопатияи непролиферативӣ дар 4,9 кӯдаи таҳқиқшудаи дорои диабет қанд дида шуд. Дар миқдори бештари кӯдакон ва наврасони гирифтори бемории диабет қанд ангиопатияи шабакия дар 12,1% ба қайд гирифта шуд, ки бо микроаневризмаҳои алоҳида ва нуқтаҳоретиналии геморрагия зоҳир мешуданд. Дар 28% -и беморон гиперемияи диски

асаби босира ва новозехии сарҳад дида шуд, ки ба декомпенсатсияи диабет алоқаманд буд. Дар 0,6%-и беморони синну соли наврасӣ тағйироти ба ретинопатияи пролиферативӣ муносиб ошкор карда шуд. Синну соли минималии ретинопатияи диабетӣ 9 сол буд. Во-бастагии возеҳи басомади ретинопатияи диабетии ташхисшуда ва ҳолати назорати ихтилолҳои метаболӣ муайян карда шуд. ес-ких сетчатки, ная

Дар сохтори оризаҳои бемории диабет қанди тип 1 мувофиқи маълумотҳои скрининг нефропатияи диабетӣ дар 7%-и кӯдакон ва наврасони Тоҷикистон ба назар расид. Дар таҳқиқот аз таснифи C.Mogensen истифода карда шуд, ки тадричан инкишоф кардани ихтилолҳои сохторӣ-функционалии гурдаҳоро мувофиқи давраҳои инкишофи нефропатияи диабетӣ дар назар дорад.

Таҳлили паҳншавии нефропатияи диабетӣ дар давоми соли 2019 дар байни популятсияи кӯдакон ва наврасон инкишофи онро мутаносибан бо давомнокии диабет ва ҳам дар гурӯҳи беморони дорои ретинопатияи диабетӣ нишон дод (ҷадвали №1 ва №2).

### Ҷадвали №1- Басомади ретинопатияи диабетӣ ва давомнокии бемории диабет қанд дар кӯдакон ва наврасон.

Давомнокии диабет	Миқдори беморон	Ангиопатияи шабакия		Ретинопатияи диабетӣ	
		миқдор	%	миқдор	%
То 2 сол	168	4	2,4%	-	-
Аз 2 то 5 сол	82	6	7,3%	1	1,22%
Аз 5 то 7 сол	25	8	32%	2	8%
Аз 7 то 10 сол	23	9	39,1%	5	21,7%
Зиёда аз 10-15 сол	24	12	50,0%	6	25%

### Ҷадвали №2- Басомади нефропатияи диабетӣ ва давомнокии бемории диабет қанд дар кӯдакон ва наврасон.

Давомнокии диабет	Миқдори беморон	Нефропатияи диабетӣ	
		Микроалбуминурия (МАУ)	Протеинурия
То 5 сол	250	4%	1,2%
Аз 5 то 10 сол лет	48	20,8%	10,4%
Зиёда аз 10-15 сол лет	24	20,9%	29,1%

### Ҷадвали №3- Басомади нейропатияи диабетӣ ва давомнокии бемории диабет қанд дар кӯдакон ва наврасон.

Давомнокии диабет	Миқдори беморон	Нейропатияи диабетӣ %
То 5 сол	250	2%
Аз 5 то 10 сол	48	14,5%
Зиёда аз 10-15 сол	24	25,0%



Хамин тавр, дар сурати аз 5 сол камтар будани давомнокии бемории диабети қанд нефропатияи диабетӣ дар ҳолатҳои ҷудогона дида шуд, ҳангоми зиёда аз 5-10 сол давом кардани беморӣ дар 31,2%, ҳангоми зиёда аз 10 сол давом кардани беморӣ дар 50%-и беморони таҳқиқшуда ба назар расид. Таҳлили басомади дучоршавии нефропатияи диабетӣ вобаста аз синну сол нишон дод, ки хатари пайдошавии нефропатия дар бемороне зиёд аст, ки бемории диабети қанд дар давраи пубертатӣ (12 солагӣ ва болотар) сар шуда бошад, назар ба гурӯҳи бемороне, ки бемории диабети қанд дар онҳо то 10-солагӣ сар шуда бошад.

Мувофиқи мушоҳидаҳои мо, дар аксари бештари беморони дорои бемории диабети қанд - 80% бо нефропатия, ретинопатияи диабетии барвақт таҳқиқшуда дар кӯдакон ва наврасони гирифтори бемории диабети қанди типии 1 дар баробари оризаҳои зикршудаи дер дар аксари мавридҳои нейропатияи диабетӣ ба мушоҳида мерасад.

Шакли зиёд дучоршавандаи нейропатиялар кӯдакон полинейропатияи дисталии симметрии сенсорӣ-моторӣ ба шумор меравад, ки мувофиқи маълумотҳои адабиётҳои илмӣ дар 5-50% ҳолатҳо муайян карда мешавад. Дар ин маврид барои вай бештар осебҳои симметрии лифҳои асабии ҳиссӣ ва ҳаракатии қисмҳои дисталии андомҳои поёни хос мебошанд. Зухуроти махсуси нейропатия дар кӯдакон ин мавҷуд будани симптомҳои дард, парестезия ва сустшавии рефлексҳои пайҳо мебошанд. Каме дертар ихтилоли ломисавӣ (тактиль), ҳароратӣ, дард ва ҳтст вибраторсионӣ ба мушоҳида мерасанд.

Дар муоинаҳои мо зухуроти нейропатияи диабетӣ дар 41,5% кӯдакон ва наврасон дида

шуд. Дар 55,5%-и беморон шаклҳои камвозеҳи беморӣ ба назар расиданд, ки хоси пастшавии муътадили рефлексҳои ахиллӣ ҳангоми набудани синдроми дард буданд. Дар 27,7%-и кӯдакон ва наврасон зухуроти возеҳи муътадили клиникӣ бо аломатҳои суст шудани рефлексҳои ахиллӣ ва зону, ихтилолҳои намуҷҳои сатҳии ҳисқунӣ дар шакли гиперестезияи қисмҳои дисталии андомҳои поёни, ҳангоми маҳфуз будани ҳиссиёти вибраторсионӣ ба мушоҳида расид. Дар муоинаҳои алоҳидаи 16,8% кӯдакон ва наврасон дорои чараҳои оризаноки беморӣ ва сатҳи хеле баланди гемоглобини гликолизшуда шаклҳои возеҳи клиникӣ нейропатия бо симптоматикаи синдроми дарди якҷояшанда бо сустшавии ҳама намӯҷҳои ҳисқунӣ, аз ҷумла ҳисқунӣ вибраторсионӣ ва набудани рефлексҳои зону ва ахиллӣ ба қайд гирифта шудааст.

Таҳлили муқоисавии басомади нейропатияи диабетӣ дар гурӯҳҳои гуногуни таҳқиқшуда имкоғият медиҳад, ки ошқоросозии бештари онро дар байни беморони дорои назорати ғайриқаноатбахши гликемия ва дигар нишондодҳои метаболизм (5 маротиба бештар) назар ба сифати хуби компенсатсияи диабет ба қайд бигирем. Хусусиятҳои синнусолии нейропатияи диабетӣ ҳам дар гирифтورشудагони бемории қанди типии 1 то 7 сол синдроми дард назар ба кӯдаконе, ки акнун дар онҳо диабет пайдо шудааст аз 7 то 12-сола ва аз 12-сола калонтар муайян карда шуд.

**Хулоса**, таҳлилҳои овардашудаи скрининги оризаҳои микрорағҳои диабети қанди типии 1 дар кӯдакон ва наврасон имкоғият медиҳад, таҳқиқи барвақти оризаҳои зикршуда беҳтар ва холигоҳҳои дар Регистри давлатии диабети қанд мавҷудбуда пурра ва пешгӯии беморӣ беҳтар карда шавад.

## АДАБИЁТ

1. Александрова В.К., Миленская Т.М. "Особенности диабетической ретинопатии в детском возрасте". Ж. Сахарный диабет, 2005, №1-с.20-25.
2. Дедов И.И., Кураева Т.М., Петеркова В.А., Л.Н. Щербачева "Сахарный диабет детей и подростков", Москва, 2002-с.223-229.
3. Касаткина Э.П. "Сахарный диабет у детей и подростков". М.Медицина, 1998.
4. Петеркова В.А. "Диагностика, лечение и профилактика диабетических осложнений у детей и подростков", Москва, 1997, с.43.



5. Тошчевикова А.К. "Генетические маркеры и инсулиноподобный фактор роста-1 при диабетических микроангиопатиях у детей" // Дисс. канд. мед. наук. - М., 2000.
6. Beeker D.J. "Diabetes Complications in the Prepubertal and Adolescent Age Groups" // D.F. Bulletin. 1996, vol 4,9, p.34-39.
7. Marshall S, Flyvbjerg A. "Prevention and early detection of vascular complications of diabetes". Brit. Med. J. 2006, 333-p.475-480.
8. Ziegler D. "Association of transketolase polymorphisms with recently diagnosed diabetes" // Diabetes Metab. Res. Rev. 2017, 33.c.28//.
9. Herrman B.L. "Тиамин и бенфотиамин: недооцененные препараты для лечения сердечно-сосудистых заболеваний и сахарного диабета" // Профилактика и лечение поражения нервов и сосудов. Ранняя борьба с осложнениями сахарного диабета/ eds. K. Rett. Штутгарт: Thieme, 2010, с.36.

**Хулоса.** Дар мақолаи мазкур натиҷаҳои таҳқиқоти басомади дучоршавии оризаҳои рағҳои диабет қанди тип I (ретинопатия, нефропатия, нейропатия) дар 322 бемори синну соли кӯдакӣ ва наврасӣ, ки дар табобати статсионарӣ дар минтақаҳои гуногуни Ҷумҳурии Тоҷикистон қарор доштанд, пешниҳод шудааст.

**Резюме.** В данной статье представлены результаты исследования по частоте встречаемости сосудистых осложнений сахарного диабета 1 типа (ретинопатии, нефропатии, нейропатии) у 322 пациентов детского и подросткового возраста, находившихся на стационарном лечении из различных регионов Таджикистана.

**Summary.** This article presents the results of a study on the frequency of vascular complications of diabetes mellitus type 1 (retinopathy, nephropathy, neuropathy) in 322 children and adolescents who were hospitalized from different regions of Tajikistan. The data

Натиҷаҳои ба даст овардашуда имконият медиҳанд, ки оқибати оризаҳои мазкурӣ диабет қанд беҳтар ва холигоҳи Регистри давлатии оид ба диабет пурра қарда шавад.

**Калимаҳои калидӣ:** оризаҳои рағҳо, ретинопатия, нефропатия, нейропатия, диабетология, прогноз (оқибат, пешгӯӣ).

Полученные данные позволят улучшить прогноз указанных осложнений сахарного диабета, а также восполнить пробелы в Государственном регистре по диабету.

**Ключевые слова:** сосудистые осложнения, ретинопатия, нефропатия, нейропатия, диабетология, прогноз.

received will improve the prognosis of these complications of diabetes, as well as fill in the space in the State Register for Diabetes.

**Key words:** vascular complications, retinopathy, nephropathy, neuropathy, diabetology, prognosis.

*Анварова Ш.С.* - д.и.т., профессори кафедраи эндокринологияи ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино.

*Ниязова Н.Ф.* - н.и.т., дотсент, мудири кафедраи эндокринологияи ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино.

*Саёхати Исмоил* - мудири шӯъбаи эндокринологияи кӯдакон, Маркази саломатии шаҳрии ба номи К. Ахмедов.

*Анварова Ш.С.* - д.м.н., профессор кафедраи эндокринологии ТГМУ имени Абуалиибни Сино.

*Ниязова Н.Ф.* - к.м.н., доцент, зав. кафедраи эндокринологии ТГМУ имени Абуалиибни Сино

*Саёхати Исмоил* - зав. отделением детской эндокринологии Медицинского центра имени К. Ахмедова.



*Anvarova Sh.S. - D.M.Sc., professor of the department of Endocrinology SEI "ATSMU".*

*Niyazova N.F. - C.M.Sc., Associate professor, Head of the department of Endocrinology SEI "ATSMU".*

*Saehati Ismoil - Head of the Department of Pediatric Endocrinology of the Medical Center named after K.Akhmedov.*

## ТАШХИСИ ШАКЛИ ОМЕХТАИ НОРАСОИИ СФИНКТЕРИ МАҚЪАД.

**Ҷ.Қ. Мухаббатов, Ш.Р. Амиров, С.И.Расулова, П.С.Музафорова**

Кафедраи ҷарроҳии умумии №1 (мудири кафедра н.и.т., О.С. Боймуродов)-и  
МДТ «ДДТТ ба номи Абӯалӣ инбни Сино»

**Муҳиммият.** Норасоии сфинктери мақъад (НСМ) аз 1,5% то 40%-и муоинахоро ва аз 30 то 50% -и беморони калонсолро ташкил медиҳад, [2]. Ба ҳисоби миёна ин проблема тақрибан 1-10% дар популятсияро ташкил мекунад[5]. Дар сохтори бемориҳои колоректалӣ ин фоиз 3-7% аст [4]. Дар занҳо нигоҳ надоштани мақъад бо басомади 4-5 : 1 нисбат ба шахсони ҷинси мард аст [3, 6].

НСМ аз рӯи хусусиятҳои ба шаклҳои органикӣ, функционалӣ ва омехта ҷудо мешавад. Шакли органикии НСМ ба осебҳои мӯй посттравматикӣ, баъдичарроҳӣ, баъди валодатии сфинктери мақъад ё аномалияҳои модарзодии инкишофи мақъад вобаста аст. Шакли функционалии НСМ дар муқоиса аз шакли органикӣ аз осебҳои сфинктери мақъад вобаста нест, балки дар натиҷаи ихтилолҳои гуногуни дастгоҳи асабҳо ба вуҷуд меояд.

Айни замон ҳиёда ах 60 усул таҳия шудааст ва ҷустуҷӯи усулҳои оптималии табобат ва беҳтарсозии натиҷаҳои дурр ва функционалии шаклҳои органикӣ ё функционалии беморӣ идома дорад [1, 9]. Оризаҳои фасодӣ-илтиҳобӣ ва ноустувории кӯкҳои дарзҳо дар давраи барвақти пас аз ҷарроҳӣ, тибқи маълумоти муаллифони гуногун дар 2-35%-и ҳолатҳо ба назар мерасад [7,8,10]. Тибқи маълумоти муаллифони гуногун пас аз 5-10 сол фақат дар 40-45%-и беморон натиҷаҳои ҷарроҳӣ қаноатбахш буданд, танҳо дар 14%-и беморон пас аз 69 моҳ проблемаи НСМ пурра ҳаллу фаёл шуд [11,12].

Масъалаҳои мақсадноки ташхис ва табобати шаклҳои омехтаи НСМ ҳоло ҳам наомӯхта боқӣ мемонад.

**Мақсади таҳқиқот.** Омӯзиши басомади дучоршавӣ ва манзараи клиникии шакли омехтаи НСМ дар занҳо.

**Мавод ва усулҳои таҳқиқот.** Таҳқиқоти проспективӣ, муоина ва табобати ҷарроҳии 234 бемор, ки дар шӯбаи колопроктологияи БШК № 5 ш. Душанбе дар давраи солҳои 2006- 2019 бо афтидани роstrӯда ва порашавии баъдитаваллудкунии ҷатан бистарӣ буданд, анҷом дода шуд. Синну соли беморон аз 18 то 60 - сола буд. Афтидани роstrӯда - дараҷаи I. дар 22 бемор, дараҷаи II дар 49 бемор ва дараҷаи III дар 43 бемор дида шуд. порашавии баъдитаваллудкунии ҷатан дараҷаи II дар 46 (38,4%) зан, дараҷаи III- дар 48 (40%) ва дараҷаи IV- дар 26(21,6%) бемор муайян карда шуд. НСМ дарҷаи I дар 62 (26,4%) зан, дараҷаи II дар 105(45%) ва дараҷаи III дар 67(28,6%) бемор ба қайд гирифта шуд. Дар ҳамаи беморон усулҳои таҳқиқоти умумиклиникӣ, функционалӣ ва махсус иҷро карда шуд. Ташхис ва ташхиси тафриқии шаклҳои омехтаи НСМ дар асоси анамнез, анкетагузаронӣ, муоинаи беморон дар курсии гинекологӣ, муайян кардани намунаҳои функционалӣ (намунаи сулфа, намунаи Валсалв) гузошта шуд.

**Натиҷаҳои таҳқиқот.** Таҳқиқоти гузаронидашуда нишон дод, ки вобаста аз манзараи клиникии беморӣ ва натиҷаҳои усулҳои функционалии таҳқиқот беморон ба 2 гурӯҳ ҷудо карда шуданд. Дар гурӯҳи I-уми беморон 172(73,5%) - шикоятҳои афтидани роstrӯда, норасоии мақъад дараҷаҳои мухталифи норасоӣ ва нороҳатӣ муайян карда шуд. Гурӯҳи дуюмро 62(26,5%) бемор ташкил дод, ки онҳо дар баробари шикоятҳо аз бемории асосӣ, ҳамчунин аломатҳои пролапси узвҳои коси хурд муайян карда шуд.



Дар ҳамаи беморони гурӯҳи якум муқаррар карда шуд, ки НСМ аз ҳисоби нигоҳ надоштани муҳтавои рӯдаҳо ба амал омадааст, яъне хусусияти органикӣ доштанд ва майли ҳифзшуда ба қазои ҳоҷат муайян карда шуд.

Дар гурӯҳи дуюми беморон вайрон шудани механизми нигоҳдории муҳтавои рӯдаҳо ва набудани майл ба қазои ҳоҷат дар вақти хоб муайян карда шуд. Таҳқиқотҳои гузаронидашуда нишон доданд, ки дар гурӯҳи дуюми беморон дар 20(32,3%) ҳолат занҳои бисёртаваллудкунанда буданд.

Ғайр аз ин, занҳои калонсоли аз 30-сола боло бартарӣ (56,8%) доштанд ва басомади беморшавӣ бо калон шудани синну сол зиёд мешуд. Дар 14 (22,6%) ҳолат дар ин гурӯҳи беморон амалиётҳои чарроҳии такрорӣ аз хусуси норсоии сфинктери мақъад дар дигар муассисаҳои табобатӣ ба назар расид. Таҳлили нишондиҳандаҳои объективӣ нишон дод, ки рефлексии мақъад дар 50(80,6%) и беморон суст аст, вайроншавии тонуси сфинктери дохилӣ ва нигоҳдорӣ дар ҳамаи беморон вайрон шудааст. Дар беморони ин гурӯҳ НСМ хусусияти омехта дошт, яъне дар баробари бемориҳои органикӣ бемориҳои асабӣ-рефлектории сфинктери мақъад низ ба чашм расид. Дар 38(61,3%) беморон шакли органикии НСМ бар функцио-

налӣ бартарӣ дошт ва дар 24(38,7%) и беморонхусуси яти баръакси беморӣ ба мушоҳида мерасид. Натиҷаҳои таҳқиқот зиёд шудани басомади лаҳзаҳои нигоҳ надоштани наҷосат, кам шудани ҳаҷми ампулаи рострӯда ва возеҳии басомади пасафканд дар беморони гурӯҳи дуум назар ба гурӯҳи якумро нишон доданд.

Таҳлили муқоисавии гузаронидашудаи натиҷаҳои усулҳои функционалӣ ва махсуси таҳқиқот нишон дод, ки дар гурӯҳи якуми беморон ихтилоли дастгоҳи маҳкамкунандаи рострӯда на танҳо ба ихтилоли функцияи кӯтоҳкунандаи сфинктери берунии мақъад, балки бо дисфункцияи сфинктери дарунии рострӯда низ вобастагӣ дорад.

Ҳамин тавр, ташҳиси шакли омехтаи НСМ мураккаб аст ва ба салоҳияти мутахассисони баландараҷа дохил мешавад, ки марҳилшаҳои табобати ин гурӯҳи беморонро муайян мекунанд.

**Хулосаҳо.** Таҳқиқоти гузаронидашуда нишон дод, ки шакли омехтаи норасоии сфинктери мақъад дар занҳои гирифтори фтидгии рострӯда ва порашавии баъдазтаваллудкунии чатан 26,5%-ро ташкил медиҳад. Дараҷаи НСМ аз марҳалаи беморӣ, возеҳии нигоҳдорӣ - аз дараҷаи дисфункцияи сфинктери дарунии рострӯда ва нигоҳдорӣ - аз сфинктери берунии рострӯда вобаста аст.

## АДАБИЁТ

1. Причины возникновения послеоперационной недостаточности анального сфинктера/ Т.К. Камолов, З.И. Муртазаев, К.У. Шеркулов [и др.] // Национальная Ассоциация Ученых. - 2016.- №17-1.- С. 120-121.
2. Ривкин, В.Л. Анальная инконтиненция: состояние проблемы / В.Л. Ривкин// Consiliummedicum. Приложение. Хирургия. - 2016. - №1. - С. 24-25.
3. Хирургическое лечение больных недержанием кишечного содержимого/ С.А. Фролов, Т.С. Одарюк, Л.Ф. Подмаренкова [и др.]// Хирургия. - 2014. - №14. - С. 27-33.
4. Шельгин, Ю.А. Справочник по колопроктологии/ Ю.А. Шельгин, Л.А. Благодарный - М.: Литтерра, 2012. - 596с.
5. Nevler A. The epidemiology of anal incontinence and symptom severity scoring // Gastroenterology Report. - 2014. - № 2 (2). - P. 79-84.
6. Fecal incontinence: Diagnosis and Treatment/ ed. C. Ratto, G.B. Doglietto. - Rome.: Springer., 2007. - 362.
7. Хирургическая патология анального канала у больных с разрывом промежности / Д.К. Мухаббатов, С.И. Расулова, Ф.Х. Хоркашев, Б.М. Хамроев // Колопроктология. - 2014.- №3. - С. 28-29.





8. Шевчук, И.М. Хирургическое лечение послеоперационной стриктуры анального канала/И.М. Шевчук, И.Ю. Садовый, О.В. Новитский // Украинский журнал хирургии. - 2015.- №9.- С. 20-22.
9. Practice parameters for treatment of fecal incontinence/ J.J. Tjandra, S.L. Dykes, R.R. Kumar [et al.] // Dis Colon Rectum. - 2007.- Vol. 50, Is. 10.-P.1497- 1507.
10. Zorcolo, L. Outcome of anterior sphincter repair for obstetric injury: comparison of early and late results/ L. Zorcolo, L. Covotta, D.C. Bartolo// Dis Colon Rectum. - 2005.- Vol. 48, Is. 3.- P. 524-531.
11. De la Portilla F. Internal anal sphincter augmentation and substitution // Gastro-enterology. - 2014. - № 2. - P. 106-11.
12. Khaikin M., Wexner S.D. Treatment strategies in obstructed defecation and fecal incontinence // Wourld J Gastroenterol. - 2006. - 12 (20). - P. 3168-73.

### ТАШХИСИ ШАКЛИ ОМЕХТАИ НОРАСОИИ СФИНКТЕРИ МАҚЪАД.

Ч.Қ. Мухаббатов, Ш.Р. Амиров, С.И.Расулова, П.С.Музафарова

#### Хулоса.

Дар заминаи гузаронидани таҳқиқоти проспективии 234 беморзан, ки дар шуъбаи колопроктологияи МШС №2 ш. Душанбе дар давраи солҳои 2006 -2019 бо афтидани рӯдаи рост ва порашавии пасазтаваллудии чатан басомади дучоршавӣ ва манзараи клиникӣ шакли омехтаи норасоии сфинктери мақъад дар занҳо мавриди омӯзиш қарор гирифт. Таҳқиқоти гузаронидашуда

нишон медиҳад, ки шакли омехтаи норасоии сфинктери мақъад дар занҳо бо порашавии пасазтаваллудии чатан 26,5%-и ҳолатҳоро ташкил медиҳад. Дарачаи норасоии сфинктери мақъад аз марҳалаи беморӣ, возеҳии нигоҳдорӣ- аз дарачаи дисфунксияи сфинктери дарунии роstrӯда ва нигоҳдорӣ- аз сфинктериберунии роstrӯда вобаста аст.

**Калимаҳои калидӣ:** сфинктери мақъад, шакли омехта, роstrӯда, чатан.

### ДИАГНОСТИКА СМЕШАННОЙ ФОРМЫ НЕДОСТАТОЧНОСТИ АНАЛЬНОГО СФИНКТЕРА

Д.К. Мухаббатов, Ш.Р. Амиров, С.И.Расулова, П.С.Музафарова

#### Резюме.

На основе проведения проспективного исследования 234 пациенток, находившихся в отделении колопроктологии ГЦЗ №2 г. Душанбе в период с 2006 по 2019 гг с выпадением прямой кишки и послеродовым разрывом промежности, изучена частота встречаемости и клинической картины смешанной формы недостаточности анального сфинктера у женщин. Проведенное исследование показывает, что смешанная форма

недостаточности анального сфинктера у женщин с выпадением прямой кишки и послеродовым разрывом промежности составляет 26,5% случаев. Степени НАС зависят от стадии заболевания, выраженность держания - от степени дисфункции внутреннего сфинктера прямой кишки и удержания - от наружного сфинктера прямой кишки.

**Ключевые слова:** анальный сфинктер, смешанная форма, прямая кишка, промежность.

### DIAGNOSIS OF A MIXED FORM OF ANAL SPHINCTER INCONTINENCE

J.K. Mukhabattov, Sh.R. Amirov, S.I. Rasulova, P.S. Muzafarova

Chair of General Surgery №1 ATSMU after Abuali ibni Sino

Based on conducting a prospective study of 234 patients who were in the coloproctological department of the City Health center No. 2 of

Dushanbe from 2006 to 2019 with rectal prolapse and postpartum perineal rupture, the frequency and occurrence of the mixed clinical



form of anal sphincter incontinence in women were studied. The study shows, that a mixed form of anal sphincter incontinence in women with prolapse of the rectum and postpartum rupture of the perineum is 26.5% of cases.

Degree of anal sphincter incontinence depends of stage of the disease, the severity of retention on the degree of dysfunction of the internal sphincter of the rectum and retention on the external sphincter of the rectum.

*Мухаббатов Д.К.* - д.м.н., профессор кафедры общей хирургии №1 ТГМУ им. Абуали ибни Сино, +992 918612808, г. Душанбе, пр. Борбад дом 54, кв. 66, mukhabbatov67@mail.ru

*Амиров Ш.Р.* - соискатель кафедры общей хирургии №1 ТГМУ им. Абуали ибни Сино, +992 918938171, г. Душанбе, ул. Рудаки 70, кв. 14.

*Расулова С.И.* - ассистент кафедры общей хирургии №1 ТГМУ им. Абуали ибни Сино, +992 938070505, rasila1988@mail.ru, г. Душанбе, ул. Н. Карабаева 24/2, кв. 5.

*Музафарова П.С.* - соискатель кафедры общей хирургии №1 ТГМУ им. Абуали ибни Сино, +992 933044134, г. Душанбе, ул. Каримова 9, кв. 28.

*D.K. Mukhabbatov* - professor of chair of General Surgery No. 1 of State Medical University after Abualiibni Sino, E-mail: mukhabbatov67@mail.ru Tel: (+992) 918612808, Address: 54 Borbadave., Apt. 66, Dushanbe

*Sh.R. Amirov* - office-seeker of chair of General Surgery No. 1 of State Medical University after Abualiibni Sino, Tel: (+992) 918938171, Address: 70 Rudakistreet, Apt. 14, Dushanbe

*S.I. Rasulova* - assistant of chair of General Surgery No. 1 of State Medical University after Abualiibni Sino, E-mail: rasila1988@mail.ru Tel: (+992) 938070505 Address: 24/2 N/Karabaeva street, Apt. 5, Dushanbe

*P.S. Muzafarova* - office-seeker of chair of General Surgery No. 1 of State Medical University after Abualiibni Sino E-mail: rasila1988@mail.ru Tel: (+992) 933044134 Address: 9 Karamova street, Apt. 28, Dushanbe

## МУБРАМИЯТИ СИРОЯТҲОИ УРОГЕНИТАЛӢ ДАР ТОҶИКИСТОН

К.М. Мухаммадиева<sup>1</sup>, Н.И. Мустафокулова<sup>2</sup>, З.К. Умарова<sup>3</sup>,

Қ.М. Бухориев<sup>4</sup>, А.А. Абдувоҳидов<sup>5</sup>

<sup>1</sup>Кафедраи дерматовенерология, бемориҳои дарунии №3 ва бемориҳои кӯдаконаи МДТ "ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино", <sup>2</sup>Кафедра бемориҳои дарунии №3 МДТ "ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино", <sup>3</sup>кафедра бемориҳои кӯдаконаи №2 МДТ "ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино", <sup>4</sup>Маркази шаҳрии бемориҳои пӯст ва зӯҳравӣ, ш. Душанбе, <sup>5</sup>Кафедраи урологияи МДТ "ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино"

Мубрамай: Сирояти урогениталӣ (СУГ) - мушкилоти мураккаби тиббӣ-ичтимоӣ ба ҳисоб меравад, ки ба паҳншавии васеи он, вазнинии оқибатҳои он ва таъсири он ба солимии репродуктивии аҳоли иртибот дорад. Он чиз дорои аҳамияти иҷтимоӣ аст, ки СУГ, бештар ҷавонон ва асосан дар занҳо ба назар мерасад, ки дар 17-20%-и ҳолатҳо ба бенаслии ҷуфти ҳамсарон оварда мерасонад [1]. Бемориҳои илтиҳобии узвҳои кӯси хурд, ки аз СУГ ба вучуд омадааст, на танҳо ба ихтилоли репродуктивии мардҳо ва занҳо оварда мерасонад, балки онҳо ме-

тавонанд сирояти дохилибатнии чанинро ба бор оварад [2].

Нақши муҳими СУГ дар ташаккули бенаслии занҳо, ҳомилагии хориҷи бачадонӣ муайян карда шудааст [3]. Дар 70%-и ҳолатҳо сабаби бенаслии мардҳо СУГ ва ё оқибатҳои он мебошад [4,5]. Барои СУГ инҳо хосанд: таъсири негативӣ ҳам ба сперматогени эпители ва ҳам протсессҳои склерозӣ дар простат, изофаи хоя ва роҳҳои нутфабар, ихтилолҳои иммунологӣ (спермагглютинатсия, кам шудани ҳаракатнокии сперматозоид, патологияи гарданак ва акросома,



коркарди антителаҳои антиспермалӣ) расонида мешавад. Ҳолати эпидемиологии беморӣ, ки ба УГМ вобаста аст, дар солҳои охир дар ҷаҳон хусусияти таҳдидуқунандаро ба бор меорад. Тибқи маълумоти Ташкилоти Умумиҷаҳонии Тандурустӣ (ТУТ), дар ҷаҳон ҳамамола зиёда аз 330 млн нафари гирифтори бемории СУГ ба қайд гирифта мешавад, ки барангезандаи зуд-зуд дучоршавандаи он *Chlamydia trachomatis* мебошад. Дар Тоҷикистон то имрӯз беморшавии СУГ дар мақомоти нигоҳдории тандурустӣ ба таври ҳатмӣ ба қайд гирифта намешуд, дар солҳои охир бошад, вай хусусияти эпидемиро касб кардааст.

**Мақсади таҳқиқот.** Омӯхтани ҷанбаҳои эпидемиологӣ ва сотсиологии СУГ.

**Мавод ва усулҳои таҳқиқот.** Дар беморхонаи клиникаи "Мадади Акбар" дар давраи солҳои 2012-2014 ҳамагӣ 23520 бемор аз хусуси СУГ мавриди таҳқиқ қарор дода шуд. Идентификасияи барангезанда бо усули иммунофлюорестенсияи мустақим (ИФМ) ва таҳлили иммуноферментӣ (ТФА) гузаронида шуд. Синну соли миёнаи беморон

26,3±3 солро ташкил дод. 15940 (67,8%) беморро мардҳо ва 7580 (32,2%)-ро занҳо ташкил доданд.

**Натиҷа ва баррасии онҳо.** Дар 5240 (22,2%) бемор таҳлили негативии СУГ буд. 14347 (61%) бемор аз хусуси бенаслӣ таҳқиқ карда шуд ва дар 9039 (63%) бемор мавҷуд будани СУГ ошкор карда шуд. 5881 (25%) бемор аз хусуси нигоҳ дошта натавонистани ҳамл таҳқиқ карда шуд ва дар 4804 (81,7%)-и онҳо СУГ ошкор гардид. Ҷоизи бештари СУГ-и ошкоршуда *Chlamydia trachomatis* - 22,3% ва *Ureaplasma urealyticum* - 18,1% буд, ҷоизи камро *Candida albicans* - 2,2% ташкил дод. Дар 11830 (50,3%) бемороне, ки дар онҳо СУГ ошкор карда шудааст, ассотсиатсияи микробҳо муайян карда шуд. Ин махсусан ба *Chlamydia trachomatis*, *Ureaplasma urealyticum* ва *Citomegalovirus* тааллуқ дорад, ки касасетя в отношении *Chlamydia trachomatis*, *Ureaplasma urealyticum* и *Citomegalovirus* контагиознокии (сироятнокии) зиёд дошт. Таҳлили муқоисавии СУГ дар ҷадвали №1 оварда шудааст.

**Ҷадвали №1: Таҳлили муқоисавии СУГ дар солҳои 2012-2014.**

	Уреоплазмоз	Микоплазмоз	Хламидиоз	Ситомегаловирус	Вируси герпеси оддӣ	Гарднереллез	Кандидиоз	Трихомониаз	Сироятҳои ошкоршуда умуман	Миқдори умумии беморони таҳқиқшуда
2012	1420	792	2347	1310	1044	754	232	532	9581	6340
2013	3360	2640	3143	2784	2401	864	220	647	13424	7761
2014	2098	2735	2984	2320	1300	682	384	1008	14996	9419
<b>Ҳамагӣ</b>	<b>6878</b>	<b>6167</b>	<b>8474</b>	<b>6414</b>	<b>4745</b>	<b>2300</b>	<b>836</b>	<b>2187</b>	<b>38001</b>	<b>23520</b>

Ҳамин тавр, ҷоизи зиёди беморони СУГ-и ошкоршударо мардҳо ташкил карданд, бештари вақтҳо ин сироятҳо сабаби бенаслӣ ва нигоҳ дошта натавонистани ҳамл гаштанд. Бештар *Chlamydia trachomatis* ва *Ureaplasma urealyticum* дар яқҷоягӣ бо СУГ-ои дигар муайян карда шуд. Тавре ки дар ҷадвал оварда шудааст, миқдори ошкорсозии беморони СУГ сол аз сол меафзояд. Ин пеш аз ҳама ба шароити ноҳуби эпидемиологӣ вобастагӣ дорад: миқдори зиёди муҳо-

ҷирони меҳнатӣ (тақрибан 1 млн 200ҳазор), ки берун аз марзи кишвар қору зиндагӣ мекунанд, таблиғоти нокифоя аз хусуси тарзи ҳаёти солим дар байни ҷавонон; набудани профилактыкаи саршавии барвақти ҳаёти ҷинсӣ; миқдори зиёди оилаҳои носолим; арзиши нисбатан баланди табобат; огоҳии нокифояи аҳоли аз бемориҳои зиёди сироятӣ, к ибo роҳи алоқаи ҷинсӣ меғузаранд, махсусан хламидиоз, микоплазмоз, трихомониаз.



**Хулоса.** Дар баробари ба даст овардани Истиклолияти давлатии Ҷумҳурии Тоҷикистон ва ҷанги шаҳрвандии солҳои 1990 касоди иқтисодӣ боиси шиддат гирифтани норасоии имкониятҳои бо кор таъминкунии аҳоли ва бад шудани системаи ҳифзи иҷтимоии аҳоли гардид. Ҳамаи ин боиси афзудани муҳочирати мавсимии аҳоли ба хориҷи кишвар гардид. Муҳочирони меҳнати зиёд мақоми (статуси) будубоши доими дар кишвари худ надоштанд. Солимии ин қисми аҳоли бинобар фақру камбағалӣ, поймолшавии ҳуқуқ (дискриминатсия), муҳофизат нашудан аз истисмори корӣ, дурӣ аз оилаву фарзандон, дурӣ ваз меъёрҳои иҷтимоиву фарҳангӣ, ки дар ҷамъиятҳои босубот рафтори одамонро роҳнамоӣ мекунанд, аз ҷумла дастрасӣ надоштан ба хадамоти тиббӣ ва иҷтимоӣ ба хатар мувоҷеҳ мегардад. Ин одамон барои интиқол додан ва паҳн кардани СУГ дар ҳамаи марзу буми ҷумҳури мусоидат намуда, бемории мазкурро ба проблемаи муҳими тиббу иҷтимоӣ-табдил медиҳад.

Хусусиятҳои баъзе СУГ ин қомилан мавҷуд набудани зухуроти клиникаи беморӣ мебошад, ки агар сироятнокшавӣ бе аломат сурат гирад, зану мард худро минбаъд низ солим ҳис мекунанд. Ин сироятҳо дар миёни аҳоли зуд паҳн мешаванд ва аксар вақт ҳангоми муоинаи мақсадноки беморон оид ба сироятҳои урогениталӣ аз хусуси бенасли ва нигоҳ дошта натавонистани ҳамл, тасодуфан ошкор карда мешаванд. Ба ҳисоб гирифтани зарур аст, ки беморшавии ҳақиқии СУГ аз ин ҳам бештар аст, зеро ки бештари онҳо аз ошкор шудан тарсида ба табибон муроҷиат намекунанд. Асосе мавҷуд нест, то бигӯем, ки проблемаи табобати СУГ дар солҳои наздик ҳаллу фасл мешавад. Сохтани воситаҳои доругии нави фаъолнокияшон олии зиддимикробӣ пешрави назарраси самаранокии табобати бемории системаи репродуктивиро, ки асосан бо роҳи алоқаи ҷинсӣ интиқол меёбанд, таъмин карда наметавонанд. Ин таъсир ба имкониятҳои персистенсияи барангезанда дар шакли ҳассосияти кам доштан ба антибиотикҳо алоқаманд аст.

## АДАБИЁТ

1. Саидов Б.И. Современная диагностика урогенитальных инфекций у мужчин с репродуктивными нарушениями / Б.И. Саидов, П.Т. Зоиров // Вестник Авиценны. - 2015. - №1. - С. 107-110.
2. Асхаков МС, Чеботарёв ВВ, Арутюнян ГГ, Ақобян АА. Современные методы диагностики урогенитальной хламидийной инфекции. Интернаука. 2018;4-1(38).17-19.
3. Саидзода БИ. Особенности клиники негонококковых уретритов. Здоровье, демография, экология Финно-угорских народов. 2019;4.45-47.
4. Сангов БЧ, Саидзода БИ. Клиникаи уретропростатити хламидияви. Авчи зухал. 2019;1.67-72.
5. Саидов Б.И. Современные аспекты терапии воспалительных заболеваний урогенитального тракта у мужчин / Б.И. Саидов // Здравоохранение Таджикистана. - 2018. - №3. - С. 55-59.
6. Horner PJ, Blee K, Falk L, van der Meijden W, Moi H. 2016 European guideline on the management of non-gonococcal urethritis. Int. J.STD and AIDS. 2016; Oct;27(11):928-37. doi: 10.1177/0956462416648585. Epub 2016 May 4.
7. Саидзода БИ. Хусусиятҳои хоси клиникаи уретритҳои гайригонококки дар мардҳо. Авчи зухал. 2019;4.148-151.
8. Хомидов М.Ф. Диагностика и лечение негонококковых уретритов у мужчин / М.Ф. Хомидов, Б.И. Саидов // Вестник последипломного образования в сфере здравоохранения. - 2019. - №1. - С. 88-91
9. Федорова В.А., Султанахмедов Э.С., Салтыков Ю.В., Утц С.Р., Мотин В.Л. Совершенствование лабораторной диагностики урогенитальной хламидийной инфекции у пациентов с нарушением репродуктивной функции, инфицированных Chlamydia trachomatis. Вестник дерматологии и венерологии. 2017;(2):34-44.



10. Сангов Б.Ч. Особенности иммунологических расстройств при хроническом уrogenитальном хламидиозе / Б.Ч. Сангов, П.Т. Зоиров, Д.Н. Солихов, А.Ш. Мاستулов, Р.Г. Шамбезода // Вестник Авиценны - 2014. - №2. - С. 74-78.

### МУБРАМИЯТИ СИРОЯТҲОИ УРОГЕНИТАЛӢ ДАР ТОҶИКИСТОН

Солҳои 2012 - 2014, аз тарафи мо 23520 бемор нисбати сироятҳои урогениталӣ муоина шуданд. Қисми зиёди ашхоси дорои сироятҳои урогениталиро мардҳо (67.8 %) ташкил намуданд. Аксар вақт ин сироятҳо сабабгори безуриёти (61 %) ва нигоҳ надоштани ҳомиладорӣ (25%) шуданд. Бисёртар аз

сироятҳои урогениталӣ *Chlamydia trachomatis* ва *Ureaplasma urealyticum* бо асоссиатсия дигар сироятҳо муайян карда шудааст.

**Калимаҳои калидӣ:** сироятҳои урогениталӣ (СУГ), иммунофлюоресценсияи мустақим ва таҳлили иммуноферментӣ.

### АКТУАЛЬНОСТЬ УРОГЕНИТАЛЬНЫХ ИНФЕКЦИЙ В ТАДЖИКИСТАНЕ.

Мухаммадиева К.М., Мусафоқулова Н.И., Умарова З.К., Бухориев Қ.М., Абдувоҳидов А.А. Кафедра дерматовенерология, внутренние болезни №3 и детские болезни ГОУ "ТГМУ имени Абуали ибни Сино", Ассоциация врачей-дерматовенерологов и косметологов РТ

**Цель работы.** Изучить эпидемиологические и социологические аспекты УГИ.

**Материалы и методы.** В клинической больнице "Мадади Акбар" в период 2012 по 2014 год обследовались 23520 больных, по поводу урогенитальных инфекций. Идентификацию возбудителей проводилось методами прямой иммунофлюоресценции (ПИФ) и иммуноферментным анализом (ИФА). Средний возраст больных составил 26,3±3лет. 15940 (67,8%) больных составили мужчины и 7580 (32,2%) составили женщины.

**Результаты и их обсуждение.** У 5240 (22,2%) больных были негативные анализы на УГИ. 14347 (61%) больных обследовались по поводу бесплодия и у 9039 (63%) из них выявили наличие УГИ. 5881 (25%) больные обследовались по поводу невынашивания беременности и у 4804 (81,7%) из них выявлено наличие УГИ. Большой процент выявленных УГИ составили *Chlamydia trachomatis*-22,3% и *Ureaplasma urealyticum*-18,1%, а меньший процент составил *Candida albicans*-2,2%. У 11830 (50,3%) выявленных УГИ больных, отмечалось ассоциация микробов.

**Заключение.** Росту миграции за границу, способствуют распространению УГИ по всей территории республики, что делает УГИ важнейшей медико-социальной проблемой.

Особенностью некоторых УГИ является полное отсутствие клинических проявлений, а поэтому, женщины и мужчины продолжают чувствовать себя практически здоровой. Эти инфекции имеют быстрый характер распространения среди населения и выявляются часто случайно при целенаправленных обследованиях больных на урогенитальные инфекции по поводу бесплодия и невынашивания беременности. Необходимо учитывать, что истинная заболеваемость УГИ еще выше, так как многие не обращаются к врачам, боясь огласки. Нет оснований полагать, что проблема лечения УГИ в ближайшее время будет решена.

**Ключевые слова:** Урогенитальные инфекции (УГИ), прямой иммунофлюоресценции (ПИФ) и иммуноферментным анализом (ИФА).

### EPIDEMICAL AND SOCIOLOGICAL MEANING OF UROGENITAL INFECTION

23520 patient were observed for urogenital infection from 2012 to 2014 years. More percent of patient with urogenital infection were consist of men (67.8 %). More often these type of infections were the cause (61 %) of sterility and

delayed miscarriage (25 %). *Chlamydia trachomatis* and *Ureaplasma urealyticum* were revealed with association of another type of urogenital infection.

**Key words:** Urogenital infection (UGI).



**Мухаммадиева Кибриёхон Мансуровна**, мудири кафедраи дерматовенерологияи МДТ "ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино", д.и.т., E-mail kibriyo\_67@mail.ru. Тел. 931277575

**Мустафокулова Намуна Ибрагимовна**, мудири кафедра бемориҳои дарунии №3 МДТ "ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино", д.и.т., E-mail dr.natuna@mail.ru. Тел. 918762494

**Умарова Зарифа Касимовна**, профессори кафедра бемориҳои кӯдакони №2 МДТ "ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино", д.и.т., E-mail 12@tajmedun.tj. Тел. 915990903

**Бухориев Қобилҷон Маҳмудович**, Директори Маркази шаҳрии бемориҳои пӯст ва зӯҳравӣ, ш. Душанбе, н.и.т., E-mail kobil\_66@mail.ru. Тел. 935059197

**Абдувоҳидов Абдусамад Абдувоҳидович**, ассистенти кафедраи урологияи МДТ "ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино", E-mail abdusamad.aa@gmail.com. Тел. 937777702

## ЧАНБАҲОИ МУОСИРИ ТАШҲИС ВА ТАБОБАТИ СИРОЯТИ УРОГЕНИТАЛИИ ХЛАМИДӢ ДАР МАРДҲО

М.С. Исаева<sup>1</sup>, М.Д. Нуралиев<sup>2</sup>, Қ.М. Бухориев<sup>3</sup>, М.Ф. Ҳомидов<sup>4</sup>  
А.М. Қосимзода<sup>5</sup>, И.С. Сино<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Кафедра дерматовенерологияи МДТ "ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино", <sup>2</sup>Кафедраи физиологияи патологӣ ва анатомияи патологӣ бо тиббӣ судии Донишгоҳимиллии Тоҷикистон, <sup>3</sup>Маркази шаҳрии бемориҳои пӯст ва зӯҳравӣ, ш. Душанбе, <sup>4</sup>Ассотсиатсияи дерматовенерологҳо ва косметологҳои ҚТ, <sup>5</sup>ВТ ва ҲИА ҚТ

Муҳимият. Дар ҳама кишварҳои ҷаҳон масъалаи бемории сиояти хламидий муҳимияти худро нигоҳ медорад, ки аз ҷиҳати микдоризухурот дар байни ҳама бемориҳои сиоятии бо роҳи ҷинсӣ интиқолёбанда (БСҶИ) бартарӣ доанд. Тибқи баҳогузориҳои ТУТ, хламидиоз пас аз трихомониази урогениталӣ дар байни бемориҳои сиоятӣ, ки бо роҳи ҷинсӣ интиқол меёбанд, ҷойи дуюмро ишғол мекунад. Дар натиҷаи гузаронидан таҳқиқотҳои сершумори эпидемиологӣ муқаррар карда шуд, ки сиояти хламидӣ паҳншударин бемории бактериялӣ дар кишварҳои Америкаи Шимолӣ ва Аврупо ба ҳисоб меравад. Дар ИМА ва Скандинавия паҳншавии сиояти хламидӣ дар байни ҳамаи бемориҳои сиоятӣ, ки бо роҳи ҷинсӣ интиқол мешаванд 5%, дар Россия -19%-ро ташкил медиҳанд, маълумотҳо ҳамасола афзудани микдори ин беморию нишон медиҳанд. Ба чорабиниҳои бисёр кишварҳои ҷиҳати барномаи мубориза бо БСҶИ нигоҳ накарда, кам шудани беморшавии сиояти хламидӣ ба назар намерасад. Масалан, дар кишварҳои Аврупо ҳамасола 600 ҳазор ҳолатҳои нави хламидиоз ба қайд гирифта мешавад. бояд гуфт, ки сатҳи беморӣ нишондиҳанаҳои воқеии омори инъикос намекунад, зеро чунин ҳисоб мекунад, ки

дар 40-50%-и мардҳо хламидиоз бeсимптом мегузарад, ки ин дар навбати худ хатари пайдо шудани оризаҳои ҷиддӣ ва минбаъд паҳн шудани сиоятро баланд мебардоранд [1,3,5].

Дар Тоҷикистон проблемаи хламидоз, монанди проблемаи БСҶИ дар маҷмӯ боз ҳам аҳамиятноктар ба назар мерасад, зеро ки дар солҳои охир модели рафторҳои сексуалии (шахвонии) одамон тағйир ёфтааст. Яке аз гурӯҳҳои асосии осебпазири БСҶИ, аз ҷумла сиояти хламидӣ дар Тоҷикистон муҳочирон мебошанд. Рукуди иқтисодӣ ба нокифоягии шадиди ҷойҳои корӣ дар ҷумҳурии оварда расонид ва сабабизид шудани муҳочират ба хориҷи кишвар, махсусан Федератсияи Россия гардид. Тақрибан 20%-аҳолии марди ҷумҳурии дар ҷустуҷӯи кор Тоҷикистонро тарк мекунад, ҳамзамон муҳочират яке аз омилҳои муҳими интиқоли сиояти хламидӣ мегардад. Бори нахуст, дар давоми 8-9 моҳи аз хонаву оила дур мардҳои ҷавон одатан, ду-се ҳамхобии ҷинсӣ пайдо мекунад. Онро ба назар гирифта, ки мардҳо- муҳочирон алоқаҳои ҷинсиро бо занҳо-ҳамхобҳои муваққатӣ бeвоситаҳои муҳофизатӣ анҷом медиҳанд, занҳои онҳо низ ба сиояти хламидӣ осебпазир мегарданд [2,6]. Таъкид кардан муҳим



аст, ки хламидиоззухуроти махсуси клиникӣ ва симптомҳои патогномиро надорад ва аксар вақт бе симптом ва дар шаклҳои суб-клиникӣ мегузарад, ки ин аз нуктаи назари эпидемиологӣ хеле муҳим мебошад, метавонад, ки на танҳо ҳамчун моноинфексия ташхис карда шавад, балки ҳамроҳи дигар вирусҳо ва бактерияҳо ва якҷояшавии онҳо муайян карда шуда, чараёни протсессии патологиро вазнин карда, боиси пайдо шудани ретсидивҳо ва оизаҳое монанди эпидидимит, фуникулит, простатит гашта ва баъдан ба патоспермия оварда мерасонад [4,5].

Ҳангоми табобат кардани оризаҳо ва УГХ-и такроршаванда самаранокии табобати бидуни истифодаи иммуностимуляторҳо хеле кам аз 50% баланд аст [7,8].

Барои табобати бемориҳои музмини илтиҳобии роҳи репродуктивии мардҳо, ки аз сироятҳои урогениталӣ пайдо шудаанд, ба ғайр аз табобати антибактериалӣ инчунин омӯзиши самаранокӣ ва беҳатарии истифодаи иммуностимулятори тимотсинро дар табобати комплекси УГИ тавсия мекунем.

Мақсади таҳқиқот. Омӯзиши чанбаҳои муосири ташхис, самаранокӣ ва беҳатарии азитромитсини доруи (препарати) иммуномодулятсионн тимоген дар табобати уретрити хламидиозии урогениталӣ дар мардҳо.

Мавод ва усулҳои таҳқиқот. Тахти назорати мо 56 ммард қарор доштанд, ки барои кор кардан ба Федератсияи Россия ва Ҷумҳурии Қазоқистон сафар кардаанд. Синну соли беморон аз 18 то 48-сола буда, синну соли миёна  $28,2 \pm 1,5$  солро ташкил мекард. Беморн ба ду гурӯҳ ҷудо карда шуда буданд: гурӯҳи 1 (28 нафар) - беморони гирифтори уретрити музмини хуруҷкунанда (УМ), ки бо зухуроти махсуси клиникӣ уретрит мурочиат кардаанд; гурӯҳи 2-юм (28 нафар) - мардҳое, ки мақади пас аз муҳочирати меҳнатӣ таҳқиқот намудан меҳоянд.

Ташхиси УГИ дар асоси анамнези эпидемиологӣ, усулҳои лабораторӣ ва инструменталии таҳқиқот гузошта шуд. Бо усули микроскопияи равшанидиханда шиддатнокӣ протсессии илтиҳобӣ муайян карда шуд, дигар БСҶИ -ҳо истисно карда шуданд. Ташхиси уретрит дар он сурат тасдиқшуда

ҳисобида мешуд, ки агар дар дурдаи (молишаки) таҳқиқшаванда 5 ва ё зиёда лейкоцитҳои полиморфӣ-ҳаставӣ дар майдони биниш бошанд [5, 12]. Барои ташхиси хламидиоз усулҳои истифода мешаванд, ки ба муайянкунии барангезанда ё антигени он ва муайян кардани антители ба хламидияҳо дар зардоби хуни бемор равона карда шудааст. Сироят нав ҳисобида мешавад, агар дар роҳҳои ҷинсӣ хламидия, дар зардоби хун, М-антители барои ин барангезанда бошад. Мавҷуд будани G-антител нишондиҳандаи марҳалаи нофаъоли сироят аст. Верификатсияи ташхис бо ёрии аксуламали полимеразии занҷирӣ (ё ПСР) иҷро карда шуд, ғайр аз ин таҳлили иммуноферментӣ (ИФА) гузаронида шуд. Таҳқиқот то табобат, пас аз анҷом ёфтани табобат дар рӯзҳои 10-14-ум ва баъди ҳар як моҳ гузаронида шуд.

Вазифаи асосии табобати сирояти хламидӣ-эрадикатсия *Chlamydia trachomatis* ва ҳаллу фасл кардани зухуроти клиникӣ сироят мебошад.

Қайд кардан муҳим аст, ки хламидиоз дар беморон ошкоркардашуда вазифадор месозанд, ки табобати профилактики ҳамҳобаи ҷинсӣ гузаронида шавад.

Натиҷаҳо ва баррасии онҳо. Таҳқиқоти бактерioskопии молишаки аз уретраи (ҳолиб) аз беморон гирифташуда нишон дод, ки миқдори лейкоцитҳо дар майдони биниши таҳқиқшаванда аз маълумоти меъёрӣ 4,6 маротиба дар гурӯҳи якум ва 3,4 маротиба дар гурӯҳи дуюм зиёд буд.

Пас аз таҳқиқоти стандартии клиникӣ-лабораторӣ ва дар асоси таҳқиқоти микроскопӣ бактерioskопии ифрозоти ҳолиб ташхиси уретропростатити музмини бактериалӣ дар 28 бемори гурӯҳи якум гузошта шуд. Аз 28 бемори гирифтори уретропростатити музмин дар 16 нафари онҳо бо усули ПСР *Chlamydia trachomatis* ва бо усули ИФА дар 5 бемор муайян карда шуд. Дар 2 нафар аз 7 нафар бемори гирифтори уретропростатити музмини бактериалӣ натиҷаҳои таҳқиқот бо усули ИФА мусбат ва бо усули ПСР манфӣ буд. Аз 24 нафар марди таҳқиқшудаи гурӯҳи 2 дар 21 нафар УМ



ташхис карда шуд. аз 13 нафар беморони гурӯҳи 2-и гирифтори УМ дар 9 нафар бо усулҳои ПСР ва ИФА *Chlamydia trachomatis*, дар 4 бемор хламидия бо усули ИФА ошкор карда шуд.

Пас аз таҳқиқоти клиникӣ-лабораторӣ дар 16 (57,1%) бемори гурӯҳи якум уретритопропростатити музмини хламидӣ, дар 13 (22,4%) бемори гурӯҳи 2- уретрити музмини хламидӣ ташхис карда шуд. Ташхиси простатит дар ҳамаи беморон бо ТУС тасдиқ карда шуданд.

Дар беморони гурӯҳи 1-ум табобати комплекси беморӣ бо азитромитсин ва иммуномодулятор, тимоген сурат гирифт. Азитромитсин бо дозаи 500 мг 1 маротиба дар як шабонарӯз гузаронида шуд, давомнокии табобат 10 рӯзро ташкил кард. Беморони гурӯҳи 2 табобати этиотропиро бо антибиотикҳои азитромитсин бо дозаи 500 мг 1 маротиба дар шабонарӯзи якум дар давоми 10 рӯзи баъдӣ гирифтанд.

Ба беморони гирифтори уретрити музмини хламидӣ бо максуди беҳтар сохтани протсессҳои мубодила ба таври иловагӣ витаминҳои Е ва С таъйин карда шуд: витамини Е (алфа-токоферол атсетат) ба да-

рун бо 400 ЕД 1 маротиба дар як рӯз, дар давоми 20-25 рӯз, кислотаи аскорбинӣ -3 мл д/м 1 саротиба дар як рӯз, дар давоми 10 рӯз.

Баҳодихии самаранокии табобат баъди 10-14 рӯз ва 1 моҳи табобат сурат гирифт. Баҳодихӣ дар асоси маълумотҳои таҳқиқоти микроскопӣ ва бактериоскопии молишак ва назорат бо усули *Chlamydia trachomatis* ПСР гузаронида шуд. Шифоёбии микробиологӣ дар ҳамаи ҳолатҳо ба назар расид, миқдори лейкоцитҳо дар молишак ба ифодаи меъёрӣ расид. Дар ин маврид дар 28 бемори гирифтори УПМ симптоми простатит пурра бартараф карда шуд, дар марҳаи дорой УМ дар контрол- *Chlamydia trachomatis* бо усули ПСР муайян кардвa нашуд.

Хулоса, таҳқиқот нишон дод, ки истифодаи азитромитсин дар якҷоягӣ бо иммуномодулятори тимоген, аз самаранокии олии он ҳангоми табобати тақрибан ҳамаи шаклҳои сирояти урогениталӣ гувоҳӣ медиҳад, ки ин имконият медиҳад онро ба сифати яке аз воситаҳои самаранокиаш олӣ дар табобати УПХМ ва УМ, ки бо сирояти хламидӣ тавъаманд, тавсия кунем. Ҳолатҳои таъсири иловагии манфӣ дар ягон маврид ба қайд гирифта нашуд.

## АДАБИЁТ

1. Асхаков МС, Чеботарёв ВВ, Арутюнян ГГ, Акобян АА. Современные методы диагностики урогенитальной хламидийной инфекции. *Интернаука*. 2018;4-1(38).17-19.
2. Мавров ГИ, Иващенко ЛВ, Щербакова ЮВ, Орлова КС. Клинико-эпидемиологические особенности урогенитального хламидиоза на современном этапе. *Дерматология и венерология*. 2014;1(63):61-66.
3. Саидов Б.И. Современные аспекты терапии воспалительных заболеваний урогенитального тракта у мужчин. *Здравоохранение Таджикистана*. 2018;3.55-59.
4. Саидзода Б.И. Хусусиятҳои хоси клиникаи уретритҳои гайригонококкӣ дар мардҳо. *Авчи зухал*. 2019;4.148-151.
5. Сангов БЧ, Саидзода БИ. Клиникаи уретропростатити хламидияви. *Авчизухал*. 2019;1.67-72.
6. Федорова ВА, Султанахмедов ЭС, Салтыков ЮВ, Утц СР, Мотин ВЛ. Совершенствование лабораторной диагностики урогенитальной хламидийной инфекции у пациентов с нарушением репродуктивной функции, инфицированных *Chlamydia trachomatis*. *Вестник дерматологии и венерологии*. 2017;(2):34-44.
7. Хомидов МФ, Саидов БИ. Диагностика и лечение негонококковых уретритов у мужчин. *Вестник последипломного образования в сфере здравоохранения*. 2019;1.88-91.
8. Baud D, Vulliemoz N, Ammerdorffer A, Gyger J, Greub G, Castella V, Stojanov M. *Waddliachondrophila*, a *Chlamydia*-related bacterium, has a negative impact on human spermatozoa. *Hum Reprod*. 2018;1;33(1):3-10. doi: 10.1093/humrep/dex342.





**Мақсади таҳқиқот.** Омӯзиши бехатарии азитромитсини доруи (препарати) иммуномодулянтсионн тимоген дар табобати уретрити хламидиозии урогениталӣ дар мардҳо.

Мавод ва усулҳои таҳқиқот. Таҳти назорати мо 56 мард қарор доштанд, ки барои қарор кардан ба Федератсияи Россия ва Ҷумҳурии Қазоқистон сафар кардаанд. Синну соли беморон аз 18 то 48-сола буда, синну соли миёна  $28,2 \pm 1,5$  солро ташкил мекард. Беморон ба ду гурӯҳ ҷудо карда шуда буданд: гурӯҳи 1 (28 нафар) - беморони гирифтори уретрити музмини хуруҷкунанда (УМ), ки бо зухуроти махсуси клиникаи уретрит муроҷиат кардаанд; гурӯҳи 2-юм (28 нафар) - мардҳое, ки мақади пас аз муҳоҷирати меҳнатӣ таҳқиқот намудан мехоҳанд.

**Натиҷаҳо ва баррасии онҳо.** Муқаррар карда шуд, ки дар 56 бемор пас аз таҳқиқоти клиникӣ- лабораторӣ дар 16 (57,1%) бе-

мор и гурӯҳи якум уретрито-простатити хламидиозии музмин, дар 13 (22,4%) беморони гурӯҳи дуюм уретрити хламидиозии музмин ташхис карда шуд. Ташхиси простатит дар ҳамаи беморон тавассути ТУС ҳамаи ҳолатҳо ба қайд гирифта шуд, микдори лейкоцитҳо дар молишак то моҳияти меъёрӣ расид.

**Хулоса,** таҳқиқот нишон дод, ки истифодаи азитромитсин дар якҷоягӣ бо иммуномодулятори тимоген, аз самаранокии олиии он ҳангоми табобати тақрибан ҳамаи шаклҳои сирояти урогениталӣ гувоҳӣ медиҳад, ки ин имконият медиҳад онро ба сифати яке аз воситаҳои самаранокиаш олӣ дар табобати УПХМ ва УМ, ки бо сирояти хламидӣ тавъаманд, тавсия кунем.

**Калимаҳои калидӣ:** хламидиозии урогениталӣ, аксуламали занҷирии полимеразӣ, таҳлилди иммуноферментӣ.

## СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ И УРОГЕНИТАЛЬНОЙ ХЛАМИДИЙНОЙ ИНФЕКЦИИ У МУЖЧИН

Исаева М.С., Нуралиев М.Д., Бухориев Қ.М., Хомидов М.Ф., Қосимзода А.М., Сино И.С.

**Целью исследования** явилось изучение современных аспекты диагностики, эффективности и безопасности азитромицина и иммуномодулирующего препарата тимогена, в лечении урогенитального хламидиозного уретрита у мужчин.

**Материалы и методы.** Обследовалось 56 мужчин в возрасте от 18 до 48 лет, в среднем -  $28,2 \pm 1,5$  лет. Больные были разделены на 2 группы. На основании анамнеза, клинической картины и лабораторных исследований поставлен диагноз негенококковых уретритов. Верификацию диагноза НГУ проводили методами полимеразной цепной реакции и иммуноферментным методом.

**Результаты и их обсуждения.** Установлено, что у 56 пациентов после клинико-лабораторного обследования у 16 (57,1%) больных первой группе был диагностирован хронический хламидийный уретрито-про-

статит (ХХУП), у 13 (22,4%) пациентов второй группы - хронический хламидийный уретрит (ХХУ). Диагноз простатита у всех больных был подтвержден ультразвуковым исследованием. После проводимой лечения, микробиологическая излеченность отмечена во всех случаях, количество лейкоцитов в мазке достигли нормальных значений.

**Заключение.** Исследования показали, что применение азитромицина в сочетании с иммуномодулятором тимоген, свидетельствующих о его высокой терапевтической эффективности при лечении практически всех форм урогенитальной инфекции, что позволяют рекомендовать его в качестве одного из высокоэффективных средств в лечении больных ХХУП.

**Ключевые слова:** урогенитальной хламидиоз, полимеразная цепная реакция, иммуноферментный анализ.



## MODERN ASPECTS OF DIAGNOSTICS AND TREATMENT OF UROGENITAL CHLAMYDIA INFECTION IN MEN

Isaeva M.S., Nuraliev M.D., Bukhoriev K.M., Komidov M.F., Kosimzoda A.M., Sino I.S.

**Purpose.** Researching of modern aspects diagnosis, effectiveness and safety of Azithromycin and immunomodulating medicine Thymogen in treatment of urogenital chlamydial urethritis in men.

**Materials and methods.** There were investigated 56 patients in age of 18 to 48 years, in average -  $28,2 \pm 1,5$  years. The patients were divided into 2 groups. Patients were divided into 2 groups. On the basis of the anamnesis, clinical and laboratory studies, was diagnosed non-gonococcal urethritis. The verification of diagnosis of NGU was carried up by methods of polymerase chain reaction and enzyme-linked immunosorbent assay.

**Results and their discussion.** There was established that after clinical and laboratory examination in 16 (57.1%) patients of the first group, was diagnosed chronic chlamydial

urethritis-prostatitis (CCUP), in 13 (22.4%) patients of the second group - chronic chlamydial urethritis (CCU). The diagnosis of prostatitis in all patients was confirmed by ultrasound. After the treatment, microbiological research in all cases shows that the number of leukocytes in the smear reached normal values.

**Conclusion.** Our investigations showed that the using of Azithromycin in combination with an immunomodulator Thymogen, indicating its high therapeutic efficacy in the treatment of all forms of urogenital infection, which makes it possible to recommend it as one of the highly effective means in the treatment of patients with chronic chlamydial urethroprostatitis.

**Key words:** urogenital chlamydia, polymerase chain reaction, enzyme-linked immunosorbent assay (ELISA).

*Исаева Мавчуда Сироҷиддиновна, профессори кафедраи дерматовенерологияи МДТ "ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино", д.и.т., E-mail: lzulpiniso@mail.ru Тел. 907809260*

*Нуралиев Маҳмадали Дустмуродович, мудири кафедраи физиологияи патологӣ ва анатомияи патологӣ бо тибби судии Донишгоҳи миллии Тоҷикистон, н.и.т., дотсент. E-mail:nuraliyev-67@inbox.ru. Тел. 907833979*

*Бухориев Қобилҷон Маҳмудович, директори Маркази шахрии бемориҳои нӯст ва зӯҳравӣ, ш. Душанбе, н.и.т., E-mail:kobil\_66@mail.ru. Тел. 935059197*

*Ҳомидов Музафар Файзалшевич, директори Ассотсиатсияи дерматовенерологҳо ва косметологҳои ҚТ, н.и.т., E-mail: homidovm@mail.ru Тел. 918624282*

*Қосимзода Азизулло Мирзо, сармутахассиси соҳавии ВТ ва ҲИА ҚТ оиди бемориҳои нӯст ва узвҳои таносул, н.и.т., E-mail: a\_qosimov@mail.ru Тел. 935007679*

*Сино Иброҳим Собир, дерматовенеролог, н.и.т., E-mail: sinojon82@mail.ru Тел. 918690472*

## ТАБОБАТИ ЧАРРОҲИИ ШАКЛҲОИ ТАКРОРЁФТАИ ЭХИНОКОККОЗИИ ЧИГАР З.А. Азиззода, К.М. Қурбонов, Қ.Р. Рузбойзода

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

Мухиммият. Дар замони ҳозира якчанд фарзияҳои такрорёбии кистаҳои эхинококкозии чигар баъди чарроҳии аввалия мавҷуданд. Роҳҳои асосии такрорёбии эхинококкоз ин қобилияти кӯчидани сколексҳо ба бофтаҳои наздикистагӣ, паҳншавии элементҳои тухмӣҳангоми чарроҳии кушо-

да, рахнашавии киста ба ковокии озоди шикам ба шумор меравад [1,2,6,7]. Якчанд роҳҳои пешгирии такрорёбии эхинококкози чигар мавҷуд аст: таъхиси то ва дохили-чарроҳии он, риояи принципҳои апаразитарӣ ва антипаразитарӣ, иҷроиши чарроҳии радикалӣ, пешгирии шаклҳои им-



плантатсионӣ ва метастатикӣ ва гузаронидани кимиётерапия. Новобаста аз истифодаи услубҳои пешгирикунанда, такрорёбии бемории эхинококкози чигар баъди ҷарроҳии иҷрошуда баланд боқӣ мемонад ва аз 3 то 30%-ро ташкил медиҳад [3,4,5,8].

**Мақсади таҳқиқот:** Коркарди услубҳои муносиби пешгирии такрорёбии эхинококкози чигар.

**Мавод ва усулҳои таҳқиқот.** Аз соли 2004 то соли 2019 дар беморхонаи шаҳрии клиникии ёрии таъҷилии тиббӣ ва МД "Маҷмааи тандурустии Истиқлол" бо ташҳиси эхинококкози чигар ва узвҳои ковокии шикам 110 нафар беморон ҷарроҳӣ карда шудаанд. Аз онҳо 62 (56,3%) нафарашон занон ва 48 (43,6%) нафарашон мардон буданд. Синни беморон аз 18 то 68 соларо ташкил дод. Як маротиба такрорӣ 79 (71,8%) нафар беморон ва бисёрқарата 31 (28,2%) нафар беморон ҷарроҳӣ карда шуданд. Мӯҳлат аз ҷарроҳии аввал то пайдоиши бемории такрорӣ  $64,7 \pm 3,2$  моҳро ташкил намуд. Эхинококкози чигар дар 73 (66,3%) беморон мушоҳида карда шуд. Дар 17 (15,4%) беморониллати якҷояи эхинококкози такрорӣ чигар ва шушҳо, дар 5 (4,6%) ҳолат иллати якҷояи чигар ва испурҷ, дар 4 (3,7%) иллати чигар ва ковокии шикам ва дар 11 (10%) беморон иллати танҳо ковокии шикам бе ҷалбшавии чигар ба раванди патологӣ мушоҳида карда шуд. Кистаҳои такрорёфтаи эхинококкозӣ дар 83 (75,4%) ҳолатҳо дар ҳиссаирости чигар ҷойгир буданд.

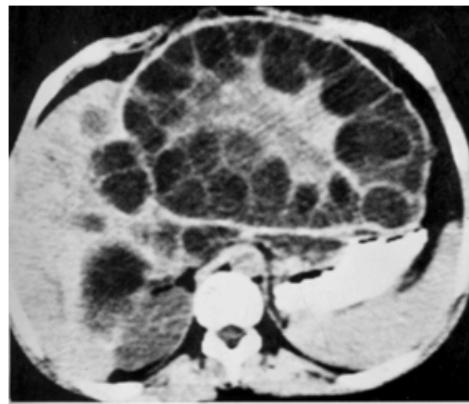


**Расми 1.** Сканограммаи ултрасадоӣ. Эхинококкози такрорёфтаи сершумори чигар, марҳилаитағйиротҳои дерӣ баъдимаргӣ.

Барои ташҳиси кистаҳои эхинококкозӣ услубҳои ташҳиси ултрасадоӣ, томографияи компютерӣ (ТК), томографияи магнитӣ-резонансӣ (ТМР), серологӣ ва лабораторӣ истифода карда шудаанд.

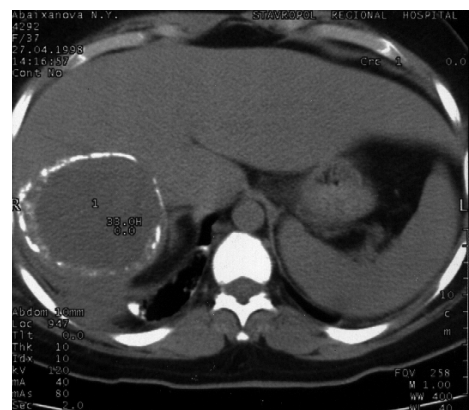
Дар 88,1% ҳолатҳо ташҳиси ултрасадоӣ имкон дод, ки беморӣ ташҳис карда шавад (Расми 1).

Дар 8 (7,2%) нафар беморон барои муайян намудани муносибати кистаи эхинококкозӣ бо узвҳои ҳамсоя вароҳҳои талхабарор томографияи компютерӣ (ТК) гузаронида шуд (Расми 2).



**Расми 2.** ТК. Эхинококкози сершумори такрорёфтаи чигар

Томографияи магнитӣ-резонансӣ имкон медиҳад, ки кистаҳои эхинококкозӣ дар 3 ҷанг мушоҳида карда шуда, зичии онҳо дар якҷанд реча муайян карда шавад. ТМР дар 5 нафар беморон гузаронида шуд ва имкон дод, ки ковокии боқимонда ташҳис карда шавад (Расми 3).



**Расми 3.** ТМР чигар. Кистаи солитарии такрорёфтаи чигар бо аломатҳои калсинази девораҳо



Коркарди омории мавод ба воситаи пакети замимагии "Statistica 6.0" (StatSoft, Inc., USA) гузаронида шудааст. Бузургҳои шумораӣ ва хатогиҳои стандартии он дар шакли нишондодҳои миёна, нишондодҳои шумораӣ дар шакли нишондодҳои мутлақ ва қисмҳои онҳо (P,%) тавсиф карда шудаанд. Баробаркунонии чуфти гурӯҳҳои шумораӣ бо U-маҳакҳои Манна-Уитни, сифатӣ - бо маҳакҳои  $\chi^2$ . Тафовутҳо ҳамчун аз ҷиҳати омории аҳамиятдошта ҳангоми  $p < 0,05$  арзёбӣ карда шуданд.

Натиҷаҳои таҳқиқот ва баррасии онҳо. Таҳқиқот нишон дод, ки дар байни беморон эхинококкози резидуалӣ дар 48 (43,6%) нафар, имплантатсионӣ дар 43 (39,1%), диссеминатсияшуда дар 13 (11,8%), метастатикӣ дар 5 (4,6%) ва реинвазивӣ дар 1 (0,9%) нафар бемор мушоҳида карда шуд. Вобаста ба муҳлат такрорёбии барвақтӣ (то 3 сол) дар 47 (42,7%) нафар, ва такрорёбии дер (дар муҳлати аз 3 ва зиёда сол) - дар 63 (57,2%) беморон мушоҳида карда шуд. Қайд намудан зарур аст, ки дар 104 (94,5%) нафар беморон вобаста аз сабабҳои такрорёбии беморӣ бештар такрорёбии резидуалӣ, имплантатсионӣ ва диссеминатсияшуда мушоҳида карда шуд. Сабабҳои асосии такрорёбии беморӣ хатогиҳои техникӣ ҳангоми иҷроиши ҷарроҳӣ, бинобар сабаби душвории дастарсӣ ба кистаи эхинококкозӣ, иҷро накардани ташҳиси ултрасадоии дохилиҷарроҳӣ, сершумории кистаҳо, нопурра тоза намудани ковокии кистаҳо ва ғайриимкон будани бартарафсозии ковокии боқимонда буд. Ҳангоми сершумор будани кистаҳо ва деформатсияи сатҳи ҷигар тариқи палмосидан муайян намудани кистаҳои эхинококкозӣ душвор мебошад. Дар чунин мавридҳо ташҳиси ултрасадоии дохилиҷарроҳӣ нақши муҳимро бозид.

Таботати кистаҳои такрорёфтаи эхинококкозӣ ба таври маҷмӯӣ гузаронида шуд, яъне ҳамеша услубҳои ҷарроҳӣ бо истифодаи кимиотерапия тавъам карда шуд. Технологияи PAIR асосан ҳангоми кистаҳои эхинококкозии навъҳои SE1 ва SE3, ҳаҷмашон зиёда аз 5см ва ҳангоми даст кашидани беморон аз ҷарроҳӣ истифода карда шуд.

Зиднишондодҳо барои истифодаи услубҳои сӯзанзанӣ-обияткашкунонӣ ҷойгиршавии сатҳии кистаҳо ва душвор будани дастрасӣ ба онҳо ва кистаҳои навъи SE4 ва SE5 аз руи таснифоти Ташкилоти Умумиҷаҳонии Тандурустӣ (ТУТ) шуморида шуд.

Нишондодҳои муносиб барои иҷрои эхинококкэктомияи лапароскопӣ тавъам будани маҳакҳои зерин ҳисобида шуданд: а) кистаҳои навъи SE1 ва SE3 аз руи таснифоти ТУТ бо ҷойгиршавӣ дар ҳиссаҳои II-VI ҷигар; б) қисман сатҳӣ ҷойгиршавии киста; в) ҳаҷми киста на калонтар аз 10см; г) шумораи кистаҳо на зиёда аз ду адад; д) мавҷуд набудани дастрасии душвор барои мудохилаи лапароскопӣ (кистаҳои сегментҳои I, VII ва VIII, кистаҳои интрапаренхиматозӣ). Зиднишондодҳо барои иҷроиши эхинококкэктомияи лапароскопӣ инҳо буданд: а) ҳомиладорӣ ва дасткашӣ аз истифодаи васоити зидди ҳамл бо назардошти он, ки беморон ҳатман бояд доругии албендазол истифода мекарданд; б) мавҷуд набудани розигии маълумотноки бемор оиди ин шакли ҷарроҳӣ; в) фарбегии дараҷаи вазнин ( $ИВБ > 40$  кг/м<sup>2</sup>); г) пайдо шудани таъсири манфӣ ҳангоми истифодабарии пешазҷарроҳии албендазол, ки боиси қатъ намудани истифодаи он гардид; д) кистаҳои ба роҳҳои талхабарор, ковокии шикам ё ковокии шушпарда рахнашуда; е) мавҷуд набудани дастрасии беҳавф ба киста. Дар марҳилаи пешазҷарроҳӣ бо мақсади пешгирии беморӣ доругии албендазол истифода карда шудааст.

Ҳангоми кистаҳои такрорёфтаи эхинококкозии ҷигар дар 84 (76,3%) ҳолатҳо услубҳои анъанавии ҷарроҳӣ ва дар 26 (23,7%) ҳолатҳо услубҳои каминвазивии ҷарроҳӣ истифода карда шуданд (Ҷадвали 1).

Барои тозакунонии ковокиҳои боқимонда маҳлулҳои 30% хлориди натрий бо экспозитсияи 10-12 дақиқа, глитсерини 80% бо экспозитсияи 8-10 дақиқа ва маҳлули 5% спиртии йодбоэкспозитсияи 8-10 дақиқа истифода карда шуданд.

Дар марҳилаи баъдиҷарроҳӣ химиотерапияи пешгирикунанда гузаронида шуд. Доругии албендазол аз руи схемаи стандартӣ ба беморони вазнашон  $> 60$ кг 400мг 2 ма-



ротиба дар як шабонарӯз, ба беморони вазнашон <60кг бо меъёри 15мг/кг 2 маротиба дар як шабонарӯз дар ҳаҷми 2-3 курс бо давомнокии 28 рӯз таъйин карда шуд.

Оризаҳои баъдичарроҳӣ дар 7 (6,3%) беморон мушоҳида карда шуданд: дар 3 нафар чоришавии талха аз ковокии боқимонда, фассодгирии захми баъдичарроҳӣ дар 2 ваплеврити реактивӣ дар 2 нафар беморон мушоҳида карда шуд, ки бо роҳи консервативӣ табобат карда шуданд. Натиҷаҳои дурнамо дар 63 (57,2%) беморон

омӯхта шуданд. Такрорёбии беморӣ мушоҳида карда нашуд.

**Хулоса.** Дастрасии муносиби чароҳӣ ба кистаи эхинококкозӣ, риояи принципҳои паразитарӣ ва антипаразитарӣ ҳангоми чарроҳӣ ва гузаронидани кимиотерапия дар марҳилаи пеш- ва баъдичарроҳӣ хатари такрорёбии бемориро паст менамояд. Услубҳои каминвазивии чарроҳӣ барои табобати кистаҳои эхинококкозии чигар самаранок шуморида шуда, метавонанд барои услубҳои анъанавӣ алтернатив бошанд.

#### Ҷадвали 1.

#### Чарроҳии гузаронидашуда ҳангоми кистаҳои эхинококкозии такрорёфтаи чигар (n = 110)

Шаклҳои чарроҳии гузаронидашуда	Шумора	%
Эхинококкэктомияи кушода	49	44,6
Эхинококкэктомияи пӯшида	10	9,1
Резексияи ғайрихосаи чигар	7	6,3
Гемигепатэктомия аз тарафи рост	5	4,6
Пересистэктомияи тоталӣ	5	4,6
Пересистэктомияи субтоталӣ	8	7,2
Мудохилаҳои сӯзанзанӣ-обиятқашқунонӣ дар зери назорати ултрасадо	16	14,5
Эхинококкэктомияи лапароскопӣ	10	9,1
<b>Ҳамагӣ</b>	<b>110</b>	<b>100</b>

#### АДАБИЁТ

1. Дурлештер В.М., Андреев А.В., Кулаков А.А., Токаренко Е.В. Лечение рецидивного эхинококкоза брюшной полости, забрюшинного пространства и средостения с применением чрезкожных миниинвазивных технологий. *Анналы хирургической гепатологии*. 2015. №3. С.129-132.
2. Ветшев П.С., Мусаев Г.Х., Фатъянова А.С. Эхинококкоз: основы диагностики и роль миниинвазивных технологий (обзор литературы). *Анналы хирургической гепатологии*. 2015. № 3. С.47-53.
3. Меджидов Р.Т., Султанова Р.С., Меджидов Ш.Р. Профилактика рецидива абдоминального эхинококкоза // *Анналы хирургической гепатологии*. 2014. № 3. С.63-67.
4. Мусаев Г.Х., Фатъянова А.С., Бекшоков А.С., Бучулаева Н.А., Бабаева О.К. Возможности хирургического лечения рецидивного эхинококкоза. *Хирургия*. 2015. № 6. С.77-80.
5. Рахматуллаев АР, Артыков КП, Рахматуллаев РР. Лапароскопические симультанные операции при сочетанных хирургических заболеваниях органов брюшной полости. *Вестник Авиценны*. 2016; 1:21-23.
6. Курбанов У.А., Давлатов А.А., Джанобилова С.М., Джононов Д.Д. Оптимизация хирургического лечения эхинококкоза печени. *Вестник Авиценны*. 2014;59(2):13-17.
7. Шевченко Ю.Л., Назыров Ф.Г. Хирургия эхинококкоза. М.: Издательство "Династия", 2016. 288 с.
8. Scherer K, Gupta N, Caine W, Panda M. Differential Diagnosis and Management of a Recurrent Hepatic Cyst: A Case Report and Review of Literature. *J Gen Intern Med*. 2009;24:1161-1165.



## ТАБОБАТИ ҶАРРОҲИИ ШАКЛҶОИ ТАКРОРЁФТАИ ЭХИНОКОККОЗИИ ЧИГАР

**Муҳимият.** Новобаста аз истифодаи услубҳои пешгирикунанда, такрорёбии бемории эхинококкози чигар баъди ҷарроҳии иҷрошуда баланд боқӣ мемонад ва аз 3 то 30%-ро ташкил медиҳад.

**Мақсади таҳқиқот.** Коркарди услубҳои муносиби пешгирии такрорёбии эхинококкози чигар.

**Мавод ва усулҳои таҳқиқот.** Дар мақола натиҷаи ташхиси табобати 110 нафар беморон бо эхинококкози такрорёфтаи чигар оварда шудааст. Барои ташхиси кистаҳои эхинококкози услубҳои ташхиси серологӣ, ултрасадоӣ, томографияи компютерӣ, томографияи магнитӣ-резонансӣ ва лабораторӣ истифода карда шудааст.

**Натиҷаҳои таҳқиқот ва баррасии онҳо.** Таҳқиқот нишон дод, ки эхинококкози резидуалӣ дар 43,6%, имплантационӣ дар 39,1%, диссеминацияшуда дар 11,8%, метастатикӣ дар 4,6% ва реинвазивӣ дар 0,9% беморон мушоҳида карда шуд.

Ҳангоми кистаҳои такрорёфтаи эхинококкози чигар дар 76,3% ҳолатҳо услубҳои

анъанавии ҷарроҳӣ ва дар 23,7% ҳолатҳо услубҳои каминвазивӣ истифода карда шудааст. Дар марҳилаи баъди ҷарроҳӣ химиотерапияи пешгирикунанда бо истифодаи доругии албендазол гузаронида шудааст. Оризаҳои баъди ҷарроҳӣ дар 6,3% беморон мушоҳида карда шуданд. Натиҷаҳои дурнамо дар 57,2% беморон омӯхта шуданд. Такрорёбии беморӣ мушоҳида карда нашуд.

**Хулоса.** Риояи принципҳои апаризитарӣ ва антипаразитарӣ ҳангоми ҷарроҳӣ ва гузаронидани химиотерапия дар марҳилаи пеш- ва баъди ҷарроҳӣ хатари такрорёбии бемориро паст менамояд. Услубҳои каминвазивии ҷарроҳӣ барои табобати эхинококкози чигар самаранок шуморида шуда, барои услубҳои анъанавӣ алтернатив мебошанд.

**Калимаҳои калидӣ:** эхинококкози чигар, такрорёбии беморӣ, пешгири, ташхис, табобати ҷарроҳӣ, муҳолиҳои каминвазивӣ, натиҷаҳои дурнамо.

## ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ РЕЦИДИВНЫХ ФОРМ ЭХИНОКОККОЗА ПЕЧЕНИ

**З.А. Азиззода, К.М. Курбонов, К.Р. Рузбойзода**

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

**Актуальность.** Несмотря на применение усовершенствованных методов профилактики, рецидив эхинококковой болезни после первично выполненной операции остаётся высоким и составляет от 3 до 30%.

**Цель исследования.** Разработка оптимальных способов профилактики и лечения рецидивных форм эхинококкоза печени.

**Материал и методы исследования.** В статье приведены результаты лечения 110 больных с рецидивными формами эхинококкоза печени. Для диагностики заболевания применены серологические, лабораторные и инструментальные методы исследования, в том числе УЗИ, КТ и МРТ.

**Результаты исследования и их обсуждение.** Установлено, что резидуальный эхинококкоз отмечен у 43,6%, имплантационный - у 39,1%, диссеминированный - у 11,8%, ме-

тастатический - у 4,6% и реинвазивный - у 0,9% больных. При лечении больных в 76,3% случаев применены традиционные, а в 23,7% миниинвазивные вмешательства. В послеоперационном периоде больным проведена профилактическая химиотерапия альбендазолом. Послеоперационные осложнения отмечены у 6,3%. Отдаленные результаты изучены у 57,2% больных, рецидивы заболевания не отмечены.

**Заключение.** Адекватный операционный доступ, соблюдение принципов апаризитарности и антипаразитарности во время операции и проведение химиотерапии в пред- и послеоперационном периоде снижает риски развития рецидивов эхинококковой болезни. Миниинвазивные методы лечения эхинококкоза печени при соблюдении показаний и строгом применении принципов



апаразитарности и антипаразитарности являются альтернативой традиционным оперативным вмешательствам.

**Ключевые слова:** эхинококкоз печени, рецидив болезни, профилактика, диагностика, хирургическое лечение, миниинвазивные вмешательства, отдаленные результаты.

## SURGICAL TREATMENT OF RECURRENT FORMS OF LIVER ECHINOCOCCOSIS

Z.A.Azizoda, K.M.Kurbonov, K.R. Ruziboyzoda

The Department of Surgical Diseases №1 (the Head of Department-the Doctor of Medical Sciences, professor Sh.K.Nazarov) and Avicenna TSMU

**Relevance.** Despite the use of improved methods of prevention, the recurrence of echinococcal disease after primary surgery remains high and is from 3 to 30%.

**Purpose of the study:** Development of optimal methods of prevention and treatment of recurrent forms of liver echinococcosis.

**Material and methods.** The article presents the results of treatment of 110 patients with recurrent forms of liver echinococcosis. Serological, laboratory and instrumental research methods, including ultrasound, CT and MRI, were used to diagnose the disease.

**Results and its discussion:** It was found that residual echinococcosis was observed in 43.6%, implantation in 39.1%, disseminated in 11.8%, metastatic in 4.6% and reinvasive in 0.9% of patients.

In the treatment of patients in 76.3% of cases, traditional and 23.7% of mini-invasive

interventions were used. In the postoperative period, patients underwent preventive chemotherapy with albendazole. Postoperative blindness was observed in 6.3%. Long-term results were studied in 57.2% of patients, relapses of the disease were not noted.

**Conclusion.** Adequate surgical access, compliance with the principles of aparizitarnosti and antiparazitarnosti during surgery and chemotherapy in the pre- and postoperative period reduces the risk of recurrence of echinococcal disease. Minimally invasive treatment of hydatid cyst of the liver, with the following indications and strict application of the principles of parasetamol and antiparazitarny are an alternative to traditional surgery.

**Key words:** echinococcosis of the liver, relapse, prevention, diagnosis, surgical treatment, minimally invasive interventions, long-term results.

*Азизода Зубайдулло Абдулло, н.и.т., докторанти кафедраи бемориҳои ҷарроҳии №1 ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино, E-mail: azizov-med76@mail.ru, тел.: +992-987-21-71-77*

*Қурбонов Каримхон Муродович, академики АИТ Ҷумҳурии Тоҷикистон, д.и.т., профессори кафедраи бемориҳои ҷарроҳии №1 ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино, E-mail: istoil.qurbonov@inbox.ru, тел.: +992-907-90-67-27*

*Рузбойзода Қаҳрамон Рузбой, н.и.т., ассистенти кафедраи бемориҳои ҷарроҳии №1 ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино, E-mail: dr.hero85@mail.ru, тел.: +992-934-05-44-04*

*Азизода Зубайдулло Абдулло, кандидат медицинских наук, докторант кафедры хирургических болезней № 1, Таджикский государственный медицинский университет им. Абуали ибни Сино, E-mail: azizov-med76@mail.ru, тел.: +992-987-21-71-77*

*Қурбонов Каримхон Муродович, академик АМН Республики Таджикистан, доктор медицинских наук, профессор, профессор кафедры хирургических болезней №1, Таджикский государственный медицинский университет им. Абуали ибни Сино, E-mail: istoil.qurbonov@inbox.ru, тел.: +992-907-90-67-27*

*Рузбойзода Қаҳрамон Рузбой, к.м.н., ассистент кафедры хирургических болезней № 1, Таджикский государственный медицинский университет им. Абуали ибни Сино, E-mail: dr.hero85@mail.ru, тел.: +992-934-05-44-04*



*Azizzoda Zubaydullo Abdullo, the Candidate of Medical Sciences, PhD student, Department of Surgical Diseases №1, Avicenna Tajik State Medical University, E-mail: azizov-med76@mail.ru, tel.: +992-987-21-71-77*

*Qurbonov Karimkhon Murodovich, the Academician Academy of Medical Sciences of the Republic of Tajikistan, Doctor of Medical Sciences, Professor, Professor of the Department of Surgical Diseases №1, of Avicenna Tajik State Medical University, E-mail: ismoil.qurbonov@inbox.ru, tel.: +992-907-90-67-27*

*Ruziboyzoda Kahramon Ruziboy, the Candidate of Medical Sciences, the assistant of the department of surgical diseases №1, Avicenna Tajik State Medical University, E-mail: dr.hero85@mail.ru, tel.: +992-934-05-44-04*

## АРЗЁБИИ ҲОЛАТИ МАҚОМИ НУТРИТИВӢ ДАР МАВРИДИ КӢДАКONI СИННИ БАРВАҚТИИ ГИРИФТОРИ НУҚСОНҲОИ МОДАРЗОДИИ ДИЛ Набиева Ш.З.<sup>1</sup>, Шамсов Б.А.<sup>1</sup>, Набиев З.Н.<sup>1</sup>, Файзуллоев Ф.А.<sup>1</sup>, Шамсов А.Т.<sup>2</sup>.

<sup>1</sup>МД "Маркази ҷумҳуриявии илмию клиникӣи педиатрӣ ва ҷарроҳии кӯдакони",

<sup>2</sup>МДТ "ДДТТ ба номи Абуалӣ ибни Сино"

**Муҳиммият.** Ғизо омили муҳимтарини нигоҳ доштани саломатӣ ва серҳаракатии кӯдак ҳам дар марҳилаҳои барвақтӣ ва ҳам дар марҳилаҳои минбаъдаи умри ӯ ба шумор меравад [1,2,3]. Ғизо барои ба таври муътадил аз ҷиҳати ҷисмонӣ ва асабию равонӣ ташаккул ёфтани кӯдак аҳамияти аввалиндараҷа дошта, қобилияти қорӣ, таҳсил, таҳаммулпазирӣ ва уствориетро ба таъсири номусоиди муҳити атроф, бемориҳои сироятӣ ва дигар бемориҳо зиёд мекунад. Имрӯзҳо таҳқиқи мақоми нутритивӣ дар мавриди кӯдакони аҳамияти муҳим дорад [2].

Ҳамзамон дар баробари ин нуқтаеро мавриди таҳқиқ қарор додан лозим аст, ки ҳолати норасоӣ зимни кӯдакони синни барвақтӣ дар мамолики мутараққӣ бештар на аз рӯйи таъсири омили хӯрок (беиштиҳои, нокифоягии ғизо, дӯшворӣ кашидан ҳангоми хӯрокхӯрӣ), балки дар заминаи бемориҳои вазнин, ки бо сабаби афзудани зарурати моддаҳои ғизоӣ ё ихтилолоти ҷаббишу ассимилятсия пайдо мешавад [1].

Акси ҳол ихтилолоти мақоми нутритивии кӯдакони метавонад боиси як қатор тағйироти патологӣ дар орағнизм гардад, ки тамоми умр бо одам ҳамроҳ бошад. Бештар норасоии ғизо дар кӯдакони гирифтори нуқсонҳои модарзодии дил (НМД), бемориҳои музминии гурдаву шушҳо, бемориҳои саратониву асаб, сироятҳои вазнин, зарбулат, сӯхтагӣ, синдроми вайроншавии ҷаббиши

рӯдаҳо инкишоф меёбад [3,6]. НМД яке аз мушкилоти махсусан вазнини соҳаи тандурустӣ дар мамлакатҳои мутараққӣи дунё, инчунин аз сабабҳои маъюбшавӣ ва фавтнокӣи зиёд дар синни кӯдакӣ ба ҳисоб меравад [4]. Нуқтае ҷолиби тавачҷуҳ аст, ки аксаран табибон ба ҳолати мақоми нутритивии кӯдакони гирифтори НМД диққати зарурӣ намедиханд. Зимнан дар мавриди чунин беморон лоғаршавии патологӣ (нишонаҳои ошкоро ё зерклиникӣ) 40%-ро ташкил медиҳад. Танҳо аз ҳисоби истеъмоли маҳсулоти табиӣ ташкил намудани ғизои мувофиқ барои беморони гирифтори нуқсонҳои модарзодии дил ҳамеша даст намедихад ва ҳангоми нокифоягии хуруҷкунандаи дил (НД) бошад, амалан имконпазир нест. Нокифоягии ғизо на танҳо барои системаи тандурустӣ, балки барои тамоми ҷанбаҳои иҷтимоиву фарҳангии мамлакат мушкил эҷод мекунад.

Имрӯзҳо омори муосир яке аз далелҳои асосии муҳимияти мушкилоти НМД ба ҳисоб меравад. Бар пояи маълумоти ТУТ басомади НМД дар байни зиндатаваллудшудагон дар мамлакатҳои мухталиф дар ҳудуди 0,27 то 7,4% қарор дорад. Дар мамлакатҳои пешрафтае чун Япония, Швейтсария, Шветсия ва Финляндия аз 1000 таваллудшуда бо сабаби бемориҳои модарзодӣ ё ирсӣ 5-6 кӯдак мефавтад [4,5,7]. Дар Иёлоти Муттаҳидаи Амрико зиёда аз 20% навзодо-





ни фавтида, ба кӯдаконе рост меояд, ки бо нуқсонҳои гуногуни модарзодӣ алоқамандӣ доранд [7].

Нақши асосиро ба сифати умри минбаъдаи кӯдакон навъҳои гуногуни НМД мебозад ва ба ҳамин восита коҳиш ёфтани дараҷаи сатҳи мутобиқшавиро ба шароити зиндамонӣ асоснок мекунад.

**Мақсади таҳқиқот.** Омӯзиши хусусиятҳои ихтилолоти ғизо ва инкишофи ҷисмонии кӯдакони синни барвақтии гирифтори нуқсонҳои модарзодии дил.

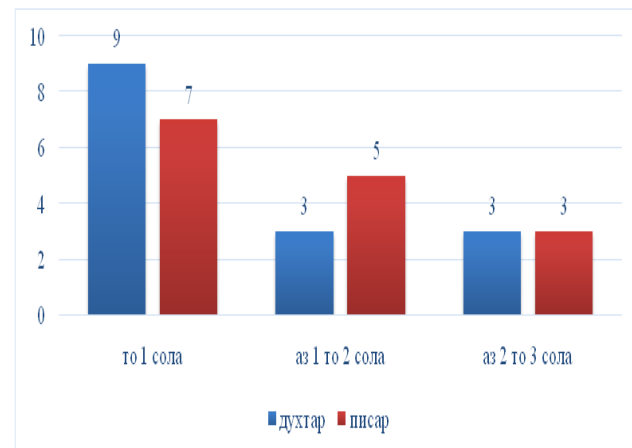
**Мавод ва усулҳои таҳқиқот.** Дар шӯбаи кардиоревматологии кӯдакони Маркази миллии тиббии "Шифобахш"-и Вазорати тандурустӣ ва ҳифзи иҷтимоии аҳолии Ҷумҳурии Тоҷикистон тайи соли 2016 30 кӯдак дар синни аз 1 то 3 сола муоина карда шуданд, ки гирифтори нуқсонҳои модарзодии дил буданд. Гурӯҳи аввалро 14 кӯдаки гирифтори гипотрофияи дараҷаи I-II ва гурӯҳи дуюмро бошад, 10 кӯдаки гирифтори гипотрофияи дараҷаи III ташкил меод. Ба гурӯҳи савуми санҷиш 6 кӯдаке шомил буданд, ки вазни муътадил доштанд.

Ҳамаи кӯдакон аз муоинаи умумии клиникӣ, антропометрӣ (чен кардани қад, вазни бадан, индекси вазни бадан (ИВБ)) электрокардиография, ТУС-и дил бо доплерография ва усулҳои биохимиявии таҳқиқот гузаштанд. Арзёбии нишондиҳандаҳои антропометрӣ бо истифода аз барномаи WHO Anthro, WHO AnthroPlus (2009) ба амал оварда шуд. Бознигарию омории маълумотҳо тавассути таъминоти барномавии MSOffice 2019 иҷро гардид.

**Натиҷаи таҳқиқот.** Ҳолати тамоми беморони муоинашуда бо сабаби бемории асосӣ ҳамчун вазнин арзёбӣ гардид. Дар онҳо тахипноеи зухурёфта (БН 35-55 дар дақиқа), тахикардия (140-160 зарба дар як дақиқа), сулфа, кабудшавии секунҷаи бинию лабҳо, нооромӣ ва беиштиҳои мушоҳида гардид, ки бо симптомҳои зоҳиршудаи масмумият якҷоя шуда буданд. Ҳангоми аускултатсия шавшуви систолий шунида мешуд.

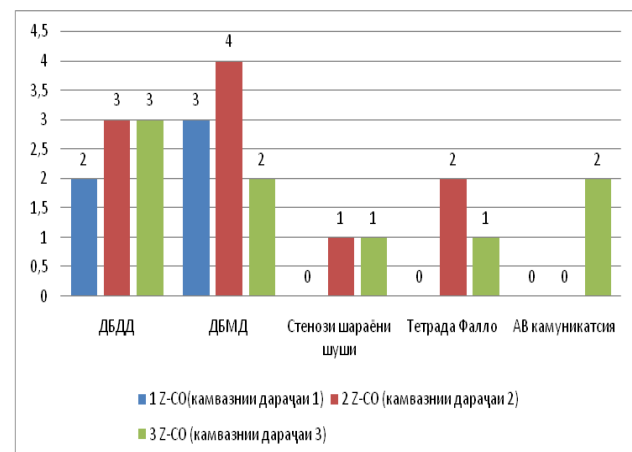
Кӯдакони гурӯҳи аввал ноором буда, дар мавриди онҳо коҳиш ёфтани рефлексҳо, тонуси мушакҳо ва таранг шудани бофтаҳо,

**Расми 1.** Тақсими кӯдакон вобаста ба синну сол



хушкии пӯст, аз меъёр то 3см ақиб мондани инкишофи қад ва дар баробари симптомҳои масмумияти умумӣ ( $t_{37,8-38,5^{\circ}\text{C}}$ ) сулфа, сустӣ, беиштиҳои, хасташавӣ мушоҳида мегардид. Ҳангоми таҳқиқи хун дар беморони гурӯҳи аввал каме паст шудани сатҳи сафеда ( $59\pm 5\text{g/l}$ ), калсий, фосфор, натрий ва калий зоҳир гардид.

**Расми 2.** Ҳолати нутритивии кӯдакон бо нуқсонҳои гуногуни модарзодӣ



Зимни беморони гурӯҳи ду зухуроти зерини клинӣ ба назар мерасид: бекуватӣ, якбора кам шудани иштиҳо, зуд-зуд қайкунӣ, гипотонияи мушакҳо, коҳиш ёфтани мушакҳо, тағйрот аз ҷониби пӯст - берангӣ, хушкӣ, қабати зерипӯстии чарбӣ дида намешавад, тарангии бофтаҳои пӯст бо чинҳои бешумор коҳишёфта, аз меъёр ба зиёда аз 3см ақиб мондани инкишофи қад, сустӣ ва хасташавӣ. Инчунин дар онҳо коҳиш ёфтани сатҳи сафеда ( $50\pm 5\text{g/l}$ ),



калсий ( $1,8 \pm 0,2$  молл), фосфор ( $1 \pm 0,2$  молл), натрий ( $130 \pm 4$  молл) ва калий ( $3,3 \pm 0,5$  молл) мушохида гардид. Зимни кӯдакони гирифтори НМД сатҳи миёнаи глюкозаи

хун  $3,5 \pm 0,8$  молл-ро ташкил меод. Илова бар ин, дар кӯдакон сатҳи дурдаи пешоб дар плазмаи хун  $6,0 \pm 0,9$  ммол/л-ро ташкил менамуд.

### Ҷадвали 1. Маълумотҳои лабораторӣ дар мавриди кӯдакони синни барвақтии гирифтори НМД

	Гурӯҳи I	Гурӯҳи II	Гурӯҳи санҷишӣ
Сафедаи умумӣ	$59 \pm 5$ г/л	$50 \pm 5$ г/л	60-80
Калсий	$2,2 \pm 0,2$	$1,8 \pm 0,6$ молл	2,0-2,6
Фосфор	$1,0 \pm 0,1$	$1 \pm 0,2$ мольл	1,0-1,2
Калий	$3,5 \pm 0,2$	$3,3 \pm 0,5$ молл	3,5-5,0
Натрий	$130 \pm 3$	$130 \pm 10$ молл	135
Глюкоза	$3,5 \pm 0,2$	$3,5 \pm 0,8$ молл	3,5-5,5
Дурдаи пешоб	$5 \pm 0,5$	$5,0 \pm 1,9$ ммол/л	2-8
Креатенин	$50 \pm 5$	$60 \pm 10$	10-100

Назорати динамикии сафеда, дурдаи пешоб ва креатенин ба ташхиси барвақтии нокифоягии сафеда ё самтнокии катаболии мубодилаи моддаҳо дар кӯдакони синни барвақтии гирифтори НМД мусоидат менамояд, ки аз зиёд шудани микдори сафеда ва физонокии хӯрок дарак медиҳад.

**Хулоса.** Ҳамин тавр, дар кӯдакони гурӯҳҳои I ва II гирифтори НМД норасоии зурӯфтаи вазни бадан, кад, гипопро테인е-

мия, гипогликемия, инчунин кам шудани сатҳи микроэлементҳои хун мушохида гардид, ки метавонад боиси суст шудани масуният, инчунин боло рафтани хатари инкишофи оризаҳои пасазчарроҳӣ гардад. Дар ҳолати тағйир додани таркиби физо ва ба физои асосӣ илова намудани физои муолиҷавӣ (омехтаҳо) тасҳеҳи нокифоягии нутритивии кӯдакони гирифтори НМД имконпазир аст.

### АДАБИЁТ

1. Абдуллаева Н.Ш., Олимова К.С. Сравнительный анализ физического развития детей раннего и дошкольного возраста г. Душанбе // вестник академии медицинских наук Таджикистана. 2019. - Т.8 №3 (31). - С. 233-239
2. Б.А. Шамсов, З.Н. Набиев оценка нутритивного статуса детей с сахарным диабетом 1-го типа // Здравоохранения Таджикистана. 2019. - №3. - С.66-70.
3. Гандаева Л.А., Боровик Татьяна Эдуардовна, Басаргина Е.Н., Звонкова Н.Г., Скворцова В.А., Семёнова Н.Н., Степанова Т.Н., Бушуева Т.В. Актуальность оценки нутритивного статуса у детей с хронической сердечной недостаточностью // ВСП. 2015. №6. - С.699-705.
4. Доклад о состоянии здравоохранения в мире. Информационный бюллетень ВОЗ /.: Женева. 2010 г. - С.91
5. Саперова Екатерина Валерьевна, Вахлова И.В. Врожденные пороки сердца у детей: распространенность, факторы риска, смертность // ВСП. 2017. №2. - С.126-133.
6. Чепурных Елена Евгеньевна, Григорьев Евгений Георгиевич Врожденные пороки сердца // Сиб. мед. журн. (Иркутск). 2014. №3. - С.121-127.
7. Weintraub, A.S. Impact of renal function and protein intake on blood urea nitrogen in preterm infants in the first 3 weeks of life /A.S. Weeintraub, A.V. Blanco, M. Barnes, R.S Green //J. of Perinatol. - 2015. - V. 35. - P. 52256; doi:10.1038/jp.2014.138; published online 31 July 2014.

### АРҶЁБИИ ҲОЛАТИ МАҚОМИ НУТРИТИВӢ ДАР МАВРИДИ КӢДАКОНИ СИННИ БАРВАҚТИИ ГИРИФТОРИ НУҚСОНҲОИ МОДАРЗОДИИ ДИЛ

Муҳимият. Физо омили муҳимтарини нигоҳ доштани саломатӣ ва серҳаракатии

кӯдак ҳам дар марҳилаҳои барвақтӣ ва ҳам дар марҳилаҳои минбаъдаи умри ӯ ба шу-



мор меравад [1,2,3]. Физо барои ба таври муътадил аз чихати ҷисмонӣ ва асабию равонӣ ташаккул ёфтани кӯдак аҳамияти аввалиндараҷа дошта, қобилияти корӣ, таҳсил, таҳаммулпазирӣ ва уствориетро ба таъсири номусоиди муҳити атроф, бемориҳои сироятӣ ва дигар бемориҳо зиёд мекунад. Имрӯзҳо таҳқиқи мақоми нутритивӣ дар мавриди кӯдакон аҳамияти муҳим дорад [2].

**Мақсади таҳқиқот.** Омӯзиши хусусиятҳои ихтилолоти физо ва инкишофи ҷисмонии кӯдакони синни барвақтии гирифтори нуқсонҳои модарзодии дил.

**Мавод ва усулҳои таҳқиқот.** Дар шӯбаи кардиоревматологии кӯдакони Маркази миллии тиббии "Шифобахш"-и Вазорати тандурустӣ ва ҳифзи иҷтимоии аҳолии Ҷумҳурии Тоҷикистон тайи соли 2016 30 кӯдак дар синни аз 1 то 3 сола муоина карда шуданд, ки гирифтори нуқсонҳои модарзодии дил буданд. Гурӯҳи аввалро 14 кӯдаки гирифтори гипотрофияи дараҷаи I-II ва гурӯҳи дуюмро бошад, 10 кӯдаки гирифтори

гипотрофияи дараҷаи III ташкил мебуд. Ба гурӯҳи савуми санҷиш 6 кӯдаке шомил буданд, ки вазни муътадил доштанд.

**Натиҷаи таҳқиқот.** Ҳолати тамоми беморони муоинашуда бо сабаби бемории асосӣ ҳамчун вазнин арзёбӣ гардид. Дар онҳо тахипноеи зухурёфта (БН 35-55 дар дақиқа), тахикардия (140-160 зарба дар як дақиқа), сулфа, кабудшавии секунҷаи бинию лабҳо, нооромӣ ва беиштиҳои мушоҳида гардид, ки бо симптомҳои зоҳиршудаи масмумият яққоя шуда буданд. Ҳангоми аускултатсия шавшуви систолий шунида мешуд.

**Хулоса.** Ҳамин тавр, дар кӯдакони гурӯҳҳои I ва II гирифтори НМД норасоии зухурёфтаи вазни бадан, қад, гипопротеинемия, гипогликемия, инчунин кам шудани сатҳи микроэлементҳои хун мушоҳида гардид, ки метавонад боиси суст шудани масуният, инчунин боло рафтани хатари инкишофи оризаҳои пасазҷарроҳӣ гардад.

**Калимаҳои калидӣ:** кӯдакон, воя, физо, истилоҳи физо, сину сол бармахал, нуқсон, нуқсонҳои модарзодии дил.

## ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ НУТРИТИВНОГО СТАТУСА У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА С ВРОЖДЕННЫМИ ПОРОКАМИ СЕРДЦА

Набиева Ш.З.<sup>1</sup>, Шамсов Б.А.<sup>1</sup>, Набиев З.Н.<sup>1</sup>, Файзуллоев Ф.А.<sup>1</sup>, Шамсов А.Т.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>ГУ "Республиканский научно-клинический центр педиатрии и детской хирургии",

<sup>2</sup>ГУ "ТГМУ имени Абуали ибни Сино"

**Актуальность.** Питание является важнейшим фактором поддержания здоровья и гармоничного развития ребенка как на ранних этапах, так и в последующем периоде его жизни. Питание имеет первостепенное значение для нормального физического и нервно-психического формирования детей, увеличивает работоспособность, успеваемость, выносливость и стабильность к неблагоприятным влияниям окружающей среды, к инфекционным а также другими заболеваниями. В настоящее время исследование нутритивного статуса детей имеет первостепенное значения.

**Цель исследования.** Изучить характер нарушения питания и физического развития детей раннего возраста с врожденными пороками сердца

**Материал и методы исследования.** В детском кардиоревматологическом отделении НМЦ "Шифобахш" МЗ и СЗН РТ были обследованы 30 детей в возрасте от 1 до 3 лет с врожденными пороками сердца за 2016 год. Первую группу составили 14 детей с гипотрофией I-II степени, во вторую группу вошли 10 детей с гипотрофией III степени, а в третью контрольную группу вошли 6 детей с нормальным весом. Всем детям проведены общеклинические, антропометрические (измерение роста, массы тела, ИМТ) электрокардиография, УЗИ-сердца с доплерографией и биохимические методы исследования.

**Результаты исследования.** Состояние у всех обследуемых детей расценено, как тяжёлое, связанное с основным заболеванием. У них отмечались: выраженная тахипное



(ЧД 35-55 в минуту), тахикардия (140-160 ударов в минуту), кашель, цианоз носогубного треугольника, беспокойство и снижение аппетита, которые сочетались с выраженными симптомами интоксикации.

**Выводы.** Таким образом, у детей I и II группы с ВПС, наблюдается выраженный дефицит массы тела, роста, гипопропротеине-

мия, гипогликемия а также снижения уровня микроэлементов в крови что, может привести к ослаблению иммунитета а также к повышенному риску развития послеоперационных осложнений.

**Ключевые слова:** дети, врожденные пороки сердца, ВПС, недостаточность питания, нутритивный статус, ВПР, питания.

## ASSESSMENT OF THE STATE OF NUTRITIONAL STATUS IN INFANCY CHILDREN CONGENITAL HEART DISEASE

Nabieva Sh.Z.<sup>1</sup>, Shamsov B.A.<sup>1</sup>, Nabiev Z.N.<sup>1</sup>, Fayzulloev F.A.<sup>1</sup>, Shamsov A.T.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>State Scientific clinical Center for pediatric and child surgery Ministry of Health and Social Protection Republic of Tajikistan <sup>2</sup>Avicenna Tajik State Medical University

**Relevance.** Nutrition is the most important factor in maintaining the health and harmonious development of the child both in the early stages and in the subsequent period of his life. Nutrition is of paramount importance for the normal physical and neuropsychic formation of children, increases working capacity, academic performance, endurance and stability to adverse environmental influences, to infectious and other diseases. A study of the nutritional status of children is currently of the utmost importance.

**Aim.** Examine the nature of malnutrition and physical development of young children with congenital heart defects.

**Material and methods.** In the children's cardiorheumatology department of the NMC Shifobakhsh of the Ministry of Health and SPP of the RT, 30 children aged from 1 to 3 years with congenital heart defects for 2016 were examined. The first group consisted of 14 children with hypotrophy I-II degree, the second group included 10 children with hypotrophy III degree, and the third control group included 6 children

with normal weight. All children underwent general clinical, anthropometric (measurement of height, body weight, BMI) electrocardiography, ultrasound with Doppler and biochemical research methods.

**Results.** The condition of all the examined children is regarded as serious, associated with the underlying disease. They noted: severe tachypnea (BH 35-55 per minute), tachycardia (140-160 beats per minute), cough, cyanosis of the nasolabial triangle, anxiety and loss of appetite, which were combined with severe symptoms of intoxication.

**Conclusion.** Thus, in children of groups I and II with CHD, there is a marked deficiency of body weight, growth, hypoproteinemia, hypoglycemia and also a decrease in the level of trace elements in the blood, which may lead to a weakening of the immune system and also an increased risk of developing postoperative complications.

**Key words:** children, congenital heart defects, CHD, malnutrition, nutritional status, CM, nutrition.

**Набиева Шаҳноза Зоировна** - унвонҷӯйи МД "Маркази ҷумҳуриявии илмию клиникии педиатрӣ ва ҷарроҳии кӯдакона", E-mail: shaha.92@mail.ru, тел.: 987788885.

**Шамсов Бахтовар Абдулҳафизович** - роҳбари шуъбаи илм ва таҳқиқоти МД "Маркази ҷумҳуриявии илмию клиникии педиатрӣ ва ҷарроҳии кӯдакона", E-mail: bakhtovar01@gmail.com, тел.: 907-58-88-87.

**Набиев Зоир Нарзулоевич** - д.и.т., профессор, ходими пешбари илмию МД "Маркази ҷумҳуриявии илмию клиникии педиатрӣ ва ҷарроҳии кӯдакона", E-mail: zoir\_1962@mail.ru

**Файзуллоев Файзулоҳоча** - унвонҷӯйи МД "Маркази ҷумҳуриявии илмию клиникии педиатрӣ ва ҷарроҳии кӯдакона", E-mail: fayzullokhoch24@gmail.com, тел.: 770070783.



**Шамсов Абдулхафиз Тоҷидиннович** - муаллими калони кафедраи бемориҳои дарунии №3-и "Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абӯалӣ ибни Сино", тел.: 907787474

**Набиева Шахноза Зоировна** - соискатель ГУ "Республиканский научно-клинический центр педиатрии и детской хирургии", E-mail: shaha.92@mail.ru, тел.: 987788885.

**Шамсов Бахтовар Абдулхафизович** - начальник отдела науки ГУ "Республиканский научно-клинический центр педиатрии и детской хирургии", E-mail: bakhtovar01@gmail.com, тел.: 907-58-88-87.

**Набиев Зоир Нарзулоевич** - д.м.н., профессор, ведущий научный сотрудник ГУ "Республиканский научно-клинический центр педиатрии и детской хирургии", E-mail: zoir\_1962@mail.ru

**Файзуллоев Файзуллоходжа** - соискатель ГУ "Республиканский научно-клинический центр педиатрии и детской хирургии", E-mail: fayzullokhoja24@gmail.com, тел.: 770070783.

**Шамсов Абдулхафиз Тоджидиннович** - старший преподаватель кафедры внутренних болезней №3 "Таджикский государственный медицинский университет имени Абуали ибни Сино", тел.: 907787474

**Nabieva Shahnoza Zoirovna** - applicant for the State Scientific clinical Center for pediatric and child surgery Ministry of Health and Social Protection Republic of Tajikistan, E-mail: shaha.92@mail.ru, tel.: 987788885.

**Shamsov Bakhtovar Abdulkhafizovich** - Head of the Department of Science, State Scientific clinical Center for pediatric and child surgery Ministry of Health and Social Protection Republic of Tajikistan, E-mail: bakhtovar01@gmail.com, tel.: 907-58-88-87.

**Nabiev Zoir Narzuloevich** - MD, Professor, Leading Researcher, State Scientific clinical Center for pediatric and child surgery Ministry of Health and Social Protection Republic of Tajikistan, E-mail: zoir\_1962@mail.ru

**Fayzulloev Fayzullokhoja** - applicant for the State Scientific clinical Center for pediatric and child surgery Ministry of Health and Social Protection Republic of Tajikistan, E-mail: fayzullokhoja24@gmail.com, tel.: 770070783.

**Shamsov Abdulkhafiz Tojidinnovich** - Senior Lecturer, Department of Internal Medicine No. 3, Avicenna Tajik State Medical University, tel.: 907787474

## ПРИНЦИПҲОИ АСОСИИ СИНДРОМА АНЕМИЯ ДАР КҶДАКОНИ ДОРОИ БЕМОРИИ МУЗМИНИ ГУРДАҶО

Бабаева Л.А.<sup>1</sup>, Раҷабов С.Ф.<sup>2</sup>, Якубова З.Х.<sup>1</sup>, Муродова Ф.С.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Кафедра пропедевтикаи бемориҳои кӯдакон (мудири кафедра, н.и.т., - к.м.н., дотсент Бабаева Л.А.) МТД "Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абӯалӣ ибни Сино", <sup>2</sup>МД Маҷмӯаи тандурустии "Истиклол"

**Муҳиммият.** Эпидемияи асри бемории музмини гурдаҷо (БМГ) - яке аз мушкилоти муҳими тиббӣ ва иҷтимоиву иқтисодӣ ба ҳисоб меравад. Аҳамияти иҷтимоии БМГ аз паҳншавӣ ва барвақт маъҷуб шудани беморон (3, 6) иборат аст. БМГ ҳолати патологӣ аз вайроншавии сохтор ва функцияи гурдаҷо иборат аст, ки зиёда аз 3 моҳ ба мушоҳида мерасад ва ба саломатӣ ва сифати ҳаёт таъсири негативӣ мерасонад. Паҳншавии БМГ мувофиқи маълумотҳои гуно-

гун аз 10 то 30 % дар синну соли гуногун ба назар мерасад. Дар ИМА ин беморӣ дар 25 миллион нафар ба қайд гирифта шудааст (8). Барои беморони дорои БМГ мавҷуд будани протсессҳои зиёди патологӣ ва ҳолатҳо, ки бо аз даст додани функцияҳои гурда хос аст. Ҳангоми норасоии музмини гурдаҷо камхунии нефрогенӣ хос аст. Аломатҳои асосии он монанди аломатҳои камхӯрӣ - паст шудани сатҳи гемоглобини хун, эритроцитҳо мебошанд.(1, 2). Анемия ҳангоми



БМГ дар натиҷаи дефитситаи гадуҷо, эритропоэтин (ЭПО) ва витаминҳо пайдо мешавад. Патогенези ин ҳолат хеле бисёрҷанба аст. Дар марҳалаи ибтидоӣ омили асосии патогенетикӣ камбудии гадуҷо ва эритропоэтин (4, 7, 9) ба ҳисоб мешавад, ки дар беморон, ҳатто дар марҳилае, ки матефестатсияи клиникаи норасоии музмини гурдаҳо ҳоло инкишоф наёфтааст (БМГ марҳилаҳои 1- 2). Эритропоэтин гармони гликопротеинӣ ба ҳисоб меравад, ки тақрибан пурра дар сарҳади моддаҳои кишрӣ ва майнагии гурдаҳо бо фибробластҳои интерстициалӣ ҷойгир шудаанд, ки бо эпителии каналчаҳои проксималии гурдаҳо тамос мешавад. Онҳо 85- 95% -и гормонҳоро истеҳсол мекунад. 5- 15 % -и боқимондаи эритропоэтинро гепатоситҳо ва ҳуҷайраҳои фибробластмонандҳои цигар (Ио -ҳуҷайраҳо) тавлид мекунад (10, 11). Таъсири физиологии ЭПО бо роҳи таъсиррасонӣ ба воҳиди бурстҳосилшавии эритроситҳо дар протсессҳои эритропоэз ва таъсири минбаъдаи стимулятсионӣ дар профилератсияву дифференсияи ҳуҷайраҳо пешгузаштагонии эритроситҳо амалӣ карда мешавад. Ҳангоми пешравии минбаъдаи осеби гурдаҳо ба компоненти эритропоэтиндефитсии занҷири патогенетикӣ норасоии протеин, витаминҳо ва дефитенти оҳан ҳамроҳ мешавад, дар ин маврид вай аҳамияти асосиро насб мекунад. Аз ин сабаб дар табобати комплекси бемориҳои дорои БМГ барои ислоҳи кардани камхунӣ якҷоя бо агентҳои эритропоэзстимулятсионӣ (ЭСА) ба таври ҳатмӣ маводҳои оҳан, пероралӣ ва парентералӣ дохил карда мешавад (5, 12). Истифодаи накардан ё дозаи нокифояи оҳан ба инкишофи резистентсионӣ ё кам шудани ҳассосият ба эритропоэтинӣ оварда мерасонад (2, 7). Анемияи нефрогенӣ дар беморони дорои БМГ дар натиҷаи оксигенатсияи нокифояи бофтаҳо гашта ва ба мондашавии музмин, сустӣ, зиёдшавии беморшавӣ, фавтият ва нишондиҳандаҳои бистаршавӣ оварда мерасонад (1, 4, 6, 9). Дар маҷмӯъ анемия дар беморони гирифтори БМГ ба вайроншавии сифати ҳаёт, паст шудани фаъолнокии ҷисмонӣ, норасоии руқуди дил, суст шудани қобилияти ногин-

тивӣ - мнестикӣ, яъне ба бад шудани сифати ҳаёт, оварда мерасонад, ҳамчунин фавтияти беморонро меафзояд (1, 5, 7, 11). Барвақт ошкор кардани синдроми анемия дар қудакони дорои БМГ ва сари вақт сар кардани табобат мумкин аст, ки садди роҳи пешгирии намудани оризаҳо мегардад (6).

**Мақсади таҳқиқот.** Омӯхтани хусусиятҳои ҷараёни клиникӣ ва принципҳои асосии табобати синдроми анемия дар қудакони дорои бемориҳои музмини гурдаҳо.

**Мавод ва усулҳои таҳқиқот.** Таҳлили ретроспективии 50 таърихи бемории қудакони дорои БМГ (3-5 марҳила) гузаронида шуд, ки дар шӯъбаи гемодиализи МД "Маҷмаи тандурустии Истиклол" дар давраи солҳои 2016 то 2019 таҳти табобати статсионарӣ қарор доштанд. Синну соли қудакон аз 1 то 17 солро ташкил дод. Писарҳо зиёд буданд (74%,  $n=37$ ), назар ба духтарҳо (26%,  $n=13$ ). Параметрҳои клиникӣ-анамнезӣ омӯхта шуд, комплекси усулҳои лабораторӣ - инструменталии таҳқиқот гузаронида шуд. Бо мақсади арзёбии клиникаи анемия ин тестҳо гузаронида шуданд: таҳлили умумиклиникаи хун, ки консентратсияи гемоглобинро дар бар мегирад, ки дорои эритросит, лейкоцитҳо бо формулаи лейкоцитарӣ ва миқдори тромбоситҳо; миқдори мутлақи эритроситҳо 4 сатҳи зардоби ферритин. Ҳамаи беморон дар табобати ивазкуандаи гурдаҳо қарор доштанд.

Бо мақсади ошкор намудани камхунӣ, миқдори таҳқиқотҳои лаборатории дар қудакони дорои БМГ гузаронидашуда чунин буд: дар марҳилаи III-и БМГ - як маротиба дар як сол, дар марҳилаи IV БМГ - дар марҳилаи тодиализӣ - ду маротиба дар як сол, дар марҳилаи V-и БМГ дар гемодиализ - як маротиба дар як моҳ. Дар қудакони дорои анемияи ҳангоми БМГ дар марҳалаҳои III - IV ҳангоми марҳалаи IV, ки доруҳои эритропоэзстимулятсиологӣ (ЭСП) нагирифтаанд, дар диалези перитонеалии таҳқиқот аз хусуси анемия бояд дар ҳар як семоҳа гузаронида шавад, дар марҳилаи V БМГ дар гемодиализ - як маротиба дар як моҳ. Имрӯзҳо ду табобати асосии самараноки синдроми анемияи ҳангоми БМГ дар қудакон - ин доруҳои



оҳан ва эритропоэтин мебошанд. 30%-и беморон инфузияи қатравии Мегафер ва 70%-и кӯдакон доруи эритропоэтини рекомбинантии одамон (р о ЭПО) гирифтанд.

Натиҷаи таҳқиқот ва баррасии онҳо. Камхунии нефрогенӣ ба кори ҳамаи узвҳо ва системаҳои организм таъсир мерасонад. Манзараи клиникаи камхунӣ ҳангоми норасоии гурдаҳо бинобар сабаби ҷараёни сунӣ доштан, дарҳол манифестатсия шуда наметавонанд. Дар марҳалаҳои аввалӣ фишори шараёни камее паст мешавад, баъдан инҳо ба назар мерасанд:

- Симптомҳои умумӣ - сустӣ, дарди сар;
- Ангезиши зиёд;
- Паст шудани иштиҳо;
- Халалдор шудани хоб.

Ҳангоми афзудани норасоии гурдаҳо бемориҳои гуногуни системаи дилу рағҳо пайдо мешаванд. Беморони гирифтор БМГ ҳангоми сарбории кам аз нафастангӣ, тахикардия озор мебинанд, гипертрофияи возеҳи миокард пайдо мешавад. Пайдо шудани дефитситаи оҳан ва вайрон шудани синтези эритропоэтин боиси амиқ шудани норасоии дил мегарданд. Рангпаридагии қабатҳои пӯст ба мушоҳида расид. Кори системаи марказии асаб маҳв мешавад. БМГ бо камхунӣ барои пайдо шудани депрессия гашта, функцияҳои когнитивиро маҳв месозад. Чӣ қадаре ки гемоглабин паст бошад, эҳтимоли оқибати фавтовар баланд мешавад. Ҳангоми сари вақт ошкор накардани анемияи зухуроти стенокардия, хуншорӣ узвҳои ҳозима, рағҳои хунбар пайдо мешаванд. Таъкид кардан мумкин аст, ки камхунӣ дар кӯдакон ба инкишофи онҳо ба таври негативӣ таъсир мерасонад. Оқибатҳои вазнини дур пайдо шудани норасоии дил аз сабаби гипоксия ба ҳисоб меравад. Норасоии ферритин, сатҳи пасти гадуи зардоб боиси он мешавад, ки дил партоби хунро пурзӯр месозад, дар вақти систола, ки ин ба гипертрофияи миокард, бемориҳои фишорбаландӣ оварда мерасонад.

Ҳангоми гузаронидани таҳқиқот омилҳои асосии хатари пайдошавии бемориҳои музмини гурда (БМГ) дар кӯдакони аз тарафи мо таҳқиқшуда - модарзодӣ 20%

(n=10), ирсӣ 22% (n=11) ва пайдошуда 58% (n=29) бемориҳои гурдаҳо.

Шикоятҳои асосӣ ҳангоми ба статсионар дохил шудан дарди сар, дилбеҳузуршавӣ, қайқунӣ, ташнагӣ, сустӣ, набудани иштиҳо, варам, пешобкунии кам ба ҳисоб мераванд. Дар марҳалаҳои клиникӣ ба бемории асосӣ вобаста будандю беморӣ тадриҷан инкишоф меёбад. Манзараи клиникӣ ҳангоми суръати на камтар аз 25 мл/дақ будани филтратсияи калобчавӣ ташаккул меёбад. Дар анамнези беморӣ дар ҳамаи беморони аз тарафи мо таҳқиқшуда инҳо ба мушоҳида расиданд: протеинурияи давомнок, гипертензияи шараёни, тавакқуфи инкишофи инкишофи ҷисмонӣ, сирояти такроршудаи системаи пешоб. Ҳангоми муоинаи рангпаридагии пардаҳои луобӣ, хушкӣ ва рангпаридагии қабатҳои пӯст бо тобиши зардча муайян карда шуд. Тремор, синдроми варам, тавакқуфи инкишоф, дефитситаи массаи бадан, аломатҳои камхунӣ, баланд шудани фишори шараёни (рақамҳои максималӣ то 220/120 мм.сут.сим.), патологияи қаъри чашм, дар 8,0% (n=4) ҳолати перикардити экссудативӣ (уремикӣ) ба назар расид. Синдроми пешоб сунин хусусият дошт: протеинурия (аз 1,5 то 3,3%), лейкоцитурия, гематурия, ноустувор буд, ки омили хатари анемия, цилиндрурия. Дар таҳлили умумии хун паст шудани сатҳи НБ то 50г/л ва эритроситҳо то 1,2?10<sup>12</sup>/л, СОЭ-и босурат дида шуд. Дар таҳлили биохимиявии хун дар дар 100%-и беморон баланд шудани сатҳи мочевина ва креатинин, гиперкалиемия, гипокалсемия, паст шудани сатҳи оҳани зардоб то 3 ммол/л, атсидози метаболикӣ мушоҳида карда шуд. Суръати минималии филтратсияи калобачавӣ 10 мл/дақиқаро ташкил дод. Дар ҳамаи беморон функцияи ифрозии (хориҷкунии) гурдаҳо вайрон шудааст. Дар 78% (n=39) кӯдак олигурия, дар 22% (n=11) алигурия дида шуд. ТУС дар ҳамаи кӯдакон зухуроти нефросклероз дида шуд, андозаи гурдаҳо хурд шудааст, сахт ва тунукшавии паренхима, аз даст додани тафрикпазирии кортико-медулярӣ дида шуд.

Дар ЭхоКГ - аломатҳои норасоии дил, гипертрофияи қисмҳои чап дил, ҳамаи бе-



морон таҳлили табобати ивазшавандаи табобат қарор дошт.

Табобат бо дар назардошти камхунӣ, гипертензия, ихтилолҳои обу электролитҳо ва ҳолати ниллотаву ниқор гузаронида шуд. Дар ҳамаи кӯдакони аз тарафи мо таҳқиқшуда камхунӣ нефрогенӣ дида шуд, ки ба вазнинии симптомҳои БМГ сахми калон дошта, ба ҳаёти беморони аз тарафи мо таҳқиқшуда таъсири муҳим расонида ҳангоми паст шудани клиренси креатинин то 40-60 мл/дақ ба назар расид.

Меъёрҳои ташхисии анемия дар кӯдакони дорои БМГ инҳо буданд:

-Дар кӯдакони дорои БМГ, агар консентратсияи гемоглабин < 110 г/л барои кӯдакони синну соли аз 6 -моҳа то 5 сол, <115 г/л барои кӯдакони синну соли аз 5 то 12 сола ва <120 г/л дар кӯдакони синну соли 12-15 сола;

-Дар беморони дорои БМГ аз 15- сола боло, агар сатҳи муҳтавои гемоглабин <130 г/л барои писарҳо ва <120 г/л барои духтарҳо.

Мувофиқи тавсияҳои KDIGO [6], бо мақсади ислоҳи анемия 30% (n=15) кӯдакони дорои БМГ мо шаклҳои дохиливаридии доруҳои оҳан истифода шуд. Ҳангоми арзёбӣ намудани самараноки ва беҳашарӣ чунин нишондодҳо ба ҳисоб гирифта шуд, монанди консентратсияи гемоглабин ва калашавии ифода, сатҳи муҳтавои ферритин, зарурати истифодаи доруҳои ЭСА ва гемотрансфузия, сифати ҳаёти беморон, нишондиҳандаҳои фавтият ва басомади пайдо шудани ягон таъсири нохуби иловагӣ ба ҳисоб гирифта шуд.

Дар 15 бемор ба таври дохиливаридӣ доруи Мегафер барои табобати беморони марҳалаҳои 3-5-и БМГ ва камхунӣ дефицити оҳан (ифодаи пасти ферритин) гузаронида мешавад. Мегафер танҳо дохиливаридӣ (охиста фавворавӣ ё қатравӣ), ҳамчунин дар мавзеи варидии системаи диализӣ гузаронида мешавад, вале барои варидсозии дохилимушакӣ таъйин карда намешавад. Варидсозии яклаҳзагии пурраи (кумулятивӣ) дозаи табобати дору мумкин нест. Пеш аз гузаронидани дозаи аввалини табобатӣ,

аввал бо мақсади муайян кардани таҳаммул накардани дору дозатестро ворид карданд. Пеш аз кушодани ампула мавҷуд будан ё набудани таҳшиншавӣ ва ё осебҳои онро аз назар мегузаронанд. Истифодаи танҳо маҳлули қаҳваранги бе таҳшинӣ иҷозат дода мешавад. Мегаферро дар шакли инфузияи қатрагӣ ба он мақсад ба қор бурданд, ки хатари пастшавии назарраш фишори шарёниро ва хатари ба фазои назди варидҳо афтидани маҳлулро кам кунанд. Бевосита, қабл аз инфузия доруро дар маҳлули 0,9%-и натрии хлорид бо таносуби 1=20 омехта кардаанд, яъне 1 мл маҳлули 0,9%-и хлориди натрий. Маҳлули ҳосилшударо бо чунин суръат ворид месозанд: 100 мг оҳан на камтар дар 15 дақ; 200 мг оҳан дар давоми 30 дақ., 300 мг оҳан дар давоми 1,5 соат, 400 мг оҳан дар давоми 2,5 соат, 500 мг оҳан дар давоми 3,5 соат. Пеш аз тазриқи якумини дозаи табобатии дору, тест-доза ворид карда шуд: 1мл дору (20 мг)-и оҳан дар кӯдакони массаи баданашон камтар аз 14 кг, дар давоми 15 дақ. Дар ҳолати руҳ надодани зухуроти нохуб, қисми боқимондаи маҳлулро бо суръати тавсишуда ворид карданд. Ҳангоми тазриқи дохиливаридии дозаи аввалӣ беморон дар давоми 60 дақиқаи баъди инфузия назорат карда шуданд: дар ин маврид дастгоҳ ва доруворӣ реаниматсионӣ дастрас буд, ҳамчунин кормандон барои баҳо додан ва табобат кардани таъсирҳои иловагии чиддӣ тайёр буданд. Дар натиҷаи табобат баландшавии гемоглабин зиёда аз 10 г/л бо аҳамияти базавии  $63 \pm 7$  то  $76 \pm 6$  г/л дар 12 бемор (80%) дида шуд, ки мо онро ҳамчун таъсири ниҳонии позитивӣ баҳогузорӣ кардем. Таъсирҳои иловагии манфӣ ҳангоми воридсозии дору ба мушоҳида нарасид. Заҳрнокии гурдаҳо, азнавпайдошавии бемориҳои дилу рағҳо ва ё сироятӣ дида нашуд.

Доруҳои (препаратҳои) оҳанро бояд дар беморони дорои анемия ҳангоми БМГ оқилона истифода кардан зарур аст, ки онҳо истифодаи эритропоэтинро талаб меkunанд. Доруҳои пероралиро ба беморон дар марҳалаи тодиализӣ таъйини кардан мувофиқи мақсад аст. Дар бемороне, ки аксула-





малҳои возеҳи илтиҳобӣ доранд, таъйин кардани табобати дохиливаридӣ бо препаратҳои оҳан мумкин нест, зеро тазриқи дохиливаридии оҳан метавонад, ки аксуламали илтиҳобиро вазнин ва фавтиятро зиёд кунад.

Бо мақсади стимулятсияи эритропоэз дар 35 (70%) бемор аз доруҳое истифода карда шуданд, ки эритропоэзо стимулятсия мекунад, дору эритропоэтини рекомбинантии одам. Қабул кардани қарор дар хусуси зарур будану муҳлати сар кардани табобати ССЭ дар беморон дар диализ ба таври инфиродӣ қабул карда шуд. Мо эритропоэтинро истифода кардем, ки вай симптомҳои анемияро қатъ, миқдорӣ оризаҳои онро кам ва нишондиҳандаҳои сифати ҳаёти беморонро беҳтар карда, ҳамчунин партоби зиёдшудаи дилро, ки дар натиҷаи анемия пайдо шудааст, кам месозад. Доруи ЭПО-ро ба таври дохиливаридӣ ҳафтае 2-3 маротиба ворид карданд, дозаи ЭПО низ мувофиқи сатҳи гемоглабин ислоҳ карда шуд. Дар ҳамаи беморон профили фишори шарёнӣ гузаронида шуд, махсусан дар оғози табобат, ҳамчунин дар давоми табобат то расидан ба сатҳи оптималии гемоглабин. Ислоҳи атсидоз, гиперкалиемия ва гипокалсиемия, ҳамчунин табобати муносиби антигипертензивба роҳ монда шуд.

Табобат и ЭСП ҳангоми аз 105 г/л паст будани гемоглобин дар кӯдакони то ду сола ва 110 г/л ва камтар аз он дар кӯдакони аз дусола боло сар карда шуд: ҳамчунин аснои пайдо шудани симптомҳои хоси синдроми анемия. Табобати кӯдакон бо ЭСП бояд аз эпоэтин-а ва эпоэтин-β бо дозаи аввалини 150 ЕД/кг/ҳафта сар карда шавад. Барои кӯдакон дар марҳалаи тодиализӣ ва диализии табобат аснои <90 г/л будани сатҳи ге-

моглобин таъйин кардани ЭСП бо дозаи 50 МЕ/кг/ҳафта зерипӯстӣ мувофиқи мақсад аст, ҳангоми <90 г/л - 100 МЕ/кг/ҳафта будан дар навзодон ва кӯдакони массаи баданашон зиёда аз 20 кг, дар кӯдакони массаи баданашон камтар аз 20 кг - 200 МЕ/кг/ҳафта аст. Миқдори воридсозии ЭСП аз 1 то 3 маротиба дар як ҳафта аст. Мақсади табобати ЭСП баланд бардоштани сатҳи гемоглобин аз 10 то 20 г/л дар давоми 4 ҳафта, то ба даст овардани сатҳи зарурӣ, дар ҳолати баландии на бештар аз 2 маротиба дар як ҳафта мебошад. Кӯдакони хурдсол дозаҳои баланди ЭСП-ро талаб мекунад: 275-350 МЕ/кг/ҳафта барои кӯдакони синну соли барвақт ва 200-250 МЕ/кг/ҳафта барои кӯдакони калонтар аз 6-сола.

Хулосаҳо. Истифодаи доруҳои оҳан ва ЭСП стандарти тиллоии табобати анемия ҳангоми БМГ дар марҳилаҳои тодиализӣ ва диализӣ дар кӯдакон ба ҳисоб меравад. Дар натиҷаи таҳқиқоти гузаронидашуда муайян карда шуд, ки истифодаи дохиливаридии препаратҳои оҳан ва эритропоэтини рекомбинантии одам имконият дод, ки хеле зуд сатҳи зарурии консентратсияи гемоглобин ва дигар нишондиҳандаҳо дар гурӯҳҳои таҳқиқшавандаи беморон ба даст оварда шавад, инчунин боиси беҳтар шудани сифати ҳаёт, иштиҳо ва зиёд шудани таҳаммулкунии сарбории ҷисмонӣ гашт. Мувофиқи тавсияҳои байналмилалӣ ва натиҷаҳои аксари бештари таҳқиқотҳои клиникӣ амалияи нефрологии муосир хатман бояд дар худ истифодаи доруҳои дохиливаридии оҳан ва эритропоэтини рекомбинантии одам ҳангоми мураккабии дорои БМГ дар марҳалаҳои 3-5-ум фаро гирад. Ислоҳи анемия омили асосӣ аст, ки сатҳи фавтияти кӯдакони гирифтори БМГ-ро паст месозад.

## АДАБИЁТ

1. Gerson A., Hwang W., Fiorenza J. et al. Anemia and health-related quality of life in adolescents with chronic kidney disease // *Am. J. Kidney Dis.* - 2004; 44: 1017-1023.
2. Greenbaum L. A. Anemia management in children, in Nissenson AR, Fine RN (eds): *Clinical Dialysis.* - New York, NY, McGraw Hill, 2005. - P. 1111-1134.
3. Смирнов АВ, Добронравов ВА, Каюков ИГ и др. Эпидемиология и социально-экономические аспекты хронической болезни почек. *Нефрология* 2006; 10 (1): 7-13



4. Lenga I., Lok C. et al. Role of Oral Iron in the Management of Long-Term Hemodialysis Patients // Clin. J. Am. Soc. Nephrol. - 2007; 2: 688-693.
5. Atkinson MA, Furth SL. Anemia in children with chronic kidney disease. Nat Rev Nephrol 2011; 7: 635-641
6. KDIGO Clinical Practice Guideline for Anemia in Chronic Kidney Disease. Kidney Inter. Suppl 2012; 2: 331-335
7. Эттингер ОА, Зеновко ИК, Гендин ТЕ. Анемия при хронической болезни почек: роль препаратов железа. Лечебное дело 2012; 4: 38-46
8. Goldstein SL, Morris D, Warady BA. Comparison of the safety and efficacy of 3 iron sucrose iron maintenance regimens in children, adolescents, and young adults with CKD: a randomized controlled trial. Am J Kidney Dis 2013; 61 (4): 588- 597
9. Warady BA, Silverstein DM. Management of anemia with erythropoietic-stimulating agents in children with chronic kidney disease. Pediatr Nephrol 2014; 29 (9): 1493-1505
10. Hattori M, Uemura O, Hataya H, Ito S, Hisano M, Ohta T Fujinaga S, Kise T, Gotoh X Matsunaga A, Ito N, Akizawa T; The KRN321 Pediatric Study Group. Efficacy and safety of darbepoetin alfa for anemia in children with chronic kidney disease: a multicenter prospective study in Japan. Clin Exp Nephrol. 2014; 18 (4): 634- 6 41
11. Anaemia management in people with chronic kidney disease// National Clinical Guideline Centre. Anaemia management in people with chronic kidney disease. - London (UK): National Institute for Health and Care Excellence (NICE), 2015 Jun 3. - 43 p. (NICE guideline; no. 8).
12. Shepshelovich D., Rozen-Zvi B, Avni T. et al. Intravenous Versus Oral Iron Supplementation for the Treatment of Anemia in CKD: An Updated Systematic Review and Meta-analysis // Am. J. Kidney Dis. - 2016 Jun 16. pii: S0272-6386(16)30125-1. doi: 10.1053/j.ajkd.2016.04.018.

## ПРИНЦИПҲОИ АСОСИИ СИНДРОМА АНЕМИЯ ДАР КЎДАКОНИ ДОРОИ БЕМОРИИ МУЗМИНИ ГУРДАҲО

**Хулоса.** Дар мақолаи мазкур принципҳои асосии таъбиати камхунӣ ҳангоми дараҷаҳои 3-5-и бемориҳои музмини гурдаҳо дар кӯдакони аз чксола то 17-сола, ки таҳти таъбиати ивазкунанда қарор доштанд, баррасӣ шудааст. Ба бартарии таъйин кардани доруи оҳан (Мегафер) ва доруи эритропоетини рекомбинантии одам (ЭРО) таваҷҷуҳи махсус дода шудааст. Тавсифи самаранокии доруҳои оҳан (Мегафер) ва доруи эритропоетини ре-

комбинантии одам ҳангоми таъбиати бемории музмини гурдаҳои кӯдакон пешниҳод карда шудааст. Натиҷаҳои ҳосилшуда афзудани сершавии ферритин, гемоглобинро дар беморони дорои БМГ исбот мекунанд, ки онҳо доруҳои оҳанро ба таври дохиливаридӣ (n=15; 30%) ва эритропоетини рекомбинантии одамро (n=35; 70%) истифода кардаанд.

**Калимаҳои калидӣ:** бемориҳои музмини гурдаҳо, анемия, клиника, таъбиат, кӯдакон.

## ОСНОВНЫЕ ПРИНЦИПЫ ЛЕЧЕНИЯ СИНДРОМА АНЕМИИ У ДЕТЕЙ С ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПОЧЕК

**Бабаева Л.А., Рачабов С.Ф., Якубова З.Х., Муродова Ф.С.**

В статье рассмотрены основные принципы лечения анемии при хронической болезни почек 3-5 стадии у детей в возрасте от 1 года до 17 лет, находящихся на заместительной почечной терапии. Сделан акцент на приоритетном назначении препаратов железа (Мегафер) и препарата рекомбинантного человеческого эритропоетина (рчЭПО). Представлена характеристика эффек-

тивности препаратов железа и рчЭПО при хронической болезни почек у детей. Полученные результаты доказывают увеличение уровня насыщения ферритина, гемоглобина у пациентов с ХБП, которые получали препараты железа внутривенно (n=15; 30%) и рчЭПО (n=35; 70%).

**Калимаҳои калидӣ:** хроническая болезнь почек, анемия, клиника, лечение, дети.



## BASIC PRINCIPLES OF TREATMENT OF ANEMIA SYNDROME IN CHILDREN WITH CHRONIC KIDNEY DISEASE

L. A. Babaeva, Rajabov S.F., Yakubova Z. Kh., Murodova F.S.

Department of propaedeutics of children diseases (head of the department - candidate of medical sciences, associate professor L.A. Babaeva) of SEI "ATSMU" SI "Istiqlol medical complex"

The article discusses the basic principles of the treatment of anemia in chronic kidney disease of stage 3-5 in children aged 1 to 17 years who were on renal replacement therapy. Focus is made on the priority use of iron preparations (Megafer) and the preparation of recombinant human erythropoietin (rhEPO). The characteristic of the effectiveness of iron and rhEPO

preparations in children with chronic kidney disease is presented. The obtained results prove an increase in the level of saturation of ferritin and hemoglobin in patients with CKD who received intravenous iron preparations (n=15; 30%) and rhEPO (n=35; 70%).

**Keywords:** хроническая болезнь почек, анемия, клиника, лечение, дети.

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

*Раҷабов Субҳон Файзалевич, мудири шуъбаи гемодиализи кӯдакони МД "Маҷмааи тандурустии Истиқлол", тел.:919430199.*

*Якубова Зайнаб Ҳалимовна - д.и.т., профессори кафедраи таълими асосҳои бемориҳои кӯдакони МДТ "ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино", E.mail: parviz.yakubov23@gmail.com, тел.: 935335067.*

*Муродова Фируза Саидбековна - ассистенти кафедраи таълими асосҳои бемориҳои кӯдакони МДТ "ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино" тел.: 888802188.*

*Babaeva Lola Abdunaimovna - c.m.s., associate professor, head of the department of propaedeutics of children diseases of SEI "ATSMU", E.mail: lola.a.babaeva@mail.ru, tel.:446003624.*

*Rajabov Subkhon Fayzalievich - head of the children hemodialysis department of the SI "Istiqlol medical complex", tel.:919430199.*

*Yakubova Zaynab Khalimovna - d.m.s., professor, department of propaedeutics of children diseases of SEI "ATSMU", E.mail: parviz.yakubov23@gmail.com., tel.: 935335067.*

*Murodova Firuza Saidbekovna - assistant, department of propaedeutics of children diseases of SEI "ATSMU", tel.: 888802188.*

## СТЕРЕОТИПҲОИ ШАХСӢ ВА МУҚОВИМАТ БО МУОЛИЧАИ АНТИГИПЕРТЕНЗИВӢ ВА ГИПЕРТОНИЯИ РЕЗИСТЕНТИИ ШАРӢНӢ

Х.Ӣ. Шарипова<sup>1</sup>, Г.М. Негматова<sup>2</sup>

Кафедраи пропедевтикаи бемориҳои даруни (мудири кафедра, д.и.т. Саидов Ӣ.У.), бемориҳои даруни №1 (мудири кафедра д.и.т., Ш.Ф.Одинаев)-и МДТ ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино

**Муҳиммият.** Дар соҳаи омӯзиши проблемаҳои гипертонияи эссенсиалии шарӢнӢ солҳои 60-80-уми асри гузашта дар тамоми ҷаҳон пешрафти илму техника қайд шуд ва як қатор маводи зиддигипертензивӣ (МЗГ)-и ба звеноҳои гуногуни патогенези гипертонияи шарӢнӢ (ГШ) таъсиррасонанда коркард шуд. Чунин ба

назар мерасид, ки мавҷудияти спектри ва-сеи маводи антигипертензивӣ масъалаи ноилшавии сатҳи мақсадноки фишори шарӢнӢ (ФШ)-ро сабуктар мекунад, вале аллақай охирҳои асри гузашта, доир ба зиёдшавии ба табобат номуассирии шаклҳои ГШ маълумотҳо пайдо шуданд [1, 2, 3] ва душвории назорати ФШ, айни замон



яке аз проблемаҳои актуалии кардиология хисоб меёбад [4,5].

Маълумоти барномаи калонтарини та-шаббускораш РМОГШ "ПРОРЫВ", пахн-шавии зиёди гипертензияи шарёнии назорат-нашаванда (ГШН) ва гипертензияи шарёнии тобовар (ГШТ) бо бартарӣ дар занҳоро ни-шон доданд [6]. Дар омӯзиши проблемаҳои зиёд кардани самаранокии АГТ ҳангоми ГШТ, натиҷаҳои барномаи думарҳилаи РЕ-ГАТ-и РМОАГ-таъсисдиҳанда саҳми калон гузоштанд [7]. Доир ба омӯзиши муҳиммия-ти стереотипҳои гендерии шахсият дар ин-кишофи ГШ таҳқиқотҳои ягона вучуд до-ранд [8]. Аммо дар онҳо алоқамандии стере-отипҳои гендерии шахсият бо самарабах-шии нокифояи АГТ дар патсиентони синну соли миёна баррасӣ намешаванд. Бо сабаби он, ки омилҳои иҷтимоии хавфовари сало-матӣ, дар натиҷаи динамикаи баланди раванд-ҳои иҷтимоӣ, пеш аз ҳама ба гурӯҳи қоби-лияти коридоштаи аҳоли дахл мекунанд ва тавассути рафтори инфиродӣ зуҳур меёбанд, омӯзиши муҳиммияти стереотипҳои ген-дерӣ (чинси иҷтимоӣ)-и шахсият ҳангоми ГШТ ташхис ва профилактикаи онро беҳтар карда метавонад.

**Мавод ва усулҳои таҳқиқот.** Ошкоркунии патсиентони синну соли миёнаи гирифтори ГШ-и назоратшаванда ГШ (К А Г) ва ГШТ ҳангоми мушоҳидаи 382 патсиенти синну соли миёнаи гирифтори бемории гипертонӣ (БГ)-и бистаришуда ва ба мушоҳидаи мин-баъда (муддати 2 моҳ)-и пас аз статсионар ҷавоб шудан ва ҳангоми зарурат ба иваз кар-дани речаи терапия розигӣ доданд, гузарон-да шуд. Устувории пастшавии ФШ бо на-зардошти маълумоти ченкунии муассисавӣ ва худназорати ФШ дар хона баҳо дода шуд. 132 патсиенти гирифтори ГШН, ки дар онҳо сатҳҳои мақсадноки ФШ дар заминаи АГТ-и 1-2 компонента муяссар гардид ва 124 патсиенти гирифтори ГШТ, ки дар онҳо сатҳҳои мақсадноки ФШ ҳангоми истифо-даи 3 ва зиёда аз 3 МЗГ, аз ҷумла диуретик (пешоброн) муяссар нашуд, ҷудо карда шу-данд. Аз шумораи онҳо 2 гурӯҳи аз рӯи чинс, синну сол ва патологияи фарқунанда таш-кил карда шуд: 1) гурӯҳи яқум - 80 бемори

гирифтори ГШТ (синну сол  $53,2 \pm 0,45$  г.); мардҳо - 34 нафар (синну сол  $53,0 \pm 0,7$ ), зан-ҳо - 46 нафар ( $53,3 \pm 0,6$  лет); 2) гурӯҳи дуюм - 80 бемори гирифтори ГШН (синну сол  $53,3 \pm 0,5$  г.); мардҳо - 36 нафар (синну сол  $53,1 \pm 0,7$ ), занҳо - 44 нафар ( $53,5 \pm 0,7$  -сола).

Муоинаи патсиентон мутобиқи тавсияи Ҷамъияти тиббии Русия доир ба гипертон-ияи шарёни гузаронда шуд. Пайравӣ ба стереотипҳои маскулинӣ/фемининӣ аз рӯи пурсишномаи модификатсияшудаи нақши чинсии Сандра Бэм [9] бо муайянкунии ин-декси асосӣ (IS) ва пайравӣ ба стереотипи андрогинӣ, фемининӣ, баландфемининӣ, маскулинӣ ва баландмаскулинӣ гендерии шахсият муайян карда шуд.

Коркарди омории мавод бо усули омори вариатсионӣ ба ПК, бо ёрии пакети таҷри-бавии "Statistica 6,0" гузаронда шуд. Муко-исаи бузургҳои нисбӣ тибқи меъёри ?2, бу-зургҳои мутлақ бошад, тибқи меъёри t -и Студент гузаронда ва баҳодиҳии роби-таҳои коррелятсионӣ байни ҷуфтҳои алома-тҳои миқдорӣ тибқи меъёри Пирсон гуза-ронда шуд.

**Натиҷаҳо ва баррасии онҳо.** Ҳангоми ташхиси стереотипҳои маскулинӣ ва фемининӣ муқаррар карда шуд, ки новобаста аз омилҳои чинси биологӣ, фарқиятҳои басома-ди онҳо дар патсиентони ГШТ ва ГШН мушоҳида мешавад (ҷадвл. 1). Стереотипи андрогинии чинсу нақшӣ хеле камтар дар патсиентони гирифтори ГШТ ( $p < 0,05$ ) қайд шуд. Дар патсиентони гирифтори ГШТ бештар стереотипҳои маскулинӣ (мардси-фат) (маскулинӣ + баландмаскулинӣ ) ( $71,25\%$ ) ошкор мешавад, ки ҳангоми муко-иса бо гурӯҳи патсиентони гирифтори ГШН ( $52,5\%$ ;  $p < 0,05$ ) ( $< 0,05$ ); басомади навъи мас-кулинӣи возеҳ, яъне баландмаскулинӣ дар  $38,8\%$  патсиентони гирифтори ГШТ мушо-ҳида шуд, ҳол он, ки басомади навъи маз-кур ҳангоми ГШН камтар ( $17,5\%$ ;  $p < 0,01$ ) мебошад. Стереотипҳои фемининӣ (занси-фатӣ) ва баландфемининӣ каме зиёдтар дар патсиентони гирифтори ГШН (ҳам дар зан-ҳо ва ҳам ва дар мардҳо) мушоҳида меша-вад, лекин ин байни гурӯҳҳо фарқияти зиёд надорад ( $p > 0,05$ ).



### Чадвали 1. Навъи гендерии шахсият дар патсиентони гирифтори АГ аз рӯи индекси асосӣ - IS(баллҳо ва мутл./%)

Навъҳои гендерии шахсият	ГШТ (n=80)	ГШН (n=80)	P
Индекси асосӣ	-1,05±0,16	-0,52±0,16	<0,05
1. Маскулинӣ (мардсифатӣ) (IS камтар аз 1), M±m (мутл./%)	-1,45±0,04 26 (32,5)	-1,36±0,04 28 (35,0)	<0,0001 >0,05
2. Баландмаскулинӣ (IS камтар аз 2,025) (мутл./%)	-2,23±0,019 31 (38,8)	-2,22±0,027 14 (17,5)	>0,05 <0,01
Хамагӣ (маскул.+баландмаскул.), мутл./%:	57 (71,3)	42 (52,5)	<0,05
3. Фемининӣ (IS зиёдтар аз +1), M±m (мутл./%)	1,59±0,1 11 (13,8)	1,46±0,136 11 (13,8)	>0,05 >0,05
4. Баландфемининӣ (IS балдандтар аз +2,025) (мутл./%)	2,08±0,012 2 (2,5)	2,15±0,05 5 (6,2)	>0,05 >0,05
Хамагӣ (фемин.+баландфемин.), мутл./%:	13 (16,3)	16 (20,0)	>0,05
5. Андрогинӣ (IS от -1 до +1), M±m (мутл./%)	0,12±0,17 10 (12,5)	0,04±0,12 22 (27,5)	>0,05 <0,05

**Эзоҳ:** p - муҳиммияти омори фарқиятҳои бузургҳои нисбӣ (тибқи меъри<sup>2</sup>) ва мутлақ (t - меъри Студент) байни гурӯҳҳои патсиентони гирифтори ГШТ ва ГШН (тибқи меъри  $\chi^2$ ).

Харчанд тамоюли басомади стереотипҳои гендерӣ дар патсиентони ҷинсҳои гуногун дар заминаи ГШ дар як самт мушоҳида шуда бошад ҳам, чунин фарқиятҳои дихилигурӯҳии нишондиҳандаҳо ҳангоми ГШТ ва ГШН муқаррар карда шуданд:

1) навъи маскулинии шахсият ҳангоми ГШТ дар 50% занҳо ошкор мешавад, ки ҳангоми муқоиса бо зергурӯҳи мардҳо фарқияти калон доранд ( $p < 0,001$ );

2) зиёдшавии стереотипҳои маскулинӣ ва баландмаскулинии шахсият дар мардҳо (82,3%) -и гирифтори ГШТ ҳангоми муқоиса бо зергурӯҳи занҳо (63%) ( $p < 0,001$ ) қайд шуд;

3) зиёдшавии навъи баландмаскулинии шахсият дар мардҳои гирифтори ГШТ дар 2,2 маротиба аз басомади ин навъи шахсият дар мардҳои бо ГШН (73,5 ва 33,3% гирифтори ГШТ ва ГШН, мутобиқан) бештар аст;

4) стереотипии фемининӣ дар мардҳо аҳёнан вомехӯрад, навъи баландфемининӣ дар мардҳои гирифтори ГШТ бошад, ошкор нашуд; фарқияти басомади ин навъи шахсият дар занҳои гирифтори ГШТ (21,7%) ва ГШН (27,3%) фарқияти назаррас доранд ( $p > 0,05$ ).

Ҳамин тавр, новобаста аз омилҳои ҷинсибиологӣ, стереотипҳои маскулинӣ ва баландмаскулинии гендерӣ, барои патсиентони

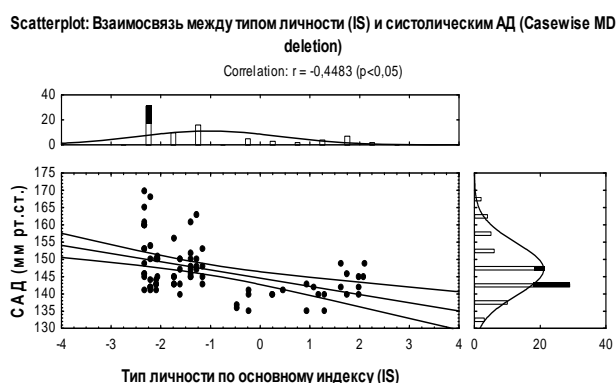
гирифтори АГ (ҳам гирифтори ГШТ ва ҳам гирифтори ГШН) хос мебошанд. Аммо басомади зиёди стереотипии баландмаскулинӣ дар мардҳои гирифтори ГШТ, на танҳо ҳангоми муқоиса бо занҳои ин гурӯҳ балки дар муқоиса бо мардҳои гурӯҳи ГШН низ зиёд аст, ки имкон медиҳад онро ҳамчун предиктори инкишофи тобоварӣ ба АГГ ҷудо кардан, имкон медиҳад. Басомади зиёди навъи маскулинии гендерии шахсиятро дар занҳои мубталои АГ, ҳамчун омилҳои имконпазири хавфи инкишофи тобоварӣ ба АГТ баррасӣ кардан мебошад, вале мавҷуд набудани фарқиятҳои назаррас нисбат ба занҳои гурӯҳи ГШН, таҳлили минбаъдаи натиҷаҳои ҳосилшудаи клиникиро талаб мекунад.

Стереотипҳои гендерии шахсият ва сатҳҳои расидаи АД. Ҳангоми АГ омилҳои нисбатан муҳими муайянкунандаи пешгӯӣ, дар заминаи фармакотерапияи сатҳи расидаи ФШ ва профили шабонарӯзии он мебошад. Муқаррар карда шуд, ки дар заминаи тобоварӣ ба МЗГ, сатҳҳои САД ( $147,1 \pm 0,85$ ) ва ДАД ( $95,0 \pm 0,38$ ) боэътимод аз сатҳҳои ҳангоми ГШН ( $129,5 \pm 0,87$  ва  $129,5 \pm 0,87$  мм.сут.сим., мутобиқан САД ва ДАД) бештаранд ва бо зиёдшавии вайроншавиҳои вариабелнокии ритми шабонарӯзии ФШ аз рӯи навъи пастшавии нокифояи шабонаи САД ( $p < 0,001$ ) ҳамроҳикунанда



мебошанд; фарқиятҳои ҷинсии дохили гурӯҳҳо назаррас нестанд.

Ҳангоми омӯзиши робитаи мутақобилаи байни IS ва ФШ дар патсиентони гирифтори ГШТ робитаи муътадили манфӣ муқаррар карда шуд: коэффитсиенти коррелятсияи ( $r$ ) байни IS ва САД ба  $-0,4483$  баробар буд (рас. 1). Дар зергурӯҳи патсиентони навъи маскулинӣ ва баландмаскулинии шахсият дар заминаи ГШТ робитаи мутақобили IS ва САД - ҳам дар мардҳо ( $r=-0,334$ ;  $p<0,05$ ) ва ҳам дар занҳо ( $r=-0,471$ ;  $p<0,05$ ) манфӣ ва муътадил қайд шуд; дар ин зергурӯҳ (M+BM) САД ( $149,5\pm 0,81$  мм сут.-сим.) аз ҳамин нишондиҳандаҳои патсиентони навъҳои фемининӣ баландтар аст ( $142,7\pm 1,1$ ). Ҳангоми навъи фемининӣ ва баландфемининӣ робитаи мутақобили IS ва САД мустақим ва муътадил ( $r= 0,5165$ ;  $p<0,05$ ) мебошад.



**Расми 1.** Робитаи мутақобили байни IS ва САД дар патсиентони гирифтори ГШТ.

Робитаи нисбатан зичи манфӣ ( $r= -0,5594$ ;  $p<0,05$ ) байни IS ва ДАД низ ба қайд гирифта шуд. Ҷолиби диққат аст, ки бештар сатҳҳои САД ҳангоми ифодаҳои IS аз  $-1$  то  $+1$  дар андрогинҳо ( $138,8\pm 0,9$  мм сут.-сим.) камтар аст ва фарқият бо дигар ноҳияҳо (нисбатан баланд ва паст)-и ифодаҳои IS назаррасанд ( $p<0,001$ ). Ифодаҳои пасттарини ДАД дар андрогинҳо ( $91,0\pm 0,5$

мм сут.сим.) мушоҳида мешавад ва бо тамоюли IS ба тарафи баландшавӣ (фемининӣ) ё пастшавӣ (маскулинӣ), ДАД ифодаҳои нисбатан баланд ( $92,2\pm 0,8$  ва  $96,3\pm 0,3$  - мутобиқан ҳангоми фемининном ва маскулинном типе) дорад.

Ҳангоми ГШН робитаи мутақобили IS бо САД ва ДАД - манфии суст, наздик ба муътадил ( $r=-0,26985$  бо САД ва  $-0,2451$  бо ДАД;  $p>0,05$ ). Чунин робитаи мутақобили манфии назаронораси байни IS ва ФШ дар зергурӯҳи бо стереотипҳои маскулинӣ ва андрогинӣ низ мушоҳида мешавад. Аммо ҳангоми навъи фемининӣ ва баландфемининӣ робитаи мутақобилаи байни IS ва САД муътадили мустақим ( $r=0,4696$ ;  $p<0,05$ ) мебошад, ки аз муҳиммияти тағйирёбии IS ба тарафи баландфемининӣ дар баландшавии сатҳҳои расидаи ФШ дар заминаи ГШН шаҳодат медиҳад.

Ҳамин тавр, дар патсиентони синну соли миёнаи гирифтори ГШТ дар заминаи стереотипи баландмаскулинӣ ва маскулинии шахсият ифодаҳои баланди ФШ (САД ва ДАД) ва басомади зиёди пастшавии нокифояи шабонаи САД мушоҳида мешавад. Ифодаҳои пасти САД ҳангоми навъи андрогинии шахсият аз имконпазирии ҷараёни нисбатан мусоидтари ГШ шаҳодат медиҳад. Робитаи мутақобилаи муътадили байни IS ва САД ҳангоми навъи фемининӣ ва баландфемининии шахсият, шаҳодат медиҳанд, ки на танҳо стереотипи баландмаскулинӣ, балки стереотипи фемининии возеҳ низ бо таъсири нокифояи АГТ ҳамроҳикунанда мебошад ва сатҳҳои дар заминаи АГТ расидаи ФШ ҳангоми ин стереотипҳо, нисбат ба фемининӣ ва андрогинӣ баландтар мебошанд. Дар патсиентони синну соли миёнаи гирифтори ГШТ ҳангоми навъи андрогинии шахсият, САД ва ДАД нисбат ба дигар стереотипҳои гендерии шахсият камтар мебошад.

## АДАБИЁТ

1. Табакьян Е.А. Суточное мониторирование АД, клиническое измерение АД в контроле эффективности лечения больных с резистентной артериальной гипертензией. //Автореф. дисс.канд.мед.наук. -Москва.-1998.- 24 с.



2. Туев А.В., Щекотов В.В. Рефрактерная к терапии артериальная гипертония. //Кардиология.- 1993.-№3.- С.62-67.
3. Шарипова Х.Я. Особенности течения систолической гипертонии старших возрастов по данным пролонгированного наблюдения /Х.Я.Шарипова, Н.Х.Хамидов//Вестник Академии Наук Республики Таджикистана,1999, №3-4, С.18-22.
4. Baseline predictors of resistant hypertension in the Anglo-Scandinavian Cardiac Outcome Trial (ASCOT): a risk score to identify those at high-risk / А.К. Gupta, E.G. Nasothimiou, C.L. Changa [et al.]// J. Hypertens. -2011. -Vol. 29.
5. Ачева Г.А. Частота неконтролируемой и резистентной гипертонии среди пациентов, госпитализированных с артериальной гипертонией/ Г.А. Ачева, Г.М. Негматова, Х.Я. Шарипова //V Международная научно-практическая конференция "Проблемы и перспективы современной науки". Москва: "ISI-journal", 2016. - С. 108 -115 с.
6. Карпов Ю.А. Неконтролируемая артериальная гипертония - новые возможности в решении проблемы эффективности лечения / Карпов Ю.А. [и др.]// Кардиология. - 2012. - № 2. - С. 29-35.
7. Резистентная и неконтролируемая артериальная гипертония в Российской Федерации: эпидемиологическая характеристика и подходы к лечению (Российский регистр неконтролируемой и резистентной артериальной гипертонии РЕГАТА "Резистентная Гипертония Артериальная")/И.Е. Чазова, В.В. Фомин, М.А. Разуваева, А.В. Вигдорчик // Кардиологический вестник. - 2011. - № 1 (XVIII). - С. 40-48.
8. Наймушина А.Г. Гендерные аспекты стресс-индуцированной артериальной гипертонии/ А.Г. Наймушина, С.В. Соловьева // Вестник Тюменского государственного университета. -2014. № 6.- с.150-156.
9. Bem S.L. Gender schema theory. A cognitive account of sex typing. /S.L. Bem [et al.] Psychological Review, -1981. Pp.120-128.

### СТЕРЕОТИПҲОИ ШАХСИ ВА МУКОВИМАТ БО МУОЛИЧАИ АНТИГИПЕРТЕНЗИВИ ВА ГИПЕРТОНИЯИ РЕЗИСТЕНТИИ ШАРЁНИ

Дар мақола проблемаи актуалии ошкоркунии саривақтии предикторҳои гипертонии шарёнии тобовар (ГШТ), муҳиммияти таҷрибаи стереотипҳои гендерии шахсият дар пастиентони синну соли миёна дар

заминаи терапияи антигипертензивӣ баррасӣ мешавад.

**Калимаҳои калидӣ:** гипертонии шарёнии резистентӣ, синну соли миёна, стереотипҳои гендерии маскулинӣ (мардсифатӣ), фемининӣ (зансифатӣ).

### СИЕРЕОТИПЫ ЛИЧНОСТИ И РЕЗИСТЕНТНОСТЬ К АНТИГИПЕРТЕНЗИВНОЙ ТЕРАПИИ

Шарипова Х.Я.<sup>1</sup>, Негматова Г.М.<sup>2</sup>

Аннотация: в статье рассматривается актуальная проблема своевременного выявления предикторов резистентной артериальной гипертонии (РАГ), значимость диагностики гендерных стереотипов личнос-

ти у пациентов среднего возраста на фоне антигипертензивной терапии.

**Ключевые слова:** резистентная артериальная гипертония, средний возраст, гендерные стереотипы маскулинности / фемининности.

### PERSONALITY STEREOTYPES AND RESISTANCE TO ANTIHYPERTENSIVE THERAPY

Abstract: the article considers topical issue of the timely detection of resistant arterial hypertension's predictors, diagnostic utility of person's gender stereotypes of middle-age

patients in the course of antihypertensive therapy.

**Keywords:** resistant arterial hypertension, middle-age, gender stereotypes of masculinity / femininity.



**Шарипова Хурсанд Ёдгоровна**, доктори илмҳои тиб, профессор, Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абуалӣ ибни Сино

**Негматова Гулнора Мансуровна**, ассистенти кафедраи бемориҳои дарунии № 1-и Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абуалӣ ибни Сино, Душанбе (Тоҷикистон)

**Шарипова Хурсанд Ёдгоровна**, д.м.н. кафедра пропедевтики внутренних болезней, Таджикский государственный медицинский университет им. Абуали ибни Сино, тел: 935811297

**Негматова Гулнора Мансуровна**, ассистент кафедра внутренних болезней № 1, Таджикский государственный медицинский университет им. Абуали ибни Сино, тел: 907313663

**Sharipova Kh.** Department of Propedeutics of Internal Diseases, Avicenna Tajik State Medical University, phone: 935811297

**Negmatova G.** Department of Internal Medicine № 1, Avicenna Tajik State Medical University, phone: 907313663

## ИСТИФОДАИ ЧУЗЪИИ ИНТЕРЛЕЙКИН-1В "БЕТАЛЕЙКИН" ДАР ҲАЙМАРИТҲОИ ФАСОДӢ

Ғуломов З.С.<sup>1</sup>, Чураев У.Қ.<sup>2</sup>

1. Кафедраи оториноларингология (мудир, н.и.т.дотсент Маҳмудназаров М.И.)-и ДДТТ ба номи Абуалӣ ибни Сино, 2. МД МСШ №15

**Муҳиммият.** Бемориҳои илтиҳобии бинӣ ва ҷавфҳои назди бинӣ аз рӯи басомади паҳншавӣ дар байни бемориҳои гӯшу гулӯ ва бинӣ ҷои дуюмро ишғол менамоянд. Ҳайморитҳои мзмин яке аз сабабҳои асосии ба амал омадани оризаҳои зерин, чун арахноидитҳои серебрялӣ, отитҳои миёнии музминии фасодӣ, бемориҳои музмини системаи болои ва поёнии нафас ба ҳисоб меравад. Нақши асосиро дар ҳосилшавии бемориҳои илтиҳобии бинӣ ва ҷавфҳои назди бингӣ вайроншавии системаи мукосилиарӣ мебозад [1,2]. Новобаста аз сабабҳои аввалин ва асосҳои патогенетики шаклҳои гуногуни ринит, инчунин механизмҳои гуногуни пайдошавии он низ мавҷуд мебошад: инкишофҳои беморӣ асосан аз вайроншавии масъунияти ҷузъи ва умумии ҳифзи бадан, фаъолшавии кӯчакнабототҳои безарарӣ (микрофлораи сапрофити), баландфаъолшавии дастгоҳи вегетативии рағҳои ковокии бинӣ, илтиҳоби бодигармӣ ва вайроншавии механизми асабу бозтоби, ки физиологияи эътидолии ковокии биниро идора менамояд ба миён меояд ва дар натиҷа ангеаҳои муқаррарӣ аксуламалҳои ҳиперэргии пардаи луобии биниро эҷод менамоянд ба амал меояд [1,2].

Барои бартараф намудани қисми зиёди сабабҳои дар боло зикр гардида ва ҷараёни илтиҳобии IgE вобастагии луобпардаҳои ковокии бини маводи хеле таъсирбахш ин "Беталейкин" ба ҳисоб меравад [2].

Беталейкин ин таъсири имуностимуляторӣ ва гемостимуляторӣ васеъ дошта ҷараёни лейкопоз ро пурзӯр менамояд. Таҷрибаҳои клиникӣ тасдиқ намудаанд, ки ҳангоми пастшавии дуоиминдараҷаи масъунияти умумӣ ва ҷузъӣ дар беморони ҷараёни фасоди дошта беталейкин таъсири хуби клиникӣ доро мебошад. [1].

**Мақсади тадқиқот:** омӯзиши самаранокӣ беталейкин дар беморони ҳайморитҳои фасодӣ дошта бо роҳи баҳодихии ҳолати клиренси мукотселиарӣ.

**Мавод ва усулҳои тадқиқот.** Дар зери назорат 82- нафар беморон бо риносинуити музмини фасодӣ бо давомнокии бемориашон на камтар аз 5-сол қарор доштанд. Ҷараёни яктарафа дар 57,8% беморон, ҷараёни дутарафа дар 42,9%,-и беморон мушоҳида шудаанд. 21-нафар гурӯҳи муқоисавӣ таболати зиддиилтиҳоби бо маҳлули 1%-аи диоксидини қабул намуданд. 61-нафар гурӯҳи асосӣ таболати имунотропӣ бо "Беталейкин", қабул намуданд. Маводро бо роҳи





ожидани чавфҳои ҷоғи боло ё ба воситаи найчаи-чавфи дар ҳаҷми 2-мл ба чавфи зарарёфта дохил намудем. Муҳлати табобат аз 5-дастамал иборат буда, дар давоми 8-12 рӯз амалӣ гардонида шуд. Муоинаи беморон бо чамъ намудани собикаи ҳаётӣ, собикаи беморӣ, муоинаи риноскопӣ, муоинаи эндоскопӣ, ва рентгенограммаи чавфҳои назди бинигӣ амалӣ гардонида шуд.

Дар ҳамаи беморони муриҷиат намуда мо аломатҳои шиддатёбии риносинуитҳои музмини фасодиро бо ҷой доштани мӯхтавои луобию фасодӣ дар роҳҳои мобайнӣ ва поёнӣ бинӣ, тангшавии роҳҳои бинӣ, вайроншавии гузаронандагии байни роҳи мобайнӣ бинӣ ва чавфи ҳайморӣ, пурхунии пардаҳои луобии ковокии бинӣ, ғавфсшавии пардаҳои луобӣ мушоҳида намудем. Муоинаи риноскопӣ ҳангомӣ мурҷиати аввала - мавҷудияти аломатҳои намоёни илтиҳоб (варамӣ, пурхунӣ, ринорейя), дар тарафи осебдидаи ҳамаи беморон мушоҳида карда мешуд. Ҳолати клиренсӣ мукосилиарии пардаҳои луобии ковокии бинӣ бо истифодабарии озмоиши сахаринӣ баҳо дода шуд. Ҳангоми гузаронидани озмоиши сахаринӣ ҷараёни дараҷаи пастшавии клиренси мукосилиарӣ муаян карда шуд.

Натиҷаҳои татқиқот ва баррасии онҳо. Талқиқот оиди ҳолати клиренси мукосилиарӣ бо истифодаи озмоиши сахаринӣ вайроншавиҳои зиёдро дар пардаҳои луобии ковокии бинӣ ошкор намуд. Озмоиши сахаринӣ дар рӯзҳои 1-ум ва 2-юм гузаронида шуда, баъди мурҷиат нишон дод, ки дар тарафи осебдида дар ҳамаи беморони ҷараёни яктарафа дошта (дар 85.7%-и муоинашавандагон) II-III дараҷа дар тарафи осебдида ва яқум дараҷа (85.7% беморон) дар тарафи осебнаёфта, ҳангоми ҷараёни дутарафаи дараҷаи III-юм (дар 92.9%-и муоинашавандагон) вайроншавии вазифаи клиренсӣ мукосилиарӣ эпителияи ҷилонок мушоҳида карда шуд. Дар марҳилаи гузаронидани давраи табобат дар ягон бемор бо риносинуити музмини фасодӣ дошта нишондиҳандаи муътадили озмоиши сахаринӣ дар ягон нафар аз беморонӣ ба қайд гирифта нашуд. Ҷӣ тавре ки маълум мебошад, вазифаи

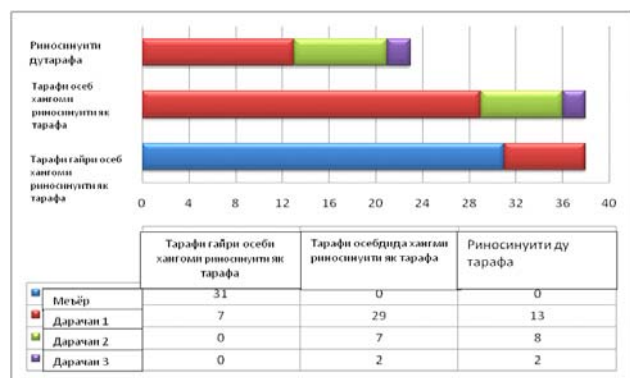
эпителияи ҷилоноки луобпардаҳои ковокии бинӣ ба чавфҳои назди бинӣ ҳато ҳангоми беморҳои респиратори ва ринит дар одамони солим дар мрҳилаҳо хотимавии беморӣ барқарор мешавад.

Ҳангоми баҳодихӣ ба натиҷаи озмоиши сахаринии беморон, ки табобати анъанавиро қабл намудаанд, мо норасогии дараҷаи дуҷумро мушоҳида намудем: ҳангоми ҷараёнҳои яктарафа ва дутарафа (мувофиқан 57.1% ва 71.4%). Бояд қайд намуд, ки ҳангоми табобати анъанавӣ беҳтаршавии клиренси мукосилиарӣ то як дараҷа баъди гузаронидани курси табобат амалан мушоҳида карда нашуд (14,3%)

Рас. 1 дараҷаи вайроншавии вазифаи клиренси мукосилиарӣ дар беморонӣ риносинуити музмини фасодӣ дошта пас аз табобати анъанавӣ (озмоиши субҳгоҳӣ).



Расми 2. дараҷаи вайроншавии вазифаи клиренси мукосилиарӣ дар беморонӣ риносинуити музмини фасодӣ дошта пас аз табобати ҷузъии масъуниятдармонӣ бо маводи беталейкин (озмоиши сахаринӣ)



Натиҷаҳои озмоиши сахаринӣ дар беморонӣ "Беталейкин", қабул намуда бартари



вайроншавии дараҷаи якуми клиренси мукосилиариро дар раванди осеби яктаарафа (76.3%-и беморон), ва вайроншавии дараҷаи якуминдошта ҳангоми чараёни осеби дутаарафа (56.7%) ба қайд гирифта шуд (Расм.2)

Дар натиҷаи гузаронидани табобати чузъи бо беталейкин дар ҳамаи беморон раванди мусбии клиникӣ мушоҳида карда шуд: нест шавии фасодшорӣ, дарди сар, дараҷаи пастшавии тирагии акси рентгении ҷавфҳои назди бинӣ, пастшавии муқобилияти аэродинамикӣ, баландшавии вазифаи клиренси мукосилиарӣ. Ҳангоми табобати анъанавӣ раванди мусбӣ дар мӯҳлати дурру дароз ба вукӯъ омада, давраи шифоёбии нисбати табобати "Беталейкин" 9-10 рӯз зиёд ба назар мерасид.

Дар давраи табобат аломатҳои бодигармӣ ва ё ягон оризаи дигар ҳангоми истифодабарии чузъии "Беталейкин", мушоҳи-

да ба назар нарасид. Натиҷаҳои назарраси табобати ҳангоми осебёбии яктаарафаи ҷавфи чоғи боло ба даст оварда шуд. Истифодабарии чузъии беталейкин ҳангоми риносинуситҳои музмини фасодӣ мӯҳлати табобатро нисбати табобати анъанавӣ ба миқдори 4-6 рӯз кӯтоҳтар намуд.

**Хулоса:** Динамики барқароркунии клиренси мукосилиари дар беморонӣ риносинусити музмини фасоднок ҳангоми табобат бо "Беталейкин" нисбати гурӯҳи муқоисавӣ нисбатан бараълоост. Маълумотҳои ба даст оварда шуда оиди мақсаднок истифодабарии маводи "Беталейкин дар табобати маҷмӯъии бемориҳои музмини фасодноки ҷавфҳои назди бинӣ пешбини шудааст. Маводи номбаршуда метавонад дар шароити дармонгоҳ ва беморхонаҳо ба таври васеъ истифода бурда шавад.

#### Адабиёт

1. Азнабаева Л.Ф., Арефева Н.А., Килсенбаева Ф.А., ва дигарон. Асари зидди илтиҳобии ситокинҳои ҳуҷайраҳои хун ва манбаи илтҳоб дар беморони ринитҳои музмини фасоди бо усулҳои гуногуни табобат бо беталейкин. Имунологияи тиббӣ 2000-207 саҳифа.
2. Арефева Н.А., Медведев Ю.А., Фазлева Р.М. ва дигарон. Имунология, иммунопатология ва мушкilotҳои масъуниятдармонӣ дар ринологияи Уфа 1997-120 саҳифа.

### ИСТИФОДАИ ЧУЗЪИИ ИНТЕРЛЕЙКИН-1В "БЕТАЛЕЙКИН" ДАР ҲАЙМАРИТҲОИ ФАСОДӢ Ғуломов З.С.<sup>1</sup>, Чураев У.Қ.<sup>2</sup>

Самаранокии интерлейкин-1 (беталейкин) дар 82 нафар беморони мубталои бемориҳои фасодии ҷавфҳои шафати бинӣ бо роҳи баҳоидиҳои ҳолати нақлиётӣ мукосиларӣ зери омӯзиш қарор гирифтанд. Динамикаи барқароршавии клиренсӣ мукотсиларӣ дар беморони мубталои гай-

морити фасодӣ ҳангоми муолиҷа бо истифодаи беталейкин нисбати гуруҳи муқоисавӣ нисбатан хубтар ба қайд гирифта шуд.

**Калимаҳои калиди:** Интерлейкин-1, клиренсӣ мукосиларӣ, риносинусити фасодӣ.

### МЕСТНОЕ ПРИМЕНЕНИЕ ИНТЕРЛЕЙКИНА -1В БЕТАЛЕЙКИНА ПРИ ГНОЙНЫХ РИНОСИНУСИТАХ Ғуломов З.С.<sup>1</sup>, Джураев У.Қ.<sup>2</sup>

Изучалась эффективность интерлейкина-1 (беталейкина) у 82 больных с гнойными заболеваниями околоносовых пазух путём оценки состояния мукоцилиарного транспорта. Динамика восстановления мукоцилиарного клиренса у больных гнойным гай-

моритом при лечении беталейкином была более выраженной по сравнению с группой сравнения.

**Ключевые слова:** интерлейкин-1, мукоцилиарный клиренс, гнойный гайморит.



## LOCAL APPLICATION OF INTERLEIKIN-1 AT THE TIME OF PURULENT RHINOSINUSITIES.

Z.S. Gulomov<sup>1</sup>, Juraev U.Q.<sup>2</sup>

The effectiveness of interleukin-1 (betaleukin) was studied on 82 patients with purulent diseases of accessory nasal sinuses through assessment of mucocilliary clearance condition. The mucocilliary clearance restoration dynamics of

the patients with purulent rhinosinusities who were treated by betaleukin were much efficient comparing to the control group.

**Key words:** interleukin-1, mucocilliary clearance, purulent rhinosinusities.

*Гуломов З.С. - н.и.т., ассистенти кафедраи бемориҳои гӯш, гулӯ ва бинии Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абӯалӣ ибни Сино, х. Рудаки 139, 734003, E-mail: gulomov170366@mail.ru Тел: +992 918 64 85 14.*

*Чураев У.Қ. - корманди МД МСШ №15*

*Гуломов З.С. - к.м.н. ассистент кафедраи оториноларингологии Таджикского Государственного медицинского Университета имени Абуали ибни Сино. e-mail: gulomov170366@mail.ru Тел: +992 918 64 85 14.*

*Джураев У.Қ. - сотрудник ГУ ГЦЗ №15*

*Gulomov Z.S. - candidate of medical sciences, assistant of ENT department, Rudaki av.139, e-mail: gulomov170366@mail.ru*

*Juraev U.Q. - employee MD GSZN №15*

## ХУСУСИЯТҲОИ ХОСИ СИРОЯТИ ДОХИЛИ БЕМОРХОНАВИИ ШОШАРОҲИ БЕМОРОНИ БО ГИПЕРПАЗИЯИ ХУШСИФАТИ ҒАДУДИ ПЕШҶОЙ БАЪД АЗ УСУЛҲОИ ГУНОГУНИ ДАХОЛАТҲОИ ЧАРРОҲӢ

Ш.М. Тусматов<sup>1</sup>, И.Н. Нусратуллоев<sup>2</sup>, Г.М. Усманова<sup>1</sup>, Н.С. Одинаев<sup>1</sup>,  
З.М. Хасанова<sup>1</sup>, Л.М. Базарова<sup>1</sup>

Кафедраи эпидемиологияи (мудирӣ кафедра д.и.т., Н.С. Одинаев)-и МДТ "ДДТТ ба номи Абуали ибни Сино", Маркази тиббии "Клиникаи Нусратуллоев"

**Мубрамият.** Сироятҳои дохилибеморхонавӣ (СДБ) масъалаи ҷиддӣи клиникӣ ва эпидемиологӣ мебошад. Мубрамияти СДБ бо рушди суръати афзоиши нуқсонҳои муайян карда мешавад, ки ба вазниншавии ҳолати беморон, душвориҳои ташхис ва муракабҳои муолиҷаи СДБ, зиёдшавии вақти ба беморхона омадани беморон, талафи рузҳои қобилияти фаъолияти корӣ, талафоти зиёди моддӣ барои муолиҷаи бемории асосӣ оварда мерасонанд [7].

Дар сохтори СДБ қисми зиёдро иллатҳои баъдичарроҳии соҳаи чарроҳӣ ташкил медиҳад, ки дар системаи тандурустӣ масъалаи мубрами руз мебошад [2, 6, 8, 10].

Сатҳи иллатҳои сироятҳои дохилибеморхонавӣ шошароҳ (СДБ ШР) дар беморхонаҳои урологӣ (бемориҳои роҳҳои шошагу-

зар), тибқи маълумотҳои муҳаққиқон, аз 8 то 40%-ро ташкил медиҳад [9].

Имрӯзо дар таҷрибаҳои урологӣ дахлатҳои миниинвазивӣ бо мувафаксияти бузург истифода бурда мешавад, ки дар байни онҳо суръати такрорёбии чарроҳҳои эндоскопӣ 70-95%-ро ташкил медиҳад. Дар 95%-и ҳолатҳо ҳангоми гиперплазияи хушсифати ғадуди пешҷой (ГХҒП) низ дахлатҳои чарроҳиявӣ эндоскопӣ истифода бурда мешавад [1, 5, 11].

ГХҒП аксаран дар мардҳои калонсол мушоҳида карда мешавад. Илова бар ин дар мардон дар синну соли аз 50 то 60 сола имроз (ориза)-и мазкур дар 40%-и ҳолатҳо мушоҳида карда мешавад, дар ашхоси 60-80 сола вазни хоси он 50%-ро ташкил медиҳад ва дар 90%-и ҳолатҳо ГХҒП дар мардон аз



80 сола калонтар мушохида карда шуда, зиёда аз 30%-и ҳолатҳоро аз шумораи умумии имрозҳои урологӣ ташкил медиҳад.

Аденомэктомиаи анъанавӣ дар беморони миёнсол ва пиронсол, ки бо беморҳои ҳамроҳишаванда вазнин гаштаанд, мамнуниятҳои худро дорад, ки аксаран иҷрои онро манъ мекунад [6, 9, 11]. Аз ҳамин сабаб ҳалли ин масъалаи мураккаб дар то як дараҷа аз татбиқи усулҳои муолиҷаи эндоскопии шошароҳ дар малакаи клиникӣ вобаста аст, ки дар байни онҳо усули аз ҳама маъмул ва самаранок буриши шошароҳӣ (трансуретали) и ғадуди пешҷой (БТУ ҒП) ба ҳисоб рафта, дар муолиҷаи он ҳамчун "стандарт тиллоӣ" боқӣ мемонад [3, 4, 13].

Тибқи маълумоти П.С. Серняк дар Британияи Кабир ва ИМА дар 95%-и мушохидаҳо БТУ ҒП, аденомэктомиа бошад танҳо дар 5% иҷро карда мешавад [12].

Чарроҳии аз ҳама мураккабтарин аз тамоми даҳлатҳои шошароҳӣ дар эндоурология БТУ ҒП ба ҳисоб меравад. Такмили усулҳои гузаронидани БТУ ҒП пастшавии иллатҳоро, ба монанди ҷароҳати узв ҳангоми ҷарроҳӣ, хунравӣ, талафи дастрасии ҷароҳиявӣ, "аломати БТУ" (ТУР-синдром) нишон медиҳад, ба ҳамаи ин нигоҳ накарда сатҳи аворизҳои сироятию илтиҳобии (АСИ) узвҳои системаи олатҳои таносул ва шошароҳ хеле баланд буда, аз 6 то 62,5%-ро ташкил медиҳад [9, 12]. Бо вучуди ин бо суръати нисбатан калони такроршавӣ дар шакли илтиҳоби фасодноки найи пешобрез - 12,7% мушохида карда мешавад, ки бо истифодаи дуру дарози қастараҳои найи пешобрез, истифодаи системаҳои заҳобӣ (дренажӣ)-и кушода (систостом), риоя накардани қоидаҳои асептикӣ, муолиҷаи номуносиб бо маводҳои антибиотикӣ алоқаманд аст [4].

Аденомэктомиаи трансвезикалӣ усули муносиби муолиҷаи ГХҒП мебошад, зеро зиёда аз 90%-и беморони ГХҒП-ро бо усулҳои анъанавӣ ҷарроҳӣ мекунанд, ки оқибатҳои баланди иллатҳои баъдичарроҳӣ доранд. Иллатҳои доимии аденомэктомиаи трансвезикалӣ инҳоянд: хунравӣ, дошта на тавонистани пешоб, тангшавии баъдичарроҳии найи пешобрез ва СДБ ШР.

Омилҳои хатари пайдоиши АСИ баъди аденомэктомиа инҳоянд: пиелонефрити музмин, ситит, простатит. СДБ ШР аз сабаби дигар аворизҳои вазнин хеле хатарнок мебошад - уросепсис ва садмаи сироятию заҳролудӣ. Масалан, афзоиши шумораи АСИ баъд аз аденомэктомиа аз 5,2% то 12,6% натиҷаи ҳамроҳшавии СДБ мебошад, ки бо дараҷаи баланди устуворӣ ба антибиотикҳо ва пастшавии самаранокии муолиҷаи зиддибактериявӣ мебошад [4, 6, 9].

**Мақсади таҳқиқот.** Ошкор намудани хусусиятҳои хоси сироятҳои дохилибеморхонавии роҳҳои шошабарор дар беморони бо гиперплазияи хушсифати ғадуди пешҷой (ГХҒП) баъд аз истифодаи даҳлатҳои ҷарроҳии эндоскопӣ ва анъанавӣ.

**Маводҳо ва усулҳои таҳқиқот.** Таҳқиқот дар пойгоҳи Маркази Ҷумҳуриявии клиникӣ "Урология" дар давраи солҳои 2013-2015 гузаронида шудааст. Таҳқиқотҳои маҷмӯии клиникӣ (таҳқиқотҳои умумии клиникӣ, озмоишгоҳӣ ва бактериологӣ) дар 112 бемори бо СДБ ШР гузаронида шудааст, ки аз 480 беморони ҷарроҳишудаи бо ГХҒП муайян карда шуда буданд. Сину соли беморони бо ГХҒП аз 52 то 86 соларо ташкил медод. Ҳамчунин ташхиси ултрасадои гурдаҳо, масона, ғадуди пешҷой ва узвҳои моя гузаронида шуд. Пешобнигории назариявӣ ва ихроҷӣ аз рӯи нишондодҳо. Аз 480 бемори бо ГХҒП 172 бемор даҳлатҳои эндоскопии ҷарроҳӣ, дар 299 бемор ҷароҳҳои кушода ва 9 бемор - систостомаи троакари гузаронида шуд. Усули эндоскопии таҳқиқот: аз рӯи нишондодҳо уретросистоскопияро дар дастгоҳи ширкати "KarlStorz" гузаронидем.

Ташхиси СДБ ШР дар асоси меъёрҳои гузаронида шудааст, ки усулҳои хоси таҳқиқи клиникӣ (баландшавии ҳарорати бадан то 38-39°C бо табларза, пурзуршавии бемадории умумӣ, аломати возеҳи дард дар мавқеи гурдаҳо); озмоишгоҳӣ (баландшавии миқдори лейкоцитҳо бо ғеҷиши лейкоформулаҳо ба чап, зиёдшавии суръати тағшоншавии эритроцитҳо (СТЭ), дар пешоб - лейкоситурия, бактериурия, протеинурияи миёна); бактериологӣ (бактериурия бо



штаммҳои полирезистентӣ (ду ва зиёда бактерияҳо), аксаран протейҳо ва чубҷаи синегнойӣ, микдори микробҳо >105) ифода меёбад; олатиро дар бар мегирад.

Коркарди омории мавод бо усулҳои омори таҳлилии вариатсионӣ тавасути баътаи амалии Statistica 6.0 (Statsoft Inc., ИМА) иҷро карда шуд. Ҳиссаҳои нисбии (P,%) барои бузургҳои сифатӣ ҳисоб карда шуданд. Барои муқоисаи бузургҳои сифатӣ меъёрҳои  $\chi^2$  ва меъёрҳои саҳеҳи Фишер истифода бурда шуданд. Фарзияи сифрӣ хангоми  $\alpha < 0,05$  рад карда шуд.

**Натиҷаҳо ва муҳокимаи онҳо.** Аз ҷониби мо хусусиятҳои хоси СДБ баъд аз усулҳои гуногуни муолиҷаҳои ҷарроҳиявӣ (БТУ ҒП ва ҷароҳҳои кушода) муайян карда шуд. Аз 480 беморони ҷарроҳишудаи бо ГХҒП - 172 бемор (35,8%) даҳолатҳои эндоскопии ҷарроҳиявӣ - буриши трансуретралӣ ғадуди пешҷой (БТУ ҒП), 299 бемор (62,3%) ҷарроҳҳои кушода (аденомэктомиаи трансвезикалӣ (36,7%), систолитотомия ва аденомэктомиа - 25,6%) ва 9 бемор (1,9%) - систостомияи троакари гузаронида шуд (ҷадвали 1, расми 1).

### Ҷадвали 1

#### Вазни хоси усулҳои гуногуни муолиҷаҳои ҷарроҳиявии беморони бо гиперплазияи хушсифати ғадуди пешҷой

Беморӣ	Усулҳои муолиҷаи ҷарроҳиявӣ, микдор						Ҳамагӣ	
	БТУ ҒП		Ҷароҳҳои кушода		Систостомияи троакари			
	Мутлақ	%	Мутлақ	%	Мутлақ	%	Мутлақ	%
ГХҒП	172	35,8	299	62,3	9	1,9	480	100,0

Аз ҷадвали 1 дида мешавад, ки вазни хоси нисбатан калонтарро дар байни тамоми усулҳои муолиҷаҳои ҷарроҳиявӣ дар беморони бо ГХҒП ҷарроҳҳои кушода ташкил медиҳанд, ҳиссаи онҳо - 299 ҳолат (62,3%) -ро ташкил медиҳад, БТУ ҒП - 172 (35,8%).

Пастшавии фоизи ҷароҳҳои эндоскопӣ бо арзиши баланди он вобаста мебошад. Суръати такроран гузаронидани даҳолатҳои ҷарроҳҳои эндоскопӣ ва анъанавии беморон дар ҷадвали 2 оварда шудааст.

### Ҷадвали 2

#### Намудҳои муолиҷаҳои ҷарроҳиявии беморони бо гиперплазияи хушсифати ғадуди пешҷой

Намудҳои ҷарроҳӣ	Микдори беморон			
	Рақами мутлақ		%	
<b>Ҷарроҳҳои эндоскопӣ</b>				
- буриши трансуретралӣ ғадуди пешҷой (БТУ ҒП)	172		35,8	
<b>Ҷарроҳҳои кушода</b>				
- Аденомэктомиаи трансвезикалӣ	176	299	36,7	62,3
- Систолитотомия ва аденомэктомиа	123		25,6	
- Систостомияи троакари	9		1,9	
Ҳамагӣ	480		100	

Дар ҷадвали 2 намудҳои муолиҷаҳои ҷарроҳиявии беморони бо ГХҒП оварда шудааст. Дар 35,8%-и ҳолатҳо дар беморон БТУ ҒП гузаронидем. Аз намудҳои анъанавии даҳолатҳои ҷарроҳиявӣ дар 36,7% ҳолат аденомэктомиаи трансвезикалӣ ва систолитотомияро бо аденомэктомиа - 25,6%-и беморон ва ба 1,9%-и беморон систостомияи такрорӣ гузаронидем.

Дар таҳқиқотҳои мо суръати такроршавии усулҳои муолиҷаи эндоскопии беморони бо ГХҒП дар муқоиса бо даҳолатҳои ҷарроҳҳои анъанавӣ нишон дода шудааст ва он 1,7 маротиба паст буда, мувофиқан 35,8% ва 62,3%-ро ташкил медиҳад.

Аз 480 беморони ҷарроҳишудаи бо ГХҒП дар 112 ҳолат (23,3%) баъд аз даҳолати ҷарроҳӣ аворизи хусусияти сироятӣ



илтиҳоби ба миён омад, ки бо СДБ ШР вобаста буданд. Баъд аз БТУ аз 172 беморони бо ГХҒП дар 32 ҳолатҳо (18,6%) СДБ ШР баъд аз чарроҳии кушода аз 299 беморон - дар 80 ҳолатҳо (26,8%) ба миён омад. Дар 9 ҳолатҳо (1,9%) систостомияи троакарӣ СДБ ба қайд гирифта нашуд, зеро беморон дар 2-3 шабонарӯз ҷавоб дода шуданд.

Иллатҳои СДБ ШР дар раванди таҳқиқот ва муолиҷа дар шароитҳои беморхона ба миён омаданд. Дар пешоби беморон штамҳои микроорганизмҳоро муайян кардем, ки ҳангоми ба беморхона омаданашон муайян карда нашуда буд. Дар ҷадвали 3 суръати такроршавии иллатҳое, ки СДБ ШР дар беморони бо ГХҒП баъд аз БТУ ҒП ва чарроҳии кушода алоқаманданд, оварда шудааст.

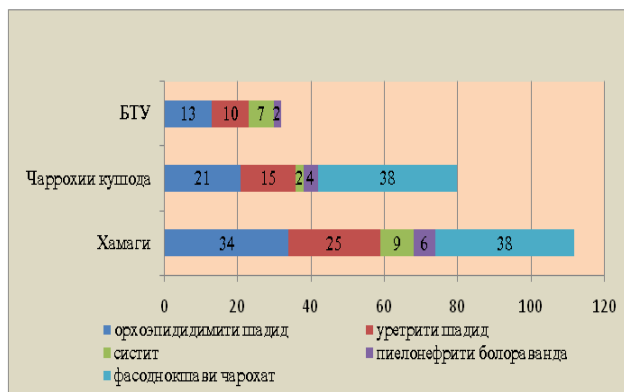
### Ҷадвали 3

#### Шакли нозологии сироятҳои дохилибеморхонавии шошароҳ дар беморони бо гиперплазияи хушсифати ғадуди пешҷой баъд аз буриши трасуретралӣ ғадуди пешҷой ва чарроҳии кушода (n-480)

№	Шакли нозологии СДБ	Намудҳои даҳолатҳои чарроҳиявӣ				P
		БШ (n=172)		Чарроҳии кушода (n=299)		
		абс.	%	абс.	%	
1.	Фасодгирии ҷароҳат	-	-	38	47,5	
2.	Орхоэпидидимити шадид	13	40,6	21	26,3	>0,05
3.	Уретрити шадид	10	31,3	15	18,8	>0,5
4.	Систит	7	21,9	2	2,5	<0,01
5.	Пиелонефрити болораванда	2	6,3	4	5,0	>0,5
	Ҷамағӣ:	32	100	80	100	

**Эзоҳ:** P - аҳамияти омори фарқияти байни намудҳои даҳолатҳои чарроҳӣ

Расми 1. Шакли нозологии СДБ ШР дар беморони бо ГХҒП баъд аз БТУ ҒП ва чарроҳии кушода (n-480)



Дар 172 ҳолат беморони бо ГХҒП БТУ ҒП гузаронида шуд, дар 32 ҳолат (18,6%) СДБ муайян карда шуд. Дар байни миқдори умумии иллатҳои мушоҳидашаванда ҳангоми БТУ ҒП дар 40,6%-и ҳолатҳо орхоэпидидимити шадид ҷой дошт, дар 31,3%-и ҳолатҳо уретрити шадид, дар 21,9%-и ҳолатҳо систит муайян карда шуд, боз дар 6,3%-и ҳолатҳо пиелонефрити болораванда мушоҳида карда шуд. Аденомактomia и трансвезикалӣ ва систолитотомия бо адено-

мактomia дар 299 бемори бо ГХҒП гузаронида шуд, СДБ ШР дар 80 (26,8%) бемор ба қайд гирифта шуд.

Фасодгирии ҷароҳатҳои баъдичарроҳӣ дар байни дигар аворизҳо мавқеи якумро ишғол мекунад - 47,5%, орхоэпидидимити шадид - 26,3%, уретрити шадид - 18,8%, систит ва пиелонефрити болораванда мувофиқан 2,5% ва 5,0%-ро ташкил доданд (ҷадвали 3, расми 1).

Хулоса, дар таҳқиқотҳои худ мо хусусиятҳои хоси сироятҳои дохилибеморхонави-ро дар беморони бо ГХҒП вобаста аз намудҳои даҳолатҳои чарроҳиявӣ муайян намудем. Дар асоси таҳлилҳои мо ва таҳқиқотҳои гузаронида шуда дар шароитҳои беморхонаи урологӣ вазни хоси чарроҳии кушода (62,3%) назар ба усулҳои чарроҳии эндоскопӣ (35,8%) баланд буд. Физии пасти вазни хоси чарроҳии эндоскопӣ дар шароитҳои мо бо арзиши баланди чарроҳии мазкур вобаста буд. Аз 480 беморони дар МКҶ "Урология"-и ш. Душанбе бистаришуда дар 23,3%-и беморон СДБ муайян карда шуд, ки аз онҳо баъд аз усу-



лҳои ҷарроҳии эндоскопӣ - 18,6%, хангоми ҷарроҳии кушода дар 26,8% ҳолатҳо ҷой доштанд.

Суръати такрорёбии усулҳои муо-

лиҷаҳои эндоскопии беморони бо ГХҒП нишон дода шудааст, ки дар мукоиса бо даҳолатҳои анъанавии ҷарроҳии кушода 1,7 маротиба паст мебошад.

### АДАБИЁТ

1. Алчинбаев М.К. Современные подходы в лечении доброкачественной гиперплазии предстательной железы I-II стадии в сочетании с абактериальным простатитом // Клиническое пособие. Алматы. 2012. С. 52.
2. Боронина Л.Г. Эпидемиология и этиологическая диагностика гнойно-септических хирургических инфекций // Ж. Инфекция и иммунитет. Материалы X съезда ВНПОЭМП. М.: 2012. С. 246.
3. Бугаев Е.А. Лечение доброкачественной гиперплазии предстательной железы и воспалительных процессов простаты // Вестник хирургии Казахстана. 2013. №1. С. 61-64.
4. Верткин А.Л. Доброкачественная гиперплазия предстательной железы и её осложнения в общей медицинской практике // Здоровье Мужчины. 2011. №4. С. 16-19.
5. Глыбочко П.В. Комбинированное эндоскопическое лечение больных аденомой предстательной железы // Урология. 2011. № 6. С. 81-83.
6. Деревянко Т.И. Профилактика инфекционно-воспалительных осложнений после открытых хирургических и эндоурологических манипуляций на органах мочевыводящих путей и репродуктивной системы у мужчин // ЭФ. Урология и нефрология. 2013. № 1. С.6-10.
7. Зейналов Б.Р. Инфекционные осложнения в многопрофильном хирургическом стационаре: эпидемиологический диагноз и мероприятия по контролю // Фундаментальные исследования. 2010. № 8. С. 22-31.
8. Крамарь О.Г. Внутрибольничные инфекции (лекция) // Вестник ВолгМУ. 2010. № 2(34). С. 3-7.
9. Кузнецов В.В. Факторы риска развития послеоперационных инфекционно-воспалительных осложнений у пациентов с доброкачественной гиперплазией предстательной железы и оценка их информационной значимости // Ж. Гродненского государственного мед. университета. 2013. № 4. С. 65-70.
10. Орлова О.А. Структура внутрибольничной заболеваемости в хирургическом стационаре // Инфекция и иммунитет. Актуальные вопросы частной эпидемиологии. 2012. Т.2. № 1-2. С. 490.
11. Сергиенко Н.Ф. Отличительные особенности чреспузырной экстрауретральной аденомэктомии от трансуретральной резекции простаты при аденоме // Урология. 2010. № 5. С. 29-35.
12. Серняк П.С. Гиперплазия предстательной железы - эволюция методов хирургического лечения // Здоровье мужчины. 2013. № 3(46). С. 161-163.
13. Шорманов И. С. Тактика лечения доброкачественной гиперплазии предстательной железы в стадии декомпенсации // Известия высших учебных заведений. Поволжский регион. 2016. № 2(38). С. 56-74.

### ХУСУСИЯТҲОИ ХОСИ СИРОЯТИ ДОХИЛИ БЕМОРХОНАВИИ ШОШАРОҲИ БЕМОРОНИ БО ГИПЕРПЛАЗИЯИ ХУШСИФАТИ ҒАДУДИ ПЕШҶОИ БАЪД АЗ УСУЛҲОИ ГУНОГУНИ ДАҲОЛАТОИ ҶАРРОҲӢ

**Мубрамият.** Сироятҳои дохили беморхонавӣ (СДБ) масъалаи ҷиддии клиникӣ ва эпидемиологӣ мебошад. Мубрамияти СДБ

бо рушди суръати афзоиши нуқсонҳои муайян карда мешавад, ки ба вазниншавии ҳолати беморон, душвории таъхис ва му-



раккабиҳои муолиҷаи СДБ, зиёдшавии вақти ба беморхона омадани беморон, талафи рузҳои қобилияти фаъолияти қорӣ, талафоти зиёди моддӣ барои муолиҷаи бемории асосӣ оварда мерасонанд.

**Мақсади таҳқиқот.** Ошқор намудани хусусиятҳои ҳоси сироятҳои дохилибеморхонавии шошароҳ дар беморони бо гиперплазияи хушсифати ғадуди пешҷой баъд аз истифодаи даҳолатҳои ҷарроҳии эндоскопӣ ва анъанавӣ.

**Маводҳо ва усулҳо.** Таҳқиқотҳои маҷмӯии клиникӣ дар 112 беморони бо сироятҳои дохилибеморхонавии шошароҳ (СДБ ШР) гузаронида шуданд, ки аз 480 беморони ҷарроҳишудаи бо ГХҒП муайян карда шуда буданд.

Натиҷаҳо ва муҳокимаи онҳо. Аз ҷониби мо хусусиятҳои ҳоси СДБ баъд аз усулҳои гуногуни муолиҷаҳои ҷарроҳиявӣ

(БТУ ва ҷароҳии қушода) муайян карда шуд. Аз 480 беморони ҷарроҳишудаи бо ГХҒП дар 112 (23,3%) ҳолат - баъд аз даҳолатҳои ҷарроҳиявӣ иллатҳои хусусияти сироятию илтиҳобидошта ба миён омаданд, ки бо СДБ ШР алоқаманд буданд. Баъд аз буриши трансуретралӣ (БТУ) дар 172 бемори бо ГХҒП дар 32 ҳолат (28,5%), баъд аз ҷарроҳии қушода дар 299 бемор - 80 ҳолат (26,7%) СДБ ШР ба миён омад.

**Хулоса.** Суръати такроршавии усулҳои эндоскопии муолиҷаи беморони бо ГХҒП нишон дода шудааст, ки 1,7 маротиба назар ба даҳолатҳои ҷарроҳиявӣ анъанавӣ қушода пасттар аст ва мувофиқан 35,8% ва 62,3%-ро ташкил медиҳад.

Калимаҳои калидӣ: сирояти дохилибеморхонавӣ, шошароҳ, гиперплазияи хушсифати ғадуди пешҷой, даҳолати ҷарроҳиявӣ.

## ОСОБЕННОСТИ ВНУТРИБОЛЬНИЧНОЙ ИНФЕКЦИИ МОЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ У БОЛЬНЫХ С ДОБРОКАЧЕСТВЕННОЙ ГИПЕРПЛАЗИЕЙ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПОСЛЕ РАЗЛИЧНЫХ СПОСОБОВ ОПЕРАТИВНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ

Ш.М. Тусматов, И.Н. Нусратуллоев, Г.М. Усманова, Н.С. Одинаев,  
З.М. Хасанова, Л.М. Базарова

Кафедра эпидемиологии ГОУ "ТГМУ имени Абуали ибни Сино"  
Медицинский Центр "Клиника Нусратуллоева"

**Актуальность.** Серьезную клиническую и эпидемиологическую проблему представляют ВБИ. Актуальность ВБИ определяется развитием частоты осложнений, приводящих к отягощению состояния больных, трудности диагностики и сложность лечения ВБИ, увеличением времени пребывания пациентов в стационаре, потерей дней трудоспособности, большими материальными затратами для лечения основного заболевания.

**Цель исследования.** Выявить особенности внутрибольничной инфекции мочевыводящих путей у больных с доброкачественной гиперплазией предстательной железы (ДГПЖ) после применения эндоскопических и традиционных оперативных вмешательств.

**Материалы и методы.** Комплексные клинические исследования проведены у 112

больных с внутрибольничными инфекциями мочевыводящих путей (ВБИ МП), выявленные из 480 оперированных пациентов с ДГПЖ.

**Результаты и их обсуждение.** Нами установлены особенности ВБИ после различных методов оперативного лечения (ТУР и открытые операции). Из 480 оперированных больных с ДГПЖ в 112 (23,3%) случаях после оперативного вмешательства возникли осложнения инфекционно-воспалительного характера, связанные с ВБИ МП. После ТУР у 172 пациентов с ДГПЖ ВБИ МП возникла в 32 случаях (28,5%), после открытых операций у 299 пациентов - в 80 случаях (26,7%).

**Заключение.** Показана частота эндоскопических методов лечения больных с ДГПЖ, которая снижена в 1,7 раз по сравнению с традиционными открытыми опе-





ративными вмешательствами и составляет она соответственно 35,8% и 62,3%.

**Ключевые слова:** внутрибольничная ин-

фекция, мочевыводящие пути, доброкачественная гиперплазия предстательной железы, оперативные вмешательства.

## FEATURES OF THE INTRAHOSPITAL INFECTION OF URINARY TRACT AT PATIENTS WITH BENIGN PROSTATE GLAND HYPERPLASIA AFTER VARIOUS WAYS OF SURGERIES

Sh.M. Tusmatov, I.N. Nusratulloev, G.M. Usmanova, N.S.Odinaev,  
Z.M. Khasanova, L.M. Bazarova

Department of epidemiology SEI "Avicenna Tajik State Medical University"  
Medical Center " Nusratulloev clinic"

A serious clinical and epidemiological problem is represented by nosocomial infections. The relevance of nosocomial infections is determined by the development of the frequency of complications leading to aggravation of the condition of patients, the difficulties in diagnosing and complicating the treatment of nosocomial infections, the increase in the patient's stay in hospital, the loss of working days, and the high material costs for treating the underlying disease.

**Aim.** Identify features of an intrahospital infection of urinary tract at patients with benign prostate gland hyperplasia (BPGH) in the conditions of application of endoscopic and traditional surgeries.

**Materials and methods.** Complex clinical studies were conducted at 112 patients with intrahospital infections of urinary tract (IHI

UT), revealed from 480 of the operated patients with BPGH.

**Results.** We have installed features of IHI after various methods of surgical treatment (TURP and open operations). From 480 operated patients with BPGH in 112 cases (23,3%) - after surgery there were complications of infectious and inflammatory character connected with IHI UT. After TURP at 172 patients with BPGH IHI UT arose in 32 cases (28,5%), after open operations at 299 patients - in 80 cases (26,7%).

**Conclusion.** Frequency of endoscopic methods of treatment of patients with BPGH which is lowered in 1,7 times in comparison with traditional open surgeries is shown and it makes respectively 35,8% and 62,3%.

**Keywords:** intrahospital infection, urinary tract, benign prostate gland hyperplasia, surgeries

*Тусматов Шохзод Маъмурович - табиб-урологи БМН Б.Гафуров, унвонҷӯи кафедраи эпидемиологияи ДДТТ ба номи Абӯали ибни Сино; e-mail: dr.tshm.tj@mail.ru; тел: (+992) 93-555-88-70*

*Нусратуллоев Исматулло Нусратуллоевич - табиб-урологи МТ "Клиникаи Нусратуллоев", доктори илмҳои тиб; тел: (+992) 907-73-45-95.*

*Усманова Гулнора Муқимовна - д.и.т., профессори кафедраи эпидемиологияи ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино; e-mail: gulnora.usmanova.64@mail.ru; тел: (+992) -93-344-03-93*

*Одинаев Ниёз Сафарович - мудири кафедраи эпидемиологияи ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино, д.и.т., профессор; e-mail: vaska5@list.ru; тел.: (+992) 93-151-07-10*

*Хасанова Зарина Мӯминовна - муаллими калони кафедраи эпидемиологияи ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино; e-mail: zhasanova@inbox.ru; тел.: (+992) 93-520-21-18*

*Базарова Лола Маджидовна - муаллими калони кафедраи эпидемиологияи ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино; e-mail: mirkab6@mail.ru; тел.: (+992) 918-45-97-13*

*Тусматов Шохзод Маъмурович - врач-уролог ЦРБ им. Б.Гафурова, соискатель кафедры эпидемиологии ТГМУ им. Абуали ибни Сино; e-mail: dr.tshm.tj@mail.ru; тел: (+992) 93-555-88-70*



**Нусратуллоев Исматулло Нусратуллоевич** - врач-уролог, доктор медицинских наук. Моб. тел.: (+992) 907-73-45-95.

**Усманова Гульнора Мукимовна** - д.м.н., профессор кафедры эпидемиологии ТГМУ им. Абуали ибни Сино; e-mail: gulnora.usmanova.64@mail.ru; тел.: (+992) -933-44-03-93

**Одинаев Ниёз Сафарович** - заведующий кафедрой эпидемиологии ТГМУ им. Абуали ибни Сино, д.м.н., профессор; e-mail: vaska5@list.ru; тел.: (+992) 93-151-07-10

**Хасанова Зарина Муминовна** - старший преподаватель кафедры эпидемиологии ТГМУ им. Абуали ибни Сино; e-mail: zhasanova@inbox.ru; тел.: (+992) 93-520-21-18

**Базарова Лола Маджидовна** - старший преподаватель кафедры эпидемиологии ТГМУ им. Абуали ибни Сино; e-mail: mirka66@mail.ru; тел.: (+992) 918-45-97-13

**Tusmatov Shokhzod Mamurovich** - urologist of the Central clinical, hospital B. Gafurova, applicant for the department of epidemiology State Educational Institution "Avicenna Tajik State Medical University"; e-mail: dr.tshm.tj@mail.ru; tel.: (+992) 93-555-88-70

**Nusratulloev Ismatullo Nusratulloevich** - urologist, Medical Center "Nusratulloev clinic", Doctor of medical sciences; tel.: (+992) 907-73-45-95.

**Usmanova Gulnora Mukimovna** - MD, professor of epidemiological department of State Educational Institution "Avicenna Tajik State Medical University"; e-mail: gulnora.usmanova.64@mail.ru; tel.: (+992) -933-44-03-93

**Odinaev Niyaz Safarovich** - head of the department of epidemiology of State Educational Institution "Avicenna Tajik State Medical University"; e-mail: vaska5@list.ru; tel.: (+992) 93-151-07-10

**Khasanova Zarina Muminovna** - senior lecturer department of epidemiology of State Educational Institution "Avicenna Tajik State Medical University"; e-mail: zhasanova@inbox.ru; tel.: (+992) 93-520-21-18

**Bazarova Lola Madjidovna** - senior lecturer department of epidemiology of State Educational Institution "Avicenna Tajik State Medical University"; e-mail: mirka66@mail.ru; tel.: (+992) 918-45-97-13

## МАВЧУДИЯТИ ФТОР ДАР ОБЪЕКТҲОИ ОБИИ БАРОИ НҶШОКӢ МУҚАРРАШУДАИ МИНТАҚАҲОИ ҶУМҲУРИИ ТОҶИКИСТОН

И.И.Бобоев<sup>1</sup>, С.П.Алиев<sup>2</sup>, Х.Н.Эгамназаров<sup>3</sup>, Н.Б.Бахтиёрова<sup>3</sup>,

Икром Давронзода<sup>3</sup>, К.Н.Дабуров<sup>3</sup>

<sup>1</sup>МД "Пажӯҳишгоҳи давлатии илмӣ-таҳқиқотии "Ғизо"-и Вазорати саноат ва технологияҳои нави Ҷумҳурии Тоҷикистон", <sup>2</sup>МД "Пажӯҳишгоҳи илмӣ-таҳқиқоти тибби профилактикии Тоҷикистон", <sup>3</sup>Кафедраи беҳдошти муҳити зист МДТ "ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино".

Муҳиммият. Об заминаи ҳаёт барои ҳар як инсон аст, барои қонеъ кардани ниёзҳои хоҷагӣ ва физиологӣ. Таркиби минералии оби нӯшоқӣ як ҷузъи қавии саломатии бадан аст. Барои микроэлементҳои инфиродӣ, алахусус фтор ҳамчун манбаи асосии воридшавии онҳо ба организм хизмат мекунад, зеро ҳазмнокии он зиёда аз 90% аст. Аз маҳсулоти хӯрокворӣ фтор дар доираи 15-20% бадтар азхуд карда мешавад, яъне барои қонеъ кардани ниёзҳои инсон ба фтор, ғизо аз об камтар муҳим аст [1].

Мувофиқи тавсияҳои ТУТ консентратсияи оптималии фтор дар оби нӯшоқӣ 0.7-1.1 мг/л ташкил медиҳад. Ҳудуди болои барои сокинони минтақаҳои хунук, поёнӣ - барои минтақаҳои гарм ва миқдори зиёди об аз тарафи аҳоли истеъмол мешавад тавсия дода мешавад. Миқдори фтор дар вояи хӯрок 0,4 - 0,8 мг. Ташкил медиҳад. Талаботи ҳаррӯзаи фтор 2 - 3 мг аст [2].

Қайд кардан зарур аст, ки таъсири фтор ҳамчун биоэлемент ба вазъи саломатии



аҳоли аз ду чониб баррасӣ карда мешавад. Баъзе муаллифон чунин меҳисобанд, ки фтор микроэлементи муҳим барои рушди мӯътадил ва рушди умумии бадан, мутаҳаррики ташаккули хуну масуният ва дар рушди устухону дандонҳо иштирок мекунад. Аз тарафи дигар, як қатор муаллифон номутаносибии ғадуди сипаршакл, фарбеҳӣ, остеопороз, флюороз, афзоиши лимфома, равандҳои психофизиологии мағзи сар ва тағироти маърифатии онро ба оқибатҳои манфии фтризатсияи об марбут донистаанд [3].

Норасоии фтор дар бадани инсон боиси таназзули (кариес) дандонҳо мегардад, ки дар сохтори бемории дандон бартарӣ дорад ва асоси бемории дандонпизишкӣ мебошад, инчунин ба шумораи зиёди кӯдакон ва калонсолон дар бисёр кишварҳои ҷаҳон, аз ҷумла дар Тоҷикистон, таъсир мерасонад. Миқдори аз ҳад зиёди он таъсири токсикоро ба вучуд оварда боиси флюороз мегардад [4, 5, 6].

Дар Тоҷикистон манбаи асосии фтор ин обҳои табиӣ мебошанд. Миқдори фтор дар об ба омилҳои гуногуни табиӣ ва хусусиятҳои минтақавӣ вобастаги дорад, алахусус дар минтақаи заводи алюминии Тоҷикистон баландтар аст, ки бо партобҳои истеҳсолии дорои фторидҳо ба муҳити зист алоқаманд аст. Дар қисми боқимондаи ҷумҳурӣ аз сабаби кам будани фтор дар об эндемикӣ ба шумор меравад, ки дар он қисми зиёди аҳоли аз кариес ранҷ мекашанд [7, 8].

Бо назардошти гуфтаҳои боло, омӯзиши таркиби фтор дар обанборҳои минтақаҳои ҷумҳурӣ манфиати илмию амалӣ дорад.

Мақсади тадқиқот баҳодихии сифати манбаҳои обии мутамарказ ва ғайримутамарказ ба миқдори фтор дар минтақаҳои Ҷумҳурии Тоҷикистон, зеро ин нишондиҳанда ба рӯйхати асосии талаботи гигиенӣ ба сифати оби ошомиданӣ дохил карда шудааст.

Маводҳо ва усулҳои тадқиқот. Намунаҳои оби нӯшокӣ барои омӯзиши мавҷудияти фтор дар шаҳрҳо ва минтақаҳои Суғд, Хатлон, ВМКБ ва Турсунзода гирифта шудаанд. Консетратсияи ионҳои фторид дар

намунаоб дар миқдори 1 литр бо истифода аз методи ионии "Эко-тест-2000" рН метр бо истифодаи усули потенсиометрӣ бо истифодаи як фториди интихобӣ муайян карда шуд. Қаблан, иономер мувофиқи қарорҳои стандартии мувофиқ санчида шуда буданд. Баҳогузори натиҷаҳо тибқи талаботи СанПиН ҚТ 2.1.4. 004-07 "Оби нӯшокӣ. Талаботи гигиенӣ сифати оби шабакаҳои мутамаркази таъминоти оби нӯшокӣ. Назорати сифат". Коркарди омории натиҷаҳо бо усулҳои маъмули қабулшуда баргузор карда шуд. Натиҷаи таҳқиқот ва иҷроқимаи он. Дар ҷумҳурӣ 763 шабакаи обтаъминкунии мутамарказ мавҷуд аст, ки аз онҳо 110 адад мунисипалӣ ва 653 шабакаи идоравӣ мебошанд. Аз шумораи зикршудаи лӯлаҳои марказонидашудаи об, оби зеризаминӣ дар 78% хатҳои об ва 22% обҳои рӯизаминӣ манбаҳои оби ошомиданӣ мебошанд (чашмаҳо, дарёҳо ва каналҳо). Ба ҳисоби миёна, дар кишвар қариб 60%-и аҳоли бо системаҳои мутамаркази обтаъминкунӣ таъмин мегардад: шаҳрҳо - 96% ва деҳот - 40%. Боқимонда аҳолии ҷумҳурӣ (40%) обро аз манбаҳои мухталиф истифода мебаранд, ки барои эҳтиёҷоти хоҷагӣ ва нӯшиданӣ аз ҷиҳати эпидемиологӣ хатарнок мебошанд.

Ҳамин тавр, об аз каналҳо, шабакаҳои обёрӣ ва ҳавзҳо - 20,5%, чашмаҳо - 9,1%, чоҳҳои бе шабакаи тақсимот - 2%, дарёҳо - 4,3%, насосҳои дастӣ - 2,9%, чоҳҳо - 0,7%, воридотӣ - 2% , оби борон - 0,4% [9].

Натиҷаҳои таҳқиқоти гузаронидашуда оиди таркиби фтор ҳам дар обҳои мутамарказ ва ғайримутамаркази минтақаҳои ҷумҳури дар ҷадвали 1 оварда шудааст.

Чӣ хеле, ки аз ҷадвали 1 маълум аст, манбаҳои обии рӯизаминӣ ва зеризаминии барои хоҷаги ва нӯшокии истифодашаванда дар як қатор минтақаҳои Ҷумҳурии Тоҷикистон (вилоятҳои Суғду Хатлон ва ВМКБ) дорои таркиби ками фтор мебошанд. Ҳамин тавр, консетратсияи миёнаи фторидҳо дар шабакаи тақсими об дар нуқтаҳои аҳолинишини минтақаи Бохтари вилояти Хатлон 0,18-0,23 мг/л, дар вилояти Суғд 0,2-0,28 мг/л ва дар ВМКБ - 0,14-0,18 мг/л.



### Чадвали 1. Мавҷудияти фтор дар манбаҳои обтаъминкунии минтақаҳои Тоҷикистон

Минтақа / Обтаъминкунии мутамарказ		Миқдори санчиш	Концентратсияи фтор дар оби нӯшокӣ - мг/л ( $M \pm m$ )		
			Миним.	Миёна	Максим.
Минтақаи Бохтари вилояти Хатлон	Аз манбаҳои обии сатҳӣ	108	0,18±0,01	0,20±0,01	0,23±0,02
Вилояти Суғд	Аз манбаҳои обии зеризаминӣ	126	0,22±0,01	0,24±0,01	0,26±0,02
	Аз манбаҳои обии сатҳӣ	92	0,20±0,01	0,25±0,01	0,28±0,02
ВМКБ	Аз манбаҳои обии зеризаминӣ	110	0,23±0,01	0,26±0,01	0,30±0,01
	Аз манбаҳои обии сатҳӣ	47	0,14±0,01	0,15±0,01	0,18±0,01
ш.Турсунзода	Аз манбаҳои обии зеризаминӣ	60	0,14±0,01	0,16±0,01	0,19±0,01
	Аз манбаҳои обии сатҳӣ	88	0,24±0,01	0,32±0,02	0,44±0,03
	Аз манбаҳои обии зеризаминӣ	142	1,04±0,03	1,12±0,04	1,26±0,05

Дар системаҳои мутамаркази обтаъминкунӣ дар н.Турсунзода, ки қаламрави он дар минтақаи таъсири заводи алюминии Тоҷикистон воқеъ аст, миқдори зиёди фторидҳо ба қайд гирифта шуд. Дар он ҷо, концентратсияи миёнаи фтор дар обҳои рӯизаминӣ дар доираи 0.24-0.44 мг/л ба қайд гирифта шудааст (ба ҳисоби миёна барои ҳама намуна  $0.32 \pm 0.02$ ), дар обанборҳои зеризаминӣ бошад баландтар - 1.04-1.26 (ба ҳисо-

би миёна барои ҳамаи намунаҳо  $1.12 \pm 0.04$ ). Аммо, миқдори онҳо аз арзиши меъёрӣ хеле пасттар буд.

Азбаски қисми зиёди аҳолии деҳот барои ниёзҳои рӯзгор ва нӯшокӣ обро аз дарёҳо, каналҳо, шабакаи обёрӣ ва чашмаҳо истифода мебаранд, тадқиқотҳо дар бораи таркиби фтор дар оби дарёҳои асосии минтақаҳои кишвар гузаронида шуданд (ҷадвали 2).

### Чадвали 2. Миқдори фтор дар оби дарёҳои асосии минтақаҳои Тоҷикистон

Дарёҳои асосӣ	Миқдори санчишҳо	Концентратсияи фтор, мг/л ( $M \pm m$ )		
		минималӣ	миёна	максималӣ
Вахш	108	0,19±0,01	0,21±0,02	0,24±0,02
Кафарниҳон	84	0,18±0,01	0,22±0,02	0,25±0,02
Сирдарё	112	0,20±0,01	0,18±0,01	0,22±0,01
Исфара	68	0,12±0,01	0,14±0,01	0,18±0,01
Зарафшон	54	0,15±0,01	0,17±0,01	0,21±0,01
Помир	16	0,11±0,01	0,14±0,01	0,16±0,01
Бартанг	22	0,10±0,01	0,12±0,01	0,15±0,01
Ванҷ	12	0,12±0,01	0,13±0,01	0,15±0,01

Чӣ хеле ки аз ҷадвали 2 маълум аст, мавҷудияти фтор дар дарёҳои асосӣ низ кам мебошад. Муайян гардид, ки дар оби дарёҳо ҳадди минималӣ ҳеҷ гоҳ ба сифр намерасад ва ҳадди максималӣ ба сатҳи баланд намерасад. Фосила байни концентратсияи ҳадди ақал (минималӣ) ва ҳадди аксар (максималӣ) дар оби дарёҳо хеле маҳдуд аст.

Тадқиқоти гузаронидашуда зарурати таҳияи системаи чораҳои пешгирикунандро барои паст намудани оқибатҳои манфӣ

бо миқдори кофии истеъмоли фторро дар бадани инсон талаб мекунад.

Лозим ба ёдоварист, ки норасоии фториди об дар бисёр минтақаҳои ҷаҳон паҳн гардидааст, ки ин дар байни олимони таваҷҷӯҳи самими марбут ба зарурати фторизатсия кардани оби нӯшокӣ дорад. Чунки концентратсияи пасти истеъмоли фтор ба ташаккули ногузир ва рушди кариес оварда мерасонад. Дар робита ба ин баъзе аз кишварҳои Аврупо ва ИМА барои пешгирии кариес ба



оби ошомидани ва хамираи дандошуи фтор илова карда мешавад.

Бори нахуст фторизатсиякунии оби нӯшоқӣ дар штати Мичигани ИМА соли 1945 оғоз гардид, ки баҳсҳо дар бораи фтордошавӣ ба оби нӯшоқи ҳоло ҳам идома дорад. Дар Аврупои ғарбӣ 97%-и кишварҳо аз фторкунии об даст кашидаанд. Таъсири оби фтордор ба саломатии аҳоли мавӯи асосии муҳокима гардид. Муаллифони хориҷӣ оқибатҳои манфии фтордоркуниро чунин меҳисобанд: тағйирот дар сохтор ва функцияи гадуи сипаршакл ҳамчун оқибати фарбеҳӣ, остеопороз, флюороз ва лимфома [10].

Тадқиқоти ба аҳоли асосёфта дар музофотҳои Хитой алоқамандии байни мавҷудияти фтор дар оби нӯшоқӣ ва кам шудани малакаи зехниро дарёфт. Инчунин муайян карда шуд, ки гурӯҳи кӯдаконе, ки таҳсил мекардаанд ва аз оби ошомидани аз фтор камтар истеъмол мекарданд, нишондодҳои

антропометрии баландтар мушоҳида гардид, ба монандӣ: афзоиш, ҳаҷми қафаси сина [11].

Натиҷаи дар боло зикргардида оид ба таъсири фтор ба организм талаб мекунад, ки эҳтиёткориро дар чорабиниҳои фтордорсозии об бо роҳи алтернативӣ таъмин намуд. Ба ақидаи мо, истифодаи васеътари аҳолии ҷумҳурӣ аз хамираи дандоншӯӣ, намак, маҳсулоти хӯрокворӣ бо иловаҳои фториди аз хориҷа воридшаванда қобили қабул аст.

**Хулоса.** Ҳамин тариқ, дар минтақаҳои таҳқиқшудаи Тоҷикистон норасоии фторидҳо ҳам дар обтаъминкунии мутамарказ ва ҳам ғайримарказӣ инчунин дар обанборҳои рӯизаминӣ низ пайдо карда шуд. Барои таъмин намудани организм бо фтор истифодаи васеътари хамираи дандонҳо, намак ва маҳсулоти хӯрокворӣ бо иловаҳои фториди, ки аз хориҷа ворид мешаванд имконпазир аст.

## АДАБИЁТ

1. Авцын А.П., Жаворонков А.А., Риш М.А., Строчкова Л.С. Микроэлементозы человека: этиология, классификация, органопатология. -М.-Медицина.-1991.- 496с.
2. Руководство по обеспечению качества питьевой воды: 4-е изд. ВОЗ. Женева, 2017.-604с.
3. Chouhan S., Flora S.J., Effects of fluoride on the tissue oxidative stress and apoptosis in rats: biochemical assays supported by IR spectroscopy data. Toxicology.-2008.- №5.- С.61-67.
4. Муллоджанов Г.Э. Сравнительная оценка краевой проницаемости светоотражающих пломб у кариесподверженных лиц. Автореферат диссертации на соискание ученой степени кандидата медицинских наук. Душанбе. -2006.-24с.
5. Шокиров М.К. Совершенствование стоматологической помощи у различных профессиональных групп авиаработников. Автореферат диссертации на соискание ученой степени кандидата медицинских наук. Душанбе. -2005.-22с.
6. Sharma R., Tsuchiya M., Bartlett J.D. Fluoride Induces Endoplasmic Reticulum Stress and Inhibits Protein Synthesis and Secretion // Environ. Health Prospect. -2008.- 116.- P.1142-1146.
7. Ашуров Г.Г. Основные показатели кариеса зубов у детей, родившихся от многорожавших женщин в условиях высокогорья // Здоровоохранение Таджикистана.- 2009.-№3.- С. 27-30.
8. Алиев С.П., Бабаев И.И., Саттарова М.Х. Суточное потребление фтора школьниками некоторых регионов Согдийской области Республики Таджикистан // Медицина труда с экологией человека.-2015.-№3.- С.45-49.
9. Азимов Г.Д., Дабуров К.Н. Питьевое водоснабжение населения в Таджикистане. Анализ ситуации и стратегия на будущее // Журнал Евразийский союз ученых.- Москва, 2016.- Том.-7 (28) .- №1.- С. 9-11.
10. Choi A.L., Sun G., Zhang Y., Grandjean P. Developmental Fluoride Neurotoxicity: A Review and Meta - Analysis. // Environ. Health Prospect. - 2012. - 8. -P. 92-98.
11. World Health Organization. Fluorides. - Geneva, 2002.-120p.



## МАВҶУДИЯТИ ФТОР ДАР ОБЪЕКТҲОИ ОБИИ БАРОИ НҶШОКИ МУҚАРРАШУДАИ МИНТАҚАҲОИ ҶУМҲУРИИ ТОҶИКИСТОН

Дар мақола натиҷаҳои омӯзиши намунаҳои оби ошомидани таъминоти мутамарказ ва ғайримутамаркази об дар минтақаҳои Ҷумҳурии Тоҷикистон аз рӯи таркиби фтор нишон дода шудаанд.

Норасоии хузури фтор дар таъмини ҳам оби марказонидашуда ва ҳам ғайримутамаркази барои аҳоли пайдо карда шуд. Тавсия дода мешавад, ки барои рафъи мушки-

лот тадбирҳо андешида шаванд. Барои таъмин намудани организм бо фтор истифодаи васеътари хамираи дандон, намак ва маҳсулоти хӯрокворӣ бо иловаҳои фториди, ки аз хориҷа ворид мешаванд имконпазир аст.

**Калимаҳои калидӣ:** фтор, таъсир ба организм, манбаҳои обтаъминкунии марказонидашуда ва ғайри-марказонидашуда, минтақаҳои Ҷумҳурии Тоҷикистон.

## СОДЕРЖАНИЕ ФТОРА В ВОДНЫХ ОБЪЕКТАХ ПИТЬЕВОГО НАЗНАЧЕНИЯ В РЕГИОНАХ РЕСПУБЛИКИ ТАДЖИКИСТАН

И.И.Бабаев<sup>1</sup>, С.П.Алиев<sup>2</sup>, Х. Н. Эгамназаров<sup>3</sup>, Н.Б. Бахтиёрлова<sup>3</sup>,  
Икром Давронзода<sup>3</sup>, К.Н. Дабуров<sup>3</sup>

<sup>1</sup>ГУ "Государственный научно-исследовательский институт питания Министерства промышленности и новых технологий Республики Таджикистан",

<sup>2</sup>ГУ "Научно-исследовательский институт профилактической медицины Министерства здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан",

<sup>3</sup>Кафедра гигиены окружающей среды, ТГМУ им. Абуали ибни Сино.

В работе приведены результаты исследований проб питьевой воды централизованного и нецентрализованного водоснабжения в регионах Республики Таджикистан по содержанию фтора. Установлен дефицит наличия фтора, как в воде централизованного, так и нецентрализованного водообеспечения населения. Рекомендовано с осторожностью проведение мероприятий по фторированию

воды. Восполнение потребностей организма возможно посредством более широкого применения населением зубных паст, соли и продуктов питания с фторидными добавками, ввозимыми из-за рубежа.

**Ключевые слова:** фтор, влияние на организм, централизованное и нецентрализованное водоснабжение, регионы Республики Таджикистан.

## FLUORINE CONTENT IN WATER OBJECTS OF DRINKING PURPOSE IN THE REGIONS OF THE REPUBLIC OF TAJIKISTAN

I.I. Babaev<sup>1</sup>, S.P. Aliev<sup>2</sup>, Kh. N. Egamnazarov<sup>3</sup>, N.B. Bakhtiyorova<sup>3</sup>,  
Ikrom Davronzoda<sup>3</sup>, K.N. Daburov<sup>3</sup>

<sup>1</sup>State institution "State Scientific Research Institute of Nutrition of the Ministry of Industry and New Technologies of the Republic of Tajikistan",

<sup>2</sup>State institution "Scientific Research Institute of Preventive Medicine of the Ministry of Health and Social Protection of the Republic of Tajikistan",

<sup>3</sup>Department of environmental health. Avicenna Tajik State Medical University.

The paper presents the results of studies of samples of drinking water of centralized and decentralized water supply in the regions of the Republic of Tajikistan on the content of fluorine. A deficiency of the presence of fluorine was found in both centralized and non-centralized water supply to the population. Caution is advised to conduct measures

for fluoridation of water. Replenishment of the body is possible with the wider use of the population of toothpastes, salt and food products with fluoride additives imported from abroad.

**Key words:** fluorine, effect on the body, centralized and decentralized water supply, regions of the Republic of Tajikistan



**Бобоев Икром Исломович**, д.и.т., профессор, мушовири илмии МД "Пажӯҳишигоҳи давлатии илмӣ-таҳқиқотии "Ғизо"-и Вазорати саноат ва технологияҳои нави Ҷумҳурии Тоҷикистон"  
**Алиев Самардин Партоевич**, д.и.т., профессор, МД "Пажӯҳишигоҳи илмӣ-таҳқиқоти тибби профилактикии Тоҷикистон"

**Эгамназаров Хусейн Назарович**, докторанти (PhD) кафедраи беҳдошти муҳити зист, МДТ"ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино", E.mail: kh.egamnazarov@gmail.com, тел.: (+992) 918795321

**Бахтиёрва Наргис Буориковна**, докторанти (PhD) кафедраи беҳдошти муҳити зист МДТ"ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино"

**Икром Давронзода**, аспиранти ғоибонаи кафедраи эпидемиологияи МДТ"ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино", E.mail: davronzoda89@mail.ru, тел.: (+992) 934044488

**Дабуров Камил Низомович**, д.и.т., профессор, мудири кафедраи беҳдошти муҳити зист МДТ"ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино", E.mail: daburovtgmu@yandex.ru, тел.: (+992) 907706630

**Бабаев Икрам Исламович**, д.м.н., профессор, научный консультант ГУ "Государственный научно-исследовательский институт Министерства промышленности и новых технологий Республики Таджикистан"

**Алиев Самардин Партоевич**, д.м.н., профессор, ГУ "Таджикский научно-исследовательский институт профилактической медицины"

**Эгамназаров Хусейн Назарович**, докторант (PhD) кафедры гигиены окружающей среды ГОУ "ТГМУ им. Абуали ибни Сино", E.mail: kh.egamnazarov@gmail.com, тел.: (+992) 918795321

**Бахтиёрва Наргис Буориковна**, докторант (PhD) кафедры гигиены окружающей среды ГОУ "ТГМУ им. Абуали ибни Сино"

**Икром Давронзода**, заочный аспирант кафедры гигиены окружающей среды и эпидемиологии "ТГМУ им. Абуали ибни Сино", E.mail: davronzoda89@mail.ru, тел.: (+992) 934044488

**Дабуров Камил Низомович**, д.м.н., профессор, заведующий кафедрой гигиены окружающей среды "ТГМУ им. Абуали ибни Сино", E.mail: daburovtgmu@yandex.ru, тел.: (+992) 907706630

**Babaev Ikram Islamovich**, MD, professor, scientific consultant, State Institution "State Research Institute of the Ministry of Industry and New Technologies of the Republic of Tajikistan"

**Aliiev Samardin Partoevich**, MD, professor, State Institution "Tajik Research Institute of Preventive Medicine"

**Egamnazarov Khuseyn Nazarovich**, PhD student of the Department of environmental health, Avicenna Tajik State Medical University. E-mail: kh.egamnazarov@gmail.com Tell: (+992) 918795321

**Bakhtiyorova Nargis Buorikovna**, PhD student of the Department of environmental health, Avicenna Tajik State Medical University. E-mail: nargis\_92-92@mail.ru

**Ikrom Davronzoda**, correspondence graduate student of the departments of environmental health and epidemiology, Avicenna Tajik State Medical University. E-mail: davronzoda89@mail.ru Tell: (+992) 934044488

**Daburov Komil Nizomovich**, Professor, doctor of medical sciences, head of the Department of environmental health, Avicenna Tajik State Medical University. E-mail: daburovtgmu@yandex.ru (+992) 907706630



## ХУСУСИЯТҲОИ ЭПИДЕМИЯИ ТИФИ ШИКАМ ДАР БАЙНИ МАРДУМ ВА АФСАРОНИ ДУШАНБЕШАҲР ДАР ВАЗЪИЯТИ ЧАНГИ ШАҲРВАНДӢ

Н.С. Одинаев<sup>1</sup>, З.Ф. Тағочонов<sup>2</sup>, И.Н. Нозимов<sup>2</sup>, И. Давронзода<sup>1</sup>, К.Н.Одинаева

<sup>1</sup>Кафедраи эпидемиологияи МДТ "ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино", <sup>2</sup>Госпитали харбии №451 Федератсияи Россия (ш.Душанбе, Ҷумҳурии Тоҷикистон).

**Муҳимият.** Аз рӯи маълумотҳои ТУТ бемории тифи шикам ҳоло ҳам дар ҷаҳон зиёд дида мешавад. Ҳамасола дар мамлакатҳои тараққикарда то 33 млн ҳодиса ба қайд гирифта шудааст, аз ин то 600-800 ҳазор нафарашон ба марг дучор мегарданд. Чунин вазъият метавонад дар баъзе мамлиқҳо хатари эпидемияи ин беморию ба вучуд оварад. [1,4].

Баъди пошхӯрии ҳукумати Шуравӣ, вусъатёбии рафтуомад аз мамлиқҳои хориҷӣ, ба вучуд омадани мушкилотҳои иҷтимоӣ-иқтисодӣ, дар натиҷаи барангезиши барангезандаҳои бемори дар мавзёҳои, ки ин бемори гоҳ-гоҳ дида мешуд ва овардани штамҳои нав аз хориҷи кишвар мушоҳида гардид [1-4]. Фаъолшавии чараёни эпидемики, бо баланшавии бемори бо намуди спорадики ва ё эпидемия бо штамҳои ҷойдорӣ дар мамлиқҳои Осиёи Марказӣ аз он ҷумла Тоҷикистон ба амал омад [2,3,5].

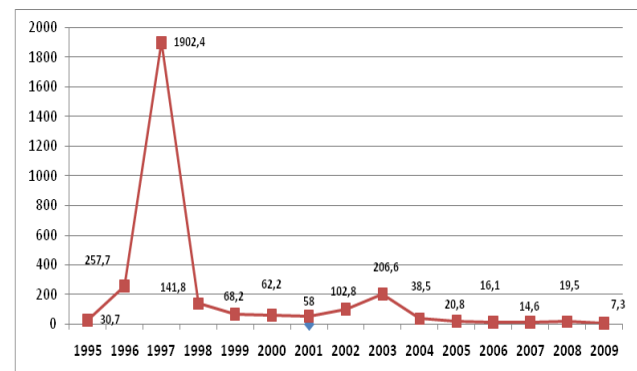
Ҳамин тавр баъди пошхӯрии давлати Шуравӣ аз ҳам ҷудошавии 15 ҷумҳури пастравии иқтисодиёт ва ноустувории сиёсати онрӯза, мардуми Тоҷикистонро ба низоъ овард. Аз соли 1992 то 1997 дар шаҳру деҳотҳои мамлакат задхӯрдҳои мусаҳалона байни гурӯҳҳои сиёсии ҳизбӣ ба вуқӯ паваст. Аз ин сабаб дар натиҷаи паст шудани сатҳи беҳдошти санитарӣ, иҷтимоӣ-иқтисодӣ вазъияти эпидемиологияи эпидемияи тифи шикамро ба вучуд овард.

**Мақсади таҳқиқот:** бо омӯзиш ва татқиқот муаян намудани қонуниятҳои бавучудоии эпидемияи тифи шикам дар байни аҳоли ва афсарон дар давраи чанги шаҳрвандӣ.

**Мавод ва усулҳои таҳқиқот.** Татқиқоти лаборатории барои муаян намудани сифати оби ошомиданӣ ва обе, ки барои корҳои хоҷаги ва рӯзгор истифода бурда мешавад. Қисмати, то системаи обсофкуни буда ва баъди тозакуни ҷори мешавад, санҷида шу-

дааст. Ҳолати системаи обтаъминкунӣ, коммуналӣ ҳаёти, иншоотҳои таъмини хӯроки чамъияти, дараҷа аз ҷиҳати санитари покгардии об. Баҳодиҳии дараҷаи потенциали хатарнокии эпидемиологияи об. Таъсири чанги шаҳрвандӣ дар ташакулёбии эпидемияи тифи шикам дар байни афсарони пойгоҳи Россия дар Душанбе буда ва истиқоматкунандагони шаҳри Душанбе.

**Натиҷаҳои таҳқиқот ва барасии онҳо.** Дар давраи вусъатёбии эпидемияи тифи шикам (солҳои 1996-1997) дар тамоми ҷумҳури 29382 (100%) нафар беморон ба қайд гирифта шуда буд, аз он ҷумла сокинони шаҳри Душанбе 10525 (3,8%) - ро ташкил медоданд (расми. 1).



**Расми 1** - Гирифтотршавии бемории тифи шикам дар байни аҳолии шаҳри Душанбе (дар 100 ҳазор нафар аҳоли).

Ҳамин тавр эпидемияи тифи шикам дар байни аҳоли аз охири 1996 оғоз меёбад, ки аз 257 нафар ба 1902,4 соли 1997 дар шаҳри Душанбе ба қайд гирифта мешавад.

Дар ҳамон солҳо баладшавии тифи шикам байни афсарон дар Душанбебудай пойгоҳи Россия низ мушоҳида карда мешавад. (расми. 2). Дар байни афсарон охири соли 1996 бемори ба 25,0 нафар, дар соли 1997 ин адад ба 77,0 нафар мерасад, соли 1998 бо муқоиса каме ба поён майл менамояд (30,0), аммо то 46,0 нафар дар 1999 ва 35,0 дар соли 2000 ба қайд гирифта шудааст.





**Расми 2 -** Чараёни бемории тифи шикам дар байни афсарони пойгоҳи дар Душанбебудаи Россия (адади мутлақ) дар давраи эпидемия (солҳои 1996-1999)

Дар натиҷаи гузаронидани татқиқоти махсуси бактериологи дар бемороне ки бо ташхиси эҳтемолии тифи шикам бистари гардидаанд нишон дод, ки бо тарзи расмии кишти хуни беморон (гемокультура) барангезандаи бемори *Salmonella typhi* дар 28 (18%) муаян гардид. Бо тарзи расмии банкагӣ дар 50 (33%) банкагии Septi Check муаян гардид.

Душанбе - ин пойтахти Ҷумҳурии Тоҷикистон, яке аз шаҳрҳои калони Осиёи марказӣ ба ҳисоб меравад, ки дар он 80% шаҳрвандон дар хонаҳои баланошонаи бисёрхучрагии шароити хуб дошта, 12% - дар хонаҳои шахси зиндагони мекунанд. Дар қариби солҳо дар миқёси шаҳр хонаҳои лойин, ки аз як ё ду хучра бо тирезаҳои хурди пастак ва томарқа иборат буданд наздикии ? ҳиссаи аҳолии шаҳр зиндаги мекард. Дар солҳои охир оилаҳое, ки дар шароити хуб зиндаги мекунанд то 95% (аз 69,1 дар соли 1997 то 78,4 2000 сол), дар ҳамин радиф оилаҳое, ки дар хонаҳои бе канализасия зиндагӣ мекарданд кам гардид -аз 22,3% 1992 - 1994г. то 18,1% 1995-1997г., аз он ҷумла сектори коммуналӣ - аз 8,5% то 4,5% ба таври мувофиқ.

Таносуби водопроводи кучаҳо (675,8км) ва коллекторҳои канализатсионӣ (435,2км) аз омӯзишӣ (солҳои 1996 - 1999) давр ҳамон хел дар як сатҳ мондааст. Сарчашмаи оби ошомидани ва хоҷагии шаҳр асосан дарёи Варзоб ва обҳои ҳавзҳои зеризаминии аз ҳисоби дарёи Кофарниҳон офаранда мебо-

шад. Оби ошомидани ва барои хоҷагии шаҳр асосан аз 4 стансияи обанборҳо, ки қудраташон ба 490 ҳазор м<sup>3</sup>/шабонарӯз дастрас мегардад. Дар ду стансия, ки дар шиболи наҳри Варзоб ҷойгир аст, коркарди безарагардонии об бо технологияи кӯҳна гузаронида мешавад, ки самаранокиаш пасттар мебошад, об бо дараҷаи баланд пок ва безарар гардонида намешавад. Дар давраҳои пастшавии сатҳи об ва обхезиҳо миқдори оби дарёҳо то 15-25 маротиба меафзояд. Дар ин муддат коли-титри об якбора баланд мешавад, миқдори модаҳои шинокунанда (взвешенных веществ), ки ба чараёни коркарди тозакунии об монеа меоранд. Дар мавсими гарми норасоии об ба назар мерасад, ин аз он хотир, ки отаъминкуни бо соатҳои муаян дар шабонарӯз ба нақша ғирифта мешавад, сабаби ин асосан аз корбаромадани хатҳои водопроводҳои кӯҳна мебошанд, ки безараргардонии об аз ин сабабҳо пурра ва босифат намешавад. Ин ҳолат ба он оварда мерасонад, ки 2% аҳолии шаҳр ҳамеша барои оби ошомидани ва хоҷагӣ аз обҳои рӯизаминӣ, ки бештар барангезандаҳои патогенӣ аз он ҷумла чупчамикробҳои тифи шикам ёфт мешуд, истифода бурда мешуд.

Барои баҳо додани ҳолати стансияи обанборҳо (водозаборных станций) таҳқиқоти лаборатории сифати об пеш аз дохилшавии он ба иншооти обтозакуни гузаронида шуд. Вазни қиёсии санҷиши об (Удельный вес проб воды) дар солҳои 1995-1997 бо колииндекс, баланшави аз сатҳи меъёр бо нишондоди ГОСТ, то 80-90% ро ташкил дод, (миқдори байнангии коли индекс 2800-28.500), аз миқдори санҷиш, ки дар он салмонеллаи тиф ва паратифҳо, шигеллаҳо ва дигар микрофлораҳои патогенни ки 4-10% ташкил дода ҳолати санитарии-эпидемиологиро баҳои "баланд" ташкил дод. Миқдори аммиак дар санҷишҳои об (в среднем) агар ҳисоби мобайниро гирем 0,001-0,006 мг/л, нитритҳо - 0,007 мг/л, нитратҳо - дар сатҳи 0,3-0,9 мг/л, ки мувофиқи талаби ГОСТ 2761-84 нишон дод. Миқдори хлоридҳо (2-70 мг/л) ки қариб сатҳи меъёриро нишон меод.



**Расми 3** - Дараҷаи коррелятсияи байни оби ғайристандартӣ ва беморшавии тифи шикам дар минтақаҳое, ки пойгоҳи афсарони армияи Россия ҷойгир буд ва амалиётҳои ҷангӣ мегузафт дар натиҷаи валангоршавии иншоотҳои ҳаётан зарӯр ба амал омада буд.

Натиҷаи таҳқиқот ва санҷишҳо нишон дод, ки миқдори аммиак (0,09- 0,1 мг/л), нитритҳо (0,003-0,006 мг/л) нитратҳо (0,1-2,4 мг/л), хлоридҳо (9,5-70 мг/л), сульфатҳо (150-200 мг/л) дар маҳзанҳои оби ки барои ошомидан ва водопроводҳои хоҷагӣ мардум истифода мебаранд, аз руи санҷишҳо ба ҳисоби миёна ба талаби ГОСТ ҷавобгу бошанд ҳам, аммо дар ин обҳо миқдори умумии микроорганизмҳо дар ҳудуди 340-2500 ва зиёдтар дида мешуд, коли-титр - 0,04-0,004 дар 1,4% санҷиш энтеробактерияи патогенни ёфт шуд ки ин аз он шаҳодат медиҳад, ки об бо ифлосҳои фекали макрух гардидааст (фекальных загрязнений воды).

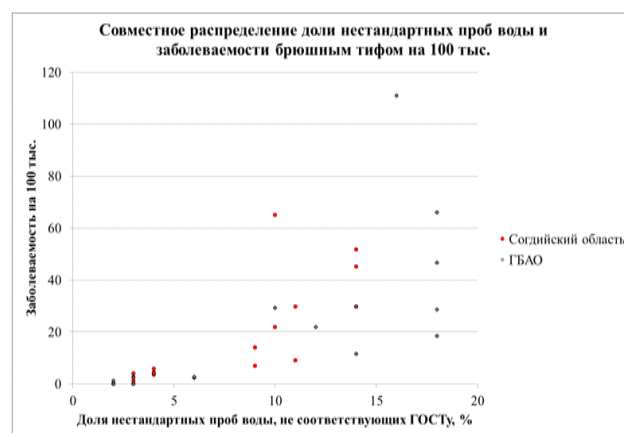
Таҳқиқот ва санҷиши об дар ду иншооти обанбор баъди тақшоншавӣ ва гузаштан аз филтёр, пеш аз дохилшавӣ ба хати шаҳри нишон дод, ки миқдори миёнаи ғализати аммиак (средняя концентрация аммиака) 0,08- 0,09 мг/л), нитритҳо (0,002-0,003 мг/л), нитратҳо (0,19- 2,1 мг/л), хлоридҳо (8-60 мг/л), сульфатҳо (150-200 мг/л) ва ҳисоби миёнаи дурушти об (2,0-3,0 мг экв./л), камтар тағир ёфтааст, ва дар сатҳи нишондодҳои то дохилшавӣ ба иншооти обтозакуни ва безаргардонии баробар буд.

Дар ин ҷо нишондодҳои миқдори умумии микроорганизмҳо (80-120) ва коли-титри об (4,1 - 290) беҳад бад шуд. Аз ин ҳам дар 2 то

43% санҷиши об ба талаботи ГОСТ ҷавобгу набуданд аз сабаби бо хлор безаргардонии об.

Ҳаминро қайд кардан ҷои астам, ки аз ҳама бештар ифлосшавии об дар марҳилаи амалиётҳои ҷангӣ дар он замоне, ки зиёдтар садамаҳо (то 2000 воқеа дар сол) дар системаи водопроводҳо ба вуҷуд меомад, дар он вақт то 0,87% санҷишҳо барангезандаҳои шигеллаи Зоне, Флекснер, сальмонеллаҳои тифи шикам ва протей дида мешуд. Баъди он, ки бо хлор омехтасозии об аз сари нав барқарор гардид, санҷишҳои об барои муаян намудани миқдори боқимондаи хлор (содержание остаточного хлора) дар нуқтаи тақсимкунии об муаян гардид, ки 30% санҷиш воёи боқимондаи хлор то 0,2 мг/л, ва 12% - боқимондаи хлор умуман маълум нагардид. Муаян гардид, ки сироят ва бемри аз барангезандаи тифи шикам бештар дар инсонҳо, ки дар манзилҳо, ки бо водопроводи дохили (40,8% - 47,4%) ва канализация (24,5% - 43,5%), таъмин нестанд, ва аз маводҳои шушушӣ (11,6% - 36,7%) бетаъминанд, собун барои шустани даст (34,8% - 53,3%) қоғазӣ таштоб (16,8 - 57,1%), ки барои нигоҳ доштани гигиенаи шахси заруранд надоранд.

Дар мавзӯи муқоисавӣ (ш.Хучанд), ки ҷанг ва вайронҳои набуд, дараҷаи хатари санитарӣ ва эпидемиологӣ "паст"буд. (расми. 4).



**Расми 4** - Дараҷаи коррелятсияи байни оби ғайристандартӣ ва беморшавии тифи шикам дар минтақаҳое, ки амалиётҳои ҷангӣ ва вайроншавии иншоотҳои нашудааст.



Аз нишондодҳои расмҳои дар боло иншошуда маълум гардидааст, ки як алоқамандии корелационни байни истифодаи оби нестандартӣ ва беморшавии тифи шикам дар минтақаҳои, ки амалиётҳои ҷанги бо валангоршавии иншоотҳои ба ҳаёт зарур ва минтақаҳои, ки ин амалиётҳо дида намешуд, иншоотҳо безара монда, таъминоти оби баландсифат ва қоидаҳои меъёрии санитарии риоя мешуд, саҳт алоқаманд мебошад.

Дарҷ кардан зарур аст, ки гузаронидани чунин татқиқот ба мо возеҳ у равшан маълум сохт, сабаби баланшавии хатари санитарии эпидемиологӣ минтақаҳо. Таҳлили натиҷаи санҷишҳо нишон дод, ки 64,8% иншоотҳои хурокаи ҷамъияти дар солҳои 1992-1994 ба сатҳи "пасти" хатари санитарии эпидемиологӣ, 26,6% - "миёна" ва 8,9% "баланд" мувофиқат мекард.

Дар соҳои 1995-1997 аз сабаби шиддати ҷанги шаҳрвандӣ миқдори баҳои "пасти" хатари санитарии эпидемиологӣ ба 15%, баҳои "миёна" ба боло майл намуда ба 55,8% ва "баланд" бошад то 28,4% баромад.

Ин саҳми иншоотҳои хурокаи ҷамъиятиро дар паҳн намудани сироят ва бемории тифи шикамро дар байни мардум тасдиқ менамояд. Дар ин давр сабаби асосие, ки баланшавии сироят ва беморшавии тифи шикамро дар байни омма мусоидат намуд ин ҷанги шаҳрвандӣ ва амалиётҳои вайронкори мебошад, ки дар натиҷаи он шароити зиндагии мардум бад шуд, барои риоя намудани оддитарин гигиенаи шахсӣ ва ҷамъияти шароит муҳаё набуд, иншоотҳои ҳаётан зарури зиндагӣ валангор шуда буд, шароити оби аз ҷиҳати сифатноки безарар набуд. Ба ғайр аз ин мутахассисони безараргардонии об ба мисли техникҳо, химикҳо, лаборантҳо, холораторҳо аз ҷумҳури рафтанд, бар болои ин маводҳои безараргардонии об ба мисли (маводҳои хлордор, коагулянтҳо, хока, сангреза, матоъ барои полоиш) иншоотҳои обтаъминкуни, обанборҳо, аз сабаби садамаҳо (авареяҳо) бо тартиби вайронии технологи қор мекарданд.

Ҳамин тавр натиҷаи таҳлили омузиши роҳҳо ва омилҳои пайдоиши эпидемияи тифи шикам дар солҳои 1996-1997 дар шароити

шаҳр дар байни мардум ва афсарони армияи Россия, метавонем ҳуллосабарори кунем, ки роҳи сироя бо об роҳи асоси дар ин эпидемия мебошад, роҳи тамосӣ ва хурокаи дуоминдараҷа ҳамчун тақвияткунандаи "думи эпидемиявии" эпидемияи обӣ мебошанд.

**Ҳуллоса.** Дар асоси нотинҷ шудани вазъияти сиёсати иҷтимоӣ ва дар асоси он барпо гардидани задухурди гурӯҳҳои мусалаҳона дар шаҳри Душанбе, ки вазъияти санитарии эпидемиологӣ баланд гардид, ки ин ба ривочи равандии эпидемиологӣ оварда ба эпидемияи тифи шикам овард. Задухурди мусаллаҳонаи тарафайн ба он овард: яқум баръало ба бадшавии ҳолати иншооти маркази обтаъминкуни дар нуқтаҳои обтақсимкунӣ; дувум садамаҳои зиёд, ба рӯзҳои бисёре овард, ки об ба системаи водопроводҳо дода намешуд; севум - зиёшавии кучманчиҳо аз ҷумҳури. Дар муддати солҳои 1995-1996 барои таъминкунии хоҷаги ва мардум об безарар гардонидани нашуда ба системаҳои водопроводҳои шаҳр дода мешуд, ки ин роҳи асосии сирояти мардум аз ҷубчамикроби тифро ба воситаи об тасдиқ намуд.

Ба ғайр аз сироят бо роҳи оби боз роҳҳои тамосӣ ва ғизогӣ дар натиҷаи дар кучаҳо ба фуруш баровардани моддаҳои ғизоӣ ва паст шудани тартибот ва назораи санитарии аз болои иншоотҳои ҷамъиятии хӯрокаи, истехсол ва таъмини ғизоҳои сифатан паст.

Шароити пасти санитарии - маишии мардум ки ба талаботи санитарӣ ҷавобгӯ нест роҳи тамосии сирояти тифи шикамро дар мавзёҳо фаъолтар намуд. Дар марҳилаи соҳои 1996-1999 миқдори беморони тифи шиками намуди атипикӣ ки баъди ҳафтум рӯзи беморӣ бистарӣ гардидаанд зиёд гардид аз  $23,3 \pm 4,5\%$  то  $71,4 \pm 4,5\%$ , ки ин ба паҳншавии зиёди микробҳои полирезистентӣ ва аз таъсири антибиотикҳо тобовари тифи шикам овард.

### Ҳулоса

1. Аз соли 1996 то 1999 дар шаҳри Душанбе дар асоси гиперэдемикӣ музмини беморшавии тифи шикам дар Тоҷикистон, эпидемияи бузурги ин бемори дар байни мардум ва афсарони пойгоҳи 201- дивизияи



Россия дар шаҳри Душанбе ба амал омад. Барои ба вучуд омадани эпидемия низоъи мусалаҳонаи тарафайн дар ҷумҳурӣ муосидат намуд, ки дар асоси ноустувории вазъияти сиёси ки ба гурӯҳҳои мусалаҳи муқобили ҳамдигар дар даврони барпо намудани истиклолияти ҷумҳурӣ овард.

2. Ҷанги шаҳрвандии тоҷикон дар маҳалҳо ба баланшавии дараҷаи хатари потенциали эпидемии аз сабаби вайрону валангоршавии сарчашмаи обтаъминкунии маркази ва ғайримаркази гардид.

3. Дараҷаи корреляция байни нусхаҳои нишондодҳои оби ғайристандартӣ ва беморшавии тифи шикам дар мавзёҳое, ки амалиётҳо бо задухурдҳои мусалаҳона бо валангоршавии иншоотҳои ҳаётан муҳим ва мавзёҳое, ки ин амалиётҳои ҷанги дида нашудааст, комилан ва дақиқ нишондоҳои татқиқоти инро инъикос менамояд.

4. Дар марҳилаи солҳои 1996-1999 баланшавии беморӣ дар байни аҳоли бо қиёс бо афсарони дивизияи 201-уми ФР дар шаҳри Душанбе як хел дида мешавад

Чорабиниҳои фаврии комплексӣ дар байни афсарон барои пешгирӣ ва паст кардани бемории тифи шикам:

I. Сари вақт ва бармаҳал муайян намудани беморон:

-барои саривақт ва бармаҳал муайян намудани бемории тифи шикам дар байни афсарон, дар сафкашии пагоҳирӯзӣ ва беғоҳи коркунӣ тиб (санинструктор) хатман иштирок намуда ҳар як афсарро аз назари муоина бо санчиши ҳарорати бадан ба анҷом мерасонид;

-дар ҳолати муайян намудани эҳтимолани аломатҳои беморӣ, беморро дар палатаи алоҳидаи (изолятор) нуктаи тиббии полк бистари намуда муоинаро бо санчиши ҳарсоатаи ҳарорати бадан оғоз намуд.

-дар ҳолати тасдиқ намудани бемории тифи шикам дар афсари бемор, таъҷилан номгуи афсарони дар тамоси пешаки бударо тартиб дода онҳоро ба татқиқоти хатми даъват менамоянд;

-барои муайян намудани сарчашмаи сироят, (бакносителҳо) мутахассисони госпитал ва мутахассисон аз Маркази давлатии назорати

санитарӣ эпидемиологӣ бо афсарони қисми ҳарбие, ки бемор дар он ҷо хизмат мекунад муоинаи тибби гузаронида мешавад, инчунин коркунони хизмати маиши аз ҷумлаи ошпазҳо ва дигарон аз назорати тибби бо татқиқоти лаборатори чалб карда мешаванд.

-ҳамаи бемороне, ки таби бадан доранд, таҳлили хун гузаронида мешаванд бо усули кишти хун барои сабзондани чубчамикробӣ тифи шикам, ва қатраи калон барои муайян намудани барангезандаи плазмоли "варача" (ин татқиқотҳо дар боло дарҷ гардида аз ташхиси бемори вобастаги надоранд).

II. Барои таъмини шабонарӯзии афсарон бо оби ҷӯшомада дар ҳар қисми ҳарби нуктаи обҷӯшони ташкил карда шуд:

-дар ин нуктаҳо сардори нукта бо ҷавобгарии маъсули, бо аъзоҳои бригада таъин карда шуд;

-ҳамаи афсарон бо бакчаҳои махсус, ки ҳамеша дар миён бо оби ҷӯшониди баста мегаштанд таъмин гашта шуданд;

-дар ҳамаи мавзёҳое, ки афсарон иҷрои вазифа менамуданд дар зарфҳои оби ҷӯшидаи хунукшуда захира карда аз рӯи талабот ба истифода дода мешуданд;

-дар ҳамаи зарфҳои захиравии об дар (ҷойҳои рамзмоишгузарони, дар вақти ҳаракати қисми ҳарбӣ, дар қисмҳои ҳарбӣ дар мавзёҳои техниканигоҳдори ва таъмиркуни ва ғ.);

-лабораторияи МДНСЭ ҳамеша ду маротиба дар як ҳафта аз обҳои захирави ва истеъмоли барои муайян намудани миқдори хлор санчиши лаборатори мегузаронид.

III. Ваксингузаронии афсарон:

-ҳамаи афсарони навомада дар рӯзи якум ба қисми ҳарби омадан баъди аз муоинаи тибби гузаштан ваксинаи "вианвак" аз тифи шикам гузаронида мешуд;

-сухбатҳо бо тарзи фаҳмондадиҳи барои риоя намудани гигиенаи шахсӣ ва ҷамъияти, худро муҳофизат намудан аз бемории тифи шикам гузаронида мешуд.

Ҳаминро дарҷ кардан зарур аст, ки дар натиҷаи гузаронидани чорабиниҳои комплексӣ, бемории тифи шикам дар байни афсарон ба тадриҷ дар муддати кӯтоҳ паст гардида аз соли 2011 умуман аз байн рафт.



## АДАБИЁТ

1. Абдурахманов Х.Ф. Эпидемиолого-клинические особенности брюшного тифа в городе Душанбе за последние годы: автореф. дис. канд. мед. наук. -М., 1969. -17с.
2. Камардинов Х.К. Инфекционные и паразитарные болезни /Х.К. Камардинов. Душанбе, 2009. -630с.
3. Коваленко А.Н. Патогенез брюшного тифа с современных позиций /А.Н. Коваленко, Ю.В. Лобзин // Вестник Санкт-Петербургского университета. Сер.11.2008. Вып.3. -С.86-94.
4. Лобзин Ю.В. Клиника, ранняя диагностика и лечение брюшного тифа у военнослужащих Российской Армии в Таджикистане /Ю.В. Лобзин, В.М. Волжанин // Воен. мед. журн., 2001.- Т. 322.-№ 12. -С.41-48.
5. Пирова А.Х. Некоторые эпидемиологические особенности брюшного тифа в разных зонах Республики Таджикистан. Сб: //Материалы I конгресса медицинских работников Республики Таджикистан, "Медицина и здоровье", Душанбе. -С.43.

**Хулоса.** Роҳи оби гузариши тифи шикам дар чумхурӣ асосан замоне фаъол гардид, ки солҳои 1996-1998 ҳолати беморнокии тифи шикам якуякбора вазнин гардид. Дар ҳамаи солҳо ҳолати обтаъминнамоии аҳоли бениҳоят бад буд, ки он бевосита аз садамаҳо дар стансияҳои обтаъминкунӣ, интиколи об, набудани маблағ ва масолах барои безаргардонии об ва инчунин бо бад гардидани ҳолати иқтисодию-иқтимоӣ ба назар мерасид.

Раванди музмини оби эпидемияи сиро-

яти рудаю меъда аз самаранокии чорабинҳои зизиддиэпидемии, сифати оби интиколибанди, шароитҳои безаранамии он, дараҷаи дурустии комунали, ҳолати санитарии объектҳои ҷамъияти хӯрока, баландбардоштани сатҳи санитарии фарҳангии аҳоли, саривақт дарёфт кардан ва ҷудо намудан вобастаги дорад.

**Калимаҳои калидӣ:** роҳҳои сироятёбӣ, хатҳои об, манбаи обтаъминкунии оби нӯшокӣ, задухӯрдҳои мусаллаҳона, хидматчиёни ҳарбӣ, аҳоли.

### ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ БРЮШНОГО ТИФА У НАСЕЛЕНИЯ И ВОЕННОСЛУЖАЩИХ г.ДУШАНБЕ В ПЕРИОД ГРАЖДАНСКОГО ВОЙНА.

Н.С. Одинаев<sup>1</sup>, З.Ф. Тагожонов<sup>2</sup>, И.Н. Назимов<sup>2</sup>, И. Давронзода<sup>1</sup>, К.Н.Одинаева

Кафедра эпидемиологии ГОУ "ТГМУ им. Абуали ибни Сино"<sup>1</sup>,

451 военный госпитал Российской Федерации (г.Душанбе, Республика Таджикистан)<sup>2</sup>

Водный путь передачи брюшного тифа в республике, особенно, был активен в период 1996-1998 гг., когда ситуация по заболеваемости брюшным тифом в республике резко осложнилась. В эти годы было отмечено крайне неудовлетворительное состояние водообеспечения населения, связанные с авариями на станциях водоподготовки, транспортировки воды, отсутствием финансовых и материальных средств для ее обеззараживания и т.п., связанное с ухудшением социально-экономического положения. Хроническое течение водной эпидемии ки-

шечных инфекций и эффективность противоземических мероприятий зависит от качества подаваемой воды, условий мониторинга за ее обеззараживанием, степени коммунального благоустройства, санитарного состояния объектов общественного питания, повышения уровня санитарной культуры населения, своевременного полного выявления и изоляции больных.

**Ключевые слова.** пути заражения, водопроводы, источники питьевого водоснабжения, вооруженные конфликты, военнослужащие и населения.



## EPIDEMIOLOGICAL PECULIARITIES OF ABDOMINAL TYPE IN POPULATION AND MILITARY SERVICE OF DUSHANBE DURING THE CIVIL WAR.

N.S. Odinaev<sup>1</sup>, Z.F. Tagozhonov<sup>2</sup>, I.N. Nazimov<sup>2</sup>, I. Davronzoda<sup>1</sup>, K.N. Odinaev

Department of Epidemiology SEI "Avicenna Tajik State Medical University"<sup>1</sup>

451 military hospital of the Russian Federation (Dushanbe, Republic of Tajikistan)<sup>2</sup>

The waterway of transmission of typhoid fever in the republic, especially, was active in the period 1996-1998, when the situation with the incidence of typhoid fever in the republic was sharply complicated. During these years, an extremely unsatisfactory state of water supply to the population was noted, associated with accidents at water treatment plants, water transportation, lack of financial and material means for its disinfection, etc., associated with the deterioration of the socio-economic situation.

The chronic course of the water epidemic of intestinal infections and the effectiveness of anti-epidemic measures depend on the quality of the supplied water, the monitoring conditions for its disinfection, the degree of communal improvement, the sanitary condition of public catering facilities, the increase in the level of sanitary culture of the population, timely complete identification and isolation of patients.

**Keywords:** ways of infection, water supply, sources of drinking water supply. armed conflicts, military personnel and the population.

**Одинаев Ниёз Сафарович** - д.и.т., мудири кафедраи эпидемиологияи ДДТТ ба номи Абӯали ибни Сино, E-mail [Vaska@list.ru](mailto:Vaska@list.ru), тел: (+992) 931510710

**Тагоҷонов Зариф Фозилович** - духтуруи шӯъбаи эҳёи 451-уи госпитали ҷарбии Россия, тел: (+992) 928938209

**Назимов Игорь Николаевич** - мудири шӯъбаи бемориҳои сироятии 451-уи госпитали ҷарбии Россия, тел: (+992) 907022016

**Икром Давронзода** - аспиранти ғоибонаи кафедраи эпидемиологияи ДДТТ ба номи Абӯали ибни Сино, E-mail [Davronzoda89@mail.ru](mailto:Davronzoda89@mail.ru), тел: (+992) 934044488

**Одинаева Кибриё Ниёзовна** - аспиранткаи Университети дустии халқҳои Россия, ш. Москва, тел: +79777782769

**Одинаев Ниёз Сафарович** - д.м.н., заведующий кафедрой эпидемиологии ТГМУ им. Абуали ибни Сино, E-mail [Vaska@list.ru](mailto:Vaska@list.ru), тел: (+992) 931510710

**Тагоҷонов Зариф Фозилович** - врач 451-й воинской части Военного госпиталя России, тел.: (+992) 928938209

**Назимов Игорь Николаевич** - зав. отдела инфекционных болезней 451 Военного госпиталя России, тел.: (+992) 907022016

**Икром Давронзода** - заочный аспирант кафедры эпидемиологии ТГМУ им. Абуали ибни Сино, E-mail [Davronzoda89@mail.ru](mailto:Davronzoda89@mail.ru), тел: (+992) 934044488

**Одинаева Кибриё Ниёзовна** - аспирант Российского университета дружбы народов, Москва, тел.: +79777782769

**Odinaev Niyoz Safarovich** - MD, Head of the Department of Epidemiology, TSMU named after Abuali ibni Sino, E-mail [Vaska@list.ru](mailto:Vaska@list.ru), tel: (+992) 931510710

**Tagonov Zarif Fozilovich** - doctor of the 451st military unit of the Military Hospital of Russia, tel.: (+992) 928938209

**Nazimov Igor Nikolaevich** - head. Department of Infectious Diseases 451 of the Military Hospital of Russia, tel.: (+992) 907022016

**Ikrom Davronzoda** - graduate student of the Department of Epidemiology TSMU them. Abuali ibni Sino, E-mail [Davronzoda89@mail.ru](mailto:Davronzoda89@mail.ru), tel: (+992) 934044488

**Odinaeva Kibriyo Niyozovna** - graduate student of the Peoples' Friendship University of Russia, Moscow, tel.: +79777782769



## ХУСУСИЯТҲОИ АЛОИМИ ТАШАННУЧИИ БРОНХҲО ДАР КӮДАКONI СИННИ БАРМАҲАЛ

Т.И. Раҳимов, Л.А. Бабаева, С.Р. Астанақулов, М.А. Раҳматуллоева

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

Алоими ташаннуҷии бронхӣ (АТБ)-ин маҷмуи аломатҳои клиникӣ, ки вобаста ба вайроншавии гузаронандагии бронхҳо ба вучуд омада, дорои хусусияти узвӣ ё вазоифӣ шуда метавонад. АТБ дар бемориҳои гуногун дида мешавад ва аз аломатҳои қабилӣ дарозшавии нафасбарорӣ, нафаскашии хуштакмонанд, сулфаи камбалғам, иштироки мушакҳои ёрирасон ҳангоми нафаскашӣ ташкил меёбад.

**Эпидемиология.** АТБ бештар дар кӯдакони синни бармаҳал мушоҳида мешавад. Ба пайдоиш ва ташаккулёбии АТБ омилҳои чунин мусоидат менамояд: СШВРН, ХАФ узвҳои нафаскашӣ дар кӯдакон, экологӣ, иҷтимоӣ. Аз маълумоти муаллифони гуногун таркиб ва миқдори АТБ аз 5% то 36-40%-ро ташкил медиҳад, ки бо мавҷуд набудани равиши ягонаи дар этиопатогенез ва ташхиси беморӣ вобаста мебошад [2]. Аз рӯи нишондодҳои мо (БКК №2 ва МД МТ "Истиклол") пайдоиши АТБ дар байни кӯдакони гирифтори бемориҳои роҳҳои нафас дар давоми 8 соли охир аз 14% то 23%-ро ташкил дод. Ба назар мерасад, ки ин бо баргари намуди вирус дар ҳар як мавсими беморшавӣ вобаста аст [28].

**Омилҳои ҳатари пайдоиши АТБ.** Яке аз омилҳои пайдоиши АТБ хусусиятҳои анатомияи физиологии (ХАФ) организми кӯдакони синни бармаҳал мебошад, ки ба ин гиперплазияи бофтаи ғадудӣ, тарашшуҳи балғами часпак, нисбатан танг будани роҳҳои нафасбарорӣ, камбудани ҳаҷми мушакҳои суфта, вентилятсияи пасти коллатералӣ ва норасоии иммунитетӣ мавқеъи дохил мешавад [19,21]. Ба омилҳои ҳолати пешазбеморӣ, ки ба ташаккулёбии АТБ оварда мерасонад инҳоро номбар кардан мумкин: собиқаи аллергологии номусоид, моилии ирсӣ ба атопия, ҳассоснокии баланди бронхҳо, патологияи перинаталӣ, рахит, паратрофия, гиперплазияи тимус, хуруниши

сунъӣ. Дар пайдошавии АТБ шароити номусоидӣ экологӣ ва тамокукашӣ дар ҳона аҳамияти муҳим дорад. Таъсири дурударози ин сабабҳо ба пастшавии занҷири ҳуҷайравӣ ва гуморалии иммунитет оварда мерасонад. Инчунин, бештар ба пушт хоб будани кӯдакони моҳҳои аввали ҳаёт ба вайроншавии клиренси мукосилиарӣ дучор менамояд [11,22,26].

**Этиология.** Сабабҳои пайдоиши АТБ гуногун аст. Асосан АТБ дар заминаи БШВРН оғоз меёбад. Инчунин, аз рӯи маълумоти баъзе муаллифон [1,10] АТБ дар 25%-40% ҳолатҳо, яке аз варианти равиши диққи нафас мебошад. Ба шумораи вирусҳои, ки бештар ба АТБ оварда мерасонад вирусҳои респираторӣ-синцитиалӣ (РС вирус), аденовирусҳо ва вирусҳои парагриппи типҳои 3 дохил мешавад. Дар кӯдакони синни бармаҳал сабаби АТБ аспиртсия, ки бо вайроншавии фурубарӣ вобаста аст, нуқсонҳои суроҳии сурхӯдаю-хирноӣ, нуқсонҳои модарзодии узвҳои нафас, муковитсидоз, ҳолатҳои иммунодефитситӣ шуда метавонад. Дар соли 2-юм ва 3-юми ҳаёти кӯдакон аз сабабҳои АТБ аспиртсияи қисми бегона, мигратсияи кирмаки даврашакл, диққи нафас ва нуқсонҳои дил ҷои аввалро ишғол мекунад [23,24].

**Патогенез.** Механизмҳои патогенетикӣ, ки ба пайдоиши ташаннуҷии бронхҳо оварда мерасонад ба вазоифӣ (бронхоспазм, варами луобпарда, инфилтратсия, норасоии мукотселиарӣ бо гиперсекретсияи луобҳо) ва органикӣ (стенози модарзодии бронхҳо, облитератсия ва ғайра.) ҷудо кардан мумкин аст. Ба назари Таточенко В. К. ва ҳаммуаллифон [4] тангшавии бронхҳои хурд ва баландшавии суръати ҳаво дар онҳо ҳангоми СШВРН дар кӯдакон ба тозашавии дарахти бронхиалӣ мусоидат намуда аз воридшавии микроорганизмҳо ба қисми поёнии онҳо муҳофизат менамояд. Хусусияти му-



хими ташаккулии АТБ дар кӯдакони синии бармаҳал бартарии варами илтиҳобӣ ва гиперсекретсия нисбат ба компоненти бронхоспастикӣ мебошад, ки ҳангоми табобат ба инобат гирифтани лозим аст [2]. Гистамин, лейкотриенҳо, порстагландинҳои илтиҳоб-мусоидкунанда гузаронандагии девораи рағҳоро зиёд гардида ба пайдоиши варами пардаҳои луобии бронхҳо, гиперсекретсияи луоб, бронхоспазм ва дар натиҷа ташакку-лӯбии АТБ оварда мерасонад. Дар пайдои-ши гиперреактивнокии бронхҳо алтерат-сияи (осебёбӣ) эпителияи луобпардаҳои роҳҳои нафас аҳамияти муҳим дорад [2,5]. Бофтаҳои осебёфтаи бронхҳо ба сирояти вирусҳо ва поллютантҳо ҳассосияти баланд пайдо мекунанд. Қайд кардан лозим аст, ки ҳангоми бемориҳои такроршавандаи шушу бронхҳо сохтори эпителияҳо тағйир ёфта ва гиперплазия ва метаплазияи онҳо ба назар мерасад.

**Таснифот.** Аз нуқтаи назари амалӣ АТБ-ро ба 4 гурӯҳ тақсим кардан мумкин:

1. Сироятӣ.
2. Аллергиявӣ.
3. Обтуратсионӣ.
4. Гемодинамикӣ.

Аз руи давомнокии АТБ: шадид (то 10 рӯз), тулкашида ва такроршаванда.

Аз руи вазнинии ташаннуҷии АТБ ба се дараҷа ҷудо мекунанд: дараҷаи сабук, миёнавазнин ва вазнин.

**Клиника.** Аломатҳои дараҷаи сабуки АТБ - ин пайдошавии нафастангӣ, сианоз ва хирросҳои хуштакмонанд ҳангоми зӯрбории ҷисмонӣ. Қайд кардан лозим аст, ки дар кӯдакони синии бармаҳал гиря кардан ва ғизо хӯрдан (сина макидан) прототи-пи зӯрбории ҷисмонӣ шуда метавонад. Нишондодҳои газҳои хун дар меъёр, нишондо-дҳои функсияи нафаскашии беруна (ФНБ) зиёда аз 80% - и меъёрро ташкил медиҳад.

Ҳангоми дараҷаи миёнавазнини АТБ пайдошавии нафастангии омехта ё экспираторӣ, сианози секунҷаи лабубинӣ дар оромӣ мушоҳида мешавад. Нафаскашии хуштак-монанд аз масофа шунида мешавад. Нишон-додҳои ФНБ 60-80%-ро ташкил медиҳад. Дар бораи нишондодҳои газҳои хун дар да-

раҷаи 2-юм ва 3-юми АТБ муаллифони гу-ногун ҳар хела маълумот медиҳанд [2,8,10]. Аз нуқтаи назари амалӣ чунин рақамҳоро истифода бурдан ба мақсад мувофиқ мебо-шад.:

Дараҷаи 2-юм    Дараҷаи 3-юм  
 PO<sub>2</sub> - аз 60 мм.сут.сим.    PO<sub>2</sub> - камтар аз 60 мм.сут.сим.

PCO<sub>2</sub> - камтар аз 50 мм.сут.сим.    PCO<sub>2</sub> - зиёда аз 50мм.сут. сим.

pH - 7,25    pH - камтар аз 7,25

Дараҷаи вазнини АТБ асосан бо ҳамлаи ташаннуҷи бронхӣ сар зада, баъдан нафас-кашии ғавғодори хуштакмонанд ва фурӯра-вии мавзеъҳои байниқабурғавии қафаси сина бо иштироқи мушакҳои ёрирасон дида мешавад. Сулфа бо балғами мушкилҷудо-шаванда [18].

**Ташхис.** Ташхисгузори дар кӯдакони синии бармаҳал дар асоси собиқа ва клиника, натиҷаи тадқиқотҳои физикалӣ ва функси-оналӣ гузошта мешавад. Аз сабаби иҷро карда натавонистани техникаи озмоиши ФНБ бо усулҳои спирография, пневмотахо-метрия дар беморони синии то 5-6 сола гу-заронида намешавад. Дар кӯдакони синии то 5 сола истифодабарии бодиплетизмогра-фия, отсиллометрия ва бронхография барои ташхис гузоштан кӯмаки муайян расонида метавонад [17,18].

Ба маҷмӯи усулҳои тадқиқоти дар раванди АТБ дохил мешаванд:

- таҳлили умумии хун
- тестҳои серологӣ ба мавҷудияти сироятҳои хламидия, микоплазма, пневмосиста, ситомегаловирус ва вирусҳои герпес
- тестҳои серологӣ ба гелминтозҳо (токсокароз ва аскаридоз)
- тадқиқотҳои алергологӣ бо муайян намудани IgE (умумӣ ва хос)

Рентгенографияи қафаси сина дар чунин ҳолатҳо гузаронида мешавад:

- истисно кардани пневмонияи шадид
- гумонбарӣ ба оризаҳо (ателектаз ва ғайра)
- гумонбарӣ ба ҷисми бегона
- раванди такроршавандаи АТБ





Бронхоскопия, бронхография, томография компютери бо нишондодҳои муайян гузаронида мешавад. Аксарияти ҳолатҳои АТБ дар кӯдакони синни бармаҳал ҳангоми СШВРН ва астмаи бронхиалӣ ба қайд мерасад [20]. Ба назар доштани бемориҳои муковиссидоз, сироятҳои паразитарӣ, тимо-мегалия, бемориҳои дилу раг ва ғ. ки АТБ камтар мушоҳида мешаванд ташҳиси дифференциалӣ гузаронидан лозим аст [5,7].

Таботати АТБ пеш аз ҳама ба бартараф намудани сабаби беморие, ки ба АТБ оварда расонид равон карда ва ба назардошти патогенези ташаккулёбии ташанучи бронҳо гузаронида шавад. Ба самтҳои асосии табобати АТБ дохил мешаванд:

-чорабиниҳои, ки ба беҳгардони вазифаи дренажи бронҳо мерасонад

-муолиҷаи зиддиилтиҳобӣ

-муолиҷаи бронхолитикӣ

Барои беҳгардони вазифаи дренажи бронҳо ба бемор дар миқдори лозима обнушонидан (регидрататсияи оралӣ) ва дар ҳолатҳои вазнин инфузияи дохилирағии моеъ эҳтиёткорона гузаронидан лозим. Инчунин, препаратҳои мунаффаси (балғамрон) ва муколитикҳо, массаж (махс), дренажи постуралӣ ва гимнастикаи муолиҷавии системаи нафаскашӣ истифода бурда мешавад [1,3,25]. Ҳангоми пайдошавии сулфа бо балғами часпак муколитикҳоро пайваста перорали ва ингалатсионӣ истифода бурдан ба мақсад мувофиқ мебошад. Муолиҷаи ингалатсионии АТБ яке аз усулҳои муосир буда, натиҷаҳои самаранок мебахшад. Муолиҷаи ингалатсионӣ бо ёрии ингалаторҳои компрессорӣ ё ултрасадоӣ гузаронида мешавад, ки маводи дорувори бо асбоб ба доначаҳои андозааш 2-5 мкм пошида мешавад [27,29]. То ин дараҷа майда шудани маводи доруворӣ ба роҳҳои поёнии нафас расониданро таъмин менамояд. Аз бронхолитикҳо барои муолиҷаи АТБ бо усули ингалатсионӣ ба препаратҳои интиҳобшуда дохил мешаванд: Беродуал (ипратропиум бромид ва фенотерол бо нисбати 1:2) аз ҳисоби 1-2 чакра ба 1 кг вазн ба қабул (на зиёда аз 10 чакра) то 3 маротиба дар як рӯз ва Салбутамол (небутамол) 1-2 мг ба қабул то 3 ма-

ротиба дар як рӯз. Инчунин, бо ингалатор аз муколитикҳо низ истифода бурдан мумкин аст, ки барои ин мақсад Лазолван (амброксол) барои ингалатсия истифода мешавад. Барои кӯдакони аз 3 сола боло пайваста истифода бурдани муколитикҳо ва бронхолитикҳо бо роҳи ингалатсионӣ тавсия карда мешавад [8, 12, 25]. Афзалиятнокии муолиҷаи ингалатсионӣ бо небулайзерҳо содда ва қулай будани истифодабарии онҳо дар шароити хона ва воямуайянкунии дақиқи маводи дорувори мебошад.

Ба назардошти, ки АТБ ҳангоми СШРН сабаби вирусӣ дорад, муолиҷаи антибактериалӣ дар кӯдакони синни бармаҳал гузаронида намешавад. Антибиотикҳо танҳо дар ҳолати оризаҳои бактериалӣ (отит, бронхиолит) ва зиёдшавии норасоии нафас бо ҳарорати фебрилӣ истифода бурда мешаванд. Самал Т. ва ҳаммуалифон аз сабаби, ки бактерияҳои ба АТБ оварда мерасонад ба микоплазма ва хламидияҳо таалукдоранд истифодабарии макролидҳо ва антибиотики β-лактамиро тавсия медиҳанд.

Препарати беҳтарини барои муолиҷаи муколитикии АТБ дар кӯдакони синни бармаҳал амброксол мебошад. Амброксол нафақат таъсири муколитики ва мукокинетики дорад, балки хосияти зиддиилтиҳобӣ, сурфактантхосилкуни низ дорад. Дар истифодабарии он оризаҳои алергикӣ дида намешавад. Амброксол бо миқдори 7,5-15 мг 2-3 маротиба дар як рӯз таъин карда мешавад. Бо мақсади мунаффаси атсетилсистеин бо миқдори 50-100 мг 2 маротиба дар як рӯз истифода бурдан мумкин аст. Ҳангоми истеъмоли атсетилсистеин назорати гидрататсияи адекватии организми бемор лозим мебошад [15,16].

Илова бар қисми табобатии мақола овардани усулҳои муолиҷаи табиби машҳури ниёғони мо Абӯалӣ ибни Синоро оиди тангнафасӣ ва диққи нафас муфид донистем. Доир ба адвияе, ки дар муолиҷаи тангнафасӣ ва диққи нафас аллома менависад: "Зуфо рутубати сарсина ва шушро латиф карда, дар илочи диққи нафас нафъ мебахшад. Қантуриюн барои диққи нафас давои аҷиб аст" [9]. Ҳамагӣ дар лавҳаи чилу шашум ва як саду



чилу панҷуми рисолаи Алвоҳия ("файзия") Абӯалӣ ибни Сино зиёда 40 номгӯи дорувориҳои содда номбар мекунад, ки дар тангнафаси ва барои балғамрони истифода бурдан лозим аст. Ба қатори онҳо дохил мешаванд:

Бодоми талх, Анисун, Хулба, решаи ширинбия, Анҷир бо хардал омехта, Хиёри шанбар, Бодири ёбай, Унсул ва дигар. Хонанда ҳангоми лозим будан ба ин асари аллома муроҷиат карда метавонад.

### АДАБИЁТ

1. Клинико - иммунологические особенности обструктивного бронхита у детей с инфекциями респираторного тракта / Германова О.Н. // Автореферат диссертации кандидата медицинских наук, Ставрополь, 2011.
2. Мазурин А.В. Пропедевтика детских болезней / А.В. Мазурин, И.М. Воронцов // Медицина, 2009. - С. 383-398.
3. Мизерницкий Ю.Л. Современные подходы к терапии острой бронхиальной обструкции у детей / Ю.Л. Мизерницкий, И.М. Мельников // Российский вестник перинатологии и педиатрии, 2016. - Т. 54.- №3.
4. Таточенко В.К. Бронхиты у детей / В.К. Таточенко.: Медицина 2015. - С 95.
5. Овсянников Д.Ю. Дифференциальная диагностика и терапия бронхообструктивного синдрома у детей. /Д.Ю. Овсянников., Д.А. Кравчук Д.А. // Здоровье Украины №19. 2015. - С. 60-61
6. Самаль Т. Легочные обструктивные формы острого бронхита у детей раннего возраста. / Самаль Т. Москаленко Татьяна//. Научное общество пульмонологов: сборник научных трудов. Белоруссия. 2013 - С. 109.
7. Зайцева О. В. БОС у детей . / О.В. Зайцева, С.В. Зайцева // Российский медицинский журнал. 2009. №3. С - 38-44.
8. Стенина О.И. Ингаляционная терапия БОС у грудных детей с ОРИ. 2010г. /Стенина О.И., Паунова С.С.// Материалы XV конгресса по болезням органов дыхания. - СПб.: 2003. - С. 188.
9. Абӯалӣ ибни Сино. "Осори Муктаҳаб", чилди дуум. Нашриёти "Ирфон". - 1983.- С.342 - 383.
10. Болезни органов дыхания. Таточенко В.К. Рагинский С.В. Москва. -1990.
11. Чхаидзе И.Г., Немсадзе К.П., Манджавидзе Н.Ш. и др. // Педиатрия. - 2001.- No5.-С. 38-40.
12. Назаренко Н.М., Кузьменко Л.Г., Петрук Н.И. // Педиатрия .- 2001.- No5.- С. 20-23.
13. Simoes, E.A. Paliviumab prophylaxis, respiratory syncytial virus, and subsequent recurrent wheezing / E.A. Simoes, J.R. Grootuis, X. Carbonell-Estrany // O, Pediatr. 2007. - Vol. 1. - P. 6-7.
14. Vogelberg, C. Exhaled breath condensate pH in infants and children with acute and recurrent wheezy bronchitis / C. Vogelberg, C. Wurfel; A. Knoetzsch // Pediatr Pulmonol. 2008. - Vol. 12. - P. 1166 - 1172.
15. Аттаулаханов Р.И., Гинцбург А.Л. // Педиатрия.- 2005.-No4.- С. 47-61.
16. Иванова В.В., Железникова Г.Ф., Шилова И.В. // Педиатрия. -2005.- No4.- С. 61 - 66.
17. Аршба, С.К. Современные аспекты сочетанной патологии: бронхиальная астма и заболевания верхних отделов желудочно-кишечного тракта у детей // Педиатрическая фармакология. 2008, т.5, 4с.
18. Бойцова, Е.В. Новые методы диагностики хронического бронхита у детей // Российский вестник перинатологии и педиатрии, 2001, 3, с Гриппи, М.А. Патофизиология легких, изд.2-е испр. // М.-С-Пб.: ЗАО Издательство Бином, 2000- 344 с.
19. Дамианов, И. Секреты патологии перевод с англ. // М.: ООО "Медицинское информационное агентство", 2006, с Зосимов А.Н. Детская пульмонология. Принципы терапии // М.: Эксмо, 2008, 736 с. (Профессиональная медицина).
20. Овсянников, Д.Ю. Острый бронхит у детей. Вопросы практической педиатрии // 2010, т.5, 2, с Острые респираторные заболевания у детей: лечение и профилактика. Пособие для врачей // М., 2002, 70 с.



21. Полин, Р.А., Дитмар М.Ф. Секреты педиатрии перевод с англ. // М.-С-Пб.: изд-во Бинном "Невский диалект", 1999, с Практическая пульмонология детского возраста (справочник 3-е изд.) под ред. Таточенко В.К.
22. Спичак, Т.В. Постинфекционный облитерирующий бронхиолит у детей // М.: Научный мир, 2005, 80 с.
23. Царькова, С.А. Современные аспекты диагностики и лечения острого бронхиолита у детей // Вопросы практической педиатрии, 2006, т.1- 6 с.
24. Hall C.B. Respiratory Syncytial virus, what we know now. Contemp. Ptdiatr., 1994, 10, p Acute viral Bronchiolitis: to Treat or not to Treat That Is the Question // The Journal of pediatrics, 2007, 123, sept.
25. Mallory M.D., Shay D.K., Garrett J., Bordley W.C. Bronchiolitis management preferences and the influence of pulse oximetry and respiratory rate on the decision to admit/pediatrics, 2003, 111 p.
26. Smyth R., Openshaw P.M. Bronchiolitis // The Lancet, 2006, v. 368, july 22 p.
27. Swingle G.H., Hussey G.D., Swarenstein M. Randomised controlled trial of clinical after chest radiograph in ambulatory acute lower respiratory infection in children // Lancet, 1998, 351 p.
28. Wennergren G. Epidemiology of respiratory infection associated with wheezing in children / ERS Copenhagen, 2005 congress.
29. Zhang L., Mendoza-Sassi R.A., Wainwright C., Klassen T.P. Nebulized hypertonic saline solution for acute bronchiolitis in infants // The journal of pediatrics, 2007, sept.

### ХУСУСИЯТҲОИ АЛОИМИ ТАШАННУЧИИ БРОНХҲО ДАР КҶДАКОНИ СИННИ БАРМАҲАЛ

**Т.И. Рахимов, Л.А. Бабаева, С.Р. Астанакулов, М.А.Рахматуллаева**

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

Дар мақола оиди механизмҳои асосии пайдошавии ташаннуҷи бронхҳо сухан меравад, ки саҳми ҳар кадоми онҳо аз сабаби беморӣ ва синни кӯдак вобастагӣ дорад. Хусусиятҳои анатомию физиологӣ ва заминаи номусоиди преморбидӣ ба ташаккулёбии алоими ташаннуҷи бронхҳо аҳамияти ҷиддӣ дорад.

Хусусияти муҳими алоими ташаннуҷи кӯдакони то 3 сола, ин бартариҳои гиперсекреция ва варами илтиҳобӣ бронхҳо аз бронхоспазм, ки дар барномаҳои табобатӣ ба инobat гирифташ лозим аст.

**Калимаҳои калидӣ:** бронхити ташаннуҷӣ, кӯдакони сини бармаҳал, табобат.

### ОСОБЕННОСТИ БРОНХООБСТРУКТИВНОГО СИНДРОМА У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

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

Существует несколько основных механизмов развития бронхиальной обструкции. Удельный вес каждого из них зависит от причины, обуславливающий патологический процесс и возраст ребёнка. Анатомо-физиологические особенности детей раннего возраста и преморбидный фон определяет высокую частоту формирования бронхообструктивного синдрома (БОС) у этой группы пациентов. Важной

особенностью формирования обратимой бронхиальной обструкции у детей до 3-х летнего возраста является преобладание воспалительного отека и гиперсекреции вязкой слизи над бронхоспастическим компонентом обструкции, что необходимо учитывать в комплексных программах терапии.

**Ключевые слова:** дети, ранний возраст, бронхит, обструкция, лечение.



## FEATURES OF BRONCHIAL OBSTRUCTIVE SYNDROME IN CHILDREN OF EARLY AGE

**Rakhimov T.I., Babaeva L.A., Astanaqulov S.R., Rakhmatullaeva M.A.**

Department of propaedeutics of children diseases (head of the department - candidate of medical sciences, associate professor L.A. Babaeva) of SEI "ATSMU"

There are several mechanisms of development of the bronchial obstruction. Frequency of them depends on etiology of pathologic process and the age of a child. Anatomical and physiological features of children of early age and comorbidity determines high frequency of development Bronchial-obstructive syndrome in certain group of patients. Main features of development

of reversible bronchial obstruction in children till 3 years of age is the predominance of inflammatory swelling and hyper secretion of viscous mucus upon bronchial-spastic component of obstruction, what is necessary to take into account in the complex programme of treatment.

**Key words:** bronchitis, obstruction, children, treatment.

**Раҳимов Толиб Исмоилович** - ассистенти кафедраи таълими асосҳои бемориҳои кӯдакони МДТ "ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино" тел.: 987565475.

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

**Астанақулов Сарвар Раҳматуллоевич** - ассистенти кафедраи таълими асосҳои бемориҳои кӯдакони МДТ "ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино" тел.: 901600849.

**Раҳматуллоева Манижа Ахмедовна** - ассистенти кафедраи таълими асосҳои бемориҳои кӯдакони МДТ "ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино", тел.: 985500707.

**Рахимов Толиб Исмоилович** - ассистент кафедры пропедевтики детских болезней ГОУ "ТГМУ имени Абуали ибни Сино", тел.: 987565475.

**Бабаева Лола Абдунаимовна** - заведующая кафедрой пропедевтики детских болезней ГОУ "ТГМУ имени Абуали ибни Сино", e.mail: lola.a.babaeva@mail.ru, тел.:446003624.

**Астанақулов Сарвар Раҳматуллоевич** - ассистент кафедры пропедевтики детских болезней ГОУ "ТГМУ имени Абуали ибни Сино", тел.: 901600849.

**Раҳматуллоева Манижа Ахмедовна** - ассистент кафедры пропедевтики детских болезней ГОУ "ТГМУ имени Абуали ибни Сино", тел.: 985500707

**Rakhimov Tolibjon Ismailovich** - assistant of the department of Propaedeutics of children diseases, SEI "ATSMU" tel: 987 56 54 75

**Babaeva Lola Abdunaimovna** - c.m.s., associate professor, head of the department of propaedeutics of children diseases of SEI "ATSMU", E.mail: lola.a.babaeva@mail.ru, tel.:446003624.

**Astanaqulov Sarvar Rakhmatulloevich** - assistant, department of propaedeutics of children diseases of SEI "ATSMU", tel.: 901600849.

**Rakhimov Tolib Ismoilovich** - assistant, department of propaedeutics of children diseases of SEI "ATSMU", tel.: 987565475.

**Rakhmatullaeva Manizha Akhmedovna** - assistant, department of propaedeutics of children diseases, SEI "ATSMU", tel.: 985500707



## ТАЪСИРИ МАСРАФИ ЧОЙ БАҲАТАРИ ШИКАСТАГИИ НОШӢ АЗ ПӢКИИ УСТУХОН ДАР СОЛМАНДӢ (МЕТААНАЛИЗИ МУТОЛИОТИ МУШОҲИДАӢ)

Мандана Ҳотамӣ.

Донишгоҳи тиббии Балх, Ҷумҳурии Исломии Афғонистон.

**Муқаддима.** Чой бештарин нӯшидани аст, ки дар саросари ҷаҳон истифода мешавад ва ба иллати асари анти оксиднокии қобили мулоҳиза ва нақши он дар хунсозии радикалҳои озод бисёр мавриди тавачҷух қарор гирифтааст [1,18]. асароти судманди масрафи чой дар пешгири аз саратон, артрити ревматоид ва бемориҳои қалбӣ-уруқӣ тахти мутолиа қарор доранд [2,1-571,3]. Аз сӯйи дигар усораи чойи ҳовӣи миқдори болоӣ аз фулуroid, фаловнуидҳо ва фитустружунҳо аст, ки ба назар ҳамагӣ асароти судманде бар рӯйи моддаи маъданӣ устухон доранд [3-8,1001]. Ахиран мутолиоти мутаъдаде мунташир шудааст, ки таъсири нӯшидани чой бар рӯйи пӯкии устухонро мавриди баррасӣ қарор додаанд. Бо ин ҳол натоиҷи мутолиоти мунташиршуда дар ин замона мутағайӣ аст: дар як мутолиа робитаи маъкусе байни масрафи чой ва мизон доништа моддаи маъдани устухон дар байни занони 50-60 солаи амрикоӣ гузориш шудааст [4-128] дар ҳоле ки дар мутолиоти дигар гузориш шудааст, ки масрафи чой робитаи мустақиме ба мизон моддаи маъданӣ устухон дорад [3-772,34]. Асари нӯшидани чой бар рӯйи шикастагии устухон ҳам дар мутолиоти мухталиф гузоришҳои лифпафовитеро ба дунбол доштааст [11-8, 1802, 15]. Дар яке аз мутолиоти мақтаӣ анҷомшуда нишон дода шуд, ки нӯшидани чой бо коҳиш 30% ҳатари шикастагии устухон дар занон [8] ва мардон [9] болои 50 сол иртибот дорад. Лизо истифода аз як равиши систематик барои баррасии ҷамъбандӣ натоиҷи мутолиоте, ки то кунун анҷом шудаанд, зарурӣ ба назар мерасад.

Дар ин мутолиа мурури систематик (Systematic review) ва метаанализ талоши таъсир мешавад, то шанси хато ва сӯғирихоро аз байн бурда ва аз таркиб, анализ ва таҳлили натоиҷи мутолиоти мустақиле, ки ҳамагӣ ҳадафи яксоиро дунбол мекунанд, ба як натиҷаи кулӣ бо қудрати бештар даст

ёбем. Ин навъи мутолиот, ки дар ҳоли ҳозир аз лиҳози илмӣ бештари арзишро доранд, дар силсила маротиби шавоҳиди муътабар (Hierarchy of Evident) дар раъси анвоъ, мутолиот қарор доранд ва аз эътибори болои бархӯрдор мебошанд [12-26, 146, 56]. Ҳадаф аз мутолиаи ҳозир баррасӣи систематик мутолиот мунташир шуда, то кунун дар заминаи робитаи масрафи чой бо шикастагии устухон ношӣ аз пӯкии устухон бо равиши метаанализ ҷиҳати дастёбӣ ба натоиҷи комилтар ва бо қудрат омӯрӣ бештар мебошад.

**Равиши баррасӣ.** Дар ин мутолиа ибтидо бар асоси ҷустуҷӯ дар пойгоҳҳои иттилооти пизишкӣ MEDLINE, Pubmed, ISI, EMBASE ва Cjchrane бо истифода аз як стратегияи ҷустуҷӯи мақолот ва бо калимоти калидӣ шомили Caffeine, Coffee, Tea ва муштақоти онҳо ва баррасии иртиботи онҳо бо калимоти калидӣ Osteoporosis, Bone density, BMD (Bone Mineral Density) ва Fracture куллияи мақолоте, ки аз соли 1980 то кунун дар ин замина ба забони англисӣ мунташир шудаанд, тавассути ду пажӯҳишгари мустақил истихроҷ гардид. Феҳристи манобеъ мавриди назар дар тамоми мақолоте, ки тайи мароҳили ҷустуҷӯ ёфт шудаанд, мавриди арзёбӣ қарор гирифта, то соир манобеъи эҳтимолӣ низ дар мутолиа ворид шаванд. Сипас бо мутолиаи ҳулосаи мақолот, мутолоте, ки комилан бо иртибот бо савол таҳқиқи ин пажӯҳиш бударо ҳазф карда ва мутолиоти комилан муртабит ё эҳтимол муртабитро сабт ва бо баррасии матни комили мақолот, мақолоти комил муртаб бо ҳадафи ин пажӯҳишро интихоб намудем. Дар марҳалаи охир аз миёни мақолот интихоб шуда, бар асоси меъёрҳо арзишҳои нуқодона мақолоте ки шароити вуруд ба мутолиаи доранд, интихоб кардем. Лозими зикр аст, ки куллияи мароҳили арзёбии кайфияти мақолот низ тавассути ду пажӯҳишгари мустақил анҷом шуд. Муто-



лиоте, ки дар рӯи кофеин ба унвони яке аз маводи мавҷуд дар чой ба танҳои кор шуда буд, ҳазф шудаанд. Меъёрҳои вуруд ба мутолиа шомили дастрасии ба матни комили мақола бо забони англисӣ, навъи мутолиа [case-controls, cohort, cross sectional] чамъияти мавриди мутолиаи афроди солманд ё миёнсол ва муталеоте, ки дар [CI ва OR ё RR] гузориш шуда бошад.

**Истихрочи иттилоот:** Дар мавриди мутолеоте, ки вориди анализ шудаанд, иттилооти марбут ба навъи мутолиа теъдоди ширкаткунандагон дар мутолиа, навъи моддаи мавриди мутолиа (кофеин, қаҳва, чой, нӯшоба) ва мизони масрафи он, паёмади мавриди баррасӣ ва натоиҷи гузориш шуда дар мутолиаи таррохшуда дар нармафзори excel сабт гардид. Дар мавриде, ки анализ барои мавориди мутаъдаде adjust шуда буд, натиҷа adjust кардан барои бештарин теъдоди мутағайир маҳдудшуда, сабт гардид.

**Анализи иттилоот:** Барои анализи додаҳо аз Pooled RR натоиҷи истихрочшуда ва аз дастури Metaп дар нармафзори STATA истифода шуд. Барои арзёбии ҳидружиниснитии мутолиот аз Cochran's Q test ва барои андозагирии сӯғирӣ интишор аз Cochran's Q test ва (Begg's Rank correlation test ва (regression method Egger's (истифода шуд. Дар ин мутолиа бо фарзи ин, ки танҳо омили эҷоди парокандагӣ дар натоиҷи мутолиоти мухталиф, тағйироти тасодуфии ҳосил аз намунагириҳои мутаъдад аз чома будааст аз модели собит (fix) истифода шуд.

**Ёфтаҳо.** Дар ин мутолиа бо бар асоси ҷустуҷӯ дар пойгоҳҳои иттилооти пизишкӣ, 421 мақола интихоб шуданд, ки зимни баррасии аввалия унвонҳои ҳулосаи мақолот тавассути ду нафар ба таври муҷазан, 201 мақола, ки ибто мавзӯи таҳқиқи ғайри муртабит буд ва 142 мутолиа муруре аз мутолиа хориҷ шуданд. Аз миёни 78 мутолиаи боқимонда 4 маврид аз мутолиоти анҷомшуда англисӣ буданд ва 2 мақола қабл аз соли 1980 мунташир шуда буданд. Дар ниҳоят матни комили 78 мақолаи мавриди баррасӣ қарор гирифт ва дар сурате, ки мақолаи мавриди назар меъёрҳои вуруд бар мутолиаро дошт, иттилооти лозим истихроч мегардид.

Метаанализи анҷомшуда бар рӯи 8 мутолиа мушоҳидае, ки таъсири масрафи чой бар рӯи шикастагии гардани феморро гузориш карда буданд, нишон медиҳанд, ки масрафи чой мумкин аст бо кохиши эҳтимоли бурузи шикастагӣ иртибот дошта бошад, вале ин иртибот маънидор нест: (PR=0.872:0.733-1-038) (P\_for\_Heterogeneity 0/096:1=42/3%) дар сурате, ки анализро бо тафкили навъи мутолиа анҷом диҳем, мушоҳида мешавад, ки бар асоси натоиҷи мунташиршуда дар мутолиоти кӯхурт масрафи чой ба сурати маънидоре дар кохиши хатарии шикастагӣ устухони гардиши фемор муассир будааст (PR=0/734=0?568-0928) (0.975:1+0,00% P for Heterogeneity).

**Баҳс.** Ин мутолиа бо ҳадафи баррасии таъсири чой бар рӯи хатарии шикастагӣ устухон ба сурати метаанализ бар рӯи 8 мутолиа мушоҳидаи анҷом шуд ва натоиҷи он нишон дод, ки масрафи чой асарии пешгириона дар бурузи шикастаги дорад, вале ин таъсир маънидор набуд, дар ҳоле ки дар анализ ба тафкики навъи мутолиа мушоҳида шуд, ки бар асоси натоиҷи мунташиршуда дар мутолиоти кӯхурт, масрафи чой ба сурати маънидоре дар кохиши хатарии шикастагии устухони гардани фемор муассир будааст.

Остеопарез яке аз бемориҳоиест, ки аз иллати (иллатҳои) умда дар солмандон маҳсуб мешавад [27-1254] ва навоҳие, ки мизони таърокуми моддаи маъданӣ камтаре дорад, бештар ин хатар шикастагии устухонро дорад [28-665]. То кунун омили зиёде шинохтаанд, ки бар рӯи мизони моддаи маъдани устухон таъсир мегузоранд. Мизони ҳадди аксари тӯдаи устухон ба авомили хатарии мухталифе, монанди наҷод, чинс, тағзия, факторҳои эндокрин (гормонҳои чинсӣ, калсийтриюл) таъсироти механикӣ (фаъолияти баданӣ, тӯдаи баданӣ ва ғ) ва баъзе авомили хатарии дигар, монанди сигор кашидан ва масрафи алкул ва кофеин бастагӣ дорад. Муҳимтарин моддаи ғизоӣ, ки обит шудааст бар рӯи метаболизми устухон таъсир дорад, калсий аст (29-11) ва кофеин аз тариқи асар бар рӯи метаболизми калсий дар эҷоди пӯкии устухон нақш ифто мекунад. Чой яке аз манобеи ғании фитостроген ва флороид



аст, ки ҳар ду метавонанд дар ҳифзи моддаи маъдани устухон кӯмаккунанда бошанд. Аз сӯйи дигар, чой ҳовии кофеин ҳам мебошад, ки мӯчиби кохиши тӯдаи маъдани устухон мешавад. Дар мутолиоти мухталиф [4-34]. Дар як мутолиа робитаи маъкусе байни масрафи чой ва мизони таракуми моддаи маъдани устухон дар занони синну соли баъд аз сисолагӣ дар Канада (30) Британия (6) ва Осиё мунташир шудааст.

Агар чи асароти судманди истифодаи аз чой дар мутолиоти мухталиф гузориш шудааст ва дар анализи феълӣ низ ба таъйид расид, вале мизони масрафи он дар мутолиоти мухталиф ба суратҳои мутафовите гузориш шудааст (30, 9, 6) бо ин ҳол гузориш шудааст, ки тӯли муддати масрафи чой ба унвони як омили хатари муассир бар рӯи мизони тағйироти ВМД маъмулан тадриқи анҷом мешавад, барои ин ки чой битавонад бар рӯи ВМД тағйир эҷод кунад, бояд таъи муддати тӯлонӣ масраф шавад, то асароти таҷаммуи он мӯчиби тағйири маънидоре дар мизони моддаи маъдани устухон гардад: яъне масрафи тӯлонии муддати мизони мутавассити чой бештар аз масрафи микдори зиёд, вале кӯтоҳмуддати чой бар рӯи ВМД таъсир дорад (1-18), бинобар ин тӯли муддати масрафи чой бар рӯи ВМД аст. Бо ин

ҳол мумкин аст ин мавзӯ ношӣ аз одатҳои мухталифи масрафи чой байни ҷавоили ашӯи ва соир ҷавоили бошад, ки бояд бештар мавриди баррасӣ қарор гирад. (1-3).

Фарзияҳои мухталифе барои таҷрибаи асароти муҳофизаткунандаи чой бар рӯи устухон қобили тарҳ аст, ки мумкин аст ба танҳои ё ҳамроҳ бо ҳам мунҷар ба ин асарот гарданд. Аввалин фарзия ин аст, ки мухтавои болои фулуroidи мавҷуд дар чой метавонад пешрафти остеопорозро оҳиста намояд [1-31]. Дуввумин иллати машраҳшуда вучуди сатҳи болои фловонидҳои мавҷуд дар чой шомили фитострогенҳо ва эпируфловинҳо аст, ки метавонанд мӯчиби афзоиши ВМД шаванд [32-289]. Дар баъзе мутолиоти озмоишгоҳӣ нишон додаст, ки усораи чой метавонад аз бози ҷазби устухони муш ҷилавгирӣ карда ва устухон дар муқобили фаъолиятҳои кластогенӣ муҳофизат кунанд [33, 34, 3091, 61] бояд дар назар дошт, агарчи чой ҳовии микдори зиёди кофеин ҳаст, микдори камтари кофеин дорад, аммо боз ҳам ба нисбати қаҳва, ки манбаи аслии кофеин аст, микдори камтари кофеин дорад (30 -45 мг дар ҳар стакан дар муқобили 60 -129 мг дар стакан) [5-772] ва бо дар назар гирифтани гузоришоти мухталиф дар мавриди афзоиши хатари шикастагии устухон мавҷуд аст.

### Ҷадвали 1. Мушаххасоти мутолиоти мушоҳидаӣ воридшуда дар анализ.

جدول ۱- مشخصات مطالعات مشاهده‌ای وارد شده در آنالیز

CI (upper)	CI (lower)	OR/R		Age	Sex	Sample N	Year	Country	End Point	Study Type	Study	
1.33	0.48	0.8		Tea	40-76	female	31527	2006	Sweden	fractures (any site)	Cohort	Hallstrom
3.36	0.72	1.55		Tea	60-99	male-female	43-57	2010	India	Hip fx.	Case Control	Jha
1.98	0.44	0.93	Hip	Tea	50-79	female	91465	2003	US	fractures (any site)	Cohort	Chen
1.3	0.66	0.93	Foram Fx									
1.22	0.88	1.04	Other Fx									
0.98	0.53	0.72		Tea	>50	male	938	1999	France,Greece, Italy,Portugal, Spain,Turkey	Hipfx.	Cohort	Kanis
1.8	0.9	1.3		Tea	19-74	female	279	1995	Italy	Hipfx.	Case Control	Tavani
1.73	0.29	0.71		Tea	34-59	female	84484	1991	US	Hipfx.,Forearmfx	Cohort	Hernandez-Avila
1.19	0.44	0.72		Tea	55-69	female	34703	2000	US	fractures (any site)	Cohort	Hansen
1.03	0.21	0.46		Tea	50-103	female	161-168	1992	US	Hip Fx	Case Control	Nieves



**Натичагирӣ.** Чой ба унвони нӯшидани роиҷ илова бар асароти антиоксидантии фаровон ношӣ аз доро будани миқдори болои фलोноидҳо ва пулифенолҳо, метавонад хатари шикастагии устухониношӣ аз пӯкии устухонро кохиш диҳад. Бояд дар назар дошт, ки ҳеч мурури

систематики наметавонад чонишини як мутолиаи аввалияи хуб таррохишуда шавад, аз ин рӯ пешниҳод мешавад, ки мутолиоти мушоҳиданӣ алоданигар бо ҳаҷми намунаи кофӣ, гурӯҳи контролӣ ва муддати пайгирии муносиб таррохӣ ва иҷро гардад.

### АДАБИЁТ

- Gardner EJ, Ruxton CH, Leeds AR, Black tea-helpful or harmful? A review of the evidence. *Eur J Clin Nutr.* 2007;61(1): 3-18.
- Siddiqui IA, Afaq F, Adhami VM, Ahmad N, Mukhtar H. Antioxidants of the beverage tea in promotion of human health. *Antioxid Redox Signa.* 2004;3(6): 571-82.
- Wu CH, Yang YC, Yao WJ, Lu FH, Wu JS, Chang CJ. Epidemiological evidence of increased bone mineral density in habitual tea drinkers. *Arch Intern Med.* 2002;162(9): 1001-6.
- Hernandez-Avila M, Stampfer MJ, Ravnikaar VA, Willett WC, Schiff I, Francis M, Longcope C, McKinlay SM, Longcope C [corrected to Longcope C. Caffeine and other predictors of bone density among pre- and perimenopausal women. *Epidemiology* 1993;4(2): 128-34.
- Chen Z, Pettinger MB, Ritenbaugh C, LaCroix AZ, Robbins J, Caan B J, Barad DH, Hakim IA. Habitual tea consumption and risk of osteoporosis: a prospective study in the women's health initiative observational cohort. *Am J Epidemiol.* 2003: 158(8): 772-81.
- Hegarty VM, May HM, and Khaw KT. Tea drinking and bone mineral density in older women. *Am J Clin Nutr.* 2000;71(4): 1003-7.
- Devine A, Hodgson JM, Dick IM, Prince RL. Tea drinking is associated with benefits on bone density in older women. *Am J Clin Nutr.* 2007;86: (4): 1243-7.
- Johnell O, Gullberg B, Kanis JA, Allander E, Elffors L, Dequeker J, Dilsen G, Gennari C, Lopes Vaz A, Lyritis G, et al. Risk factors for hip fracture in European women: the MEDOS Study. *Mediterranean Osteoporosis Study. J Bone Miner Res.* 1995;10(11): 1802-15/
- Kanis J, Johnell O, Gullberg B, Allander E, Elffors L, Ranstam J, Dequeker J, Dilsen G, Gennari C, Vaz AL, Lyritis G, Mazzuoli G, Miravet L, Passeri M, Perez Cano R, Rapado A, Ribot C. Risk factors for hip fracture in men from southern Europe: the MEDOS study. *Mediterranean Osteoporosis Study. Osteoporos Int.* 1999;9(1): 45-54.
- Jha RM, Ambrish Mithal A, Nidhi Malhotra N, M Brown EM. Pilot case-control investigation of risk factors for hip fractures in the urban Indian population. *BMC Musculoskelet Disord.* 11: 49.
- Tavani A, Negri E, Vecchia C. Coffee intake and risk of hip fracture in women in northern Italy. *Prev Med.* 1995;24(4): 396-400.
- Sackett DL, Straus SE, Richardson WS, Rosenberg W, Haynes RB *Evidence-based Medicine; How to practice and teach EBM*, 2nd ed. Oxford: Churchill Livingstone; 2000.
- Acton G. Meta-analysis: a tool for evidence-based practice. *AACN Clinical Issues: Advanced Practice in Acute & Critical Care* 2001;12(4): 539-545.
- Ciliska D, Cullum N, S. Marks S. EBN users' guide. Evaluation of systematic reviews of treatment or prevention interventions. *Evidence-Based Nursing* 2001;4(4),100-104.
- Cook D, Mulrow C, Haynes R. Systematic reviews: synthesis of best evidence for clinical decisions. *Ann Intern Med.* 1997;126(5): 376-380.
- Egger M, Smith G. Misleading meta-analysis. *BMJ.* 1995;310(6982): 752-754.
- Greenhalgh T. Papers that summarise other papers (systematic reviews and meta-analyses). *BMJ.* 1997;315(7109): 672-675.
- Hunt D, McKibbon KA. Locating and appraising systematic reviews. *Ann Intern Med.* 1997;126(7),532-538.





19. Melnyk BM. Integrating levels of evidence into clinical decision making. *Pediatric Nursing* 2004;30(4),323325.
20. Stevens KR. Systematic reviews: the heart of evidence-based practice. *AACN Clinical Issues: Advanced Practice in Acute & Critical Care* 2001; 12(4): 529-538.
21. Levels of Evidence: available online at: [www.medicalevidence.org.uk](http://www.medicalevidence.org.uk).
22. Different Levels of Evidence [Internet]. available from: [http://www.patient.co.uk/doctor/Different-Levels-of-Evidence-\(Critical-Reading\).htm](http://www.patient.co.uk/doctor/Different-Levels-of-Evidence-(Critical-Reading).htm).
23. Evidence Based Practice: Levels of Evidence and the Systematic Review [Internet]. available from: <http://www.med.yale.edu/library/nursing/education/sysdata.html>.
24. Online Database: Center for Evidence-Based Medicine.
25. Online Database: American Academy of Family Physicians.
26. Online Database: AHRQ - Agency for Health Quality Research.
27. Marshall D, Johnell O, Wedel H. Meta-analysis of how well measures of bone mineral density predict occurrence of osteoporotic fractures. *BMJ*. 1996; 312(7041): 1254-9.
28. Steven R. Cummings, Dennis M. Black, Michael C. Nevitt, Warren S. Browner, Jane A. Cauley, Harry K. Genant, Stephen R. Mascioli, Jean C. Scott, RN, Dana G. Seeley, Peter Steiger, Thomas M. Vogt. Appendicular bone density and age predict hip fracture in women. The Study of Osteoporotic Fractures Research Group. *JAMA*. 1990;263(5): 665-668.
29. Stransky M, Rysava L. Nutrition as prevention and treatment of osteoporosis. *Physiol Res*. 2009;58 (Suppl1): S7-S11.
30. Hoover PA, Webber CE, Beaumont LF, Blake JM. Postmenopausal bone mineral density: relationship to calcium intake, calcium absorption, residual estrogen, body composition, and physical activity. *Can J Physiol Pharmacol*. 1996;74(8): 911-7.
31. Riggs BL, Hodgson SF, O'Fallon WM, Chao EYS, Wahner HW, Muhs JM, Cedel SL, Melon LJ. Effect of fluoride treatment on the fracture rate in postmenopausal women with osteoporosis. *N Engl J Med*. 1990;322(12): 802-809.
32. de Aloysio D, Gambacciani M, Altieri P, Ciapponi M, Ventura V, Mura M, Genazzani AR, Bottiglioni F. Bone density changes in postmenopausal women with the administration of ipriflavone alone or in association with low-dose ERT. *Gynecol Endocrinol*. 1997;11(4): 289-93.
33. Delaisse JM, Eeckhout Y, Vaes G. Inhibition of bone resorption in culture by (+)-catechin. *Biochem Pharmacol*. 1986;35(18): 3091-4.
34. Mukherjee P, Sarkar D, Sharma A. Effects of dietary consumption of black tea infusion alone and in combination with known clastogens on mouse bone marrow chromosomes in vivo. *Food Chem Toxicol*. 1997;35(7): 657-61.

**Хадаф:** Дар мавриди нақши чой дар пӯкии устухон мутолиоти мутаъдаде мунташир шудааст, ки дар бисёре аз онҳо натоиҷи зид ва нақиз гузориш шудааст.

**Равиши барасӣ.** Ин мутолиа ба сурати мурури систематик ва метаанализ бар рӯи мақолоти мунташиршуда байни солҳои 1980 то 2010 анҷом шуд. Ба ин манзур ибтидо бар асоси ҷустуҷӯ дар пойгоҳҳои иттилооти пизишкӣ MEDLINE, Pubmed, ISI, EMBASE, Cochrane бо истифода аз як стратегияи ҷустуҷӯӣ мақолот ва бо калимоти калидӣ ба даст омада аз онҳо ба калимоти калидии Osteoporosis, Bone density, BMD

(Bone Mineral Density) ва Fracture куллияи мақолоте, ки аз соли 1980 то кунун дар ин замина бо забони англисӣ мунташир шудаанд, тавассути ду пажӯҳишгар мустақил истихроҷ шудаанд.

**Ёфтаҳо:** Дар ин мутолиа бо бар асоси ҷустуҷӯи аввалия, теъдоди 421 мақола истихроҷ шуд, ки баъд аз баррасии ӯановин ва хулосаи мақолот, 78 мақола баргузида шуда ва матни комили онҳо таҳия ва баррасӣ шуд, ки аз миёни онҳо танҳо мақолаи лозим барои ширкат дар анализро доштанд. Метаанализи анҷомшуда бар рӯи ин мутолиоти мушоҳидаест, ки таъсири масрафи ҷрй бар рӯи шикастагии



гардан феморро гузориш карда будаанд, нишон медиҳанд, ки масрафи чой асари пешгирона дар бурузи шикастагӣ дорад, вале ин таъсир маънидор нест (0/733 - 1/038; RR=0/872). Дар сурате, ки анализро ба тафқиқи навъи мутолиа анҷом диҳем, мушоҳида мешавад, ки бар

асоси натоиҷи мунташиршуда дар мутолиот кукхурт, масрафи чой ба сурати маънидор дар қохиши хатари шикастагии устухони гардани фемур муассир будааст (0/603 RR=0/749;).

**Калидвожаҳо:** чой, пӯкии устухон, шикастагии устухон, метаанализ.

## ВЛИЯНИЕ ПОТРЕБЛЕНИЯ ЧАЯ НА РИСК ПЕРЕЛОМОВ ВСЛЕДСТВИЕ ОСТЕОПОРОЗА В ПОЖИЛОМ ВОЗРАСТЕ

Мандана Хотами

Преподаватель Балхского медицинского университета, Исламская Республика Афганистан

Статья является перекрёстным обзором литературы, изданной между 1980 и 2010 годами, посвященной вопросам влияния потребления чая на риск переломов костей

вследствие снижения плотности костной ткани в преклонном возрасте.

**Ключевые слова:** чай, остеопороз, плотность костной ткани.

### Abstract:

**Aim:** There have been numerous reports of attacks on the frontline, many of which have been reported and reported. This has been done with the aim of examining each consumption on each basis.

**Methods:** This article was a cross-sectional review of the literature published between 1980 and 2010. Initially based on the MEDLINE, Pubmed, ISI, EMBASE and Cochrane sites, using Tea, Coffee, and Ice Cream Extracts. Osteoporosis, Bone Density, BMD (Bone Mineral Density) and Fracture, which have been reported in English since 1980 until June, are covered by two images. Subsequently, the article eliminated the issues that were unrelated to the question, and included a comprehensive review of the content, including the targeted content. In the last phase of the selected papers based on the invaluable evaluation skills, the questions they were asked to enter into the paper were their choice.

**Foundations:** At the beginning, a total of 421 articles were released which, after a review and three articles, were excerpted and included in all 78 articles. The computations performed on these observational calculations that reported any consumption of salts indicate that the consumption of R is (0/7 and 0/7; 1/38/38) In the case of observation, they are presented as a kind of article based on the views expressed in the author's opinion, in the usual manner. However (RR = 0/749; 0/603-0/929), his recent studies have shown a significant increase in customer satisfaction, which is not statistically significant (PR = 1/157; 0/863. 1/553)

**More and more:** Drinking water can also be affected by its high antioxidant effects due to its high levels of soluble and soluble minerals. It should be borne in mind that the reviewers may not be able to read the original paper well, so it is important to note that there are no future observations.

**Keywords:** Tea, Osteoporosis, Bone Density, Meta-analysis

*МанданаХотамӣ - устоди Донишгоҳи тиббии Балх, Ҷумҳурии Исломии Афғонистон, Email: mandanahatami2@gmail.com, тел. +93 (0) 793 055 888*

*Мандана Хатами- асситмент, Балхский медицинский университет, Исламская республика Афганистан, Email: mandanahatami2@gmail.com, тел. +93 (0) 793 055 888*

*MandanaHatami - Teacher at Balkh Medical University Afghanistan Email: mandanahatami2@gmail.com Phone: +93 (0) 793 055 888. Address: 6th district Mazar\_e\_Sharif, Balkh,*

**ТАКМИЛ ДОДАНИ ТАБОБАТИ ХАДШАҲОИ КЕЛЛОИДӢ****М.Д. Нуралиев<sup>1</sup>, М.М. Исмаилов<sup>2</sup>**<sup>1</sup>Донишгоҳи миллии Тоҷикистон кафедраи морфологияи факултетети тиббӣ,<sup>2</sup>Маркази ҷумҳуриявии ҷарроҳии дилу рағҳо.

**Муҳимият.** Имрӯзҳо маълум аст, ки новобаста аз ҳолати ибтидоии умумии бемор ва сатҳи ислоҳсозии иммунӣ вай, амалиёти ҷарроҳӣ ба системаи иммунӣ таъсири муҳим расонида боиси такроран сар задани иммунодефитсит мгардад, ки зухуроти асосии он вайроншавии шифоёбии ҷароҳат аст [2,3]. Чунин меҳисобанд, ки амалиёти ҷарроҳӣ ва беҳисгардонӣ дар 76%-и ҳолатҳо боиси маҳв шудани ҷавоби иммунӣ, махсусан звенои ҳуҷайравӣ мегардад [3].

Хадшаи бавучудодадаи келлоидӣ иммунитети маҳдуди патологиро ба вучуд меорад, сенсibiliзатсияи бофтаҳои атрофии онро баланд мебардорад ва протсесси муътадили хадшабандиро вайрон месозад, барои ҳамин ҳам, ҳангоми бурида гитрифтани ондар 50-100%-и ҳолатҳо ретсидивҳо пайдо мешаванд [1,2,4,5].

Ҳадафи гузаронидани таҳқиқот баҳо додан ба нишондиҳандаҳои статуси иммунӣ бемороне буд, ки барои ёрии тиббӣ аз хусуси ислоҳи хадшаҳои келлоидии пӯст муроҷиат кардаанд.

**Усулҳои таҳқиқот.** Таҳти муоина 37 бемори дорои хадшаҳои келлоидӣ қарор доштанд, ки бо мақсади ислоҳи ҷарроҳии хадшаҳои келлоидӣ муроҷиат намуда буданд. Синну соли беморон 19-30 сол ва таносуби мардҳо ва занҳо 1:2 буд. Дар 17 (46%) бемор сабаби пайдо шудани хадшаҳо сӯхтагиҳо (моеъҳои сӯзон, шуълаи оташ, кислотаҳои химиявӣ) буданд. Дар 7 бемор хадшаҳои келлоидӣ пас аз садамаи ашӯҳои филизӣ ё шишаҳо пайдо шудаанд. Хадшаҳои келлоидии пас аз ҷарроҳӣ пайдошуда дар 9 бемор дида шуд, 4 бемор бо хадшаҳои келлоидии такрорӣ пас аз ислоҳи ҷарроҳӣ пайдошуда муроҷиат карданд. Майдони бофтаҳои хадшадор 10-50 см<sup>2</sup>, муддати вучуд доштани онҳо 3-5 сол буд.

Дар ҳамаи беморон дар давраи пешазҷарроҳӣ ва дар шабонарӯзи дуҷуми пас аз ҷарроҳӣ статуси иммунӣ баҳогузорӣ карда шуд.

Муҳтавои мутлақ ва нисбии лимфоситҳо дар хуни периферӣ CD3 (Т-лимфоситҳо), CD20 (В-лимфоситҳо), субпопулятсияи Т-лимфоситҳо (CD4-Т-хелперҳо, CD8-Т-супрессорҳо), иммуноглобулинҳои зардобии А, М, G, E, комплексҳои циркулятсионии иммунӣ (КСИ), фаъолнокии фагоситарии лейкоцитҳои нейтрофилии хуни периферӣ ва миқдори фагоситарӣ мебошад. Бо мақсади истисно кардани бемориҳои ҳамроҳшуда ба системаи иммунӣ беморон, ба гурӯҳи таҳқиқот беморони бидуни бемориҳои ҳамроҳшудаи соматикӣ интихоб карда шуданд. Ба беморони гурӯҳи асосӣ доруи "Имунофан" таъйин карданд, ки дорои таъсири танзимкунии иммунӣ, детоксикатсионӣ, гепатопротективӣ ҳаст ва пайвастагиҳои инактиватсияи озоди радикалӣ ва перексиро ба вучуд меорад.

**Натиҷаҳои ба даст овардашуда.** Натиҷаҳои ба даст овардашудаи таҳқиқоти беморон нишон дод, ки дар ҳамаи беморони таҳқиқшуда дар давраи то ҷарроҳӣ ҳам дар нишондиҳандаҳои ҳуҷайравӣ ва ҳам гуморалӣ тағйиротҳои иммунологӣ ба мушоҳида расид. Аз 37 бемори таҳқиқшудаи гирифтори хадшаҳои келлоидӣ миқдори умумии лимфоситҳо дар 24 (65%) кам шуда буд. Ҳангоми таҳқиқоти субпопулятсияи CD3-ҳуҷайраҳо муқаррар карда шуд, ки дар 31 (84%)-и беморони дорои хадшаҳои келлоидӣ паст фаъолнокии функционалии онҳо ба назар расид: CD3 (58,4 ± 2,0) дар муқоиса аз меъёр (66,9 ± 2,4) (P > 0,01). Дар 25 (67,5%)-и беморон кам шудани муҳтавои CD4-субпопулятсия (32,5 ± 1,8) дар муқобили нишондиҳандаҳои меъёрӣ (38,9 ± 1,5) (P > 0,01) и CD8 (15,3 ± 1,5) мутаносибан дар муқобили (28,0 ± 2,0) буд, ки боиси хеле зиёд шудани ИРИ (2,1 ± 1,2) (P > 0,01) гашт. Дар иммунитетети гуморалии 29 (78%) бемори гирифтори хадшаҳои келлоидӣ дар давраи то ҷарроҳӣ паст шудани CD20 (5,9 ± 0,5) дар муқоиса аз меъёр (7,3 ± 1,5) ва IgM (1,21 ± 1,0) дар муқобили (1,26 ± 0,2) дида шуд.



Табоботи ислоҳсозии иммунӣ дар 20 бемор гузаронида шуд, ки гурӯҳи асосиро ташкил мекарданд. Дар гурӯҳи назоратӣ 17 бемор шомил буд, ки дар онҳо ин табобат гузаронида нашуд. Дар беморони гурӯҳи асосӣ (20 нафар) аз рӯзи дуҷуми пас аз амалиёти чарроҳӣ сар карда, мувофиқи дастур доруи "Имунофан"-ро таъйин карданд. Интихоби ин дору бо он асоснок карда шудааст, ки вай барои барқароршавии ҳам ихтилолҳои модарзодӣ ва ҳам пайдошудаи

имунитети ҳуҷайравӣ ва гуморалӣ мусоидат мекунад. Пас аз анҷом додани табоботи ислоҳсозии иммунӣ (баъди 2 ҳафтаи пас аз табоботи чарроҳӣ) таҳқиқоти такрорӣ системаи иммунӣ гузаронида шуд. Дар беморони гурӯҳи асосӣ табоботи ислоҳсозии иммунӣ ба барқароршавии нишондиҳандаҳои иммунӣ оварда мерасонад, дар ҳоле ки дар беморони гурӯҳи назоратӣ тағйироти возеҳба мушоҳида расид (ҷадвали 1).

### Ҷадвали 1.

#### Динамикаи ихтилолҳои иммунӣ дар беморони дорои намудҳои гуногуни хадшаҳои пӯст таҳти табоботи иммуномодулишуда.

Нишондиҳанда	Меъёр	Нишондиҳандаҳои ибтидоӣ	Гурӯҳи асосӣ n=20	Гурӯҳи назоратӣ n=17	P
CD3 (%)	66,9±2,4	58,4±2,0	63,2*±2,0	57,2±2,4	> 0,001
CD4 (%)	38,9±1,5	32,5±1,8	36,3*±1,3	31,0±1,1	> 0,001
CD8 (%)	28,0±2,0	15,3±1,5	21,0*±2,0	14,8±1,5	> 0,001
ИРИ	1,4±0,1	2,1±1,2	1,7*±0,6	2,1±1,0	> 0,001
CD20 (%)	7,3±1,5	5,9±0,5	6,5*±0,5	5,3±1,2	> 0,001
CD16 (%)	14,0±2,0	12,7±0,9	13,7±0,9	11,9±0,9	< 0,005
IgG (мг/мл)	12,61±10,4	12,57±10,14	12,58±3,8	12,25±10,4	< 0,005
Ig A (мг/мл)	1,9±0,2	1,9±0,18	1,9±1,6	1,9±0,18	> 0,001
Ig M (мг/мл)	1,26±0,2	1,21±1,0	1,23±0,9	1,21±1,0	> 0,001
IgE (кЕ/л)	74,6 ± 6,1	68,4 ± 18,2	69,2*±2,0	67,6 ± 18,2	< 0,005
КСИ (г/л)	2,14 ± 0,18	2,63 ± 0,19	2,68*±1,3	2,57 ± 0,19	> 0,001
ФАЛ (%)	73,7 ± 6,1	56,3 ± 4,9	65,2*±2,0	56,3 ± 4,9	> 0,001

**Эзоҳ:** P - эътимоднокии фарқияти ҳар як гурӯҳ

\* - нишондиҳандаҳои табобат, ки аз ифодаҳои назоратӣ фарқ мекунанд, қайд карда шудаанд.

Тавре ки аз ҷадвал бармеояд, дар беморони гурӯҳи асосӣ нишондиҳандаҳои ибтидоии CD3 (58,4 2,0) ( $P > 0,001$ ); CD8 (15,3 1,5) ( $P < 0,005$ ); ИРИ (2,1 1,2) ( $P > 0,001$ ); CD20 (5,9 0,5) ( $P < 0,005$ ) аз ифодаҳои меъёрӣ хеле фарқ мекунанд. Таҳти таъсири табоботи иммуномодулишуда дар охири курс дар 63,6%-и беморон ин нишондиҳандаҳо беҳтар карда шуданд ва ба таври эътимоднок аз нишондиҳандаҳои ибтидоии CD3 (63,2 2,0) ( $P > 0,001$ ); CD8 (21,0 2,0) ( $P < 0,005$ ); ИРИ (1,7 0,6  $> 0,01$ ); CD20 (6,5 0,5) ( $P < 0,005$ ) фарқ карданд.

Дар 11 (64,7%) бемори гурӯҳи назоратӣ амалиёти чарроҳӣ маҳв шудани ҷавоби иммуниро ба вучуд овард, махсусан ин дар звони ҳуҷайравӣ возеҳ буд, ки бо тағйироти

нишондодҳои субпопулятсияҳои лимфоситҳо дар муқоиса аз нишондиҳандаҳои давраи пеш аз чарроҳӣ буд: CD3 (57,2 2,4) ( $P > 0,001$ ); CD8 (14,8 1,5) ( $P < 0,005$ ); ИРИ (2,1 1,2) ( $P > 0,001$ ); CD20 (5,3 1,2) ( $P < 0,005$ ).

Баҳогузурӣ ба самаранокии клиникӣ табоботи иммуномодулишуда дар ҳарду гурӯҳи беморон дар муҳлати аз 6 то 12 моҳ аз рӯйи меъёрҳои зерин гузаронида шуд: ҳуб - хадшаҳои нормотрофикӣ бо зухуроти гиперпигментатсия; қаноатбахш - пайдо шудани хадшаи гипертрофикӣ ё атрофикӣ; ғайри қаноатбахш - пайдо шудани хадшаи келоидӣ.

Ба он нигоҳ накарда, ки дар беморони гурӯҳи асосӣ баъди 6 моҳи гузаронидани табобат натиҷаи аъло дар 20 (100%) ҳолат ба

мушоҳида расид, аммо баъди 12 моҳ ин нишондиҳанда то 14 (70%) паст шуд. Дар 1 бемор баъди 12 моҳ келоид такроран пайдо шуд. Аммо, қайд кардан зарур аст, ки хад-

шаҳои кклоидӣ ва гипертрофикии пас аз ислоҳи чарроҳӣ аз нав пайдошуда назар ба хадшаҳои қаблӣ (масоҳат ва баландиашон) андозаи хурд доштанд (чадвали 2).

## Чадвали 2

**Арзёбии самаранокии ислоҳи чарроҳии хадшаҳои кклоидӣ дар бемороне, ки дар марҳалаи тайёрии пешахчарроҳии табобати иммуноислоҳкунӣ, баъдт 6 ва 12 моҳи табобат.**

Натиҷа	Гурӯҳи асосӣ (n=20)		Гурӯҳи назоратӣ (n=17)	
	Микдори беморон пас аз 6 моҳ	Микдори беморон пас аз 12 моҳ	Микдори беморон пас аз 6	Микдори беморон пас аз 12 моҳ
Аъло	20	14	15	4
Хуб	-	5	2	4
Қаноатбахш	-	-	-	3
Ғайри қаноатбахш	-	1	-	6

Дар гурӯҳи назоратӣ микдори беморони дорои такроршавии келоидӣ баъди 12 моҳ аз ҳамин нишондиҳандаи гурӯҳи асосӣ 6 маротиба баланд буд, натиҷаҳои аъло танҳо дар 4 бемор дида шуд.

Ҳамин тавр, таҳқиқотҳои гузаронидашуда нишон доданд, ки дар беморони дорои хадшаҳои келоидӣ ихтилоли звенои ҳуҷайравии иммунитет дида мешавад. Исбот карда шудааст, ки амалиёти чарроҳӣ ба тағйи-

роти возеҳи ҷавоби иммунӣ оварда мерасонад, ки ин мумкин аст яке аз сабабҳои такроршавии хадшаҳои келоидӣ гардад. Гузаронидани табобати иммуномодули дар марҳалаи тайёр кардан ба ислоҳи чарроҳии хадшаҳои келоидӣ имконият медиҳад, ки натиҷаҳои аъло назар ба истифода накардани он то 3 маротиба бештар гардад (70%-и ҳолатҳо дар гурӯҳи асосӣ дар муқобили 23%-и назоратӣ).

## АДАБИЁТ

1. Круглова Л.С., Стенько А.Г., Шматова А.А. К вопросу коррекции гипертрофических и келоидных рубцовых деформаций // Клиническая дерматология и венерология. 2012. Т. 6. С. 46-54.
2. Бунятян К.А. Вторичная иммунная недостаточность у хирургических больных: рациональная диагностика и коррекция. Автореферат дисс.....доктора меднаук/ К.А. Бунятян - Москва - 2007- 50с.
3. Воронков А.В., Степанова Э.Ф., Жидкова Ю.Ю., Гамзелева О.Ю. Современные подходы к фармакологической коррекции патологических рубцов // Фундаментальные исследования. 2014. Т. 3. С. 301-308.
4. Shaffer.J.J.Keloidal scars: a review which a critical look at therapeutical option /J.J. Shaffer. S.C., Taylor, F Cook-Bolden.//AmericanAkademy of dermatolojy, 2002- vol. 46- P. 863-897
5. Shin TM, Bordeaux JS. The Role of Massage in Scar Management: A Literature Review. DermatolSurg.- 2011- Nov 7.

## ТАКМИЛ ДОДАНИ ТАБОБАТИ ХАДШАҲОИ КЕЛОИДӢ

<sup>1</sup>н.и.т, дотсент, мудири кафедраи морфологияи факултетети тиббии Донишгоҳи миллии Тоҷикистон, <sup>2</sup>н.и.т, мудири шӯъбаи чарроҳии барқарорсозии Маркази ҷумҳуриявии чарроҳии дилу рағҳо.

Бо мақсади беҳтаркунии натиҷаҳои ислоҳи чарроҳии захмҳои келоидӣ тадиқоти ҳолати сироятнопазирӣ дар 37 бемори гирфтори захмҳои келоидӣ гузаронида шуд.

Исбот карда шуд, ки муҳомилаи чарроҳӣ ба дигаргуниҳои намоёни ҷавоби сироятнопазирӣ оварда мерасонд, ки ин яке аз сабабҳои такроршавии захмҳои келоидӣ мебошад.



Истеъмоли терапияи иммуномодулиронӣ дар давраи тайёрии пеш аз ҷарроҳӣ баъд аз 12 моҳ дар 14 (70%) бемор натиҷаи хубро дарёфт кард. Гузаронидани терапияи иммуномодулиронӣ пеш аз гузаронидани ислоҳи ҷарроҳии захмҳои келоидӣ барои ба даст

овардани натиҷаҳои хуб, ки 3 баробар зиёд аст, имконият медиҳад.

**Калимаҳои калидӣ:** захмҳои келоидӣ, терапияи иммуномодулиронӣ, ислоҳи ҷарроҳӣ, тағйироти иммунӣ.

## СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ТЕРАПИИ КЕЛОИДНЫХ РУБЦОВ

**М. Д. Нуралиев<sup>1</sup>, М. М. Исмаилов<sup>2</sup>**

<sup>1</sup>к.м.н., доцент, заведующий кафедрой морфологии медицинского факультета  
Таджикский национальный государственный университет,

<sup>2</sup>к.м.н., заведующий отделением восстановительной хирургии Республиканский центр  
сердечно-сосудистой хирургии.

С целью улучшения результатов хирургической коррекции келоидных рубцов проведено исследование иммунного статуса у 37 пациентов с келоидными рубцами. Доказано, что хирургическое вмешательство приводит к еще более выраженным изменениям иммунного ответа, что возможно является одной из причин рецидивов келоидных рубцов. Проведение иммуномодули-

рующей терапии на этапе предоперационной подготовки к хирургической коррекции келоидных рубцов, позволяет достичь отличных результатов в 3 раза чаще, чем без ее применения (70% случаев в основной группе против 23% в контрольной).

**Ключевые слова:** Келоидные рубцы, иммунные нарушения, хирургическая коррекция, иммунокорректирующая терапия.

## KELOID SCARS TREATMENT IMPROVEMENT

**\*M.D. Nuraliev, \*\*M.M. Ismailov**

\*Tajik National State University, Department of Morphology, Faculty of Medicine

\*\*Republican Center for Cardiovascular Surgery Department of Surgical rehabilitation

For the purpose of improvement of results of surgical correction of keloid scars research of the immune status at 37 patients with keloid cicatrixesis conducted. It is proved that the surgical intervention leads to even more expressed changes of the immune answer that probably is one of the reasons of recurrence of keloid scars. Application of immunomodulating therapy at a stage of preoperative preparation

allowed receiving excellent result in 12 months at 14 (70%) patients. Carrying out immunomodulating therapy before carrying out surgical correction of keloid scars, allows to reach excellent results in 3 times more often than without its application (70% of cases in a basic group against 23% in control).

**Keywords:** keloid scars, immunomodulating therapy, surgical correction, immune disorder.

**Нуралиев Махмадалӣ Дустмуродович**, н.и.т, доцент, мудири кафедраи морфологияи факултети тиббии Донишгоҳи миллии Тоҷикистон, ш. Душанбе, хиёбони Рӯдакӣ 17, ДМТ, e-mail: Nuraliev-67@inbox.ru тел. +992 907 43 79;

**Исмаилов Мухтор Маъруфович**, н.и.т, мудири шӯъбаи ҷарроҳии барқарорсозии Маркази ҷумҳуриявии ҷарроҳии дилу рағҳо, ш. Душанбе, кӯчаи Саной 33, e-mail: m.ismailov@mail.ru тел. +992 918 61 57 01

**Нуралиев Махмадали Дустмуродович**, к.м.н., доцент, заведующий кафедры морфологии медицинского факультета, г. Душанбе, Рудаки 17, ТГНУ, e-mail: Nuraliev-67@inbox.ru тел. +992 907 43 79



**Исмаилов Мухтор Маъруфович**, к.м.н., заведующий отделением восстановительной хирургии, Республиканский научный центр сердечно-сосудистой хирургии, г. Душанбе, ул. Санои 33, e-mail: m.ismoilov@mail.ru тел. +992 918 61 57 01

**Nuraliev, Mahmatali Dustmurodovich**, candidate of medical sciences, Associate Professor, Head of the Department of Morphology, School of Medicine, Tajik National State University, Republikof Tajikistan, Dushanbe city, str. Rudaki.17, e-mail: Nuraliev67@inbox.ru tel. +992 907 43 79,  
**Ismailov Mukhtor Marufovich**, candidate of medical sciences, Head of Department of Reconstructive Surgery, Republican Scientific Center for Cardiovascular Surgery, Republikof Tajikistan, Dushanbe city, str. Sanoi 33 e-mail: m.ismoilov@mail.ru tel. +992 918 61 57 01

## ЧАРАЁНИ ПНЕВМОНИЯ ДАР БЕМОРОНИ ГИРИФТОРИ СИНДРОМИ ГИЙЕМА-БАРЕ

**С.Х. Асадуллоев, С.А. Бадалова, Д.Р. Мироқилова, Х.И. Солиева, М.А. Норова**  
Кафедраи бемориҳои дарунии №1 (мудири кафедра д.и.т., Ф.Ш. Одинаев)-и  
ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино ва МШС №1

Синдроми Гийена-Баре (СГБ) яке аз бемориҳои вазнини системаи периферии асаб буда, дар ҳар як ҳолати панҷуми гузаронида ни чорабиниҳои умумимикҷеси реаниматсионӣ, аз ҷумла вентилятсияи сунъии шушҳо талаб карда мешавад. 3,5%-и беморони гирифтори СГБ аз оризахое мефавтанд, ки фалачи мушакҳои нафаскашӣ, сирояти хун, пневмония, ихтилоли ритм, тромб дар шуш ё таваққуфи дилро дар бар мегирад. Қабл аз беморӣ сирояти вирусӣ ё бактериалӣ ба амал меояд. Тибқи маълумотҳои адабиётҳо симптомҳои ин бемориҳо пас аз 10 -14 рӯз пас аз сирояти вирусии респиратории аз сар гузаронидашуда ба амал меояд. Агентҳои сироятиё, ки симптоматикаи неврологиро ба вучуд меоранд, метавонанд, ки барангезандаҳое монанди *Campylobacter jejuni*, *Mycoplasma pneumoniae*, ситомегаловирус, вируси Энштейн Барр, вируси герпеси оддӣ ва вируси зукком бошанд. Дар амалияи клиникӣ ҳолатҳои СГБ пас аз амалиётҳои ҷарроҳӣ ва ваксинатсия тавсиф карда шудааст.

Тибқи маълумотҳои адабиётҳои илмӣ, тақрибан дар 20-30%-и беморон норасоии нафаскашӣ пайдо мешавад, ки вентилятсияи сунъии шушро тақозо мекунад. Нишондод барои ба ВСШ гузаронидани беморон афзоиши норасоии нафаскашӣ (тахипноэ, иштироки мушакҳои ёридиҳанда дар нафаскашӣ, тахикардия, кам шудани ҳаҷми ҳаётии шушҳо то 20 мл/кг) мебошанд.

Бемороне, ки дар ВСШ қарор доранд, хатари олии пайдошавии оризахоро ба вучуд меоранд, монанди пневмония, трахеобронхит ва сепсис.

Проблемаи ташхис ва табобати пневмония яке аз мушкилоти мубрами амалияи терапевтии муосир ба ҳисоб меравад. Ба муваффақиятҳои назарраси фармакотерапия нигоҳ накарда, коркарди генератсияҳои нави доруҳои антибактериалӣ, ҳиссаи пневмония дар сохтори беморшавӣ бо синдроми Гийена-Барре хеле бузург аст. Фавтият аз бемории пневмония, тибқи маълумотҳои муаллифони гуногун аз 1% то 50% аст.

Аломатҳои клиники СГБ нимфалачи сусти мушакҳои проксималӣ бештар ва ихтилоли ҳассосият камтар ба мушоҳида мерасад. Тақрибан сусти симметрии мушакҳо бо парестезияҳо аз пой сар карда ва баъдан дастҳоро осеб мерасонад, балки метавонанд аз мушакҳои даст ва сар оғоз ёбанд. Рефлексиҳои амики пайҳо меафтанд. Функсияи сфинктерҳо одатан вайрон намешавад. Дар ҳолатҳои вазнин мушакҳои рӯй ва орофореңгиат осеб мебинанд. Инкишофи дегидрататсия ва норасоии гизо имконпазир аст.

Табобати СГБ аз табобати интенсивии дастгирикунанда ва иммуноглобулини дохиливаридӣ ё плазмафарез иборатанд. Зудзуд чен кардани ҳаҷми ҳаётии шушҳо зарур аст, ки хангоми зарурат дастгирии респираторӣ муҳим аст.



Ба он нигоҳ накарда, ки ташхис асосан дар асоси маълумотҳои клиникӣ гузошта мешавад, гузаронидани таҳқиқоти нейрофизиологӣ ва таҳлили ликвор зарур аст.

Мо бемор Х.М. 28-сола, сокини ноҳияи Данғараро муоина кардем. Санаи ба беморхона ворид шудан: 29.05.2019. бемор ба шӯбаи реаниматсионӣ пас аз апендектомия дохил шуд.

Давраи баъдазҷарроҳӣ беҳтаршавии ҳолати бемор пас аз як ҳафта симптомҳои ногузаронандагии рӯдаи борик пайдо шуд ва такроран ҷарроҳӣ шуд. Аммо дар рӯзи 4-уми баъди ҷарроҳӣ дар беморон симптомҳои СГБ пайдо мешаванд: нафастангӣ, бемор чап зада наметавонад, фуру бурда наметавонад, дасту по ҳис намекунанд. Дар бемор интубатсияи трахея мегузаронанд ва минбаъд ба дастгоҳи ИСШ пайваст мекунанд. Неврастатус: бемор беҳуш аст. Ба саволҳо ҷавоб намедихад. Синдроми булбарӣ возеҳ аст. Рефлексҳои пайии пойҳо, сустии мушакҳо (эҳсоси қарахтӣ, парестезия) дар андомҳои поёни, ки баъди як шабонарӯз ба андомҳои болоӣ паҳн мешаванд. Парез (нимфалаҷ) мутаносиб буда, бештар дар қисмҳои дисталии андомҳои поёни возеҳтар аст. Гипотомия вас уст шудани рефлексҳои пойҳо, ихтилоли арақчудоқунӣ ва вайрон шудани функсияи узвҳои хос дар намуди манъ шудани пешоб.

Дар бемор вайрон шудани ритм дар намуди экстрасистолии меъдаҷавӣ, ихтилоли функсияи роҳи ҳозима дида шуд.

Баъди як ҳафта дар бемор сурфаи балғамдор пайдо мешавад, ҳарорат то 38°C баланд, табларза дида мешавад. Миқдори ҳаракатҳои нафаскашӣ 32, сатуратсияи хун 86% аст. Кундшавии садоиперкуторӣ. Ба таври аускултативӣ хир-хирҳои намнок дар ҳарду тараф ва ҳиссаҳои поёни шунида шуд.

Дар таҳлили хун: лейкоцитоз бо майл ба чап, баланд шудани СОЭ то 35 ммол/л; гипопропротеинемия.

Дар ЭКГ: тахикардияи синусӣ. ЧСС 134 зарба /дақ. Аломатҳои гипоксияи субъндокардиалӣ миокард дар ноҳияи қулла. Экстрасистолаҳои ҷудогонаи меъдаҷавӣ. Пастшавии диффузии протсессҳои реполяризация.

Дар ТК шушҳо тағйиротҳои инфилтративии ҳарду шуш дар ҳиссаҳои поёни дида мешавад, дар тарафи рост бештар аст. Аломатҳои гипертензияи шушҳо.

Таҳлили балғам ва флора: *Pseudomonas aeruginosa* 105 ва ҳассосият нисбат ба антибиотикҳо: Имипенем, азитромитсин, гентамитсин, сипрофлоксатсин. Дар асоси маълумотҳои зикршуда ташхиси клиникӣ гузошта шуда буд: полирадикулопатияи шадид типии Гийена-Барре бо тетраплегия, синдроми булбарӣ. Ҳолат пас аз ногузаронандагии рӯдаи борик. Кохексияи дараҷаи II-III.

Оризаҳо: Пневмонияи ҳиссаи поении шуши рост, этиология

Табобат гузаронида шуд: Плазмозорез 6 сеанс, албумин 20% 100,0 гликозиди дилдигоксин 1,0, антикоагулянти гепарин 5 ҳазор, антибиотикҳои имипен 2,0гр дар як шабонарӯз, табобати антихолинэстеразии прозерин 0,05% 1мл д/м, 2 маротиба, нейромидин 15 мг д/м, бо мақсади барқарор намудани таносуби электролитӣ КСІ 50 мл+глюкоза 5% 200.0, барои баланд бардоштани талабот ба сафеда шифой, гимнастикаи нафаскашӣ.

Хусоса. Ин ҳолати клиникиро мо ба мақсади табибони амалиро бо ин беморӣ шинос кардан пешниҳод намудем. Барвақт шурӯъ кардани табобат имконият медиҳад, ки пайдоиши оризаҳои ванзин, маъҷубшавии беморон ва натиҷаҳои ғавтият кам карда шавад.

#### Адабиёт

1. Пирадов М.А., Супонева Н.А. Синдром Гийена - Барре: диагностика и лечение. М: МЕД пресс - информ; 2011.
2. Пирадов М.А., Супонева Н.А. Внутривенная иммунотерапия в неврологии. М.: Горячая линия - Телеком, 2013.
3. Hughes R.A., Cornblath D.R. Gullain-Barr? syndrome. Lancet 2005;366:1653-66





## ЧАРАЁНИ ПНЕВМОНИЯ ДАР БЕМОРОНИ ГИРИФТОРИ СИНДРОМИ ГИЙЕМА-БАРЕ

**С.Х. Асадуллоев, С.А. Бадалова, Д.Р. Мирокилова, Х.И. Солиева, М.А. Норова**

Синдроми Гийена-Барре (СГБ) яке аз бемориҳои вазнини системаи периферии асаб буда, дар ҳар як ҳолати панҷуми гузаронидани чорабиниҳои умумимикҷеси реаниматсионӣ, аз ҷумла вентилятсияи сунъии шушҳо талаб карда мешавад. 3,5%-и беморони гирифтори СГБ аз оризаҳои мефавтанд, ки фалаҷи мушакҳои нафаскашӣ, сирояти хун, пневмония, ихтилоли ритм, тромб дар шуш ё таваккуфи дилро дар бар мегирад. Қабл аз беморӣ сирояти вирусӣ ё бактериалӣ ба амал меояд. Тибқи маълумотҳои адабиётҳои симптомҳои ин бемориҳо пас аз 10 -14 рӯз пас аз сирояти вирусии респиратории аз сар гузаронидашуда ба амал меояд. Агентҳои сирояти, ки симптоматикаи неврологиро ба вучуд меоранд, метавонанд, ки барангезандаҳои монанди *Campylobacter jejuni*, *Mycoplasma pneumoniae*, ситомегаловирус, вируси Энштейн Барр, вируси герпеси оддӣ ва вируси зуком бошанд. Дар амалияи клиникӣ ҳолатҳои СГБ пас аз амалиётҳои ҷарроҳӣ ва ваксинатсия тавсиф карда шудааст.

Тибқи маълумотҳои адабиётҳои илмӣ, тақрибан дар 20-30%-и беморон норасоии нафаскашӣ пайдо мешавад, ки вентилятсияи сунъии шушро тақозо мекунад. Нишондодҳои барои ба ВСШ гузаронидани беморон афзоиши норасоии нафаскашӣ (тахипноэ, иштироки мушакҳои ёридиҳанда дар нафаскашӣ, тахикардия, кам шудани ҳаҷми ҳаётии шушҳо то 20 мл/кг) мебошанд.

Бемороне, ки дар ВСШ қарор доранд, хатари олии пайдошавии оризаҳоро ба вучуд меоранд, монанди пневмония, трахеобронхит ва сепсис.

Проблемаи таъхис ва таъбобати пневмония яке аз мушкилоти мубрами амалияи терапевтии муосир ба ҳисоб меравад. Ба муваффақиятҳои назарраси фармакотерапия нигоҳ накарда, коркарди генератсияҳои нави доруҳои антибактериалӣ, ҳиссаи пневмония дар сохтори беморшавӣ бо синдроми Гийена-Барре хеле бузург аст. Фавтият аз бемории пневмония, тибқи маълумотҳои муаллифони гуногун аз 1% то 50% аст.

**Калимаҳои калидӣ:** СГБ, оризаҳои СГБ.

## ТЕЧЕНИЕ ПНЕВМОНИИ У ПАЦИЕНТА С СИНДРОМОМ ГИЙЕНА - БАРЕ

**С.Х. Асадуллоев, С.А. Бадалова, Д.Р. Миракилова, Х.И. Солиева, М.А. Норова**  
Кафедра внутренних болезней №1 (зав. кафедрой д.м.н., профессор Ф.Ш. Одинаев)  
ТГМУ имени Абуали ибни Сино и ГЦЗ №11

Синдром Гийена-Барре (СГБ) - одно из самых тяжелых заболеваний периферической нервной системы, требующее в каждом пятом случае проведения полномасштабных реанимационных мероприятий, включая искусственную вентиляцию легких.

3-5% пациентов с синдромом ГБ умирают от осложнений, которые включают паралич дыхательных мышц, инфекцию крови, пневмонии, нарушения ритма, тромб в легких или остановку сердца.

Заболеванию предшествует вирусная или бактериальная инфекция. По литературным данным, симптомы данного заболевания возникают через 10-14 дней после перенесен-

ной вирусной респираторной инфекции. Инфекционными агентами, вызывающими неврологическую симптоматику, могут выступать такие возбудители как *Campylobacter jejuni*, *Mycoplasma pneumoniae*, цитомегаловирус, вирус Эпштейна Барр, вирус простого герпеса и вирус гриппа. В клинической практике описаны случаи СГБ после хирургических операций и вакцинаций.

По литературным данным, приблизительно у 20-30% больных развивается дыхательная недостаточность, требующая проведения ИВЛ. Показания для перевода пациента на ИВЛ нарастание дыхательной



недостаточности (тахипноэ, участие вспомогательной мускулатуры в акте дыхания, тахикардия, снижение жизненной ёмкости легких до 20 мл/кг). Больные, находящиеся на ИВЛ, подвергаются высокому риску развития осложнений, таких как пневмония, трахеобронхит, сепсис.

Проблема диагностики и лечения пневмоний является одной из самых актуальных в современной терапевтической практике. Несмотря на впечатляющие успехи фармакотерапии, разработку новых генераций

антибактериальных препаратов, доля пневмонии в структуре заболеваемости с синдромом Гийена - Барре достаточна велика. Смертность от пневмоний, по данным разных авторов, колеблется от 1% до 50%.

Следует исходить из того, что в большинстве случаев пневмония является серьезным и тяжелым недугом. Смертность от пневмонии сегодня является одним из основных показателей деятельности лечебно-профилактических учреждений.

**Ключевые слова:** СГБ, осложнения СГБ.

## THE COURSE OF PNEUMONIA IN PATIENT WITH GYIENA-BARE SYNDROME

S.H. Asadulloev, S.A. Badalova, D.R. Mirakilova, H.I. Solieva, M.A. Norova

Department of Internal Diseases №1 of Tajik State Medical University  
named after Avicenna and City Health Center №11

Guillain-Barre syndrome (SGB) is one of the most serious diseases of the peripheral nervous system, requiring in every fifth case of full-scale resuscitation, including artificial ventilation.

3-5% of patients with GB syndrome die from complications that include paralysis of the respiratory muscles, infection of the blood, pneumonia, rhythm disturbances, thrombosis in the lungs or cardiac arrest.

The problem of diagnosis and treatment of pneumonia is one of the most urgent in modern therapeutic practice. Despite the impressive success of pharmacotherapy, the development of new generations of antibacterial drugs, the proportion of pneumonia in the structure of the incidence with Guillain-Barre syndrome is quite

high. Mortality from pneumonia, according to different authors, ranges from 1% to 50%.

It should be assumed that in most cases pneumonia is a serious and serious ailment. Mortality from pneumonia today is one of the main indicators of the activities of medical and preventive institutions.

Approximately 2/3 of the cases develop after 5 days - 2 weeks after surgery or vaccination. The most common pathogens associated with the development of GBS are Campylobacter jejuni, enteroviruses and herpes viruses (also Epstein-Barr virus, cytomegalovirus), also Mycoplasma spp.

**Key words:** SGB syndrome, complications of SGB.

*Асадуллоев Самад Хидоятovich, д.и.т, профессори кафедраи бемориҳои дарунии №1 -и ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино, тел.: 907978016.*

*Бадалова Сайёра Ашуровна, н. и.т., дотсенти кафедраи бемориҳои дарунии №1 -и ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино, тел.: 918831764.*

*Мироқилова Дилбар Рахмоновна, табиб-терапевти МД Таваллудхонаи №2, тел.: 907811825*

*Солиева Ҳайтхон Икромхоновна, нефрологи МД МТШ № 2 тел.: 918747891*

*Норова Мадина Амоновна, табиби оилавии МШС №1, тел.: 917162668*

*Асадуллоев Самад Хидоятovich, д.м.н, профессор кафедраи внутрених бемориҳои №1 Таджикского государственного медицинского университета имени Абуали ибни Сино, тел.: 907978016.*

*Бадалова Сайёра Ашуровна, к.м.н., доцент кафедраи внутрених бемориҳои №1 Таджикского государственного медицинского университета имени Абуали ибни Сино, тел.: 918831764.*

*Мироқилова Дилбар Рахмоновна, врач-терапевт в ГУ Родильном доме №2, тел.: 907811825*

*Солиева Ҳайтхон Икромхоновна, нефролог в ГУ ГМЦ № 2 тел.: 918747891*

*Норова Мадина Амоновна, семейный врач в ГЦЗ №11, тел.: 917162668*



*Asadulloev Samad Hidoyatovich, professor of the Department of Internal Medicine No. 1 of the Tajik State Medical University named after Avicenna, tel.: 907978016.*

*Badalova Sayora Ashurovna, Ph.D., associate professor of the Department of Internal Medicine No. 1 of the Tajik State Medical University named after Avicenna, tel.: 918831764.*

*Mirakilova Dilbar Rahmonovna, врач-терапевт в ГУ Родильном доме №2, тел.: 907811825*

*Solieva Haethon Ikromhonovna, нефролог в ГУ ГМЦ № 2 тел.: 918747891*

*Norova Madina Amonovna, family doctor in the City Health Center №11, тел.: 917162668*

## ТАЪСИРИ МАСРАФИ ТИЛИ (РАВҒАНИ) КУНЧИД БАР ЛИПИДҲО ВА ҚАНДИ ХУНИ МАРИЗОНИ ДИЁБИТИ НАЪИ 2

**Муҳаммад Солеҳ**, устои Донишкадаи тиббии Донишгоҳи Балх,

**Ғулмуҳайдар Муштарӣ**, устои Донишкадаи тиббии Муассисаи таҳсилоти олии Тоҷ, Балх,

**Муҳаммад Идрис**, Донишгоҳи Мавлонои Балх, факултети тиббӣ.

**Муқаддима.** Диёбити ширин (қанд) шомили гурӯҳе аз ихтилототи женетикӣ аст, ки бо нуқс дар метаболисми корбуҳайдрат (карбогидрат) -ҳо, чарбиҳо ва прутинҳо ҳамроҳ бо фукдон (аз даст додан) ё камбуди тарашшуҳи инсулин ё дараҷоти мутафоите аз муқовимат ба инсулин мушаххас мешавад. Дар ин мараз илова бар ихтилолоти метаболикӣ тағйироте низ дар уруқи кӯчак (рағҳои майда) ва бузург (микроангиопатия ва макроангиопатия) ва системаи асаб ба вучуд меояд- тағйироти авъияи (рағҳои хун) бузург сабаби ҳаводиси уруқи мағзӣ (CVA), инфаркти қалбӣ (MI) ва маризихои уруқи муҳитӣ шуда ва тағйироти уруқи кӯчак сабаби ретинопатия ва нефропатия мегардад (Stefan1999,435-1).

Масрафи чарбии зиёд, баҳусус чарбиҳои ишбоъ (комил) сабаби хатари бурузи маризихои ширёни карунарии қалб мегардад, ки яке аз авомили аслии маргу мир дар афрод, баҳусус дар маризони диёбитии навъи 2 мебошад. Тили кунчид ҳовии миқдори зиёди асидҳои Poly Unsaturated Fatty Acid (PUFA) ғайриишбоъии чандробитаӣ аст, ки барои бадан муносиб ва аз тарафе ҳовии лигнонҳои бо ҳосияти антиоксидантӣ ва витамини E ва миқдори қобили таваҷҷуҳи аз асиди чарб Mono Unsaturated Fatty Acid (MUFA) ғайриишбоъии якробита аст, ки нисбат ба оксидатсияи липидӣ муқовим ва ба унвони як антиоксидант барои дафъи радикалҳои гидруксӣ, пероксӣ ва дар натиҷа кантрул кардани пероксилешани липидӣ амал мекунад Kang,2000,71(3,4).

Тили кунчид хатароти атеросклерозро кохиш медиҳад, ки ин асари тили кунчид дар муқоиса бо тили офтобпараст ва бодоми заминӣ бештар аст (2005,104. Sankar (6).

Аз ин рӯ метавонад ба ҷунвони як тили муносиб ҷойгузини бахше аз чарбии ғизоӣ дар режими рӯзонаи афрод шавад, мутолиоти эпидемилогӣ нишон медиҳанд, ки масрафи ғизоҳои ғиёҳӣ барои саломатӣ муфид ва дар пешгирӣ аз фарояндҳои таҳрибкунанда нақш доранд ва буруз ва мизони маргумири ношӣ аз саратон ва маризихои уруқи мағзӣ ва қалбиро кохиш медиҳад (Shahidi 2006,83. (7).

Донаи кунчид яке аз ғизоҳои ғиёҳиест, ки ба унвони як ғизои солим ва суннатӣ дар кишварҳои Ховари Миёна истифода мешавад (8). Донаи кунчид ғанӣ аз тил (дар ҳудуди 50%) ва прутин (дар ҳудуди 20%) аст ва лигнонҳои муианавъӣ аз қабилҳои моддаи Seamen ва Sesaminol дар ҳудуди 1/5% доро мебошад Rong2005,67 (9).

Асидҳои чарбии ғолиб мавҷуд дар тили кунчид: асиди увулиник (43%), асиди линулик (35%), полмитик (11%) ва истиёрик (7%) ҳастанд, ки асиди увулиник ва асиди линулик бештарин миқдорро ташкил медиҳанд, ки асидҳои чарб муфид барои бадан махсуб мешаванд ( Elleuch 2006, 50 (10).

Лигнонҳои мавҷуд дар тили кунчид масъули бисёр аз хавоси физиолоҷик ва биюшимики мунҳасир ба фарди тил монанди хавоси антиоксидантӣ ва зиддииттиҳобӣ мебошанд ва сабаби бехбудии перифолии чарбии хун ва кохиши пероксиди липидӣ дар афро-



дхо пер калструлемӣ мешаванд Rong2005,67 (9). Лингонҳои мавҷуд дар кунҷид дар пешгирӣ аз осеби оксидотиғ DNA, ки дар системаи дохили бадан эҷод мешавад, нақш доранд (Kang1998,22 (8)).

Ба далели раванди рӯ ба афзоиши ибтило ба маризони диёбит ва аворизи шинохташудаи он, мутолиаи ҳозир бо ҳадафи таъйини таъсири масрафи тиди кунҷид бар профиди липидӣ ва қанди хун дар маризони диёбити навъи 2, мурочибакунандаи баҳши диёбит Риёсати сиҳхати оммаи Балхбо ҳамкориҳои лабораторияи биюшимии Дошиқандаи тиб ва муассисаи таҳсилоти олии Тоҷ дар соли 1394 (2016) анҷом шуд.

**Равиши баррасӣ.** Ин таҳқиқ ба равиши таҷрибавӣ ва Prospective бар рӯи 25 маризони диёбити навъи 2 сурат гирифт. Маризони диёбити мавриди мутолиа мубтало ба маризии дигаре набуда ва шомили 16 нафар мард ва 9 нафар зан буданд. Афроди мавриди баррасӣ 40-60 сол умр доштанд. Тӯли муддати ибтило ба маризони диёбит 5-10 сол ва 25,5 -32,5 mg/dl ва қанди хуни ноштои онҳо байни 140-162 mg/dl хун буд (ҷадвали 1). Меъёрҳои вурӯд ба мутолиа шомили: ибтило ба диёбити навъи 2 синну сол 40 -60 сол, қанди хуни ноштой бештар аз 126 mg/dl ва камтар аз 200 mg/dl калструли маҷмӯи серумӣ 200 то 240 mg/dl триглицериди серумӣ 200-250 mg/dl, адами истифода аз давоҳои хӯрокии коҳишдиҳандаи қанди хун (Metformin ва Glibenclamide), адами таъриқи инсулин бувад ва меъёрҳои хуруҷ аз тарҳи шлмили собиқаи бемориҳои куллиявӣ (гурдавӣ) (сатҳи керотенин бештар аз 1/мг дар mg/dl ва вучуди албумин дар идрор (пешоб)), кабудӣ (чигарӣ), қалбӣ-уруқӣ, фарти фишори хуни

геп- ё гепартируидизм, қанди хун (болотар аз 200 mg/dl), калистрими серумӣ бештар аз 240 mg/dl, триглицериди серумӣ бештар аз 250 mg/dl, собиқаи тадовӣ бо инсулин, адами пайравӣ аз масрафи тили кунҷид, тағйир дар режими ғизоӣ ва фаъолияти баданӣ рӯзона, ҳомилагӣ ва ширдиҳӣ, истифода аз давоҳои зиддиҳомилагӣ хӯроқӣ, собиқаи масрафи сигарет, алкул ва маводи муҳаддир буданд, тили кунҷиди мавриди истифода дар ин мутолиа ба равиши грамм, ба сурати тили кунҷид ва ба даст овардани тил аз корхонаҳои тавлиди тили кунҷиди Мазори Шариф таҳия шуд. маризони мавриди мутолиа миқдори 30 грамм дар рӯз, тили кунҷид ба муддати 42 рӯз гирифтанд. Ба манзури коҳиши хато дар мизони масрафи тил, қошукҳои пластикии як бор масраф харидорӣ шуд ва дар ихтиёри маризон қарор гирифт, то барои масрафи тил аз ин қошукҳо истифода кунанд. Барои тавзини миқдори тили рӯзона, як зарфи пластикӣ аз қабилӣ тарозуи дегетолӣ вазн шуд, сипас бо сифр қардани вазни зарфи пластикӣ, миқдори 30 грамм тил муодили 5 қошук ва вазни ҳар қошук тақрибан 6 грамм буд. Ба маризон омӯзиш дода шуд, ки рӯзона 5 қошук аз тили кунҷид дар таҳияи соледи худ, пухтани биринҷ ба сурати хушк ва изофа қардани тили кунҷид ба зарфи биринҷи худ ё соир аҷзои ғизоӣ рӯзона истифода кунанд. Дар ибтидо вазни ҳар мариз бидуни кафш ва бо ҳадди ақали либос бар ҳасби кг, тавассути тарозуи асос, муҷаҳаз бо қадсанҷ бо диққат ва қанди онҳо низ бидуни кафш ва бо ҳадди см бо диққат андоза гирифта шуд ва mg/dl шохиси (BMI) Index Mass Body аз тақсими вазн (кг) бар андозаи қад (метри мураббаъ) муҳосиба гардид.

### Ҷадвали 1. Хусусиёти фардии маризони мубтало ба диёбити навъи 2.

Миқдор	25 нафар
Ҷинс	16 –мард, 9 –зан.
Синн	40-60-сола
Чанд соласт мубтало ба диёбит шуда	5-10
Kg/m <sup>2</sup>	25,5-35,5
Глюкози хун дар ҳоли гуруснагӣ	162 mg/dl
Вазни шахсӣ (кг)	60-68
Табии масрафи давои поёноварандаи шакари хун	Надорад
Таҳсилот	Лисонс 3%, 14% бесавод.



Намунаҳои серуми хун дар шурӯи мутолиа ва баъд аз 42 рӯз ба манзури андозагирии қанди хуни ношто ва липидҳои хун, Triglyceride, High Density Lipoprotein cholesterol (HDL), Low Density Lipoprotein cholesterol (LDL), Cholesterol Total (TC) чамъоварӣ шуд ва натоиҷи анализи биёши-

миёӣ сабт гардид. 24 соат тасбити ғизо дурӯзай маъиули васати ҳафта) қабл аз анҷоми мудохила ва дар ҳафтаи савум ва сипас дар поении мутолиа аз маризон гирифта шуд, ки ин қор ба манзури итминон аз адами тағйири калория дарёфти маризон дар тӯли мутолиа буд.

#### Чадвали 2. Тағйироти васатии вазни маризон қабл аз шурӯъ, ҳафтаи 3 ва ҳафтаи 6.

Вазн (кг)	Ҳадди васатӣ
Қабл аз шурӯи таҳқиқ	70
Ҳафтаи 3	69,1
Ҳафтаи 6.	68

#### Чадвали 3. ВМІ вазни маризон қабл аз шурӯъ, ҳафтаи 3 ва ҳафтаи 6.

Вазн (Kg/m <sup>2</sup> ВМІ В)	Шурӯи мутолиа
Қабл аз шурӯи таҳқиқ	26,5
ҳафтаи 3	25,85
ҳафтаи 6	25,8

#### Чадвали 4. Пурсишномаи хӯрок 24 соат маризон қабл аз шурӯъ, ҳафтаи 3, ҳафтаи 6.

Энергии дарёфтани Кса	Шурӯи мутолиа
Қабл аз шурӯи таҳқиқ	1690
ҳафтаи 3	1701
ҳафтаи 6	1702

#### Чадвали 5. Ёфтаҳои марбути чарбӣ дарёфти ҳосил аз режими ғизоии маризон дар замони мутолиа

Энергии дарёфтӣ (грамм)	Шурӯи мутолиа, хатми мутолиа, тағйирот
Қабл аз шурӯи таҳқиқ	61/25
ҳафтаи 3	63/45
ҳафтаи 6	64/50

#### Чадвали 6. Муқоисаи ҳадди васатии параметрҳои биёшимии андозагиришуда дар шурӯъ ва хатми мутолиа

Параметрҳои биёшимӣ	Шурӯи мутолиа	Поёнии мутолиа	Тағйирот
Қанди хун (mg/dl)	162	140	21
TG (mg/dl)	224	207	16
TC (mg/dl)	240	205	35
LDL (mg/dl)	118	95	23
HDL (mg/dl)	36,5	34,5	2

Натоиҷ. Ҳадди васатии тағйироти вазн: ВМІ, энергии дарёфтӣ ва чарбии маризон дар қабл аз мудохила, ҳафтаҳои 3 ва 6 баррасӣ шуд. Ҳамон тавре ки дар чадвалҳои 2 ва 3 мулоҳиза мегардад, муқоисаи ҳадди васатии факторҳои мудохила (вазн ва ба дунболи он) ВМІ дар гурӯҳи мавриди мутолиа, тафовути омории маънидоре дар ибтидо, ҳафтаи сеюм ва дар поении мутолиа нишон намедиҳад. Баррасии масрафи ғизои маризон равиши 24 соат ёд омади хӯрок нишон дод, ки

тақрибан маънидорӣ ҳадди васатии чарбӣ ва энергии дарёфтӣ дар гурӯҳи мавриди мутолиа дар ибтидо, ҳафтаи сеюм ва дар поении мутолиа вучуд надорад (Чадвали 4,5).

Ёфтаҳои марбут ба тағйироти FBS, TC, HDL, LDL, TG серум дар ибтидо ва поении мутолиа дар чадвали 6 ироа шудааст. Ҳамон тавр, ки дар чадвали 6 дида мешавад, ҳадди васатии қанди хуни ношто, кулустерин (холестерин)-гом ва LDL афрод дар поении мутолиа коҳиш ёфта буд.



## АДАБИЁТ

- 1-Stefan S. Fajans: Diabetes Mellitus. Classification and testing procedures. Leslie J Dgroot Endocrinology. Philadelphia, Saunders. 1999, 1346-435.
- 2-Mahan L.K. Escott-Stump S. Krause's Food, nutrition and diet therapy. 11th ed. Pennsylvania: Saunders, 2004: 30, 31, 313, 797.
- 3-Kang M-H. Naito M. Sakai K. Uchida K. Toshihiko. Mode of action of sesame lignans in protecting low density lipoprotein against oxidative damage in vitro. Life Sci, 2000; 66(2): 161-71.
- 4-Sankar D. Ramakrishna Rao M, Sambandam G, Pugalendi K.V. A pilot study of open label sesame oil in hypertensive diabetics. J. Med Food, 2006; 9(3): 417-21.
- 5-Kang M-H. Natio M, Tsujihara N. Osawa T. Sesamol inhibits lipid peroxidation in rat liver and kidney. ,1998; 128(9): 1018-22.
- 6-Sankar D. Sambandam G. Ramakrishna Rao M. Pugalendi. K.V. Modulation of blood pressure, lipid profiles and redox status in hypertensive patients taking different edible oils. ClinicaChimicaActa. 2005; 355: 97-104.
- 7-Shahidi F. Liyana-Pathirana C M. Wall D S. Antioxidant activity of white and black sesame seeds and their hull fractions. Food Chem, 2006; 99: 478-83.
- 8-Kang M.-H, Natio M. Tsujihara N. Osawa T. Sesamol inhibits lipid peroxidation in rat liver and kidney. J of Nutr. 1998; 128(6): 1018-22.
- 9-Rong C P. Liong C K. Chen Su T. Jen C C. Liu T\_L. Cheng H, et al. Dietary sesame reduces serum cholesterol and enhances antioxidant capacity in hypercholesterolemia. Nutr Res, 2005: 25, 559-67.
- 10-Elleuch M, Besbes S I, Roiseux O, Blecker C, Hamadi A. Quality characteristics of sesame seeds and by products Food Chem; 2006, 103: 641-50.
- 11-Coulston A M: Cardiovascular disease risk in women with diabetes needs attention. Ame J of CliNutr. 2004;79:931-2.
- 12-Ramesh B, Saravanan R, KV P. Influence of sesame oil on blood glucose, lipid peroxidation, and antioxidant in streptozotocine diabetic rats. J Med Food. 2005;8(3):377-81.
- 13-Abou-Gharbia H-A, Adel A, Shehata A.A.Y, Shahidi F. Effect of processing on oxidative stability and lipid classes of sesame oil . Food Res. Inter. 2000; 33(5): 331-40.
- 14-Satchithanandam S. Chanderbhan R. Kharroubi T.A. Calvert R.J. Klurfeld D. Tapper S A, et al. Effect of sesame oil on serum and liver lipid profiles in the rat. Internat. J. Vit. Nutr. 1996;66: 386-92.
- 15-Hirose N. Inoue T. Nishihara K. Suqano M. Akimoto K. Shimizu S, et al. Inhibition of cholesterol absorption and synthesis in rats by sesamin. J Lipid Res. 1991; 32(4):629-38.
- 16-Hirano Y. Kashima T. Inagaki N. Uesaka K. Yokota H. Kita K. Dietary sesame meal increases plasma HDL-cholesterol concentration in goats. Asian- Australasian? J of Anim Sciences. 2002; 15(11): 1564-67.
- 17-Bhaskaran S. Santanam N. Paxthasarathy S. Inhibition of atherosclerosis in low-density lipoprotein receptor-negative mice by sesame oil. J Med Food 2006; 9(4):487-90.
- 18-Tsuruoka N. Kidokoro A. Matsumoto I. Abe K. Kiso Y. Modulating effect of sesamin, a functional lignan in sesame seeds, on the transcription levels of lipid- and alcohol -metabolizing enzymes in rat liver: a DNA microarray study. Biosci. Biotechnol. Biochem. 2005; 69(1):179-88
- 19-Ide T, Ashakumaryl L, Takahashi Y, Kushiro M, Fukuda N, Suqano M. Sesamin, a sesame lignan, decreases fatty acid synthesis in rat liver accompanying the down-regulation of sterol regulatory element binding protein-1. BiochimBiophysActa. 2001, 30; 1534(1): 1-13.
- 20- Leroirh D, Taylor SI, Olefsky J M. Diabetes mellitus a fundamental and clinical text. 2000:957-58.
- 21-Wu Wh, Kang YP, Wang NH, Jou HJ, Wang TA. Sesame ingestion affects sex hormones, antioxidant status, and blood lipids in postmenopausal women, J Natur. 2006; 136(5):1270-5.
- 22-Betteridge DJ. Diabetes, lipoprotein metabolism and atherosclerosis. Br Med Bull. 1989; 45: 283-311.
- 23-Haffner SM. Management of dyslipidemia in adult with diabetes. Diabetes care. 1998; 21: 159-78.



**Хулоса.** Диёбити наъи 2 яке аз шоеътарин (пахншудатарин) маризони эндокринӣ дар ҷаҳон аст, ки дар натиҷаи ихтилол дар тарашшуҳ ё амалкарди инсулин эҷод мншавад. Бо таваҷҷуҳ ба ин, ки кунҷид ва фарвардаҳои ҳосил аз он аз қабилӣ тил (равған) ба унвони як ғизои бумӣ дар байни мардуми Мазори Шариф масраф мешавад ва низ таваҷҷуҳ ба хавоси муфиди тили кунҷид, ба хусус таъсири он ба сатҳи қанд ва липидҳои серум (зардоб)-и хун чун донаҳои кунҷид, ки аз наботи кунҷид ба номи *Sesamum indicum* ба даст меояд, дар мутолиаи ҳозир ба манзури муравваҷ сохтани тили кунҷид барои афроиди диёбетӣ ва ҳадафи таъйини таъсири масрафи тили кунҷид бар чарбиҳо ва қанди хуни маризони диёбити наъи 2 аст, мурочиқақунанда ба маркази кунтрал ва тадовии диёбит ба бахши диёбити шифохонаи Балх ва лабораторияи тиб дар соли 1394 (2016) анҷом гирифт.

**Равиши баррасӣ.** Ин мутолиа бар равиши таҷрибавии Prospective бар рӯйи 25 маризи диёбити наъи 2 (нафари мардҳо 16 ва нафари занҳо 9) анҷом шуд. Гурӯҳи мавриди мутолиаафроди синни 40-60-сола, тӯли муддати ибтило ба диёбит аз 5 то 10 сол, индекси 32 ё 25,5 ва қанди хун ношто 140 то 162 мг дар литр доштанд. Маризон миқдори 30-40 г дар рӯз тили кунҷид ба муддати

42 рӯз гирифтанд. Ин миқдори тил ҷойгузини равғанҳои масрафии қабилӣ онҳо гардид. Серуми хун субҳ 8-12 соат, ғизо аҳз накардаанд. Маризон дар ибтидо ва дар поении мутолиа пас аз ҷамъоварӣ, ҷихати андозагирии мутағайирҳои мутолиа, ки шомилӣ қанди хун дар ҳолати гуруснагӣ (F.B.S) ва липидҳои хун Triglyceride, калструл маҷмӯи LDL ва HDL, Total cholesterol буданд, бо истифода аз равишҳои озмоишгоҳӣ муртабӣ таҷзия гардид.

**Натоҷ.** Натоҷи ба дастамада ҳосил аз ёфтаҳои мутолиаи мо нишон дод, ки масрафи тили кунҷид ба муддати 6 ҳафта боиси коҳиши маънидоре дар мизони томи кантрал 240 мг дар литр ба 205 mg/dl хун ҳудуди 35 mg/dl ва қанди ношто аз 162 mg/dl ба 140 mg/dl дар ҳудуди 22 mg/dl ва low density lipoprotein аз 118 mg/dl ба 95 mg/dl дар ҳудуди 23 mg/dl поён омадааст. Масрафи тили кунҷид сабаби ихтилофи маънидор дар коҳиши сатҳи глицирид ва афзоиши HDL серуми маризони диёбит бисёр кам гардид.

**Натиҷагирӣ:** Таҳқиқи ҳозир нишон дод, ки масрафи тили кунҷид таъсири мусбате дар коҳиши чарбиҳои хун калструли маҷмӯӣ ва LDL ва ҳамчунин қанди хун дар ҳолати гуруснагии маризони наъи 2 дорад.

**Вожаҳои калидӣ:** тили кунҷид, липидҳои хун, қанди хуни гуруснагӣ ва диёбити наъи 2.

## ВЛИЯНИЕ КУНЖУТНОГО МАСЛА НА ЛИПИДЫ И САХАР В КРОВИ БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА

В статье представлены результаты изучения влияния кунжутного масла на уровень липидов и сахара в крови больных сахарным диабетом 2 типа на основании материалов, полученных при ле-

чении пациентов отделения сахарного диабета госпиталя афганского города Балх.

**Ключевые слова:** кунжутное масло, липиды, диабет 2 типа.

**Mohammad Saleh Aref, Ghullam Haidar Mushtari, Muhammad Idris.**

### Abstract

**Introduction:** Type 2 diabetes is one of the most common endocrine diseases in the world that is caused by disruption of insulin secretion or function. Given that sesame and its products such as oil are used as an indigenous food in the noble Mazar-i-Sharif, and due to the beneficial properties of sesame oil, especially its effect on

blood sugar and lipid levels, such as seeds Sesame extracts from sesame seeds *Sesamum indicum* In the present study, we aimed to investigate the effect of sesame oil on the lipids and blood glucose of diabetic patients with type 2 diabetes referred to Centers for Disease Control and Treatment. The diabetes ward of Balkh Volatile Medical Hospital was established in 2015.



**Materials and Methods:** This prospective experimental study was performed on 25 diabetic patients, 16 males and 9 females. The study group consisted of 40-60 year olds, duration of diabetes 5 to 10 years, Copper Index 32 to 25.5, and fasting blood of 162 to 140 mg / dl. Patients were given 30 to 40 grams of sesame daily for 42 days. This substitute replaces the previous one. The morning blood serum did not receive 8 to 12 hours of food. Patients at the end of the study, after collecting, measured the variables of the study, including blood glucose levels in the starvation state (F.B.S) and blood lipids (Triglyceride glycerol, LDL-cholesterol, total cholesterol, HDL).

**Results:** The results of our study showed that consumption of sesame oil for 6 weeks significantly reduced the total cholesterol level of 240 mg / dl to 205 mg / dl of blood at about 35 mg / dl and 162 mg / dl fasting blood sugar to 140 mg / dl about 22m g / dl and low density lipoprotein ranged from 118 mg / dl to 95 mg / dl at about 23m g / dL. Consumption of sesame oil significantly reduced the level of triglyceride and increased HDL of diabetic patients.

**Conclusion:** The present study showed that consumption of sesame oil has a positive effect on reducing total cholesterol and LDL cholesterol, as well as blood sugar in patients with type 2 hunger.

**Keywords:** sesame oil, blood lipids, fasting blood sugar and type 2 diabetes.

*Муҳаммад Солеҳ, устоди Донишқадаи тиббии Донишгоҳи Балх, E-mail Add: drsaleharef@gmail.com Mobile #: +93700505861.*

*Ғуломҳайдар Муштарӣ, устоди Донишқадаи тиббии Муассисаи таҳсилоти олиии Тоҷ, Балх, E-mail Add: Mdhghm786@gmail.com Mobile #: +93799266497.*

*Муҳаммад Идрис, Донишгоҳи Мавлонои Балх, факултети тиббӣ, Mobile #: +99378878525.*

*Мухаммад Солеҳ, преподаватель факультета медицины Балхского университета. E-mail: drsaleharef@gmail.com Тел: #: +93700505861.*

*Гуломхайдар Муштарӣ, преподаватель факультета медицины Высшего учебного заведения Тодж, Балх, E-mail: Mdhghm786@gmail.com Тел: #: +93799266497.*

*Мухаммад Идрис, Балхский университет Мавлоно, факультет медицины. Тел: #: +99378878525.*

*Mohammad Saleh Assistant Professor. Aref MD Lecturer at the Medical Faculty of Balkh University. E-mail Add: drsaleharef@gmail.com. Mobile #: +93700505861*

*Ghullam Haidar Mushtari MD Lecturer at the Department of Histopathology of Taj Medical Faculty. E-mail Add: Mdhghm786@gmail.com. Mobile #: +93799266497*

*Dr. Mohammad Edris Taslim Lecturer at the Medical Faculty of Molana University. E-mail Add: Edris\_Taslim@yahoo.com. Mobile #: +93787758525*

## ҲАЛЛИ ПЕШГИРӢ ВА БАРТАРАФ НАМУДАНИ ОРИЗАҲОИ КАМХУНӢ ҲАНГОМИ ПОЛИХИМИОТЕРАПИЯИ АГРЕССИВИИ БЕМОРОНИ ГИРИФТОРИ ЛИМФОЛЕЙКОЗИ МУЗМИН

**А.Т.1 Шамсов, Б.А.2 Шамсов, Г.Б.1 Ҳочиева, К.З.1 Уроков, М.М.1 Шарифов**

<sup>1</sup>Кафедраи беморихои дарунии №3 МДТ "ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино",

<sup>2</sup>Муассисаи далатии "Маркази илмии клиникии педиатрӣ ва ҷарроҳии кӯдакона"

Муҳимият. Солҳои охир дар ҷаҳон оиди табобати лимфолейкози музмин ҳодисаҳои руҳ додаанд, ки онро инқилоби осуда номидан мумкин аст, ин ҳодиса синтез ва дар амалия ҷорӣ намудани маводҳои нави статикӣ (флюдара, мабтера, ритуксимаб) ва барномаҳои нави 3 ва 4 компонентаи табо-

бат ва истифодаи полихимиотерапияи бандвоя мебошад [1,2,3,4].

Якумин маротиба имконияти равиши дарозмуддати бересидивии намудҳои резистентии лимфолейкози музмин ба даст омад [1,3,5]. Аммо табобати пурқуввати полихимиявӣ доим бо яқҷоягии оризаҳои миело-





токсикӣ, панситопения, камхунии дараҷаи вазнин мегузарад. Дар ин ҳолатҳо давом додани табобат бе гузаронидани ҳаҷми эритроцитҳо ба оризаҳои вазнин ва ҳатто хатари фавти бемор меорад. Барои барта- раф намудани алоими камхунӣ ба бемор вояҳои калони ҳаҷми эритроцитарӣ, аз 1 то 7-8 литр дар давоми як курси табобати полихимиявӣ гузаронида мешавад [3,12,13,14, 15]. Аммо истифодаи гемотрансфузияи зиёд ба оризаҳои вазнин ба монанди оризаҳои барвақтии пострансфузионӣ то оризаҳои дери бактериалӣ, табларза, гепатитҳои вирусӣ ва ВНМО расониданаш мумкин аст [4,5].

Мушкилият дар он, ки ҳоло ягон тести истифодашаванда аз набудани сироятҳои дар боло гуфтара дар хуни донор кафолат намедихад. Ғайр аз ин баландшавии нишон- додҳои хун зудгузаро буда, гемотрансфу- зияҳои такрориро талаб мекунад. Мақсади асосии табобат ин зиндамонӣ ва баландша- вии сифати зиндагии беморони гирифтори гемобластозҳо мебошад, ки ба ин химиоте- рапия ва табобати пурсамари камхуни му- соидат мекунад [9,11].

Дар адабиёти муосир мақолаҳои дастрас шудаанд, ки дар онҳо оиди истифодаи эритропоэтин дар беморони гирифтори ге- мобластозҳо дорои камхунии дараҷаи ваз- нин, сухан меравад. Аммо натиҷаи истифо- даи ин мавод дар беморони лимфолейкози музмин дар ин мақолаҳо ихтилофнок мебо- шанд[10].

Дар тадқиқотҳои илмӣ ҳамбастагии ста- тусӣ калонсолӣ бо беморҳои ҳамрав ва пайдоиши оризаҳои пас аз қабули химио- терапия дар гурӯҳи шахсони калонсол ги- рифтори лимфолейкози музмин дида баро- мада шудаанд [7].

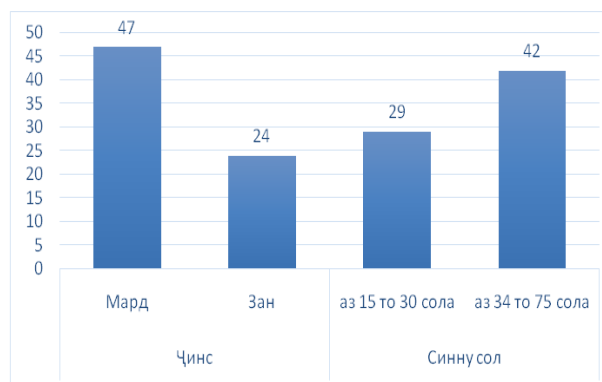
Ситокинҳои илтиҳобӣ дар ҷавоби имму- нии организм ба илтиҳоб ва омос нақши калон мебозанд. Онҳо на танҳо афзоиши ҳуҷайраҳои омосиро суст мекунанд, инчу- нин ба гемопозез натиҷаи миелосупрессивӣ дошта ба ситопения ва пайдоиши камхунӣ оварда мерасонанд [6,8].

**Мақсади тадқиқот.** Муайян намудани самарайи истифодаи  $\alpha$ -эритропоэтин дар бе-

морони лимфолейкози музмин дорои кам- хунии дараҷаи вазнин дар шароити иқлими гарм ва хушки Тоҷикистон.

**Мавод ва усулҳои тадқиқот.** Зери назо- рати мо дар шӯъбаи беморҳои хуни калон- солони МД ММТҚТ шаҳраки "Шифобахш" 71 бемори гирифтори лимфолейкози муз- мин қарор дорад. Давомнокии беморӣ аз 6 моҳ то 8 сол мебошад. Ташҳиси лимфолей- кози музмин дар асоси шикоятҳо, алома- тҳои клиникӣ, нишондодҳои таҳлили уму- мии хун, санҷишҳои биокимиявӣ ва хун, рен- тгенография ва ултрасадои узвҳои дарунӣ ва таҳлили ситологии миелограмма гузош- та шуд.

29 бемор (40,8%) аз 15 то 30 сола, 42 бе- мор (59,2%) аз 34 то 75 сола мебошанд. Мар- дҳо 47 ва занҳо 24 беморро ташкил меди- ханд.



**Диаграммаи 1.** Тақсими беморон вобас- та ба ҷинс ва синну сол.

Дар собиқаи ҳамаи беморон табобати монотерапиявӣ бо хлорамбутсил (лейке- ран) 0,2 мг/м<sup>2</sup> дар як шабонарӯз дохили варид ва 1-3 курси полихимиотерапияро аз рӯи барномаи СОР (сиклофосфан 400мг д/в, 1 мар., 5 рӯз; онковин 2 мг., д/в, рӯзи якуми табобат; преднизолон 60 мг/м<sup>2</sup> дар 1 шабонарӯз ба дарун муддати 5 рӯз) ги- рифтаанд. Дар ҳамаи беморон ретикуло- ситопенияи дараҷаи гуногун дар ҳудуди 0,2-0,4% ба назар мерасид. Миқдори оҳан дар зардоби хун на кам аз 10,4 мкмол/л муайян шуд. Дар ҳамаи беморон осебёбии 3 ва зиёдтар гурӯҳи лимфогадудҳо ва ге- патоспленомегалияи дараҷаи мухталиф ба назар мерасид. Миқдори эритроцитҳо дар гемограмма дар ҳудуди  $1,8 \cdot 10^{12}$  л то



3,5\*10<sup>12</sup>л, гемоглобин аз 38 г/л то 90 г/л муайян карда шуд.

Дар ташхиси гузаронидаи мо қариб дар ҳамаи беморони гирифтори лимфолейкози музмин дар 48,6% мурочиатҳои нахуст камхунӣ дида мешаванд, ки дар рафти табобат ин нишондод то 76,4% расидааст.

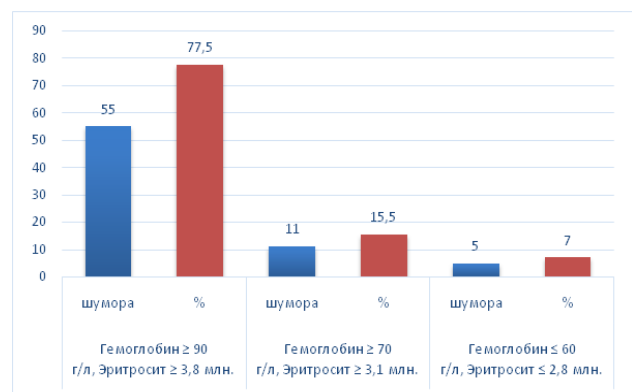
Аз рӯи нишондодҳои ташхисҳои калони ретроспективӣ камхунӣ дар 39,3% гирифтори омӯсҳои бадсифате, ки якумин маротиба ба духтур мурочиат намудаанд ба қайд мерасад ва пас аз 6 моҳи табобат то 67,0% камхунӣ зиёд мегардад. Миқдори лейкоцитҳо аз 5,3 то 484,0\*10<sup>9</sup>л, лимфоситоз 58-90%, тромбоцитопенияи дараҷаи гуногун ва камхунӣ дар ҳамаи беморон муайян карда шуд. Дар миелограммаи аксарияти беморон гиперплазияи мағзи тӯш ва дар кулли беморон гиперплазияи шоҳаи сафед, зиёдшавии лимфоситҳои ба балоғатрасида то 92%, эритропоэзи нормобластикӣ ва ягон-ягон мегакариоситҳо бе мубаддалшавӣ ба тромбоцитҳо ба назар мерасид.



Диagramмаи 2. Табобати собиқаи кимиёвӣ.

Ба ҳама беморон ?-эритропоэтин 10000 МЕ зери пӯст ҳафтае 3 маротиба, давоми 16 ҳафта таин карда шуд. Ҳангоми аз 40 г/л пастар будани гемоглобин аввал онро бо гемотрансфузия то 60 г/л баланд бардошта баъдан табобатро бо ?-эритропоэтин, бегузаронидани маводҳои хун (гемотрансфузия) давом медедем.

**Натиҷаҳо ва муҳокимаи он.** Дар 55 (77,5%) бемор ҳафтаи 8-уми табобат гемоглобин то 90г/л зиёдтар шуд. Дар 11 (15,5%) бемор дар ин муддат гемоглобин то 70 г/л зиёд шуд. Дар 5 беморони боқимонда (7%) табобат самарабахш набуд. Дар онҳо ба воситаи гемотрансфузия нишондодҳои сурхи хун ба меъёр оварда шуд. Миқдори ретикулоцитҳо дар ду гурӯҳи аввал аз 0,8 то 3,1% зиёд шуд. Лекин дар гурӯҳи 3-юм тағирот дида нашуд. Баъди идомаи табобат боз 2 ҳафтаи дигар нишондодҳои сурхи хун (эритроцит, гемоглобин) чи тавре, ки дар диаграммаи №3 нишон дода шудааст, дар ду гурӯҳи аввал беҳтар шуданд. Лекин дар гурӯҳи сеюм ягон тағиротҳои назаррас дида нашуд.



Диagramмаи 3. Миқдори нишондодҳои сурхи хун баъди 8 ҳафтаи табобат.

### Хулоса:

1. Ҳамин тавр, истифодаи ?-эритропоэтин ҳангоми камхунӣ дар беморони гирифтори лимфолейкози музминба кам кардани миқдори гемотрансфузияҳо оварда мерасонад.
2. Хавфи гирифтори оризаҳои пас аз гемотрансфузионӣ ва хусусан гузариши беморҳои гепатитҳои вирусӣ ва ВНМО хеле ҳам кам мешаванд.
3. Сифати зиндагии ин беморон беҳтар мегардад.

### АДАБИЁТ:

1. Саҳин В.Т., Маджанова Е.Р., Крюков Е.В. Анемия хронических заболеваний крови. Онкогематология. 2018(1)45-53
2. Шамсов А.Т. Хронический лимфолейкоз. Внутренние болезни. ТГМУ им Абуалиибни-Сино. Душанбе 2016г.стр.272-282



3. Рукавицын О.А. Анемии. 2-е изд., перераб. и доп. М.: ГЕОТАР-Медиа, 2016, 256 с.
4. Ураков К.З., Ходжиева Г.Б., Ганиева М.П., Рахимов Б.Р. Современные представления о хроническом лимфолейкозе. Методическая рекомендация, Душанбе-2015. 72 стр.
5. Савченко В.Г. Программное лечение заболеваний системы крови. М.: Практика, 2012 стр 363-487
6. Романенко Н.А., Розанова О.Е., Четкин А.В. Исследование влияния провоспалительных цитокинов и развитие анемического синдрома при лимфопролиферативных заболеваниях // Вестник гематологии. 2017. №3. 67-68
7. Алексеев С.М., Полторацкий А.Н., Акимов И.К., Полев А.В. Прогнозирование рисков развития осложнений после химиотерапии при хроническом лимфолейкозе в пожилом и старческом возрасте // Современные проблемы здравоохранения и медицинской статистики. 2019. №2. с97-109
8. Кувшинов А.Ю., Волошин С.В., Гарифуллин А.Д. Исследование влияния противовоспалительных цитокинов и развитие анемического синдрома при лимфопролиферативных заболеваниях // Вестник гематологии. 2017. №3.
9. Аносов Н.А., Белякова Е.А. Роль поддерживающей терапии в лечении пациентов с хроническим лимфолейкозом // Вестник гематологии. 2017. №3. / стр46-47стр67
10. Гладков О.А., Снеговой А.В. Применение эритропоэтиназета в лечении анемии у онкологических пациентов // МС. 2016. №10. 44-47
11. Литвицкий П.Ф., Жевак Т.Н. Гемобласты. Лейкозы лимфоидного происхождения / / ВСП. 2016. №5. С457-471
12. Романенко Н.А., Четкин А.В., Жигулева Л.Ю., Гришина Г.В., Бондарчук С.В. Коррекция анемии и оценка эффективности трансфузий эритроцитов у пациентов с онкогематологическими заболеваниями // Клиническая онкогематология. 2018. №3. с.265-272
13. Сиюхова Д.Б., Бабичева Л.Г. Способы коррекции анемии у онкологических больных / / Вестник Адыгейского государственного университета. Серия 4: Естественно-математические и технические науки. 2016. №3 (186). URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/sposoby-korreksii-anemii-u-onkologicheskikh-bolnyh>
14. Есентаева С.Е., Сарсенбаева Г.Е., Арыбжанов Д.Т., Жакенова Ж.К., Баймахашева А.Н. Расширение доступа пациентов к лечению анемии на фоне цитотоксической терапии в Казахстане // Вестник КазНМУ. 2019. №1. С643-648
15. Ларионова В.Б., Крысанов И.С., Снеговой А.В., Зейналова П.А., Крысанова В.С. Рациональная тактика поддерживающей терапии анемии, индуцированной химиотерапией: фармакоэкономический анализ применения эритропоэз-стимулирующих препаратов у пациентов с онкологическими заболеваниями в условиях здравоохранения Российской Федерации // ОГ. 2018. №2. с48-61

## ҲАЛЛИ ПЕШГИРӢ ВА БАРТАРАФ НАМУДАНИ ОРИЗАҲОИ КАМХУНӢ ҲАНГОМИ ПОЛИХИМИОТЕРАПИЯИ АГРЕССИВИИ БЕМОРОНИ ГИРИФТОРИ ЛИМФОЛЕЙКОЗИ МУЗМИН

**Мухимият.** Солҳои охир дар ҷаҳон оиди таболати лимфолейкози музмин ҳодисаҳои руҳ додаанд, ки онро инқилоби осуда номидан мумкин аст, ин ҳодиса синтез ва дар амалия ҷори намудани маводҳои нави ситостатикӣ (флударабин, ритуксимаб) ва барномаҳои нави 3 ва 4 компонентаи таболат ва истифодаи полихимиотерапияи баландвоя мебошад.

**Мақсади тадқиқот.** Муайян намудани самараи истифодаи  $\alpha$ -эритропоэтин дар беморони лимфолейкози музмин дорои камхунии дараҷаи вазнин дар шароити иқлими гарм ва хушки Тоҷикистон.

**Мавод ва усулҳои тадқиқот.** Зери назорати мо 71 бемори гирифтори лимфолейкози музмин қарор дорад. Давомнокии бемо-



ри аз 6 моҳ то 8 сол мебошад. Аз он чумла 29 бемор (40,8%) аз 15 то 30 сола, 42 бемор (59,2%) аз 34 то 75 сола мебошанд. Мардҳо 47 ва занҳо 24 беморро ташкил медиҳанд.

**Натиҷаҳо ва муҳокимаи он.** Дар 55 (77,5%) бемор ҳафтаи 8-уми табобат гемоглобин то 90г/л зиёдтар шуд. Дар 11 (15,5%) бемор дар ин муддат гемоглобин то 70 г/л зиёд шуд. Дар 5 беморони боқимонда (7%) табобат самарабахш набуд. Дар онҳо ба

воситаи гемотрансфузия нишондодҳои сурхи хун ба меъёр оварда шуд.

**Хулоса:** хамин тавр, истифодаи  $\alpha$ -эритропоэтин ҳангоми камхунӣ дар беморони лимфопролиферативӣ ба кам кардани микори гемотрансфузияҳо оварда мерасонад.

**Калимаҳои калидӣ:** лимфолейкоз, эритропоэтин, анемия, пешгирӣ, муолиҷа, полихимиотерапия.

## ПРОФИЛАКТИКА И ЛЕЧЕНИЕ АНЕМИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ ВСЛЕДСТВИЕ ПОЛИХИМИОТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКИМ ЛИМФОЛЕЙКОЗОМ

Шамсов А.Т.<sup>1</sup>, Шамсов Б.А.<sup>2</sup>, Ходжиева Г.Б.<sup>1</sup>, Уроков К.З.<sup>1</sup>, Шарифов М.М.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Кафедра внутренних болезней №3 ТГМУ им. Абуали ибни Сино

<sup>2</sup>ГУ "Республиканский научно-клинический центр педиатрии и детской хирургии РТ"

**Актуальность.** В последние годы в мировой практике терапии хронического лимфолейкоза появились новые методы лечения, которые произвели революцию в течении этого заболевания. Эти методы от предыдущих поколений отличаются многокомпонентностью, высокодозной терапией и применением новых цитостатических препаратов (флударабин, ритуксимаб).

**Цель исследования.** Определение эффективности  $\alpha$ -эритропоэтина для лечения анемического синдрома у больных с хроническим лимфолейкозом в условиях сухого и жаркого климата Таджикистана.

**Материалы и методы исследования.** Под нашим наблюдением во взрослом гематологическом отделении ГУ Национальный медицинский центр "Шифобахш" находились 71 больной с хроническим лимфолей-

козом. Длительность заболевания от 6 месяцев до 8 лет. Из них 29 больных (40,8%) с 15 до 30 лет, 42 больных (59,2%) от 31 до 75 лет. Мужчин было 47 и женщин 24.

**Результаты и их обсуждение.** У 55 (75%) больных на 8 неделе терапии эритропоэтином гемоглобин повысился до 90г/л. У 11 (15,5%) больных за этот период гемоглобин увеличился до 70г/л. У остальных 5 (7%) больных положительной динамики со стороны красной крови не наблюдалось.

**Выводы.** Таким образом, применение  $\alpha$ -эритропоэтина при анемии у больных с хроническим лимфолейкозом способствует уменьшению количества гемотрансфузии.

**Ключевые слова:** лимфолейкоз, эритропоэтин, анемия, профилактика, терапия, полихимиотерапия.

## PREVENTION AND TREATMENT OF ANEMIC COMPLICATIONS AS A RESULT OF POLYCHEMOTHERAPY IN PATIENTS WITH CHRONIC LYMPHLEOSIS

Shamsov A.T.<sup>1</sup>, Shamsov B.A.<sup>2</sup>, Khodzhiyeva G.B.<sup>1</sup>, Urokov K.Z.<sup>1</sup>, Sharifov M.M.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Avicenna Tajik State Medical University,

<sup>2</sup>Republican Scientific clinical Center for pediatric and child surgery

**Relevance.** In recent years, new methods of treatment have appeared in the world in the treatment of chronic lymphocytic leukemia that revolutionized the course of this disease. These methods from previous generations are distinguished by multicomponent, high-dose therapy and the

use of new cytostatic drugs (fludarabine, rituximab).

**Purpose of the study.** Determining the effectiveness of  $\alpha$ -erythropoietin for the treatment of anemic syndrome in patients with chronic lymphocytic leukemia in the conditions of a dry and hot climate of Tajikistan.



**Materials and research methods.** Under our supervision, in the adult hematology unit of the National Medical Center "Shifobakhsh" there were 71 patients with chronic lifelike leukemia. The duration of the disease is from 6 months to 8 years. Of these, 29 patients (40.8%) from 15 to 30 years old, 42 patients (59.2%) from 31 to 75 years old. Of these, 47 men and 24 women.

**Results and their discussion.** In 55 (75%) patients, at 8 weeks of erythropoietin therapy, hemoglobin increased to 90g / L. In 11 (15.5%)

patients during this period, hemoglobin increased to 70 g / l. In the remaining 5 (7%) patients, positive dynamics from the side of red blood was not observed.

**Conclusions.** Thus, the use of  $\alpha$ -erythropoietin in anemia in patients with chronic lymphocytic leukemia contributes to a decrease in the amount of blood transfusion.

**Key words:** lymphocytic leukemia, erythropoietin, anemia, prevention, therapy, polychemotherapy.

**Шамсов Абдулҳафиз Тоҷидиннович** - муаллими калони кафедраи бемориҳои дарунии №3-и "Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абӯалӣ ибни Сино", тел.: 907787474

**Шамсов Бахтовар Абдулҳафизович** - роҳбари шуъбаи илм ва таҳқиқоти МД "Маркази ҷумҳуриявии илмию клиникии педиатрӣ ва ҷарроҳии кӯдакона", E-mail: bakhtovar01@gmail.com, тел.: 907-58-88-87

**Ҳоҷиева Гулнора Бобоевна** - н.и.т., дотсенти кафедраи бемориҳои дарунии №3-и "Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абӯалӣ ибни Сино", тел.: 918-62-69-41

**Уроқов Комрон Зокирович** - н.и.т., дотсентикафедраи бемориҳои дарунии №3-и "Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абӯалӣ ибни Сино", E-mail: Komron\_med.83mail.ru, тел.: 918-99-46-66

**Шарифов Маҳмуд Мирзоалиевич** - муаллими калони кафедраи бемориҳои дарунии №3-и "Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абӯалӣ ибни Сино", тел.: 555-00-70-44

**Шамсов Абдулҳафиз Тоджидиннович** - старший преподаватель кафедры внутренних болезней №3 ТГМУ Абуали ибни Сино, тел.: 907-78-74-74

**Шамсов Бахтовар Абдулҳафизович** - начальник научно отдела ГУ "Республиканский научно-клинический центр педиатрии и детской хирургии", E-mail: bakhtovar01@gmail.com, тел.: 907-58-88-87

**Ҳоҷиева Гулнора Бобоевна** - к.м.н., доцент кафедры внутренних болезней №3 ТГМУ Абуали ибни Сино, тел.: 918-62-69-41

**Уроқов Комрон Зокирович** - к.м.н., доцент кафедры внутренних болезней №3 ТГМУ Абуали ибни Сино. E-mail: Komron\_med.83mail.ru, тел.: 918-99-46-66

**Шарифов Маҳмуд Мирзоалиевич** - старший преподаватель кафедры внутренних болезней №3 ТГМУ Абуали ибни Сино, тел.: 555-00-70-44

**Shamsov Abdulkhafiz Todzhidinnovich** - senior Lecturer Department of Internal Diseases №3 Avicenna Tajik State Medical University, tel.: 907-78-74-74

**Shamsov Bakhtovar Abdulhafizovich** - head of the scientific department of the State Institution "Republican Scientific Clinical Center for Pediatrics and child Surgery", E-mail: bakhtovar01@gmail.com, tel.: 907-58-88-87

**Khodzhiyeva Gulnora Boboevna** - candidate of medical sciences, associate professor of the Department of Internal Diseases №3 Avicenna Tajik State Medical University, tel.: 918-62-69-41

**Urokov Komron Zokirovich** - candidate of medical sciences, associate professor of the Department of Internal Diseases №3 Avicenna Tajik State Medical University, E-mail: Komron\_med.83mai.ru, tel.: 918-99-46-66

**Sharifov Makhmud Mirzoalievich** - senior Lecturer Department of Internal Diseases №3 Avicenna Tajik State Medical University, tel.: 555-00-70-44



## ИСТИФОДАБАРӢ ВА ТАЪСИРИ НОМАТЛУБИ ИНГИБИТОРҲОИ ТИРОЗИНКИНАЗ ДАР БЕМОРОНИ МИЕЛОЛЕЙКОЗИ МУЗМИН

Г.Б. Ҳочиева, М.М. Шарифов, К.З. Уроқов, А.Т. Шамсов

Кафедраи бемориҳои дарунии №3 (мудирӣ кафедра д.и.т., Н.И. Мустафоқулова)-и МДТ "ДДТТба номи Абӯалӣ ибни Сино",

Муҳимият: Миелолейкози музмин - ин омӯси бадсифати бофтаи хунофар мебошад, ки аз ҳуҷайраҳои пешомади миелопоэз ба намуди гранулоситҳои болиғ ва тафриқашуда намудор мешавад. Миелолейкози музмин намуди бештар вохӯрандаи лейкозҳо буда, 20,0%-и омӯсҳои хунро ташкил медиҳад. Гирифторшавӣ ба бемории миелолейкози музмин дар 50 соли охир дар тамоми давлатҳо ба ҳар сари 100000 аҳоли 1-1,5 ҳодисаро ташкил медиҳад, ки асосан дар шахсони синни аз 30 то 50сола бештар ба назар мерасад. Ба ин беморӣ мардҳо нисбат ба занҳо бештар гирифтор шуда, ин беморӣ дар синни кудакӣ ва ҷавонӣ камтар ба назар мерасад [1,2,5].

Тақрибан дар 95,0% беморони миелолейкози музмин аломатҳои клиникаию морфологии хромосомаи махсуси маркери транслокатсия (9,22), ки онҳоро хромосомаи Филладелфӣ (Ph) меноманд, зоҳир шуда, дар 5,0% ҳолатҳо Ph- хромосома дар натиҷаи транслокатсияи (9,22) мураккаб ё оддӣ ошкор мегардад [3,7].

Дар табдилдиҳии транслокатсияи мураккаб се ва зиёд якҷоя аз он хромосомаҳо иштирок карда, хромосомаҳои 9 ва 22 доимӣ иштироккунанда мебошанд. Ҳолати мазкур аз он шаҳодат медиҳад, ки беморӣ аз ҳуҷайраҳои пешомади салоҳиятнадоштаи гемопоэз оғоз меёбад. Дар аксарияти ҳолатҳо ташҳиси миелолейкози музминро дар асоси аломатҳои хоси клиникаию гематологӣ бе анҷом додани таҳлили ситогенетикӣ гузоштан мумкин аст [9].

Камхунӣ дар беморони онкогематологӣ хеле зиёд дида мешавад ва пас аз истифодаи химиотерапия он чуқуртар мегардад. Давомнокии миелолейкози музмин аз 12 моҳ зиёд, таъбаоти ситостатикӣ гузаронидашуда бо интерферон, бусулфан, гидроксимочевина ва паст шудани гемоглобин аз 100г/л камтар, зиндамонии умумиро бад

намуда аз истифодаи барвақти маводи авлоди якум-иматиниб, гувоҳӣ медиҳад. Тадақиқоти гузаронидашуда нишон додааст, ки иматиниб маводи таъбинотии барвақтаи аллакай аз рӯзҳои саршавии миелолейкози музмин мебошад [11].

Таъбаоти миелолейкози музмин тавасути маводҳои вобаста ба гурӯҳи ингибиторҳои тирозинкиназаҳо - иматиниб, дазатиниб ва панатиниб амалӣ мешавад. Солҳои охир дар беморони миелолейкози музмин, дар марҳилаи терминалӣ ва шакли резистентнокӣ таъсири номатлуби ин доруҳо бештар ба назар мерасад. Аксаран осебҳои системаи марказии асаб бо аломатҳои нейрорейкемия ё инфилтратсияи асабҳои канорӣ, дарди азиятдиҳанда ва пайдошавии нимфалаҷ ба назар мерасад. Инфилтратсияи ҳуҷайраҳои бластӣ метавонад дар устухонҳо ҷойгир шуда, сабаби шикасти ногаҳонии эътилолии онҳо гардад. Дар дигар ҳолатҳо инфилтрати экстремедулярии мавқеӣ дар узвҳои дохилӣ инкишоф ёфта, бо дарди мавқеӣ ва дигар аломатҳои осебҳои узвҳо намоён гардад. Натиҷаҳои ташҳисҳои клиникӣ оиди истифодаи ингибиторҳои тирозинкиназа-2 нилотиниб ва дазатиниб ҳамчун терапияи авлоди аввали миелолейкози музмин нишон додаанд, ки онҳо нисбати иматиниб таъсирнокии баланд доранд. Ремиссияи зарравии чуқур дар марҳилаи бармаҳал ба даст омада паст шудани авҷгирии миелолейкози музмин ба назар расидааст [4].

Дар яке аз таҳқиқотҳо пас аз гузаронидани таъбаот бо дазатиниб ҷавоби пурраи гематологӣ дар ҳамаи 12 беморон қайд шудааст. Дар моҳи аввали гузаронидани таъбаот 8 бемор (67,0%) пас аз 3 моҳ, 3 бемори дигар (25,0%) ба ҷавоби пурраи гематологӣ ноил шудаанд. Медианаи ҷараёни вақти бересидивии гематологӣ 24 моҳро (аз 9 то 69 моҳ) дар бар гирифт, ҷараёни бересидивӣ



дар тӯли 12 моҳ, дар ҳамаи 12 (100,0%) бемор ба назар расид [8].

Қорӣ намудани терапияи мақсадноки патогенетикӣ дар муолиҷаи миелолейкози музмин ҳаёти беморони зиёдро дароз мекунад. Таҷрибаи ба даст оварда оиди муолиҷа бо маводҳои таргетӣ, ингибиторҳои тирозинкиназа (ИТК) - и 1-ум ва 2-ум авлод, дар қисми зиёди беморон ҷавоби зарравии чуқур ба даст овардари нишон медиҳад [10].

Таботати алоими камхунӣ дар миелолейкози музмин бо маводҳои эритропозитин (ЭПО) натиҷаҳои хуб дода ба баланд шудани сифати ҳаёти беморон оварда мерасонад [12].

Ҳангоми муқоисаи иммунитети беморони лимфолейкози музмин ва миелолейкози музмин, бисёртар кам шудани нишондорҳои IgA, IgM, ва хусусан IgG дар давраи терминалии миелолейкози музмин мушоҳида мешавад. [13]

Таҳқиқоти анҷомшуда, ки ба таъсири номатлуби доруҳои ингибиторҳои тирозинкиназа бахшида шудааст, хело бамавриду зарурист, зеро дар солҳои охир истифодаи васеи онҳо дар табобати миелолейкози музмин ба чашм мерасад. Ин доруворихо ремиссияи пурраи бемориро бо таъсиргузори ба хромосомаи Филадельфӣ ба вучуд оварда, давомнокии умри беморро зиёд мекунад [6].

**Мақсади таҳқиқот:** муайянкунии таъсири номатлуби ингибиторҳои тирозинкиназа дар беморони гирифтори миелолейкози музмин.

**Мавод ва усулҳои таҳқиқот:** Дар шӯъбаи гематологияи МД ММТҚТ-шаҳраки "Шифобахш" 32 бемор бо таъхиси миелолейкози музмин дар синну соли 30-50 сола дар зеро назорат гирифта шуд, аз онҳо 13 (43,4%) нафар зан ва 17 (56,0%) нафар мард буданд. Таботат дар 19 - бемор (63,3%) - зиёда аз 3 сол- 11-бемор (36,6%) то 3 солдавом кард. Дар асоси шикоятҳо, собиқаи беморӣ ва маълумотҳои клиникаию лабораторӣ- калоншавии испурч ва ҷигар, гиперлейкоситоз аз  $20 \times 10^9$  то  $420,9 \times 10^9$  мавҷудияти ҳуҷайраҳои бластӣ, ҳуҷайраҳои мобайнӣ, нештариани магзи устухони тӯш ва Ph - хромосомаи мусбатташхис гузошта шуд. 16 бемор (53,3%) ингибиторҳои тирозинкиназа доруи

иматиниб (гливек) бо вояи 100 мг 4 ғилофакпагоҳирӯзӣ, 11 бемор (36,6%) маводи доруи дазатиниб бо вояи 140 мг - 1,5 ҳаб дар рӯз ва 5 бемор (10,0%), маводи доругии панатиниб бо вояи 45 мг дар як рӯз аз рӯи барномаи химиотерапияи миелолейкози музмин қабул кардаанд. Дар ҳамаи беморон баъди 3 моҳи табобат камшавии миқдори лейкоцитҳо аз  $350,0-200,0 \times 10^9$  то  $45,0-20,0 \times 10^9$  ва камшавии андозаи ҷигар ва испурч дида шуд. Полихимиотерапия дар якҷоягӣ бо антибиотикҳо, гемостатикҳо, гузаронидани компонентҳои хун (эритроситҳои шуст шуда, плазмаи нав ҷа карда шуда, тромбоконтрат) таъйин шуд. Дар асоси табобати гузаронида шуда дар беморон беҳбудии клиникаию лабораторӣ ба амал омад.

**Муҳокима ва натиҷаи таҳқиқот.** Пас аз истифода бурдани ингибиторҳои тирозинкиназа дар беморони миелолейкози музмин аз миёни 32 бемори таҳти назорат буда дар 10 нафар (31,2%) табларза, 12 нафар (37,5%) дардисар ва баландшавии фишори майнаи сар, 12 нафар (37,5%) вайроншавии ҳоб, дилбеҳузурӣ, қайқунӣ дар 10 бемор (31,2%), бемадорӣ дар 10 бемор (31,2%) мушоҳида шуд. Чунин оризаҳо аз қабилӣ афсурдаҳолӣ (галтүсинатсия) дар таҳқиқоти мо ба назар нарасид. Як қатор таъсири номатлуби ингибиторҳои тирозинкиназа дар ҷадвали №1 нишон дода шудааст.

Новобаста аз беҳтаршавии ҳолати 14 бемор (46,6%), таъсири номатлуб ба тариқи осебёбии системаи марказии асаб чун беҳобӣ, дарди сар, баландшавии фишори дохили косоҳонаи сар зиёдтар дар беморони маводи иматиниб қабулнамуда ба назар мерасад. Инчунин кашишҳои мушакӣ 12,5%, дардҳои мушакӣ-устухонӣ 9,3%, варамҳои периорбиталӣ 3,1%, дарунравӣ 6,3% ташкил намудаанд. Дар ҳамаи гурӯҳҳо стоматит (21,8%) ва хориши пӯст (18,7%) ба назар мерасад. Пас аз истифодаи ингибиторҳои тирозинкиназа авлоди 2, дазатиниб ва панатиниб таъсири номатлуб камтар дида мешавад.

**Хулоса.** Ҳадафи аслии мақола, барои омӯختани оризаҳои маводҳои доругӣ-ингибиторҳои тирозинкиназаҳо, ки солҳои охир



барои табобати миелолейкози музмин би-сёр истифода мешаванд, равона гаштааст.

Аз 32 бемори гирифтори миелолейкози музмин, дар 24 бемор (80,0%) халалдоршавии неврологӣ-баландшавии фишори дохили косахонаи сар дар 6 бемор (6,65%), дарди сар дар 6 бемор (33,3%), беҳобӣ дар 12(40,0%) бемор мушоҳида мешавад. Дилбеҳузурӣ, қай-

кунӣ 59,3% -ро ташкил намудааст. 31,2% беморон бемадориро ҳис кардаанд.

Таъсири номатлуби ингибиторҳои тирозинкиназа пас аз истифодаи иматиниб назар ба панатиниб, дазатиниб зиёдтар дида мешавад, ки албатта дар рафти табобат ин таъсирҳо бояд ба инобат гирифта шаванд ва сари вақт рафъ карда шаванд.

### Ҷадвали №1. Таъсири номатлуби иматиниб, дазатиниб, панатиниб.

№	Намуди таъсир	Иматини 6 N=16	Дазатини 6 N=11	Панатини 6 N=5	Ҷамағӣ N=32
1	Табларза	7 (43,7%)	2 (18,1%)	1 (20,0%)	10 (31,2%)
2	Дилбеҳузурӣ, Қайкунӣ	8 (50,0%)	1 (9,0%)	1 (20,0%)	19 (59,3%)
3	Анорексия	3 (18,7%)	--	--	3 (9,3%)
4	Варамҳои периорбиталӣ	1 (6,2%)	--	--	1 (3,1%)
5	Обравии чашмон, Варамҳо	1 (6,2%)	--	--	1 (3,1%)
6	Хушкшавии чашмон	--	1 (9,0%)	--	1 (3,1%)
7	Хунрезӣ ба сафедаи чашм	1 (6,2%)	--	--	1 (3,1%)
8	Кашишҳои мушакӣ	4 (25,0%)	--	--	4 (12,5%)
9	Дадрҳои мушакӣ- устухонӣ	3 (18,7%)	--	--	3 (9,3%)
10	Дарунравӣ	2 (12,5%)	--	--	2 (6,2%)
11	Донаҷаҳои зери пӯст (папулӯзӣ)	--	1 (9,0%)	--	1 (3,1%)
12	Бемадорӣ	10 (62,5%)	--	--	10 (31,2%)
13	Илтиҳоби плевра	1 (6,2%)	--	--	1 (3,1%)
14	Баландшавии фишори дохили сар, дарди сар	6 (37,5%)	--	--	6 (18,7%)
15	Стоматит (мукозити ковокии даҳон)	5 (31,2%)	1 (9,0%)	1 (20,0%)	7 (21,8%)
16	Хориши пӯст	4 (25,0%)	1 (9,0%)	1 (20,0%)	6 (18,7%)
17	Беҳобӣ	8 (50,0%)	2 (18,1%)	1 (20,0%)	11 (34,3%)
18	Зиёдшавии вазн	2 (12,5%)	--	--	2 (6,2%)
19	Камшавии вазн	1 (6,2%)	--	--	1 (3,1%)
20	Алопетсия	1 (6,2%)	--	--	1 (3,1%)

### АДАБИЁТ

1. Фоминых М.С., Абдулкадыров К.М., Туркина А.Г., Шуваев В.А., Мартынкевич И.С., Цаур Г.А., Бедерак Н.В. Персонализация терапии хронического миелолейкоза - прогностическое значение индивидуальной динамики уровня BCR-ABL. Гематология и трансфузиология/ 2016; 61(1). С.4-10.
2. Vassarani M., Deininger M.W., Rosti G., Hochhaus A., Soverini S., Apperley J.F., et al. European Leukemia Net recommendations for the management of chronic myeloid leukemia: 2013. Blood. 2013; 122(6):872-84. doi:10.1182/blood-2013-05-501569. С.9-12
3. Шуваев В.А., Абдулкадыров К.М., Туркина А.Г., Мартынкевич И.С. Российский научно-исследовательский институт гематологии и трансфузиологии ФМБА России, 191024, - Санкт-Петербурге, Россия, ФГБУ Гематологический научный центр Минздрава России, 125167 г. Москва, Россия. Фармакоэкономический анализ ремиссии хронического миелолейкоза без лечения. Гематология и трансфузиология, 2015; т.60, №4 С.4-6
4. Шуваев В.А., Абдулкадырова А.С., Мартынкевич И.С., Удаева В.Ю., Усачева Е.И., Зотова И.И., и др. Опыт лечения хронического миелолейкоза в Санкт-Петербурге. Вестник гематологии. 2011; 1:43. С.4-7
5. Туркина А.Г., Чалышева Е.Ю. Стратегия терапии хронического миелолейкоза: возможности и перспективы. Терапевтический архив. 2013; 7: С.4-9.
6. Лазарева О.В., Туркина А.Г., Гусарова Г.А., Чалышева Е.Ю., Захарова Е.С., Шухов О.А., и др. Итоги 12-летней терапии ингибиторами тирозинкиназ больных в поздней хро-





- нической фазе хронического миелолейкоза после неудачного лечения ИНФ&. Сибирский научно-медицинский журнал. Бюллетень СО РАМН. 2015; 1:90-7.С.7-10
7. Власова Ю.Ю., Морозова Е.В., Смирнова А.Г., Гиндина Т.Л., Афанасьев БВ. Клиническая эффективность комбинации ингибиторов тирозинкиназы 2-го поколения и 5-азациитидина в терапии больного с хроническим миелолейкозом. Терапевтический архив. 2013; №5 С.15-25.
8. Uehara E., Takeuchi S., Yang Y., Fukumoto T., Matsushita Y., Tamura T., et al. Aberrant methylation in promoter-associated CpG islands of multiple genes in chronic myelogenous leukemia blast crisis. *Oncol. Lett.* 2012;3(1):190-2.С.1-4
9. Zhang B., Strauss A., Chu S., Li M., Ho Y., Shiang K., et al. Effective targeting of quiescent chronic myelogenous leukemia stem cells by histone deacetylase inhibitors in combination with imatinib mesylate. *Cancer Cell.* 2010;17(5):427-42. doi: 10.1016/j.ccr.2010.03.011.С.2-6
10. Голенков А.К., Трифонова Е.В., Высоцкая Л.Л., Катаева Е.В., Луцкая Д.Т. ГУ "Московский областной научно - исследовательский клинический институт им. М.Ф. Владимирского" "ЭФФЕКТИВНАЯ ФАРМАКОТЕРАПИЯ. Онкология, Гематология и Радиология" №414.12.2019.С.1-4
11. Ураков К.З., Ходжиева Г.Б., Мельникова В.Ю., Шамсов А.Т. Лечение больных хроническим миелолейкозом препаратом первого поколения - "Иматиниб" в Республике Таджикистан. Ж. "Паёми Сино", №3. Душанбе-2016, с. 61-66
12. Ураков К.З., Ходжиева Г.Б., Мельникова В.Ю. Сравнительная оценка анемического синдрома у больных хроническим миелолейкозом на фоне терапии гливекком и гидреа. Ж. "Паёми Сино", №4. Душанбе -2019, с. 380-387
13. Ураков К.З., Ходжиева Г.Б., Мельникова В.Ю. Показатели иммунологического статуса у больных хроническим лимфо- и миелолейкозом. Материалы международной научно-практической конференции (67-ой годичной), посвященной 80-летию ТГМУ им. Абуали ибни Сино и "Годам развития села, туризма и народных ремёсел (2019-2021)", том-II. Душанбе -2019, с. 221-222.

## ИСТИФОДАБАРӢ ВА ТАЪСИРИ НОМАТЛУБИ ИНГИБИТОРӢИ ТИРОЗИНКИНАЗА ДАР БЕМОРОНИ МИЕЛОЛЕЙКОЗИ МУЗМИН

**Муҳиммият.** Миелолейкози музмин - ин омози бадсифати бофтаи хунофар мебошад, ки аз ҳуҷайраҳои пешомади миелопоэз ба намуди гранулоситҳои болиғ ва тафриқашуда намудор мешавад. Миелолейкози музмин намуди бештар вохӯрандаи лейкозо буда, 20,0%-и омосҳои хунро ташкил медиҳад. Гирифторшавӣ ба бемории миелолейкози музмин дар 50 соли охир дар тамоми давлатҳо ба ҳар сари 100000 аҳоли 1-1,5 ҳодисаро ташкил медиҳад, ки асосан дар шахсони синни аз 30 то 50сола бештар ба назар мерасад. Ба ин беморӣ мардҳо нисбат ба занҳо бештар гирифтдор шуда, ин беморӣ дар синни қудакӣ ва ҷавонӣ камтар ба назар мерасад.

**Мақсади таҳқиқот.** Муайянкунии таъсири номатлуби ингибиторҳои тирозинкиназа дар беморони гирифтори миелолейкози музмин.

**Мавод ва усулҳои таҳқиқот.** Дар шӯъбаи гематологияи МД ММТҶТ-шаҳраки "Шифобахш" 32 бемор бо ташхиси миелолейкози музмин дар синну соли 30-50 сола дар зери назорат гирифта шуд, аз онҳо 13 (43,4%) нафар зан ва 17 (56,0%) нафар мард буданд. Табобат дар 19 - бемор (63,3%) - зиёда аз 3 сол - 11-бемор (36,6%) то 3 солдавом кард. Дар асоси шикоятҳо, собиқаи беморӣ ва маълумотҳои клиникаию лабораторӣ-калоншавии испурч ва чигар, гиперлейкоситоз аз  $20 \times 10^9$  то  $420,9 \times 10^9$  мавҷудияти ҳуҷайраҳои бластӣ, ҳуҷайраҳои мобайнӣ, нештарзании магзи устухони тӯш ва Ph - хромосомаи мусбат ташхис гузошта шуд. 16 бемор (53,3%) ингибиторҳои тирозинкиназа доруи иматиниб (гливек) бо воияи 100 мг 4 ғилофак пагоҳирӯзӣ, 11 бемор (36,6%) маводи доруи дазатиниб бо воияи



140 мг - 1,5 ҳаб дар рӯз ва 5 бемор (10,0%), маводи доругии панатиниб бо воияи 45 мг дар як рӯз аз рӯи барномаи химиотерапияи миелолейкози музмин қабул кардаанд. Дар ҳамаи беморон баъди 3 моҳи табобат камшавии миқдори лейкоцитҳо аз  $350,0-200,0 \times 10^9$  то  $45,0-20,0 \times 10^9$  ва камшавии андозаи чигар ва испурч дида шуд. Полихимиотерапия дар якҷоягӣ бо антибиотикҳо, гемостатикҳо, гузаронидани компонен-

тҳои хун (эритроцитҳои шусташуда, плазмаи нав ях карда шуда, тромбоконцентрат) таин шуд. Дар аснои табобати гузаронида шуда дар беморон беҳбудии клиникаию лабораторӣ ба амал омад.

**Хулоса.** Ҳадафи аслии мақола, барои омӯхтани оризаҳои маводҳои доругӣ-ингибиторҳои тирозинкиназаҳо, ки солҳои охир барои табобати миелолейкози музмин би-сёр истифода мешаванд, равона гаштааст.

## ПРИМЕНЕНИЕ И ТОКСИЧЕСКОЕ ДЕЙСТВИЕ ИНГИБИТОРОВ ТИРОЗИНКИНАЗЫ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ МИЕЛОЛЕЙКОЗОМ

Ходжиева Г.Б., Шарифов М.М., Ураков К.З., Шамсов А.Т.

ГОУ "ТГМУ имени Абуали ибни Сино", кафедра внутренних болезней №3

**Цель исследования.** Оценка токсического действия ингибиторов тирозинкиназы у больных хроническим миелолейкозом.

**Материалы и методы исследования.** В гематологическом отделении ГУ НМЦ РТ городка "Шифобахш" находились под наблюдением 32 больных с хроническим миелолейкозом в возрасте от 30 до 50 лет, из них 15 (46,8%) женщин и 17 (56,0%) мужчин. Лечение проводилось у 19 больных (63,3%) больше 3 лет, у 11 больных (36,6%) - до 3 лет. Диагноз был выставлен на основании жалоб, анамнеза заболевания и клинико-лабораторных данных, увеличения селезенки и печени, гиперлейкоцитоза от  $20 \times 10^9/л$  до  $420,9 \times 10^9/л$ , появления бластных клеток, переходных клеток, стеральной пункции, положительной Ph-хромосомы. 16 больных (53,3%) принимали ингибиторы тирозинкиназы иматиниб (гливек) в дозировке 100 мг - 4 капсулы утром, 11 больных (36,6%) дазатиниб в дозировке 140 мг - 1,5 таблетки в день 1 раз и 5 больных (10,0%) препарат панатиниб в дозировке 45 мг в день по протоколу химиотерапии хронического миелолейкоза. У всех больных после проведения лечения через 3 месяца наблюдалось снижение количества лейкоцитов от  $350,0-200,0 \times 10^9/л$  до  $45,0-20,0 \times 10^9$  и уменьшение размеров печени и селезенки. Полихимиотерапия проводилась совместно с антибиотиками, гемостатиками, переливанием компонентов крови (отмытые эритроциты, свежзаморожен-

ная плазма, тромбоконцентрат). На фоне лечения у больных отмечалось клинико-лабораторное улучшение.

**Результат исследования:** После применения ингибиторов тирозинкиназы у больных хроническим миелолейкозом среди 32 пациентов, находившихся под наблюдением, отмечались: лихорадка - у 10 (31,2%); головные боли - у 12 (37,5%); повышение внутричерепного давления - у 12 (37,5%), бессонница, тошнота, рвота - у 10 (31,2%), утомляемость - у 10 (31,2%) больных. Таких осложнений, как психозы (галлюцинации), в нашем исследовании не наблюдалось. А также отмечались мышечные судороги у 12,5% больных, мышечно-костные боли у 9,3%, периорбитальные отеки у 6,3% больных. Во всех группах наблюдался стоматит (21,8%) и кожный зуд (18,7%).

Несмотря на улучшение состояния 14 больных (46,6 %) отмечалось токсическое действие на ЦНС в виде бессонницы, головной боли, повышения внутричерепного давления, чаще у больных принимавших иматиниб. После применения ингибиторов тирозинкиназы 2 поколения дазатиниба и панатиниба токсические действия отмечались меньше.

**Вывод.** Из 32 больных хроническим миелолейкозом у 24 больных (80,0%) отмечались неврологические осложнения; повышение внутричерепного давления - у 6 (33,3%), бессонница - у 12 (40,0%) больных. Тошно-



та, рвота были выявлены у 59,3%. 31,2% больных чувствовали усталость. Токсическое действие ингибиторов тирозинкиназы после применения иматиниба оказалось больше по сравнению с панатинибом и дазатинибом, что необходимо учитывать в

ходе лечения и своевременно устранить токсическое действие.

**Ключевые слова:** хронический миелолейкоз, ингибиторы тирозинкиназы, токсическое действие, иматиниб, дазатиниб, панатиниб.

## USE AND TOXION OF TYROSINE KINASE INHIBITORS IN PATIENTS WITH CHRONIC MYELOID MYELOID LEUKEMIA.

**Khojjeva G.B., Sharifov M.M., Urakov K.Z., Shamsov A.T.**  
SEI "AVICENNA TAJIK STATE MEDICAL UNIVERSITY"  
DEPARTMENT OF INTERNAL MEDICINE №3

**Survey objective:** Value of toxic action of Tyrosine Kinase Inhibitors in patients with Chronic Myeloid Leukemia.

**Materials and research methods:** At the Hematology unit SI NMC of RT in smalltown "Shifobakhsh" were under observation 32 patients with Chronic Myeloid Leukemia at the age of 30 and 50 years old, among them 15 (46,8%) woman and 17 (56,0%) men. Treatment was carried out by 19 patients (63,3%) more 3 years old, by 11 patients before 3 years old. The diagnosis was made on the basis of complaints, medicalclinical histories and laboratory data on spleen and liver entrainment of hyperleuko-cytosis from  $20 \times 100$  to  $420,9 \times 10$  degrees, the appearance of blast cells, transition cells, sternal puncture and positive Ph chromosomes. 16 patients (53.3%) took Imatinib tyrosine kinase inhibitors (glivec) at dose of 100 mg, 4 capsules in the morning, and 11 patients (36,6%) Dasatinib at a dose of 140 mg, 1.5 tablets per day, 1 time and 5 patients (10,0%) a Panatinib drug at dose of 45 mg per day according to the protocol of chemotherapy for chronic myelogenous leukemia. In all patient after treatment after 3 months, a decrease in the number of leukocytes from  $350,0-200,0 \times 100$  to  $45.0-20,0 \times 100$  degrees and a decrease in size of the liver and spleen were observed. A polyche-motherapy was carried out in conjunction with antibiotics, haemostatic, haemotherapyelements (washed red blood cells freshly frozen plasma, platelet concentrate). With underlying treatment by patients noted the clinic and laboratory gains.

**Result of investigation:** After the administration Tyrosine Kinase Inhibitors in patients with Chronic Myeloid Leukemia among 32 patients which were under the care, noted by 10 (31,2%) pyrexia, by 12 (37,5%) cephalalgia, hanging intracranial pressure, by 12 (37,5%) hyposomnia, sicchasia, bdelygmla, emesis by 10 (31.2%), fatigability by 10 (31.2%) patients. As Complication like the psychotic illness (waking dream) were not observed in our research. Also were noted less cramp by 12.5% patients, musculoskeletal pains by 93%, acquisition of edema by 6,3% of patients. In all of patient population were stomatitis (21,8%) and skin itch (18,7%). In spite of amelioration of 14 patients (46, 6%) was noted a tax active on Central nervous systemin form ofhyposomnia, cephalalgia, hanging intracranial pressure more often by patients were taken Imatinib. After the use of tyroskinase inhibitors of the 2 generation of Dasatinib and Panatinib, less toxic effects were noted.

**Conclusion:** From 32 patients with Chronic myelogenous leukemia, by 24 patients (80,0%) was noted a neurological complication: hanging intracranial pressure, by 6 patients (33,3%) hyposomnia, by 12 (40,0%) patients. Vomitus were 59,3%, 31,2 % patients felt a weariness. Toxic action of Tyrosine Kinase Inhibitors after the using Imatinib were more in comparison with Panatinib and Dasatinib, that must be taken into account during treatment and eliminated in a timely manner toxic action.

**Key words:** Chronic myelogenous leukemia, Tyrosine Kinase Inhibitors, toxic action, Panatinib, Dasatinib and Imatinib.



**Ҳоҷиева Гулнора Бобоевна** - дотсенти кафедраи бемориҳои дарунии №3, МДТ "ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино", тел. 918-62-69-41

**Шарифов Маҳмуд Мирзоалиевич** - омӯзгори калони кафедраи бемориҳои дарунии №3, МДТ "ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино", тел. 98-105-26-05

**Уроқов Комрон Зокирович** - дотсенти кафедраи бемориҳои дарунии №3, МДТ "ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино", E-mail: Komron\_med.83mail.ru; тел. 918-99-46-66;

**Шамсов Абдулҳафиз Тоҷидинович** - омӯзгори калони кафедраи бемориҳои дарунии №3, МДТ "ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино", тел. 907-78-74-74

## КОРРЕКСИЯИ ҲОЛАТИ НУТРИТИВИИ КҶДАКони СИННУ СОЛИ БАРМАҲАЛ

Шамсов Б.А.<sup>1</sup>, Набиев З.Н.<sup>1</sup>, Файзуллоев Ф.А.<sup>1</sup>, Набиева Ш.З.<sup>1</sup>, Шамсов А.Т.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>МД "Маркази ҷумҳуриявии илмию клиникии педиатрӣ ва ҷарроҳии кӯдакони",

<sup>2</sup>МДТ "ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино"

**Муҳиммият.** Норасоии ғизоӣ дар кишварҳои рӯ ба инкишоф мушкилоти ҷиддии саломатӣ ба ҳисоб меравад. Барои пешгирии норасоии ғизоӣ масъалаҳои таъминшавӣ ба об ва риояи меъёрҳои санитарӣ-гигиенӣ бо дарназардошти таъсири бевоситаи он ба бемориҳои сироятӣ, хусусан ба исҳол хеле муҳим мебошад [1,4]. Қолиби қайд аст, ки норасоии ғизоӣ, таъминшавии нопурра ба оби нушокию санитарӣ ба камбизоатӣ алоқамандӣ дорад [2,7].

Истилоҳоте, ки барои бемориҳои норасоии ғизоӣ ба қор мебаранд, гуногун буда, бо калимаю ибораҳои нодуруст ва номувофиқ ифода меёбанд. Дар Британияи Кабир ва Иёлоти Муттаҳидаи Амрико норасоии ғизоӣ "malnutrition" ва дараҷаи муътадили камғизоиро - "undernutrition" мегуянд. Дар кишварҳои Иттиҳоди Давлатҳои мустақил (ИДМ), Фаронса, Итолиё ва Булғористон барои муайян кардани бемориҳои норасоии ғизоӣ истилоҳи "гипотрофия" истифода мешаванд. Истилоҳи "Гипостатура" бошад барои қафомонӣ дар қаду вазн, ҳангоми нигоҳ доштани шароити ҳуби ҷисмонӣ ба қор мебаранд [3,6].

Дар бисёр маврид сабабҳои асосии фавти кӯдакон ин лоғаршавӣ ва боз истодан аз инкишоф мебошад. Дар ҳоли ҳозир фавти кӯдакон аз норасоии вазнини ғизо 20%-ро ташкил медиҳад, ки комилан қобили қабул нест. Дар Тоҷикистон норасоии ғизо яке аз масъалаҳои асосӣ буда, дар байни кӯдакони синни то 5 сола ба назар мерасад [5]. Натиҷаҳои таҳқиқоти милли оид ба вазъи мик-

роэлементҳои ғизоӣ, ки соли 2016 нишон дод, ки 3%-и кӯдакон (таносуби пасти вазни бадан нисбати қад) - шаклҳои шадиди миёнаву вазнин ва дар 1,1%-и онҳо бо лоғарӣ дида мешавад [1,5].

Паҳншавии норасоии вазни бадан дар Вилояти Мухтори Кӯҳистони Бадахшон (ВМКБ) ва вилояти Суғд бештар ба мушоҳида мерасад. Тавакқуф намудани инкишофҳои қад (қадӣ паст нисбати синну сол) бисёр ҳолати вусъат ёфта, дар байни кӯдакони Тоҷикистон ба назар мерасад. Дар таҳқиқоти милли оид ба вазъи микроэлементҳои ғизоӣ нишон дод, ки зиёда аз 20%-и кӯдакони синну соли то 5 сола қадпасти дошта, тақрибан 10%-и онҳо аз ин беморӣ ранҷ мебаранд. Аз рӯи ҳулосаҳо, сабаби асосии ин беморӣ дар Тоҷикистон истеъмоли нодурусти ғизо ба шумор меравад. Таҳқиқоти мазкур нишон дод, ки 97,5%-и кӯдакони аз 6 то 2 сола ва то синни 4 - моҳагӣ сина маконида шуда, 31,2%-и онҳо кӯдакони ташкил медиҳад, ки то яқсолагӣ синамакони давом додаанд [1,2,5].

Вазъияти ғизоӣ, камбизоатӣ ва мушкилоти ба он марбут ба монанди таъмин набудан бо маводҳои ғизоӣ, сатҳи пасти гигиенӣ ва сифати об, инчунин бемориҳои зиёд менамояд.

**Мақсади таҳқиқот:** баҳодиҳии ғизои кӯдакони синну соли бармаҳал ва таъсири он ба нишондиҳандаҳои антропометрӣ

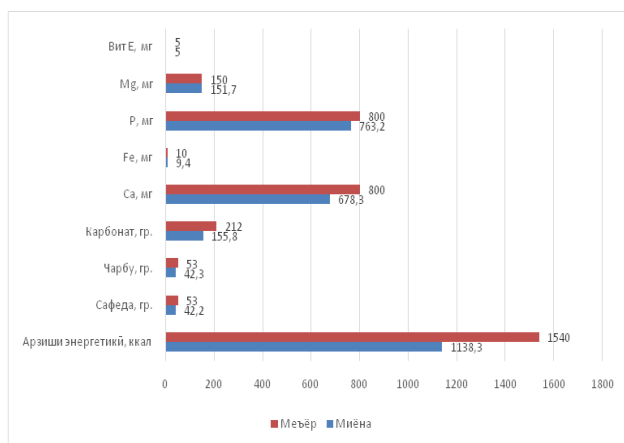
**Маводҳо ва усулҳои таҳқиқотӣ:** Марҳилаи аввали таҳқиқот дар ҷаҳорҷӯбаи барномаи "SCOPE CODA" тавассути планшетҳои



махсус, ки дар он саволнома аз тарафи "Барномаи озуқавории ҷаҳонии СММ" (БОЧ) тайёр намуда, 120 нафар кӯдакони (60 писар ва 60 духтар) синну соли бармаҳал аз н. Чалолидин Балхӣ вилоятӣ Хатлон дар 10 муассисаҳои сатҳи "кӯмаки аввалияи тиббию санитарӣ" (КАТС) - ро фаро гирифт. Вобаста ба синну сол кӯдакон ба 3 гурӯҳ: гурӯҳи 1-ум кӯдакони сини 6-12 моҳа (n=40); гурӯҳи 2-юм 13-24 моҳа (n=40) ва гурӯҳи 3-юм 25-36 моҳа (n=40) ҷудо шуданд.

Дар марҳилаи дуҷуми таҳқиқот бо усули интихоби тасодуфӣ аз байни кӯдакони дар боло зикр шуда 35 кӯдаки (15 писар ва 20 духтар) синну соли 6 то 36 моҳа интихоб карда шуд. Картаҳои амбулаторӣ ва қайдҳои махсуси дар планшетбудаи онҳоро мавриди таҳлил қарор доданд.

**Натиҷаҳо ва муҳокима он:** Дар воҷи хӯроки кӯдакони ҳар се гурӯҳ арзиши пасти энергетикӣ гизо муайян гардид (ҷадв. 1) (1138,3±249,6 ккал), камбудани сафедаҳо (42,2±9,0 г), равған (42,3±8,6 г) ва карбогидратҳо (155,8±34,7 г) мушоҳида шуд. Муайян гардид, ки таносуби макронутриентҳо (сафеда, равған, карбогидрат) вайрон буда 1: 1: 3,7 (меъёр 1: 1: 4) - ро ташкил медиҳанд. Дар воҷа аз макронутриентҳо дар ҳамаи кӯдакон камбудани Са (678,3±68,3мг) муайян гардид. Миқдори дигар макронутриентҳо (Fe, P и Mg) дар ҳар гурӯҳ мувофиқ ба синну сол тақсим шудаанд: дар кӯдакони гурӯҳи 1-ум дефитситаи он мушоҳида мешуд. Ин ҳолат, ки дар кӯдакони гурӯҳи 2-юм ва 3-юм зиёдтар ба назар мерасид.

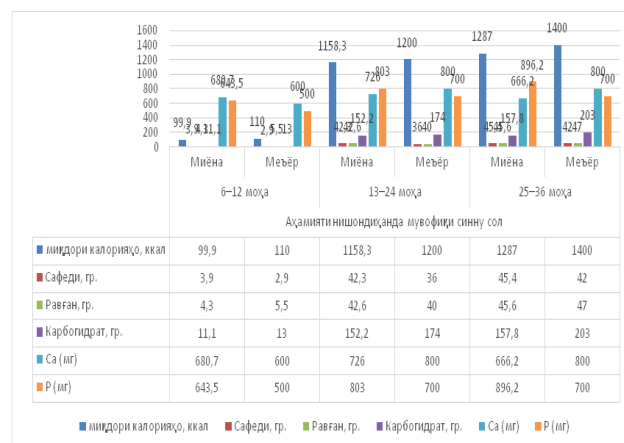


**Диаграммаи 1.** Истеъмоли макро ва макронутриентҳои кӯдакони синну соли бармаҳал.

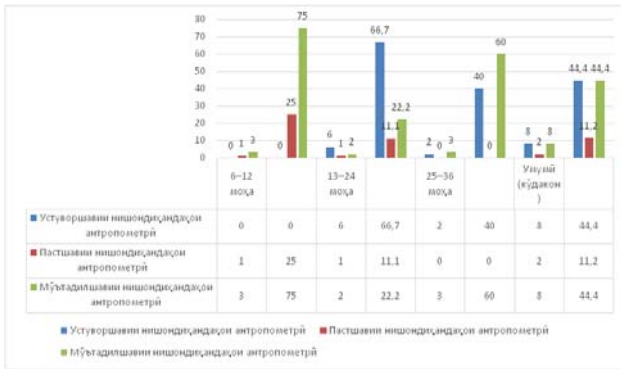
Таносуби микроэлементҳои асосӣ (Са : P) 1:1,1-ро ташкил доданд, ки ба меъёр мувофиқ буданд. Дар гурӯҳи дуҷум норасоии витамини E ва дар гурӯҳи сеҷум бошад, барзиёд будани он мушоҳида шуд.

Дар марҳилаи дуҷуми таҳқиқот то ислоҳи воҷи гизои арзиши энергетикӣ дар таносуби меъёр қарор дошт (ҷадвали 2). Дар гурӯҳи 1 ва 2 барзиёд истеъмоли сафедаҳо, ҳангоми хӯрок хӯрдан мушоҳида шуд (3,9±0,4г ва 42,3±12,3 г мувофиқ). Дар гурӯҳи 1-ум истеъмоли ками равғанҳо мушоҳида гардид (4,3±1,4г). Дар гурӯҳи 3-юм бошад кам истеъмол намудани карбогидратҳо (157,8±62,3 г) ва Са (666,2±100,1 г) муайян гардид, барзиёд истеъмоли "Фосфор" (P) дар гурӯҳи 1 ва 3 (643,5±172,6 г; 896,2±136,1 г) ба назар мерасид.

Баъди таҳлили маълумотҳо аз планшет ислоҳи гизо муайян гардид: дар воҷи ҳаррӯза кӯдакон - 38,9% зиёд кардани миқдори карбогидратҳо, 22,2% - кам кардаи равған, 16,7% зиёд кардани Са тавсия дода шуд. Баъди тасхеҳи хӯрок 72,2% - волидайн воҷи тавсияшударо риоя карданд. Дар 44,4% кӯдакон то ислоҳи хӯрок нишондодҳои антропометрӣ мувофиқ синну сол буд, дар 55,6% вайроншавии музмини гизоӣ (хроническое расстройство питания) ба монанди паратрофия ва гипотрофия (50,0% : 50,0%) мушоҳида шуд. Дар 11,2% - кӯдаконе, ки воҷи тавсияшударо риоя накарданд, нишондодҳои мусбӣ антропометрӣ ба қайд гирифта шуд (ҷадв.3). 44,4% кӯдакони таҳқиқотро фарогиранда, баъди тасхеҳи воҷи хӯрок нишондодҳои антропометрӣ ба меъёр расиданд.



**Диаграммаи 2.** Макро ва макронутриентҳо дар воҷи хӯроки кӯдакони синну соли бармаҳал.



**Диagramмаи 3.** Чараёни нишондодҳои антропометри (қад ва вазн) кӯдакони синну соли бармаҳал баъди коррексияи вояи хӯрок.

**Хулоса.** Мушоҳидаҳо нишон дод, ки вояи хӯроки шабонарӯзии кӯдакони синну соли бармаҳал, ки аз рӯи он таҳқиқот гузаронида шуд, арзиши пасти энергетикӣ доранд. Аз он чумла норасоии макронутриентҳо дар физо (сафеда, равған, карбогидрат) ва вайроншавии мутаносиби онҳо ба назар расид. Ҳамчунин камбудани микроэлементҳои асосӣ дар вояи хӯроки шабонарӯзии кӯдакон (Са, Fe, P) дар ҳолати мутаносиби дурӯсти онҳо мушоҳида гардид. Баъди тасхеҳи физо дар 44,4 кӯдакон чараёни мусбии нишондоҳои антропометрӣ мушоҳида гардид.

### Адабиёт

1. Абдуллаева Н.Ш., Олимова К.С. Сравнительный анализ физического развития детей раннего и дошкольного возраста г. Душанбе // Вестник Академии медицинских наук Таджикистана - Том IX, №3, 2019. - с. 233-240
2. Камалова Аэлига Асхатовна, Рахмаева Разила Фоатовна Особенности оценки нутритивного статуса у детей с детским церебральным параличом // Рос. вестн. перинатол. и педиатр, 2018, №5, с. 212-216.
3. О.В. Мотыженкова, Л.С. Зыкова, А.А. Вялкова, О.К. Любимова. Питание детей от 1 года до 3 лет. Учебное пособие. Оренбург, 2013. 46 с.
4. Питание детей грудного и раннего возраста/ Информационный бюллетень ВОЗ. 2018
5. Шамсов Б.А., Каюмова Д.А. Роль инновационного проекта "Scope Coda" в улучшении управления данными у детей с белково-энергетической недостаточностью// Материалы IX-го конгресса педиатров стран СНГ "Ребенок и общество: проблемы здоровья, развития и питания": "Формирование здоровья детей в современных условиях здравоохранения" и III форума по питанию. 2019, с. 247-248
6. Haynes L. Epidermolysis bullosa. In: Shaw V, Lawson M, editors. Clinical paediatric dietetics. 3rd ed. Oxford: Blackwell Science; 2007.
7. Shenkin A. The key role of micronutrients. Clin Nutr. 2006; 25(1):1-13. doi: 10.1016/j.clnu.2005.11.006.

## КОРРЕКСИЯИ ҲОЛАТИ НУТРИТИВИИ КӯДАКОНИ СИННУ СОЛИ БАРМАҲАЛ

**Муҳимият.** Норасоии физой дар кишварҳои рӯ ба инкишоф мушкилоти чиддии саломатӣ ба ҳисоб меравад. Барои пешгирии норасоии физой масъалаҳои таъминшавӣ ба об ва риояи меъёрҳои санитарӣ-гигиени бо дарназардошти таъсири бевоситаи он ба бемориҳои сироятӣ, хусусан ба исҳол хеле муҳим мебошад. Ҷолиби қайд аст, ки норасоии физой, таъминшавии но-пурра ба оби нӯшокию санитарӣ ба камбизоатӣ алоқамандӣ дорад.

**Мақсади таҳқиқот:** баҳодиҳии физои кӯдакони синну соли бармаҳал ва таъсири он ба нишондиҳандаҳои антропометрӣ

**Маводҳо ва усулҳои таҳқиқотӣ:** Марҳилаи аввали таҳқиқот дар ҷаҳорҷӯбаи барномаи "SCOPE CODA" тавассути планшетҳои махсус, ки дар он саволнома аз тарафи "Барномаи озӯқаворӣ ҷаҳонии СММ" (БОҶ) тайёр намуда, 120 нафар кӯдакони (60 писар ва 60 духтар) синну соли бармаҳал аз н. Ҷалолодин Балхӣи вилоятӣ Хатлон дар 10 муассисаҳои сатҳи "кӯмаки аввалияи тиббию санитарӣ" (КАТС) - ро фаро гирифт. Вобаста ба синну сол, кӯдакон ба 3 гурӯҳ: гурӯҳи 1-ум кӯдакони сини 6-12 моҳа (n=40); гурӯҳи 2-юм 13-24 моҳа (n=40) ва гурӯҳи 3-юм 25-36 моҳа (n=40) ҷудо шуданд.

**Натиҷаҳои таҳқиқот ва баррасии онҳо.**

Дар вояи хӯроки кӯдакони ҳар се гурӯҳ арзиши пасти энергетикӣ гизо муайян гардид (ҷадв. 1) ( $1138,3 \pm 249,6$  ккал), камбудани сафедаҳо ( $42,2 \pm 9,0$  г), рағған ( $42,3 \pm 8,6$  г) ва карбогидратҳо ( $155,8 \pm 34,7$  г) мушоҳида шуд. Муайян гардид, ки таносуби макронутриентҳо (сафеда, рағған, карбогидрат) вайрон буда 1: 1: 3,7 (меъёр 1: 1: 4) - ро ташкил медиҳанд. Дар воя аз макронутриентҳо дар ҳамаи кӯдакон кам будани Са ( $678,3 \pm 68,3$  мг) муайян гардид. Микдори дигар макронут-

риентҳо (Fe, P и Mg) дар ҳар гурӯҳ мувофиқ ба синну сол тақсим шудаанд: дар кӯдакони гурӯҳи 1-ум дефицити он мушоҳида мешуд. Ин ҳолат, ки дар кӯдакони гурӯҳи 2-юм ва 3-юм зиёдтар ба назар мерасид. Таносуби микроэлементҳои асосӣ (Са : P) 1:1,1-ро ташкил доданд, ки ба меъёр мувофиқи буданд. Дар гурӯҳи дуум норасоии витамини E ва дар гурӯҳи сеюм бошад, барзид будани он мушоҳида шуд.

**Калимаҳои калидӣ:** кӯдакон, воя, гизо, истилоҳи гизо, синну сол бармаҳал

**КОРРЕКЦИЯ НУТРИТИВНОГО СТАТУСА ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА**

Шамсов Б.А.<sup>1</sup>, Набиев З.Н.<sup>1</sup>, Файзуллоев Ф.А.<sup>1</sup>, Набиева Ш.З.<sup>1</sup>, Шамсов А.Т.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>ГУ "Республиканский научно-клинический центр педиатрии и детской хирургии",

<sup>2</sup>ГОУ "ТГМУ имени Абуали ибни Сино"

**Актуальность.** Питательная недостаточность является серьезной проблемой здравоохранения, особенно в развивающихся странах. Особое значение для предотвращения недоедания занимает вода, соблюдения санитарно-гигиенических норм, учитывая ее прямое влияние на инфекционные заболевания, особенно на диарею.

В более чем половине случаев одной из основных причин смерти является задержка роста и задержка развития. В настоящее время детская смертность оценивается в 20%, что совершенно неприемлемо.

**Цель исследования.** Оценка питания детей раннего возраста и его влияние на антропометрические показатели

**Материалы и методы исследования.** Первый этап исследования в рамках программы SCOPE CODA был основан на использовании специальных планшетов с использованием вопросника, подготовленного Всемирной продовольственной программой ООН (ВПП), которая охватывала 120 детей (60 мальчиков и 60 девочек) раннего возраста района Дж. Балхи Хатлонской об-

ласти в 10 учреждениях первичной медико-санитарной помощи (ПМСП).

**Результаты исследования и их обсуждение.** В рационе питания детей каждой из трех групп были определены низкие значения энергетических ценностей (таблица 1) ( $1138,3 \pm 249,6$  ккал), дефицит белка ( $42,2 \pm 9,0$  г), жиров ( $42,3 \pm 8,6$  г, рис. 1) и углеводов ( $155,8 \pm 34,7$  г). Было обнаружено, что соотношение макронутриентов (белков, жиров, углеводов) нарушено и составляет 1: 1: 3,7 (норма 1: 1: 4). В рационе питания всех детей содержание микроэлементов было низким. Са составлял  $678,3 \pm 68,3$  мг. Количество других микроэлементов (Fe, P и Mg) в каждой группе было распределено согласно возрасту: у детей 1-й группы был обнаружен дефицит. Данное явление еще чаще встречалось у детей 2-й и 3-й группы. Соотношение основных микроэлементов (Са: P) составляло 1:1,1, что соответствовало норме. Во второй группе был обнаружен недостаток витамина E, а в третьей группе - его избыток.

**Ключевые слова:** дети, питание, нутритивный статус, дети раннего возраста, коррекция питания.



## CORRECTION OF THE NUTRITIVE STATUS OF EARLY CHILDREN

Shamsov B.A.<sup>1</sup>, Nabiev Z.N.<sup>1</sup>, Fayzulloev F.A.<sup>1</sup>, Nabieva Sh.Z.<sup>1</sup>, Shamsov A.T.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>State Scientific clinical Center for pediatric and child surgery Ministry of Health and Social Protection Republic of Tajikistan

<sup>2</sup>Avicenna Tajik State Medical University

**Relevance.** Nutritional deficiency is a serious public health problem, especially in developing countries. Of particular importance for the prevention of malnutrition is water, compliance with sanitary standards, given its direct effect on infectious diseases, especially diarrhea.

In more than half of cases, one of the main causes of death is stunted growth and stunted growth. Currently, infant mortality is estimated at 20%, which is completely unacceptable.

**Purpose of the study.** Assessment of nutrition of young children and its impact on anthropometric indicators

**Materials and research methods.** The first stage of the study under the SCOPE CODA program was based on the use of special tablets using a questionnaire prepared by the UN World Food Program (WFP), which covered 120 children (60 boys and 60 girls) of young children in the J. Balkhi district of Khatlon region in 10 primary institutions health care (PHC).

**Research results and discussion.** In the diet of children of each of the three groups, low values of energy values were determined (table 1) ( $1138.3 \pm 249.6$  kcal), protein deficiency ( $42.2 \pm 9.0$  g), fats ( $42.3 \pm 8$ , Fig. 1) and carbohydrates ( $155.8 \pm 34.7$  g). It was found that the ratio of macronutrients (proteins, fats, carbohydrates) is disturbed and amounts to 1: 1: 3.7 (normal 1: 1: 4). In the diet of all children, trace elements were low in Ca ( $678.3 \pm 68.3$  mg). The number of other trace elements (Fe, P, and Mg) in each group was distributed according to age: a deficit was found in children of the 1st group. This phenomenon was even more common in children of the 2nd and 3rd group. The ratio of the main trace elements (Ca: P) was 1: 1.1, which corresponded to the norm. In the second group, a deficiency of vitamin E was found, and in the third group, its excess.

**Keywords:** children, nutrition, nutritional status, infants' children, nutrition problems, nutritionproblems, physical development.

**Шамсов Бахтовар Абдулхафизович** - роҳбари шуъбаи илм ва таҳқиқоти МД "Маркази ҷумҳуриявии илмию клиникӣ педиатрӣ ва ҷарроҳии кӯдакона", E-mail: bakhtovar01@gmail.com, тел.: 907-58-88-87.

**Набиев Зоир Нарзулоевич** - д.и.т., профессор, ходими пешбари илмию МД "Маркази ҷумҳуриявии илмию клиникӣ педиатрӣ ва ҷарроҳии кӯдакона", E-mail: zoir\_1962@mail.ru

**Файзуллоев Файзуллохоча** - унвонҷӯйи МД "Маркази ҷумҳуриявии илмию клиникӣ педиатрӣ ва ҷарроҳии кӯдакона", E-mail: fayzullokhoja24@gmail.com, тел.: 770070783.

**Набиева Шаҳноза Зоировна** - унвонҷӯйи МД "Маркази ҷумҳуриявии илмию клиникӣ педиатрӣ ва ҷарроҳии кӯдакона", E-mail: shaha.92@mail.ru, тел.: 987788885.

**Шамсов Абдулхафиз Тоҷидиннович** - муаллими калони кафедраи бемориҳои дарунии №3-и "Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абӯалӣ ибни Сино", тел.: 907787474

**Шамсов Бахтовар Абдулхафизович** - начальник отдела науки ГУ "Республиканский научно-клинический центр педиатрии и детской хирургии", E-mail: bakhtovar01@gmail.com, тел.: 907-58-88-87.

**Набиев Зоир Нарзулоевич** - д.м.н., профессор, ведущий научный сотрудник ГУ "Республиканский научно-клинический центр педиатрии и детской хирургии", E-mail: zoir\_1962@mail.ru

**Файзуллоев Файзуллоходжа** - соискатель ГУ "Республиканский научно-клинический центр педиатрии и детской хирургии", E-mail: fayzullokhoja24@gmail.com, тел.: 770070783.





**Набиева Шаҳноза Зоировна** - соискателъ ГУ "Республиканский научно-клинический центр педиатрии и детской хирургии", E-mail: shaha.92@mail.ru, тел.: 987788885.

**Шамсов Абдулҳафиз Тоҷидиннович** - старший преподаватель кафедры внутренних болезней №3. "Таджикский государственный медицинский университет имени Абуали ибни Сино", тел.: 907787474

**Shamsov Bakhtovar Abdulkhafizovich** - Head of the Department of Science, State Scientific clinical Center for pediatric and child surgery Ministry of Health and Social Protection Republic of Tajikistan, E-mail: bakhtovar01@gmail.com, tel.: 907-58-88-87.

**Nabiev Zoir Narzuloevich** - MD, Professor, Leading Researcher, State Scientific clinical Center for pediatric and child surgery Ministry of Health and Social Protection Republic of Tajikistan, E-mail: zoir\_1962@mail.ru

**Fayzulloev Fayzullokhoja** - applicant for the State Scientific clinical Center for pediatric and child surgery Ministry of Health and Social Protection Republic of Tajikistan, E-mail: fayzullokhoja24@gmail.com, tel.: 770070783.

**Nabieva Shahnoza Zoirovna** - applicant for the State Scientific clinical Center for pediatric and child surgery Ministry of Health and Social Protection Republic of Tajikistan, E-mail: shaha.92@mail.ru, tel.: 987788885.

**Shamsov Abdulkhafiz Tojiddinovich** - Senior Lecturer, Department of Internal Medicine No. 3, Avicenna Tajik State Medical University, tel.: 907787474

## СИСТЕМАИ ИТТИЛООТИЮ ЭПИДЕМИОЛОГИИ НАЗОРАТ БАР СИРОЯТҲОИ НОЗОКОМИАЛӢ ДАР СТАТСИОНАРҲОИ ЧАРРОҲИИ Ш.ДУШАНБЕ

М.М. Рузиев<sup>1</sup>, Х.М. Чӯраев<sup>2</sup>, С.Г. Али-Заде<sup>3</sup>, Ҷ.С. Салимов<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Муассисаи давлатии "Пажӯҳишгоҳи экспертизаи тиббӣю иҷтимоӣ ва тавонбахшии маъҷубон", <sup>2</sup>Маркази ҷумхуриявӣи клиникӣи ортопедӣ ва травматология, <sup>3</sup>Кафедраи бемориҳои чарроҳӣи № 1 МДТ "ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино", <sup>4</sup>Кафедраи чарроҳӣи умумӣи № 1 МДТ "ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино"

**Мубрамият:** Тадбирҳо оид ба пешгирии сирояти бемориҳои сирояткунанда дар муассисаҳои тиббӣ аз ҷумлаи масъалаҳои мубрами системаи тандурустии кишвар ба ҳисоб меравад [1-5]. Инфексияҳои бемористонӣ ба таври мустақим ва ё ғайримустақим ба болоравии харчи дармони бемори статсионарӣ таъсир мерасонад, ки он дар ҳолати доштани буҷаи кам хеле мушқил аст.

Тибқи нишондиҳандаҳои расмӣ омӯрӣ, дар муассисаҳои гуногуни клиникӣи шаҳри Душанбе, дараҷаи гирифтӯрӣ ба инфексияҳои бемористонӣ ҳудуди 4,4-5% сабт шудааст, ҳол он ки пайомади онҳо хеле зиёд аст [3, 4]. Мавҷудияти системаи оптималии назорати иттилоотӣ, ки имкони мониторинг ва арзёбии сатҳи бемориро дорад, дар назорати эпидемиологии сироят ба инфексияҳои бемористонӣ аҳамияти бузург дорад [3, 4, 9].

Дар беморхонаҳое, ки шӯъбаҳои чарроҳӣ доранд, сирояти захмҳои чарроҳӣ, инфексияҳои урологӣ ва инчунин патологияҳои респираторӣ бештар дучор меоянд [1, 6, 7]. Аз шумораи умумӣи сироятҳои бемористонӣ 60% -и ҳолатҳо дар муассисаҳои дорои профилҳои чарроҳӣ мушоҳида мешавад, ки эҳтимолияти сироятҳои захмӣ бештар ба назар мерасад [1, 5, 7, 10].

**Мақсади таҳқиқот:** Тақмили системаи назорати эпидемиологӣ оид ба рушди инфексияҳои бемористонӣ дар статсионарҳои чарроҳӣ.

**Мавод ва усулҳои таҳқиқот.** Мо дар шӯъбаҳои чарроҳӣи Маркази миллии тиббии Шифобахш (НМС), ки 60 кат дорад, таҳқиқоти эпидемиологӣ ва микробиологӣ анҷом додем.

Ҳангоми арзёбии сатҳи бемориҳои сирояткунанда дар беморхонаҳо ҳолатҳои зерин



мавриди омӯзиш қарор гирифт: омӯзиши алоқамандӣ бо паҳншавии бемориҳои сироятии бемористонӣ (нозокомиалӣ) ва усулҳои табобати ҷарроҳӣ, омӯзиши бактериявии бофтаҳо ва тарашшуҳот аз захми ҷарроҳӣ; баррасии сабабҳо ва муайян кардани муқовимат ба маводи дорӯӣ дар байни омилҳои бавучудорандаи беморӣ дар бемористонҳо. Ғайр аз он, дар шӯъбаҳои ҷарроҳӣ сатҳи санитарӣ-гигиенӣ ва эпидемиологӣ арзёбӣ карда шуд.

Зимни таҳқиқот омӯхта шуд: қайди тиббии беморон; журнали қайдҳо, аз ҷумла ҳолати сабти бемориҳои сироятӣ. Таҳқиқот ҳам хусусияти ретроспективӣ ва ҳам проспективӣ дошт, ки дар он омӯзиши эпидемиологӣ ва микробиологии таркиби муҳити зист, мавод ва асбобҳои ҷарроҳӣ ва либоспӯшӣ, инчунин омӯзиши микробиологии ихроҷи беморон (резиши захмҳо, секретсия аз бронхҳо ва даҳон, пешоб) гузаронида шудааст.

Дар давоми солҳои 2014- 2018 10634 бемор дар шӯъбаи ҷарроҳӣ бистарӣ карда шуданд. Аз ин теъдод 4145 нафар (38,9%) одамони аз 14 то 79 сола ҷарроҳӣ карда шуданд, дар ҳоле ки аксарияти беморон (75,3%) дар синни 50-69 сола буданд. Тақрибан дар нисфи ҳолатҳо (47,4%) дар маризон бемориҳои ҳамгун муайян карда шудаанд. Дар 46,7% маврид бемориҳои ангиокарониарӣ (ИHD, аритмияи дил, гипертония ва ғайра) мушоҳида шудаанд, 13,8% ҳолатҳо аз системаи ҳозима ба қайд гирифта шуда, дар 8,3% беморон патологияи нафас мушоҳида шудааст.

**Натиҷа ва муҳокима.** Дар таркиби оризаҳои чиркӣ ва илтиҳобӣ, ки дар давраи пас аз ҷарроҳӣ ба вучуд омада буданд, чунин ҳолатҳо бартарӣ доштанд: зардоб гирифтани захмҳо, бемориҳои роҳи нафас, патологияҳои урологӣ, зардобгирӣ пас аз анҷоми сӯзандору. Дар маҷмӯъ, пас аз амали ҷарроҳӣ, дар 618 бемор инкишофи сирояти бемористонӣ мушоҳида шуд, яъне ба ҳар 100 амали ҷарроҳӣ, 14,9% мавриди олуида бо сироят рух дода буданд. Бояд қайд кард, ки дар солҳои гуногун мизони оризаҳои чиркӣ ва илтиҳобӣ ба таври назаррас тағйир ёфта-

анд. Чунончӣ, дар солҳои 2015, 2017 ва 2018 алтернативаи коҳиши ин пайомад ва афзоиши давра ба давраи он вучуд доштааст. Ҳамзамон, маълум шуд, ки сатҳи беморӣ дар соли 1997 нисбат ба нишондиҳандаи соли 2001 баландтар буд. Дар натиҷа, дараҷаи беморӣ дар 1000 беморе, ки амали ҷарроҳӣ кардаанд, аз 117,6 то 175,9 буд. Таҳқиқот нишон дод, ки моҳияти паҳншавии оризаҳои чиркӣ ва илтиҳобӣ ба таври моҳона тағйир ёфтааст, аммо дар ин ҳол паҳншавии касалиҳои илтиҳобӣ дар давоми сол низ дар ҳамин сатҳ буд.

Ҳамзамон, баландтарин сатҳи HBV дар мавсими тобистон ба қайд гирифта шудааст - 37,4% аз шумораи умумии касалиҳои илтиҳобӣ, аммо фарқияти омори ғайринакдӣ (р. 0.05) дар муқоиса бо дигар моҳҳои сол бештар назаррас аст.

Аз назари оморӣ дар рушди оризаҳои чиркӣ ва илтиҳобӣ миёни беморон вобаста аз навъи хунашон фарқияти омории муҳим вучуд надорад. Ҳамин тавр, гурӯҳи хуни бемор ба пайдоиши сироятҳои бемористонӣ таъсир намерасонад. Аз ҷониби дигар, таносуби мустақим байни пайомади авчи оризаҳои чиркӣ ва илтиҳобии пас аз ҷарроҳӣ ва шумораи рӯзҳои дар бистарӣ дар беморхона қабл аз амали ҷарроҳии бемор ва инчунин синну соли бемор мушоҳида шудааст. Ҳамин тавр, аксар вақт рушди оризаҳои чиркӣ ва илтиҳобӣ дар байни беморони аз 60-сола боло (48,4%) ва ҳамчунин дар байни бемороне, ки зиёда аз 5 рӯз пеш аз тахти амали ҷарроҳӣ қарор гирифтаанд, сабт шудааст. Ба ҳисоби миёна аз 100 бемори ҷарроҳишуда 7,0 ҳолати сирояти захмро дар давраи пас аз ҷарроҳӣ ташкил медиҳанд. Инчунин, дар ҷараёни таҳқиқоти мо муайян карда шуд, ки дар байни 100 нафар беморони ҷарроҳишуда бо ҷароҳатҳои пас аз дараҷаи I (тоза) сирояти бактериявӣ, инкишофи сирояти захм дар 4.1 ҳолат мушоҳида шудааст, ин нишондод дар гурӯҳи беморони II (тоза - захролудшуда) яхела буд - 4.2 парванда. Дар гурӯҳи беморони мубтало ба дараҷаи III (сироятшуда) аз 100 амали ҷарроҳӣ 9,8 ҳолат сирояти захмро ташкил медиҳад. Сатҳи аз ҳама баландтарин дар



гурӯҳи беморони сирояти бактериявии дараҷаи IV ба қайд гирифта шудааст, ки дар 100 нафар беморони ҷарроҳишуда 26,4 ҳолати сирояти захм сабт гардидааст. Мо ба баррасии мавҷудияти иртибот байни пайомади инкишофи сирояти захм дар давраи баъд аз ҷарроҳӣ ва давомнокии амалиёти ҷарроҳӣ пардохтем. Муайян карда шуд, ки бо давомнокии амалиёти ҷарроҳӣ аз 1 то 2 соат, сатҳи сирояти захм дар беморон дар давраи баъд аз ҷарроҳӣ 2,5 маротиба зиёдтар аст, дар муқоиса бо бемороне, ки амали ҷарроҳиашон то 60 дақиқа давом кардааст. Бо тӯлонитарин амалҳои ҷарроҳӣ - зиёда аз 120 дақиқа, сатҳи сирояти захм баланд нашуд. Таҳқиқот нишон дод, ки дар 65,0% ҳолатҳо сирояти захм, 14,8% бемориҳои роҳи нафас, 17,9 % патологияҳои системаи узвҳои таносул вучуд доштааст. Тадқиқоти мукаммали этиологияи рушди сирояти бемористонӣ 15 навъи бактерияҳои оппортунистиро ошкор намуд. Дар 16,3% ҳолат, дар маводи клиникалии бемор микроорганизмҳои патогенӣ ошкор карда нашудаанд. Дар 69,4% ҳолатҳо бактерияҳо ҳамчун монокультура ва 14,3% ҳолатҳои боқимонда ҷамъи бактерияҳо муайян карда шуданд. Омили маъмултарикини этиологӣ дар рушди бемориҳои чирку илтиҳобӣ *Staphylococcus aureus* буд, ки онҳо ҳам ба шакли монокультура ва ҳам дар якҷоягӣ бо бактерияҳои дигар муайян карда шуда буданд. Дар 42,9% ҳолатҳои шумораи умумии сироятҳои омехта мавҷудияти *Pseudomonas aeruginosa* муайян карда шудааст. Ҳангоми омӯзиши ҳассосияти

микроорганизмҳои инфекцияҳои бемористонӣ ба антибиотикҳо, муқовимати чандтарафаи онҳо ошкор карда шуд. Илова бар ин, дар аксари ҳолатҳо (78.7-96.4%) дар байни штамҳои аз ҷиҳати клиникӣ аҳамиятдоштаи *Staphylococcus aureus*, *Pseudomonas aeruginosa*, *Proteus vulgaris* ва *Escherichia coli* ҳангоми ташҳиси микробиологӣ дар шӯъбаҳои ҷарроҳӣ пайдо гардиданд, ки муқовимати чандинқараташон ошкор карда шуд. Ҳамин тариқ, бо мақсади пешгирии аз мушкilot дар давраи пас аз ҷарроҳӣ ва табобати онҳо, истифодаи насли охирини сефалоспоринҳо, инчунин аминогликозидҳо ва карбопинҳо тавсия дода мешавад.

**Хулоса.** Натиҷаҳои таҳлили эпидемиологияи шӯъбаҳои бахши ҷарроҳӣ барои солҳои 2014-2018 нишон дод, ки сироятҳои дар бемористонҳо 14,9% аз миқдори умумии амалиёт ва мизони сирояти захми ҷарроҳӣ 7,0% -ро ташкил медиҳад. Робитаи мустақим байни сирояти захми ҷарроҳии бемористон ва равиши даҳолати ҷарроҳӣ, инчунин ақибмондагӣ мушоҳида шуд. Дар ин ҳолат, аз назари омӯри алоқаи муҳим байни рушди бемориҳои чиркӣ- илтиҳобӣ ва гурӯҳи хуни бемор вучуд надошт ва ҳеҷ вобастагӣ аз замон низ мушоҳида нашуд. Дар ташкили чорабиниҳои оптималии пешгирии рушди инфекцияҳои бемористонӣ назорати микробиологӣ, омӯзиши муқовимати микроорганизмҳои сироятӣ ба доруҳои бактериявӣ, инчунин системаи иттилоотии мо оид ба назорати сирояти бемористонӣ нақши муҳим доранд.

## АДАБИЁТ

1. Рафиев Х.К. Эпидемиологические особенности внутрибольничных инфекций в урологической клинике города Душанбе. / Х.К. Рафиев, С.Т. Ибодов, М.С. Талабов // Журнал "Ахбор Известия Proceedings". Известия таджикского отделения международной Академии наук Высшей школы. - № 1. - 2017. - стр.33-37.
2. Юлдашев Ш.И. Профилактика внутрибольничных инфекций / Ш.И. Юлдашев // Журнал "Здравоохранение Таджикистана". - 2000. - № 2. - С.112-113.
3. Рафиев Х.К. Изучения этиологической структуры осложненных инфекций мочевыводящих путей / Х.К. Рафиев // Журнал "Вестник Авиценны". - №4 (65). - 2015. - стр. 53-57.
4. Ковалева Е.П., Семина Н.А. // Профилактика внутрибольничных инфекций: Руководство для врачей. - М., 2003. - С. 11-14.
5. Наркевич М.И., Тымчаковская И.М. // Эпидемиология и инфекционные болезни. - 1997. - № 1. - С. 8-10.



6. Семина Н.А., Соколовский В. Т. Всероссийское общество эпидемиологов, микробиологов, паразитологов. Материалы. - М., 20014. - Т. 2. - С. 160.
7. Шафеев М.Ш., Зорина Л.М., Лушникова Р. М. и др. Внутрибольничные инфекции. Эпидемиология и профилактика. - Казань, 2004.
8. M. H. A., USA. Quality Indicator Programm. -Philadelphia, 2004.-P. 3.

## СИСТЕМАИ ИТТИЛООТИЮ ЭПИДЕМИОЛОГИИ НАЗОРАТ БАР СИРОЯТҲОИ НОЗОКОМИАЛӢ ДАР СТАТСИОНАРҲОИ ЧАРРОҲИИ Ш.ДУШАНБЕ

**Мақсади таҳқиқот.** Такмили системаи назорати эпидемиологӣ барои рушди сироятҳои бемористонӣ дар статсионарҳои чарроҳӣ.

**Мавод ва усулҳои таҳқиқот.** Мо дар шӯъбаҳои чарроҳии Маркази миллии тиббии Шифобахш (НМС), ки 60 кат дорад, таҳқиқоти эпидемиологӣ ва микробиологӣ анҷом додем. Таҳти таҳлил 4145 таърихи бемории беморон қарор гирифт, ки дар онҳо аз январи соли 2014 то декабри соли 2018 таботати чарроҳӣ гузаронида шуда буд.

**Натиҷаҳо.** Дар мақола арзёбии системаи иттилоотӣ ва барномаи мониторинги эпидемиологии сироятҳои дохили беморхонагӣ дар статсионарҳои чарроҳӣ анҷом дода шудааст. Дар таркиби оризаҳои чиркӣ ва илтиҳобӣ, ки дар давраи пас аз чарроҳӣ ба вучуд омада буданд, чунин ҳолатҳо бартарӣ доштанд: зардоб гирифтани захмҳо, бемориҳои роҳи нафас, патологияҳои урологӣ,

зардобгирӣ пас аз анҷоми сӯзандору. Дар маҷмӯъ, пас аз амали чарроҳӣ, дар 618 бемор инкишофи сирояти бемористонӣ мушоҳида шуд, яъне ба ҳар 100 амали чарроҳӣ, 14,9% мавриди олула бо сироят рух дода буданд.

Маълумотҳои ҳассосиятнокии бактерияҳо нисбат ба антибиотикҳо ҷамъбастан ва истифода намудани сефалоспорини насли III-IV, аминогликозидҳо ва карбапенемаҳо тавсия карда шуд.

**Хулоса.** Натиҷаҳои таҳлили эпидемиологии ҳолати шӯъбаҳои чарроҳӣ барои солҳои 2014-2018 нишон дод, ки сатҳи гирифтӣ ба бемориҳои сироятӣ дар беморхонаҳо 14,9%-и ҳолати микдори умумии амалиёти чарроҳӣ буда, дар захмҳои чарроҳӣ 7,0% -ро ташкил медиҳад.

**Калимаҳои калидӣ:** сироятҳои нозокомиалӣ, мониторинг, назорати эпидемиологӣ, статсионарҳои чарроҳӣ, сироятҳои чарроҳӣ.

## ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ ИНФОРМАЦИОННАЯ СИСТЕМА МОНИТОРИНГА НОЗОКОМИАЛЬНЫХ ИНФЕКЦИЙ В ХИРУРГИЧЕСКИХ СТАЦИОНАРАХ г. ДУШАНБЕ

М.М. Рузиев, Х.М. Джураев, С.Г. Али-Заде, Дж.С. Салимов

Государственное учреждение "НИИ медико-социальной экспертизы и реабилитации инвалидов", Республиканский клинический центр ортопедии и травматологии, Кафедра хирургических болезней № 1 ГОУ "ТГМУ имени Абуали ибни Сино", Кафедра общей хирургии № 1 ГОУ "ТГМУ имени Абуали ибни Сино"

**Цель исследования.** Усовершенствование системы эпидемиологического контроля за развитием госпитальных инфекций в хирургических стационарах.

**Материалы и методы.** Нами проводились эпидемиологические и микробиологические исследования в отделениях хирургического профиля Национального медицинского цен-

тра "Шифобахш" (НМЦ), который имеет 60 койко-мест. Было проанализировано 4145 историй болезни пациентов, которым проводилось хирургическое лечение с января 2014 г. по декабрь 2018 года.

**Результаты.** В статье проводится оценка информационной системы и программа эпидемиологического мониторинга внутриболь-



ничных инфекций в хирургических стационарах. В структуре гнойно-воспалительных осложнений, развившихся в послеоперационном периоде, преобладали такие, как: нагноение раны, заболевания органов дыхания, урологические патологии, нагноения после инъекционных процедур. Всего после хирургических вмешательств было отмечено развитие ВБИ у 618 пациентов, т.е. на 100 выполненных хирургических вмешательств приходилось 14,9% случаев с осложнениями.

Данные чувствительности бактерий к антибиотикам были обобщены, и было рекомендовано использовать цефалоспорины

III-IV поколений, аминогликозиды и карбапенемы.

**Заключение.** Результаты проведения эпидемиологического анализа состояния отделений хирургического профиля за период 2014-2018 гг. показали, что частота развития госпитальных инфекций составила 14,9% случаев от общего числа операций, а частота развития хирургических раневых инфекций 7,0% случаев.

**Ключевые слова:** нозокомиальная инфекция, мониторинг, эпидемиологический надзор, хирургические стационары, хирургические раневые инфекции.

## EPIDEMIOLOGICAL INFORMATION SYSTEM FOR MONITORING OF NOSOCOMIAL INFECTIONS IN A SURGICAL HOSPITALS OF DUSHANBE

M.M. Ruziev, Kh.M. Juraev, S.G. Ali-Zade, J.S. Salimov

State institution "Research Institute of medical and social expertise and rehabilitation of disabled persons", Republican clinical center of orthopedics and traumatology, Department of surgical diseases № 1 State Educational Institution "Avicenna Tajik State Medical University", Department of general surgery № 1 State Educational Institution "Avicenna Tajik State Medical University"

**Purpose of the study.** Improving the system of epidemiological control over the development of hospital infections in surgical hospitals.

**Materials and methods.** Epidemiological and microbiological studies were carried out in surgical departments of the Shifobakhsh National Medical Center (NMC), where there are 60 beds. 4145 case histories of patients surgically treated from January 2014 to December 2018 were analyzed. Nosocomial morbidity was 14,9%.

**Results.** The article assesses the information system and the program of epidemiological monitoring of nosocomial infections was introduced in a surgical hospitals. In the structure of purulent-inflammatory complications in the postoperative period was respiratory diseases, suppuration of wounds, urological pathologies, suppuration after injection

procedures predominated. In total, after surgical interventions, the development of nosocomial infections was observed in 618 patients, i.e. per 100 performed surgical interventions, 14.9% of cases with complications occurred.

Data about the bacterial sensitivity to antibiotics was summarized and it was recommended to use cephalosporin's of III-IV generations, aminoglycosides and carbapenems.

**Conclusion.** The results of an epidemiological analysis of the state of the surgical departments for the period 2014-2018 is the incidence of hospital infections was 14,9% of the total number of operations, and the incidence of surgical wound infections was 7,05 of cases.

**Keywords:** nosocomial infections, monitoring, epidemiological surveillance, surgical hospitals, surgical wound infections.

*Рузиев Муродали Мехмондустович - н.и.т., директори МД "Пажӯҳишигоҳи экспертизаи тиббӣ ва иҷтимоӣ ва тавонбахшии маъҷубон"; e-mail: m.ruziev@mail.ru; тел.: (+992) 918-71-32-66*

*Ҷӯраев Хуршед Мамаҷонович - ҷарроҳии ортопедӣ, н.и.т. Маркази ҷумҳуриявии клиникӣи ортопедӣ ва травматология; e-mail: hurshed\_doc@mail.ru; тел.: (+992) 918-61-51-34*



**Али-Заде Сухроб Гаффарович** - н.и.т., дотсенти кафедраи бемориҳои ҷарроҳии № 1 МДТ "ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино"; e-mail: suhrob\_a@mail.ru; тел.: (+992) 928-21-77-55

**Салимов Чалшиед Саидахмадович** - н.и.т., дотсенти кафедраи ҷарроҳии умумӣ № 1 МДТ "Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абӯалӣ ибни Сино"; e-mail: salimov\_jamshed1973@mail.ru; тел.: (+992) 907-75-85-10

**Рузиев Муродали Мехмондустович** - к.м.н., директор ГУ "НИИ медико-социальной экспертизы и реабилитации инвалидов"; e-mail: m.ruziev@mail.ru; тел.: (+992) 918-71-32-66

**Джурраев Хуршиед Мамаджонович** - к.м.н, врач травматолог-ортопед Республиканского клинического центра ортопедии и травматологии; e-mail: hurshed\_doc@mail.ru; тел.: (+992) 918-61-51-34

**Али-Заде Сухроб Гаффарович** - к.м.н., доцент кафедры хирургических болезней № 1 ГОУ "ТГМУ имени Абуали ибни Сино"; e-mail: suhrob\_a@mail.ru; тел.: (+992) 928-21-77-55

**Салимов Джамшиед Саидахмадович** - к.м.н., доцент кафедры общей хирургии № 1 ГОУ "ТГМУ имени Абуали ибни Сино"; e-mail: salimov\_jamshed1973@mail.ru; тел.: (+992) 907-75-85-10

**Ruziev Murodali Mehmondustovich** - c.m.s., Director of SI "Research institute of medical and social expertise and rehabilitation of the disabled persons"; e-mail: m.ruziev@mail.ru; tel.: (+992) 918-71-32-66

**Juraev Khurshed Mamadzhanovich** - c.m.s., vice director of Republican clinical center of orthopedics and traumatology; e-mail: hurshed\_doc@mail.ru; tel.: (+992) 918-61-51-34

**Ali-Zade Suhrob Gaffarovich** - c.m.s., associated professor in Department of surgical diseases № 1 State Educational Institution "Avicenna Tajik State Medical University"; e-mail: suhrob\_a@mail.ru; tel.: (+992) 928-21-77-55

**Salimov Jamshed Saidahmadovich** - c.m.s., associated professor in Department of general surgery № 1 State Educational Institution "Avicenna Tajik State Medical University"; e-mail: salimov\_jamshed1973@mail.ru; tel.: (+992) 907-75-85-10.

## ПАҲНШАВИИ ШАКЛҲОИ ГУНОГУНИ ДЕРМАТИТ ДАР ҶУМҲУРИИ ТОҶИКИСТОН

**М.Ф. Ҳомидов**

Ассотсиатсияи дерматовенерологҳо ва косметологҳои Ҷумҳурии Тоҷикистон

**Мухиммият.** Дар солҳои охир проблемаи бемориҳои аллергия шиддат гирифтааст, ки ин аз татбиқи васеи маодҳои маишии химиявӣ, бад шудани шароити экологӣ, пайдо шудани доруҳои нав вобаста аст [1,2]. Тибқи маълумоти омори расмӣ 30-40%-и аҳолии қурраи Замин аз аллергия ранҷ мебарад, ки сол аз сол рӯ ба зиёдшавӣ дорад [3]. Ҳамаи инҳо мубрамият ва муҳиммияти мавзӯро муайян мекунанд.

**Мақсади таҳқиқот.** Омӯзиши паҳншавии шаклҳои гуногуни дерматит дар байни аҳолии Ҷумҳурии Тоҷикистон.

**Мавод ва усулҳои таҳқиқот.** Ба таҳқиқот 140 бемори синну соли аз 11 то 84-сола, ки дар шӯъбаи пӯсту венерологии Беморхонаи клиникӣ шаҳрии №1 ш. Душанбе таҳти та-

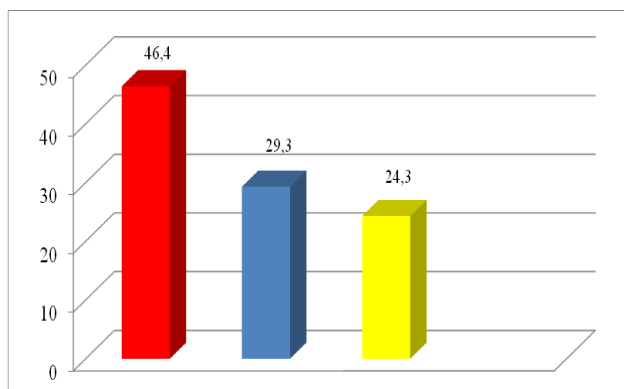
бобати статсионарӣ ва амбулаторӣ қарор доштанд, фаро гирифта шуданд. Ошкор кардани беморон бо ташҳиси эҳтимолии бемории мазкур бо истифодаи таҳқиқоти лабораторӣ-инструменталӣ гузаронида шуда, а-намнези беморӣ ва ҳаёт, статуси маҳдуди пӯст омӯхта мешавад ва маълумоти онҳо картаи махсус коркардшудаи инфиродӣ қайд карда мешавад.

**Натиҷаҳои таҳқиқот ва баррасии онҳо.** Таҳқиқот нишон дод, ки бештари беморон дар синну соли коршоямӣ қарор доштанд, синну соли миёнаи онҳо  $36,5 \pm 1,4$  сол буд. Аз ҷумлаи онҳо занҳо 91 (65%), мардҳо - 49 (35%) буданд. Ҳам дар байни занҳо ва ҳам мардҳо қисми бештари беморонро ҷавонон ва миёнсолон ташкил меоданд (47,8%).



Миқдори беморони аз 11 то 20-сола 23 (16,4%), аз 21 то 30 -сола - 39 (27,8%), аз 31 то 40 -сола - 28 (20%), аз 41 то 50 сола - 19 (13,6%), аз 51 то 60 -сола - 19 (13,6%), аз 61 то 70 -сола - 5 (3,6%), аз 71 то 84 -сола - 7 (5%) буд.

Аз 140 бемор дар 34 (24,3%) дерматити тамосӣ, дар 65 (46,4%) - дерматити аллергӣ, дар 41 (29,3%) - токсикодермия (рас. 1) дида шуд.



Ҳамин тавр, дар Ҷумҳурии Тоҷикистон бештар дерматитҳои аллергӣ ва токсико-аллергӣ ва камтар дерматити тамосӣ дида мешавад.

Дар байни беморони таҳқиқшуда сокинони шаҳр 53 (37,9%), деҳот - 87 (62,1%) буданд. Контингенти беморон чунин гурӯҳбандӣ карда шуд: хизматчиёни давлатӣ- 24 (17,1%), коргарон - 4 (2,8%), соҳибхоназанҳо - 62 (44,3%), нафақахӯрон - 12 (8,6%), муваққатан бекорон - 18 (12,9%), донишҷӯён - 7 (5%), мактаббачагон - 13 (9,3%) (ҷадвали 1).

### Дерматити Токсикодермия Дерматити аллергӣ тамосӣ

**Расми 1.** Гурӯҳбандии беморони гирифтори дерматит аз рӯи шаклҳои клиникаи беморӣ (%)

### Ҷадвали 1

Вазъи иҷтимоии беморони таҳқиқшуда аз рӯи шаклҳои клиникаӣ

Вазъи иҷтимоии беморон	Беморони гирифтори дерматит (n=140)						Ҳамагӣ	
	Дерматити тамосӣ (n=34)		Дерматити аллергӣ (n=65)		Токсикодермия (n=41)			
	Мутлақ	%	Мутлақ	%	Мутлақ	%	Мутлақ	%
Хизматчиёни давлатӣ	6	4,3	11	7,8	7	5,0	24	17,1
Коргарон	2	1,4	-	-	2	1,4	4	2,8
Нафақахӯрон	3	2,2	6	4,3	3	2,1	12	8,6
Донишҷӯён	2	1,4	2	1,4	3	2,2	7	5,0
Бекорон	4	2,9	6	4,3	8	5,7	18	12,9
Соҳибхоназан	16	11,4	32	22,9	14	10,0	62	44,3
Мактаббачагон	1	0,7	8	5,7	4	2,9	13	9,3
Ҳамагӣ	34	24,3	65	46,4	41	29,3	140	100

Таҳқиқот ҳамчунин нишон дод, ки ҳамаи беморонро хори шва сӯзиш озор медиҳад, дар лонаҳои осеб бошад, хангоми ҳамаи шаклҳои дерматит эритема ва варамидагӣ дида шуд. Диссеминатсияи возеҳ хангоми дерматити аллергӣ дида шуд, унсурҳои зиёди папулэзии консистенсияаш саҳт, буллаҳои алоҳида, эрозия, изи хоридагиҳо, пӯшишҳои карахшҳои геморрагӣ ба назар расид. Дар беморони гирифтори бемории дерматити токсико-аллергӣ беморӣ дар шакли сустии умумӣ, беҳолӣ, табларза, дарднокии на чандон зиёд сурат гирифта, унсурҳои зиёди везикулэзӣ ва буллэзӣ дида шуд, ки дар баъзе ҷойҳо кушода шуда, эрозияро

ба вучуд оварданд ва баъдан чирк гирифта пӯшиши карахшҳои онҳо чигарранг ва зардча мешавад. Дар беморони гирифтори бемории дерматити тамосӣ дар лонаҳои осеб дар заминаи гиперемия ва варамидагӣ папулаҳои чудоғонаи сурхранги дорои консистенсияи саҳти эластикӣ ва пӯстпартоӣ дида шуд. Сарҳади лонаҳои осеб дар муқоиса аз беморони гирифтори дерматити аллергӣ ва токсикодермия дар ин ҷо возеҳтар буд.

Ҳамин тавр, маълумотҳои таҳқиқот нишон медиҳанд, ки дар байни аҳолии Ҷумҳурии Тоҷикистон бештар дерматити токсико-аллергӣ ва дерматити аллергӣ ба қайд гирифта мешавад. Сатҳи беморшавӣ дар байни занҳо назар



ба мардҳо баландтар аст. Ҳам дар байни мардҳо ва ҳам дар байни занҳо асосан дар ашхоси синну соли чавон ва миёнасол ба назар мерасад. Сокинини дехот назар ба сокинони шаҳр ба ин беморӣ зиёдтар гирифтормешаванд.

**Хулоса.** Омӯзиши паҳншавии шаклҳои гуногуни дерматит дар Ҷумҳурии Тоҷикистон имконият медиҳад, ки сифати ҳаёт бехтар ва микдори гирифтормеҳварони ин беморӣ кам карда шавад.

### АДАБИЁТ

1. Богова А.В. Тенденция в изучении эпидемиологии аллергических заболеваний в России за последние 10 лет / А.В. Богова, Н.И. Ильина, Л. В. Лусс // Российский аллергологический журнал. - 2008. - № 6. - С. 3-14.
2. Метаболические изменения биохимических показателей на местном и системном уровнях у пациентов с аллергическими заболеваниями / Е.А. Алексеенко [и др.] // Аллергология и иммунология. - 2016. - № 2. - Т. 17. - С. 93-97.
3. Беловол А.Н. Дисфункция сосудистого эндотелия у больных псориазом / А.Н. Беловол // Украинский журнал дерматологии, венерологии, косметологии. - 2010. - № 1. - С. 17-21.

## ПАҲНШАВИИ ШАКЛҲОИ ГУНОГУНИ ДЕРМАТИТ ДАР ҶУМҲУРИИ ТОҶИКИСТОН

**М.Ф. Ҳомидов**

Ассотсиатсияи дерматовенерологҳо ва косметологҳои Ҷумҳурии Тоҷикистон

Дар мақолаи мазкур натиҷаҳои таҳқиқоти 140 бемори гирифтормешавандаи дерматит оварда шудааст, нишон доданд, ки дар байни таҳқиқшудагон дерматити алергӣ (46,4%) ва токсикодермия (29,3%) дида мешавад, ҳамчунин тавсифи клиникӣ ва ҷараёни дерматитҳо аз рӯи шаклҳои клиникаи беморӣ пеш-

ниҳод шудааст. Таҳқиқот нишон дод, ки сатҳи беморшавӣ дар занҳо (65%), назар ба занҳо (35%) бештар аст.

Сокинони дехот назар ба шаҳр зиёдтар гирифтормеҳварони ин беморӣ ҳастанд (62,1% дар муқобили 37,9%).

**Калимаҳои калидӣ:** дерматит, алергия.

## РАСПРОСТРАНЁННОСТЬ РАЗЛИЧНЫХ ФОРМ ДЕРМАТИТА В РЕСПУБЛИКЕ ТАДЖИКИСТАН

**М.Ф. Ҳомидов**

Ассоциация дерматовенерологов и косметологов Республики Таджикистан

В статье представлены результаты исследования 140 больных дерматитами, которые показали, что среди обследованных чаще регистрировались аллергический дерматит (46,4%) и токсикодермия (29,3%), также дана характеристика клиники и течения дерматитов по клиническим формам забо-

левания. Исследования показали, что уровень заболеваемости выше среди женщин (65%), по сравнению с мужчинами (35%). Сельские жители болеют чаще городских (62,1% против 37,9%).

Ключевые слова: дерматиты, аллергия.

## THE PREVALENCE OF VARIOUS FORMS OF DERMATITIS IN THE REPUBLIC OF TAJIKISTAN

**Homidov M.F.**

Association of Dermatovenerologists and Cosmetologists of the Republic of Tajikistan

The article presents the results of a study of 140 patients with dermatitis, which showed that among the examined more often allergic dermatitis (46.4%) and toxicoderma (29.3%)

were registered, the clinic and the course of dermatitis according to the clinical forms of the disease are also given. Studies have shown that the incidence rate is higher among women





(65%) compared with men (35%). Rural (62.1% versus 37.9%).

residents are sick more often than urban **Keywords:** dermatitis, allergy.

*Ҳомидов Музаффар Файзалиевич - раиси ассотсиатсияи дерматовенерологҳо ва косметологҳои Ҷумҳурии Тоҷикистон, кӯчаи Маҳмадали 14, E-mail: homidov@mail.ru, тел.: +992-918-62-42-82*

*Хомидов Музаффар Файзалиевич - председатель Ассоциации дерматовенерологов и косметологов Республики Таджикиста, ул. Махмадали 14, E-mail: homidov@mail.ru, тел.: +992-918-62-42-82*

*Homidov Muzaffar Faizalievich - Chairman of the Association of Dermatovenerologists and Cosmetologists of the Republic of Tajikistan, Mahmatali str. 14, e-mail: homidov@mail.ru, tel: +992 918 62 42 82*



## ТИББИ НАЗАРИЯВӢ

### ХУСУСИЯТИ МУҚОИСАВИИ ДИМОРФИЗМИ ЧИНСИИ НИШОНДИҲАНДАҲОИ МОРФОМЕТРИИ ҒАДУДИ СИПАРШАКЛ ҲАНГОМИ ҚОҒАРИ ПАҲНӢФТАИ ТОКСИКӢ

М.Қ. Гулзода<sup>1</sup>, И.А. Давлатов<sup>2</sup>, С. Курбонов.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Кафедраи ҷарроҳии умумии №1, <sup>2</sup>Кафедраи анатомияи одам ва терминологияи тиббии лотинӣ ба номи Я.А. Раҳимов МДТ "ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино".

Муҳиммият. Имрӯзҳо бемории ҒС, хусусан ҚПТ, дар дунё аз ҷумлаи бемориҳои паҳншударини эндокринӣ [1-4] шумурда мешавад, хусусан дар Ҷумҳурии Тоҷикистон (ҚТ), ки минтақои эндемӣ дониста шудааст. Ин ҷо инкишофи устуворонаи шумораи беморони гирифтори ҚПТ ба назар мерасад ва он аз 23% то 70%-и шумораи умумии бемориҳои системаи эндокриниро ташкил медиҳад, ки ин нукта онро дар соҳаи тиббӣ-иҷтимоӣ муҳим ва яке аз мушкилоти афзалиятноки амалии ҳифзи тандурустии кишвар гардонидаст [5-7]. Бемории мазкур аз ҳама бештар зимни занҳои миёнсол дар марҳилаи дуум [8] бо таносуби 8:1 мушоҳида мешавад.

Вале имрӯзҳо дар ҚТ зимни адабиётҳои илмӣ доир ба масъалаи ташкили сохторӣ-функционалии ҒС, ҳангоми ҚПТ, маълумот хеле кам ба назар мерасад. Дар маълумотҳои мухтасари мавҷудбуда низ арзёбии микдорӣ ба андозаи кофӣ нест.

Дар ин росто яке аз самтҳои дурнамо метавонад талаботи таҳияи нишондиҳандаҳои морфометрии ҒС бошад, ки ҳангоми ҚПТ, дар мавриди одамони синни миёна, пешгӯии амалиёти ҷарроҳиро муайян наояд. Нуктаҳои зикргардида ҳадафи таҳқиқотро асоснок менамоянд.

Мақсади таҳқиқот. Хусусияти муқоисавии диморфизми чинсӣ дар нишондиҳандаҳои морфометрии ғадуди сипаршакл ҳангоми қоғари паҳнфатаи токсикӣ.

Мавод ва усулҳои таҳқиқот. Таҳлили морфометрӣ ва гистологии нишондиҳандаҳои фолликулаҳои ҒС дар 26-нафар одамони солим, ки бар асари ҳодисаҳои нохуш фавтидаанд ва дар 104 беморони синни аз 36-55 солаи гирифтори ҚПТ мардҳо 22 (21,2%), занҳо 82 (78,8%) гузаронида шуд, ки

дар Беморхонаи шаҳрии рақми 5 дар пойгоҳи кафедраи ҷарроҳии умумии № 1 ҷарроҳӣ карда шуданд. Зимни таҳқиқот усулҳои гистологии ранг кардани препаратҳо бо гематоксилин-эозин, тибқи Ван-Гизон ва морфометрӣ (ченкунии микдорӣ, қутри фолликулаҳо, баландии эпителияи тиреоидӣ, индекси Брауна ва масоҳати фолликулаҳо) ба кор бурда шуданд. Таҳлили омории маълумотҳои ҳосилшуда бо усули омори тағйирёбанда тавассути барномаи "Statistica 6,0" бо ҳисоб кардани бузургии миёна ва хатогии миёна ( $M \pm m$ ) ба амал оварда шуд.

Таҳлили дисперсионӣ барои муқоиса намудани якҷанд иқтибос ва барои муқоисаи ҷуфтии иқтибосҳои мустақил U-меъри ва Манна - Уитни ба кор бурда шуд. Гипотезаи сифрӣ дар ҳолати  $P < 0,05$  будан рад гардид.

Зимни арзёбии таҳқиқотҳои морфометрии нишондиҳандаҳои муҳимтарини функционалӣ-морфологӣ, бар пояи маълумоти ҳосилшуда (ҷадвали 1) зоҳир гардид, ки бештар бозсозии мураккаби қимати фолликулаҳои ҒС, ҳангоми ҚПТ, дар занҳо қиёсан ба мардҳо бештар ба амал меояд. Ҳамин тавр, таҳқиқи микдории қутри фолликулаҳои мавзеи канории узв дар мавриди мардҳо дар муқоиса бо меъёр ( $150,6 \pm 1,3$  мкм) нишон дод, ки дар беморони гирифтори ҚПТ ба  $139,6 \pm 0,6$  мкм расидааст, ки аниқ ба 7,3% аз меъёр камтар аст ( $p < 0001$ ). Мо ба 6,3% дар мавриди занҳо тамоюли коҳишёрбии нишонаҳои ҳаммонандро зимни марҳилаи дууми синни миёна зоҳир намудем ( $p < 0001$ ).

Дар мавзеи марказии ҒС, зимни муқоиса ба гурӯҳи санчишӣ қимати саҳеҳи омории қимати фолликулаҳо ( $p < 0001$ ) ҳангоми ҚПТ, муқаррар гардид, вале қимати маз-



кур дар мавриди занҳо ба 8,6% ва дар мукоиса ба мардҳо бошад, ба 7,3% коҳиш меёбад.

Тавре маълум аст, баландии миёнаи эпителияи фолликулярӣ ва индекси Браун нишондиҳандаҳои нисбатан ҳассоси фаъолнокии функционалии ғадуди сипаршакл ба шумор мераванд.

Мо тамоюл ба болоравии нишондиҳандаи чузъҳои эпителиалии фолликулаҳо, яъне афзоиши баландии эпителияхоро ҳам дар мардҳо ва ҳам дар занҳо зоҳир намудем. Дар мавриди одамони марҳилаи дуҷуми синни миёна дар натиҷаи таҳқиқоти макро ва микроскопӣ ҒС зимни ҚПТ таҳлил карда шуд. Баландии тиреотститҳои фолликулярӣ, дар мукоиса ба гурӯҳи назоратӣ, аз афзоиши зиёди он болотар рафтааст. Маводҳои ададӣ мавҷуд будани фарқ миёни баландии ҷойгиршавии тиреотситҳоро дар ин мушоҳидаҳо расми 1 ва расми 2 ошкор намуд. Ғадуди сипаршакли марду занҳо дар мавзъҳои канорӣ, дар бемории мазкур, баландии эпителияи фолликулярӣ дорад ва он дар қиёс ба гурӯҳи санҷишӣ 10,6% ( $p < 0,05$ ) ва дар мавриди занҳо бошад, нисбат ба ҒС муътадил 19,7% зиёдтар аст. Нишондиҳандаҳои саддарсадии баландии ғадудҳои тиреотситии фолликулярӣ марду занҳо, ҳангоми марҳилаи дуҷуми синни миёна, дар мавзеи

марказӣ мувофиқан дар мардҳо (ба 21,5% маротиба, ( $p < 0,001$ )) ва занҳо (ба 25,8% маротиба, ( $p < 0,001$ )) дар мукоиса ба нишондиҳандаҳои гурӯҳи санҷишӣ зиёдтар аст.

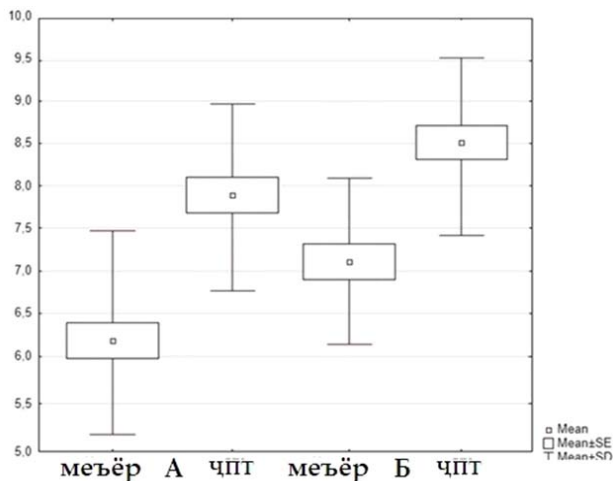
Муносибатҳои дучониба байни эпителияи фолликулярӣ ва коллоидӣ низ чунин аст. Зимни бемориҳои таҳқиқшуда таносуби индекси Браун зоҳир мешавад (ҷадвали 1), ки дар мавзъҳои канорӣ ва маркази дар мавриди марду занҳо баробар буда, мувофиқан нишондиҳандаҳои ишоратшуда ба 16,2% ( $P < 0,001$ ) ва 22,2% ( $P < 0,001$ ) коҳиш меёбад. Аз рӯйи маълумотҳо чунин бармеояд, ки нишондиҳандаҳои ададии чузъҳои эпителиалии фолликулаҳо тағйир ёфтааст, яъне қутри фолликулаҳо ҳангоми афзоиши баландии эпителия боиси сахехан коҳиш ёфтани индекси чамъшавии коллоидҳо дар тамоми мавзъҳои ҒС гардидааст ( $P < 0,001$ ). (ҷадвали 1).

Индексе, ки аз ду нишондиҳандаи асосӣ ба сифати иқтибос оварда шуд (қутри миёнаи равшанаи фолликулаҳо ва баландии миёнаи эпителия), дараҷаи фаъолнокии ҒС-ро нисбатан наздиктар инъикос мекунад [9]. Тағйирёбии ин чузъҳо хусусияти яксамтӣ ва мутаносибӣ доранд. Дар маҷмӯъ, натиҷаҳои монанд мувофиқи самту динамикаи морфологӣ аз фаъолнокии баланди функционалии ҒС ҳангоми ҚПТ дарак медиҳанд.

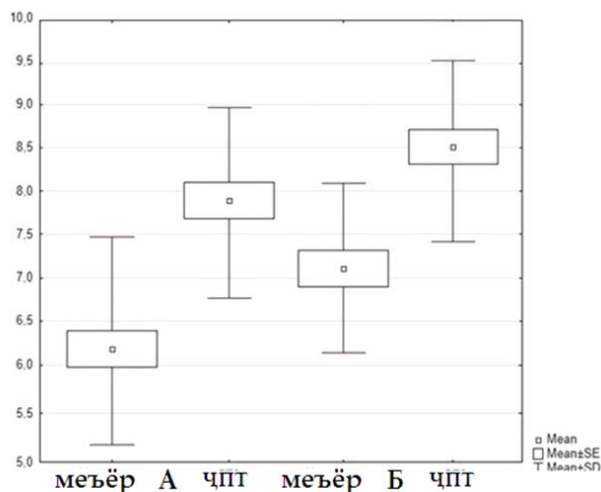
### Ҷадвали 1-Қимати чузъи фолликулаҳои ғадуди сипаршакл дар мавриди марду занҳо ҳангоми меъёр ва зимни ҷоғари паҳнфӯтаи токсикӣ ( $M \pm m$ ), $n=79$

Қимати фолликулаҳо	Мавзеи канорӣ ҒС					
	Мардҳо			Занҳо		
	Меъёр	ҚПТ	Р	Меъёр	ҚПТ	Р
Қутри фолликулаҳо (мкм)	150,6±1,3	139,6±0,6	<0,001	143,9±0,7	134,9±0,7	<0,001
Баландии эпителияи фолликулярӣ (мкм)	6,6±0,1	7,3±0,3	<0,05	7,1±0,2	8,5±0,2	<0,001
Чамъшавии коллоиди (Индекси Брауна)	22,8±0,4	19,1±0,7	<0,001	20,3±0,4	15,8±0,4	<0,001
	Мавзеи марказии ҒС					
	Мардҳо			Занҳо		
	Меъёр	ҚПТ	Р	Меъёр	ҚПТ	Р
Қутри фолликулаҳо (мкм)	143,4±1,2	133,0±0,8	<0,001	135,6±0,8	124,0±0,8	<0,001
Баландии эпителияи фолликулярӣ (мкм)	6,5±0,1	7,9±0,2	<0,001	6,2±0,1	7,8±0,2	<0,001
Чамъшавии коллоиди (Индекси Брауна)	22,1±0,4	16,8±0,6	<0,001	21,8±0,7	15,9±0,6	<0,001

**Эзоҳот:** Р-қимати омори фарқи нишондиҳандаҳои ҳангоми меъёр ва зимни ҚПТ (тибқи U-меъёри Манна-Уитни)



Расми 1 - Баландии эпителии фолликулярии мавзеи маркази (А) ва канори (Б)-и FC дар мавриди мардҳо ҳангоми меъёр ва зимни ЧПТ



Расми 2 - Баландшавии эпителии фолликулярии мавзеи маркази (А) ва канори (Б)-и FC дар мавриди занҳо ҳангоми меъёр ва зимни ЧПТ

Дигаргуниҳои зоҳиршуда аз тақвияти равандҳои чаббиши коллоиди тиреоидӣ, яъне дар маҷмӯъ ба зиёд шудани фаъолнокии функционалии FC далолат мекунад.

Таҳлили дисперсионӣ тағйирёбии зиёди масоҳати фолликулаҳои ғадудхоро дар занҳо то  $21071,6 \pm 316,8$  мкм<sup>2</sup> (зидди  $24599,2 \pm 395,3$  мкм<sup>2</sup> ҳангоми меъёр) зоҳир намуд, ки ба 14,3% камтар аст ( $P < 0,001$ ). Ниондиҳандаи мазкур дар мавриди мардҳо бошад, ба 9,2% ( $P < 0,001$ ) коҳиш ёфтааст ва он аз нишондиҳандаҳои назорати дар мавзеи канории FC паस्तтар аст. Ҳамзамон дар мавзеи марказии ғадуд коҳишёбии назаррас то  $18858,3 \pm 326,3$  мкм<sup>2</sup> (зидди  $21807,2 \pm 365,5$  мкм<sup>2</sup> ҳангоми меъёр) ба назар мерасад. Ба таври саҳеҳ коҳиш ёфтани масоҳати фолликулаҳо ба 13,5% ( $P < 0,001$ ) дар мавриди занҳо ва зимни мардҳо бошад, ба 8,8% ( $P < 0,001$ ) ба амал омадааст, ки аз гурӯҳи назоратӣ камтар аст (ҷадвали 2). Зимнан ҳангоми ЧПТ масоҳати камтари фолликулаҳо дар мавзеҳои канории FC дар мавриди занҳо ( $P < 0,001$  бар пояи U-меъёрӣ Манна-Уитни) мушоҳида мешавад. Ҳақ бар чониби [10] аст, ки ба пиндори онҳо эҳтимол сабаби тағйирёбии масоҳати қимати фолликулаҳо механизми таллоюфӣ бошад, ки барои дар сатҳи муътадил нигоҳдоштани функцияҳои узв мусоидат менамояд.

### Ҷадвали 2- Нишондиҳандаҳои масоҳати фолликулаҳои ғадуди сипаршакл дар мавриди марду занҳо ҳангоми меъёр ва зимни ҷоғари паҳнфтаи токсикӣ ( $M \pm m$ ), п-79.

Мардҳо	Мавзеи канории FC	Мавзеи марказии FC	$p_1$
Бе ЧПТ (мкм <sup>2</sup> )	$28055,5 \pm 221,8$	$24198,3 \pm 261,1$	$< 0,001$ ( $Z=7,12$ )
Бо ЧПТ (мкм <sup>2</sup> )	$25482,5 \pm 229,8$	$22064,7 \pm 265,2$	$< 0,001$ ( $Z=7,55$ )
$p_1$	$< 0,001$ ( $Z=-6,91$ )	$< 0,001$ ( $Z=-5,80$ )	
Занҳо	Мавзеи канории FC	Мавзеи марказии FC	$p_1$
Бе ЧПТ (мкм <sup>2</sup> )	$24599,2 \pm 395,3$	$21807,2 \pm 356,5$	$< 0,001$ ( $Z=6,89$ )
Бо ЧПТ (мкм <sup>2</sup> )	$21071,6 \pm 316,8$	$18858,3 \pm 326,3$	$< 0,001$ ( $Z=7,02$ )
$p_2$	$< 0,001$ ( $Z=-5,89$ )	$< 0,001$ ( $Z=-5,39$ )	

**Эзоҳот:**  $p_1$ - қимати омории фарқияти масоҳати фолликулаҳо байни мавзеҳои канорӣ ва марказии FC (мувофиқи меъёри К Вилкоксон);  $p_2$ - қимати омории масоҳати фолликулаҳо байни марду занҳо бе ЧПТ ва бо ЧПТ (тибқи U-меъёри Манна-Уитни).

Хулоса. Нишондодҳои морфометрии FC зимни ЧПТ баъзе хусусиятҳои минтақавӣ ва чинсӣ дорад. Хусусан дар муқоиса бо мардҳо коҳиш ёфтани масоҳати фолликулаҳо дар тамоми мавзеҳо, хусусан дар мав-

зеҳои канорӣ мушоҳида мешавад. Нутаи мазкур ба бартарият доштани сохтори микрофолликулярӣ ғадуд зимни бемории мазкур, инчунин коҳиш ёфтани индекси Браун дар мавзеи марказӣ, дар муқоиса ба мавзеи



канорӣ ва баландии зиёди фолликулаҳои тиреотситӣ алоқамандӣ дорад, ки аз вобас- тагии гормонии фарқияти чинсӣ дар синни репродуктивӣ дарак медиҳад.

### АДАБИЁТ

1. Дедов И.И. Руководство для врачей / И.И. Дедов, Н.С. Кузнецов, Т.А. Мельниченко // Эндокринная хирургия.- М.: ГЭОТАР- Медицина.-2014.-С. 125-128.
2. Глушаков Р.И. Заболевания щитовидной железы и риск возникновения нетиреоидной патологии / Р.И. Глушаков, Е.В. Козырьков и др. // Казанский медицинский журнал. - 2017. - Т. 98. - №1. - С. 77-84.
3. Biondi V. Cardiovascular involvement in patients with different causes of hyperthyroidism / V. Biondi, G.J.Kahaly // Nat. Rev.Endocrinol.-2010.-Vol.6.-№8.-P.431-443.
4. Ross D.S. American Thyroid Association Guidelines for Diagnosis and Management of Hyperthyroidism and Other Causes of Thyrotoxicosis / D.S. Ross, N.B. Burch, D.S. Cooper, et al. // Thyroid. 2016; 26(10): 1343-1421. Doi: <https://doi.org/10.1089/thy.2016.0229>
5. Анварова Ш.С. Динамика минеральной плотности костной ткани у больных тиреотоксикозом в условиях йодного дефицита при достижении эутиреоидного состояния и лечения препаратами остеотропного ряда / Ш.С. Анварова, Н.Ф. Ниязова // "Здравоохранение РФ, страны СНГ и Европы".-2011. - С.17-18.
6. Ибодова Г.Х. Особенности распространенности эндемического зоба среди детского населения Республики Таджикистан и пути повышения эффективности оказания медицинской помощи в новых экономических условиях / Г.Х. Ибодова // Автореф.... канд.мед.наук.- Душанбе.- 2012.-22с.
7. Кахаров А.Н. Современные аспекты диагностики и хирургического лечения доброкачественного узлового и многоузлового зоба / А.Н. Кахаров, Г.Х. Ибодова // Здравоохранение Таджикистан. -2016.-№1. - С.77-82.
8. Нуров З.М. Профилактика ранних послеоперационных осложнений у больных диффузно-токсическим зобом / З.М. Нуров // Автореф. дисс.... канд.мед.наук.- Душанбе. -2012.-22с.
9. Браун А.А. О морфологическом индексе функциональной активности щитовидной железы / А.А. Браун // Тез. 2-науч.конф. Андижанского отделения Всес.об-ва АГЭ, Андижан. -1966.- С.20-23.
10. Санджиев Э.А. Структурные переобразования щитовидной железы в постнатальном онтогенезе / Э.А. Санджиев, С.С. Санджиева, Е.Е. Росткова // Морфология.- 2016.- №3.- С. 179-180.

### ХУСУСИЯТИ МУҚОИСАВИИ ДИМОРФИЗМИ ЧИНСИИ НИШОНДИХАНДАҲОИ МОРФОМЕТРИИ ҒАДУДИ СИПАРШАКЛ ҲАНГОМИ ҶОҒАРИ ПАҲНЁФТАИ ТОКСИКӢ

М.Қ. Гулзода, И.А. Давлятов, С. Қурбонов

Таҳқиқоти морфологии ғадуди сипаршакл (ҒС) ҳангоми ҷоғари паҳнёфтаи токсикӣ (ҶПТ), дар мавриди одам, барои дарк кардани баъзе масоили патогенез, ташхису муолиҷаи ҷарроҳии ҶПТ ва тавлиди дубораи он зимни бемориҳои саратонӣ ҳам барои мардҳо ва ҳам барои занҳо аз манфиат холӣ нест. Зимни таҳқиқотҳои бешумор хусусиятҳои сохтор, функсия, хусусиятҳои кли-

никӣ, масъалаҳои ташхис, патогенез ва муолиҷаи ҷарроҳии бемориҳои ҒС аз мавқеи мухталиф мавриди баррасӣ қарор дода шудааст. Ҳамзамон дар адабиётҳои илмӣ оид ба арзёбии миқдори (нишондиҳандаҳои морфометрӣ)-и ҷузъҳои қимати ҒС ҳангоми ҶПТ маълумоти кофӣ ба назар намерасад.

Маълум аст, ки ғаълонокии функционалии ҒС-ро бар пояи як зумра аломатҳои



морфометрӣ, хусусан мувофиқи чузъи фолликулаҳои тиреоидӣ аниқ тавсиф кардан мумкин аст. Ҳангоми таҳқиқоти морфометрӣ, тибқи маълумотҳои ҳосилшуда, нишондиҳандаҳои муҳимтарини функционалӣ-морфологии зоҳир гардид, ки бозсохти мураккаби қимати чузъҳои фолликулаҳо дар ФС, ҳангоми ҚПТ, зимни занҳо қиёсан ба мардҳо бештар ба амал меояд. Бо сабаби бартарияти сохтори микрофолликулярии ғадуд, инчунин қоҳиш ёфтани индекси Браун дар мавзеи марказӣ нисбат ба мавзёҳои канорӣ, хусусан қоҳиш ёфтани масоҳати фолликулаҳо дар

тамоми мавзёҳо, дар занҳо нисбат ба мардҳо мушоҳида мешавад. Таҳлили нишондиҳандаҳои морфометрӣ ба тақвият ёфтани раванди ҷаббиши коллоиди тиреоидӣ ишорат менамояд, яъне аз ғаъолнокии функционалии ФС бо нишонаҳои раванди таллоюфӣ ҳангоми ҚПТ дарак мебахад, бо вучуди он ки ғаъолшавии ҷаббиш бо тарашшуҳи зиёди гормонҳои тиреоидӣ на ба ҷамъшавии коллоиди онҳо ҳамбастагӣ дорад.

**Калимаҳои калидӣ:** ғадуди сипаршакл, фолликулаҳои тиреоидӣ, чоғари паҳнёфтаи токсикӣ, морфометрия.

## СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПОЛОВОГО ДИМОРФИЗМА МОРФОМЕТРИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПРИ ДИФФУЗНОМ ТОКСИЧЕСКОМ ЗОБЕ

М.К. Гулзода, И.А. Давлятов, С. Курбонов

Кафедра общей хирургии №1, кафедра анатомии человека и латинской медицинской терминологии им. Я.А. Рахимова ГОУ "ТГМУ им. Абуали ибни Сино".

Морфологическое исследование щитовидной железы при диффузном токсическом зобе у человека представляет определенный интерес для понимания некоторых вопросов патогенеза, диагностики и оперативного лечения диффузного токсического зоба и перерождения его в онкологические заболевания как у лиц мужского, так и женского пола. В многочисленных научных публикациях рассмотрены особенности строения, функции и с разных позиций освещены клинические особенности, вопросы диагностики, патогенез и оперативное лечение заболеваний щитовидной железы. В то же время в научной литературе недостаточно данных о количественных оценках (морфометрических показателей) параметров компонентов щитовидной железы при диффузном токсическом зобе.

Известно, что функциональную активность щитовидной железы довольно точно можно охарактеризовать по ряду морфометрических признаков, в частности, по компонентам тиреоидных фолликулов. Согласно полученным данным, при оценке морфометрических исследований

важнейших функционально-морфологических показателей выявлено, что при диффузном токсическом зобе у лиц женского пола чаще происходит сложная перестройка параметров компонентов фолликул щитовидной железы, чем у мужчин. В частности, по сравнению с мужчинами у женщин имеет место уменьшение площади фолликулов во всех зонах, особенно в периферических зонах, в связи с преобладанием микрофолликулярного строения железы, а также уменьшения индекса Брауна в центральной зоне, чем в периферических зонах. Анализ морфометрических показателей указывает на усиление процессов резорбции тиреоидного коллоида, т.е. свидетельствует о функциональной активации щитовидной железы с признаками компенсаторных процессов при диффузном токсическом зобе, поскольку активация резорбции коррелирует с повышенной секрецией тиреоидных гормонов, а не с накоплением их коллоида.

**Ключевые слова:** щитовидная железа, тиреоидный фолликул, диффузный токсический зоб, морфометрия.



## COMPARATIVE CHARACTERISTICS OF SEXUAL DYMORPHISM OF MORPHOMETRIC INDICATORS OF THE THYROID GLAND IN DIFFUSIVE TOXIC GOITER

M.K.Gulzoda, E.A.Davlatov, S.S.Qurbonov.

Department of General Surgery No.1, Department of Human Anatomy and Latin Medical Terminology named after Ya.A. Rakhimov and the GOU "TSMU named after Abuali ibni Sino."

A morphological study of the thyroid gland with diffuse toxic goiter in humans is of particular interest for understanding some issues of the pathogenesis, diagnosis and surgical treatment of diffuse toxic goiter and its transformation into oncological diseases in both male and female. Numerous scientific publications have examined structural features, functions, clinical aspects, diagnostic issues, pathogenesis and surgical treatment of thyroid diseases from various perspectives. At the same time, in the scientific literature there is insufficient data on quantitative estimates (morphometric indicators) of the parameters of the components of the thyroid gland with diffuse toxic goiter.

It is known that a number of morphometric features, in particular, can accurately characterize the functional activity of the thyroid gland by the components of thyroid follicles. According to the data obtained, when assessing morphometric studies of the

most important functional morphological indicators, it was revealed, that with diffuse toxic goiter, may lead to complex changes in the parameters of the components of the thyroid gland follicles more often in woman than in men. In particular, compared with men, women have a decrease in the area of follicles in all zones, especially in the peripheral zones, due to the predominance of the micro follicular structure of the gland, as well as a decrease in the Brown index in the central zone than in the peripheral zones. An analysis of morphometric indicators indicates an increase in the processes of resorption of a thyroid colloid, i.e. indicates the functional activation of the thyroid gland with signs of compensatory processes in diffusetoxic goiter, since activation of resorption correlates with increased secretion of thyroid hormones but not with the accumulation of their colloid.

**Key glories:** thyroid gland, thyroid follicle, diffuse toxic goiter, morphometry.

*Гулзода Махмадшоҳ Қурбоналӣ - профессори кафедраи ҷарроҳии умумии №1 МДТ "ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино", тел: 2-24-45-83.*

*Давлатов Имомхоҷа Амиршоевич - ассистенти кафедраи анатомияи одам ва терминологияи тиббии лотинӣ ба номи Я.А. Раҳимов. МДТ "ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино", тел. E-mail: davlatov@mail.ru. тел: 918-38-57-63.*

*Қурбонов Саид - профессори кафедраи анатомияи одам ва терминологияи тиббии лотинӣ ба номи Я.А. Раҳимов. МДТ "ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино", E-mail: kurbonov.said@mail.ru. тел: 901-05-21-07.*

*Гулзода Махмадшоҳ Қурбонали - профессор кафедры общей хирургии №1 ГОУ "ТГМУ" имени Абуали ибни Сино, тел: 2-24-45-83.*

*Давлятов Имомходжа Амиршоевич - ассистент кафедры анатомии человека и латинской медицинской терминологии имени Я.А. Рахимова. ГОУ "ТГМУ" им. Абуали ибни Сино, тел. E-mail: davlatov@mail.ru. тел: 918-38-57-63.*

*Қурбонов Саид - профессор кафедры анатомии человека и латинской медицинской терминологии имени Я.А. Рахимова. ГОУ "ТГМУ" им. Абуали ибни Сино, E-mail: kurbonov.said@mail.ru. тел: 901-05-21-07.*



**Gulzoda Mahmadsloh Qurbonali** - Professor, Department of General Surgery No. 1, GOU "TSMU named after Abuali ibni Sino", tel: 2-24-45-83.

**Davlyatov Imomkhoja Amirshoevich** - Assistant of the Department of Human Anatomy and Latin Medical Terminology named after Ya.A. Rakhimov. GOU "TSMU them. Abouali ibni Sino", tel. E-mail: davlatov@mail.ru. tel: 918-38-57-63.

**Qurbonov Said** - professor of the Department of Human Anatomy and Latin Medical Terminology named after Ya.A. Rakhimov. GOU "TSMU them. Abuali ibni Sino", E-mail: kurbonov.said@mail.ru. tel: 901-05-21-07

## ХОСИЯТҲОИ ГИПОХОЛЕСТЕРИНЕМӢ ВА ҚАНДПАСТКУНИИ АЛАФИ ИСПАНД (PEGANUM HARMALA) ҲАНГОМИ ГИПЕРЛИПИДЕМИЯИ ТАҶРИБАВӢ

**Б.А. Ишонкулова, М.В. Урунова, М.Ҳ. Насруллоева, Ф.О. Расулова**  
Кафедраи фармакология (мудири кафедра дотсент Урунова М.В.) -и  
МТД ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино.

**Муҳиммият:** Таъсироти шифобахшии испанд (*Peganum harmala*, гармала) ҳанӯз ба олимони давраи асрҳои миёна маълум буд. Шайхурраис Абӯалӣ ибни Сино дар асари худ "Ал-Қонун фит-тиб" қайд карда буд, ки испанд ҳангоми дарди буғумҳо ва илтиҳоби асаби тихигоҳ, бемориҳои испурч, манъшавии пешоб ва вайроншавии ҳайз таъсирбахш аст. Ба ғайр аз ин дар китоби "Ал-воҳия" низ Абӯалӣ ибни Сино оиди самарабахш будани испанд ҳангоми бемориҳои рӯдаҳо, бавосир (геморой) ва таъсири танзимкунии он ба фаъолияти бачадон маълумот додааст (1,2).

Қайд кардан лозим аст, ки чунин таъсириҳои фармакологии испанд аз таркиби химиявиаш вобаста буда, он аз тарафи олимони Тоҷикистон таҳти роҳбарии академик П. Н. Овчинников омӯхта шудааст. Дар испанд чунин моддаҳои фаъоли биологӣ ба монанди алкалоидҳои пеганин, пеганол, гармин, гармалин, гликозидҳои флаваноидӣ, кислотаҳои органикӣ, микроэлементҳои мис, манган, хром, никел, алюминий, сурб мавҷуданд. Ҳар яке аз ин моддаҳои фаъол таъсириҳои ба худ хос доранд, аз он ҷумла таъсириҳои оромбахш, зиддиилтиҳобӣ, қандпаस्तкунӣ, рагвасеҷкунӣ, гипотермӣ, зиддигиччагӣ, антисептикӣ, арақбарорӣ ва пешобронӣ (3,4,6).

Дар Тоҷикистон бо дуди испанди муқаррарӣ бемороне, ки фалаҷ ва ё нимфалаҷанд таъбибат карда, ҳамчун маводи оромбахш

истифода мебаранд. Дуди испанд таъсири антисептикӣ дорад. Испанд ҳамчун маводи шифобахш дар тибби халқии минтақаҳои Осиёи Марказӣ, Қазқоз, Қазоқистон, Афғонистон, Покистон хеле васеъ истифода бурда мешавад. Онро ҳангоми тарбод (ревматизм), муолиҷаи бемориҳои пӯст, марҳалаи аввали катаракта, дарди буғумҳо ва ҳамчун маводи пешоброн ва арақчудоқунанда истифода мебаранд (5,7). Дар дорухонаҳо испандро дар шакли хушки пресскардашуда, ки дар саноати фармасевтӣ тайёр карда мешавад, вохӯрдан мумкин аст. Онро дуд карда, ҳамчун антисептик ва маводи оромбахш бо роҳи нафас истифода мебаранд. Солҳои охир дар сарчашмаҳои адабӣ маълумотҳо оиди истифодаи испанд дар тибби халқӣ ҳангоми вайроншавии мубодилаи чарбҳо, фишорбаландӣ, баландшавии сатҳи қанд дар хун ва дигар ҳолатҳо гирд оварда шудаанд. Вале мо то ин дам дар ягон адабиёт ё сарчашмаҳо қорҳои илмӣ асосноккардашударо оиди омӯзиши хосиятҳои фармакологии ин растани вонахӯрдаем. Аз ин лиҳоз мо мақсад гузоштем, то дар як қатор таҳқиқотҳои таҷрибавӣ баъзе таъсириҳои шифобахши испандро омӯзем.

**Мақсади таҳқиқот:** Омӯзиши таъсири қиёми алафи испанд ба сатҳи холестерин ва миқдори глюкоза дар хун дар таҷриба.

**Мавод ва усулҳои таҳқиқот.** Қиёми алафи испандро (1:10) дар ҳаммоми обӣ дар муддати 25 дақиқа тайёр намудем. Таҳқиқот





дар 36 калламуши сафеди ҳар ду чинс бо вазни миёнаи 180 - 200 гр. гузаронида шуд. Таъсириҳои гиполлипидемӣ ва гипогликемии растаниҳо дар модели парҳези гиперлипидемӣ (ПГЛ) омӯхта шуд, чунки фарбеҳӣ ода-тан бо вайроншавии мубодилаи ангиштоб ва чарбҳо мегузарад. Бо ин мақсад ба ҳайвоноти гурӯҳҳои назоратӣ ва таҷрибавӣ дар давоми 3 ҳафта ғизои равшандор дода шуд, ки таркибаш аз 2,5% холестерин, 0,12% метилурасил, равшани растанигии дар ҳарорати баланд гарм карда, пас аз он хунук карда шуда ва инчунин равшани ҳайвонот аз ҳисоби 1:4 иборат буд. Ба калламушҳои солим ва назоратӣ (муолиҷанашуда) ба дохили меъда оби дистиллат аз ҳисоби 5 мл/кг вазн ворид карда шуд. Ба ҳайвоноти таҷрибавӣ, ки дар парҳези гиперлипидемӣ буданд, ба дохили меъда қиёми алафи испандро бо меъёри 5 мл/кг вазн дар муддати 21 рӯз ворид кардем. Ба гурӯҳи муқоисавии назоратӣ қиёми барги ангур, ки аз тарафи кормандони кафедраи фармакологияи ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино омӯхта шудааст, аз ҳисоби 5 мл/кг вазн ба дохили меъда ворид кардем.

**Натиҷаҳои таҳқиқот.** Дар ҳайвоноти гурӯҳи назоратӣ (муолиҷанашуда) миқдори хо-

лестерин дар хун нисбати гурӯҳи солим ( $1,4 \pm 0,04$  ммол/л), ки дохили меъдагӣ оби дистиллатро аз ҳисоби 5 мл/кг вазн ворид карда будем, ба  $2,5 \pm 0,08$  ммол/л баробар шуд.

Дар калламушоне, ки дар ПГЛ қарор доштанд ва дохили меъдагӣ қиёми испандро бо меъёри 5 мл/кг вазн қабул карда буданд, миқдори холестерин саҳеҳан то 121% ( $1,7 \pm 0,05$  ммол/л) нисбати гурӯҳи назоратӣ паст шуд ( $P < 0,001$ ). Дар хуни калламушоне, ки ба дохили меъда қиёми барги ангурро ворид кардем, ин нишондод ба  $1,9 \pm 0,07$  ммол/л баробар шуд, ки нисбати гурӯҳи назоратӣ саҳеҳан 135% паст аст.

Миқдори қанд дар хуни ҳайвоноти назоратӣ (муолиҷанашуда) хангоми парҳези гиперлипидемӣ каме баланд шуда,  $10,7 \pm 0,2$  ммоль/л-ро нисбати ҳайвоноти солим ( $4,5 \pm 0,03$  ммол/л ( $P < 0,001$ )) ташкил медиҳад.

Дар калламушҳои дар парҳези гиперлипидемӣ буда, ки давоми 21 рӯз бо қиёми испанд муолиҷа карда шуданд, миқдори қанд дар хун  $5,9 \pm 0,05$  ммол/л-ро ташкил дод, ки ин нисбати гурӯҳи назоратӣ 131 % аст. Дар хуни калламушҳои бо қиёми барги ангур муолиҷаёфта, миқдори қанд дар хун ба  $6,3 \pm 0,02$  ммол/л баробар шуд, ки ин 140 % нисбати гурӯҳи назоратӣ аст.

### Ҷадвали 1. Таъсири қиёми алафи испанд ба сатҳи холестерин ва қанд дар хуни калламушҳо хангоми парҳези гиперлипидемӣ (ПГЛ) дар давоми 21 рӯз

№	Силсилаи таҷрибаҳо ва доза бо мл/кг вазн	Миқдори холестерин дар хун ммоль/л	Миқдори қанд дар хун ммоль/л <b>M-m</b> <b>P &lt;</b>
1	Гурӯҳи солим– оби дистил. 5 мл/кг n=8	$1,4 \pm 0,04$	$4,5 \pm 0,03$
2	Назоратӣ (ПГЛ)+ оби дистил. 5мл/кг n=8	$2,5 \pm 0,08$ 178% <b>P&lt;0,001</b>	$10,7 \pm 0,2$ 237% <b>P&lt;0,001</b>
3	Таҷрибавӣ (ПГЛ) + қиёми алафи испанд 5 мл/кг n=8	$1,7 \pm 0,05$ 121% <b>P&lt;0,05</b>	$5,9 \pm 0,05$ 131% <b>P&lt;0,001</b>
4	Муқоисавӣ-назоратӣ (ПГЛ) + қиёми барги ангур 5 мл/кг n=8	$1,9 \pm 0,07$ 135% <b>P&lt;0,001</b>	$6,3 \pm 0,02$ 140% <b>P&lt;0,001</b>

**Эзоҳ:** P - саҳеҳияти фарқияти нишондиҳандаҳо дар муқоиса бо гурӯҳи назоратӣ.

Ҳамин тариқ, қиёми алафи испанди бо роҳи дохили меъдагӣ ворид кардашуда дар меъёри 5 мл/кг вазн ба ҳайвоноти таҷрибавии дар ПГЛ буда, сатҳи холестерин ва қандро дар хун нисбати ҳайвоноти гурӯҳи на-

зоратӣ назаррас паст мекунад. Инчунин қайд кардан лозим аст, ки таъсири гиполлипидемӣ ва гипогликемии қиёми алафи испанд назар ба қиёми барги ангур каме назаррас аст.



**Хулоса.** Аз натиҷаҳои таҳқиқот бармеояд, ки қиёми испандро барои бемороне, ки вайроншавии мубодилаи ангиштоб ва чарб-

ро (диабети қанд, атеросклероз) доранд, дар муолиҷаи комплексӣ яқоя бо дигар маводҳои доругӣ тавсия намудан мумкин аст.

### АДАБИЁТ

1. Абуали ибни Сино. "Канон врачебной науки". /Абуали ибни Сино. Кн.2 - Ташкент, изд-во АН Узб. ССР. - 1966, 820 сах.
2. Ишанкулова Б.А., Урунова М.В. "Ақидаҳои Абӯалӣ ибни Сино ба баъзе ҷанбаҳои фармакотерапия дар "Ал-қонун" аз нуқтаи назари тибби муосир". Авчи Зухал №2, с. 2018,
3. Ишанкулова Б.А. "Фармакология некоторых сахароснижающих лекарственных растений Таджикистана". Монография. Душанбе. 2015 г. с.192 сах.
4. Лебеда А. Ф. и др. Лекарственные растения. Самая полная энциклопедия / А.Ф. Лебеда и др. / Научн. ред. Н. Замятина. - М.: АСТ-пресс-книга, 2009. - 138 сах.
5. Бердимухамедов Г. "Рустаниҳои шифобахши Туркменистон" /Г. Бердимухамедов. 2010. - сах.106-107
6. Овчинников П.Н. Флора Таджикской ССР /П.Н.Овчинников. - Ленинград "Наука", чилди 8, 1981. - сах.379-382
7. Braun R. Standardzulassungen für Fertigarzneimittel/ R.Braun ed, Stand: Dezember, 2004. Stuttgart, Deutscher Apotheker Verlag, 2005. -P. 78-7

### ХОСИЯТҲОИ ГИПОХОЛЕСТЕРИНЕМӢ ВА ҚАНДПАСТКУНИИ АЛАФИ ИСПАНД (PEGANUM HARMALA) ҲАНГОМИ ГИПЕРЛИПИДЕМИЯИ ТАҶРИБАВӢ

Дар мақола муаллифони таъсири гиполлипидемӣ ва гипогликемии қиёми алафи испандро дар модели фарбеҳии калламушони сафед омӯхта, исбот намуданд. Дар муқоиса нисбати қиёми барги ангур таъсири испанд каме зиёдтар буд. Испандро метавонем барои муолиҷаи комплекси бемороне,

ки вайроншавии мубодилаи ангиштоб ва чарбхоро (диабети қанд, атеросклероз) доранд, дар яқоягӣ бо дигар маводҳои доругӣ тавсия намоем.

**Калимаҳои калидӣ:** қиёми алафи испанд, диабет қанд, гиперлипидемия, калламушҳо.

### ГИПОХОЛЕСТЕРИНЕМИЧЕСКИЕ И ГИПОГЛИКЕМИЧЕСКИЕ СВОЙСТВА ТРАВЫ ИСПАНДА (PEGANUM HARMALA) ПРИ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЙ ГИПЕРЛИПИДЕМИИ

**Б.А. Ишанкулова, М.В. Урунова, М.Ҳ. Насруллоева, Ф.О. Расулова**

Кафедра фармакологии ТГМУ им. Абуали ибни Сино

В статье авторами было изучено и доказано гиполлипидемические и гипогликемические свойства травы гармалы на модели гиперлипидемии у крыс. По сравнению с настоем листьев винограда действие гармалы было незначительно выше. Настой травы гармалы можно рекомендовать в комп-

лексной терапии с другими лекарственными средствами больным с нарушенным углеводным и липидным обменом (сахарный диабет, атеросклероз и др.).

**Ключевые слова:** настой травы испанда, сахарный диабет, гиперлипидемия, белые крысы.

**EFFECT OF PEGANUM HARMALA ON THE LEVEL OF GLUCOSE AND CHOLESTEROL IN HYPERLIPIDEMIA (in the experiment)****B.A. Ishonkulova, M.V. Urunova, M.H. Nasrulloeva, F.O. Rasulova**

Department of Pharmacology, Avicenna Tajik State Medical University

In the article, authors studied and proved the hypolipidemic and hypoglycemic effect of peganum harmala infusion on the model of white rats obesity. Compared to the infusion of grape leaves, the effect of peganum harmala infusion was slightly higher. Peganum harmala

can be recommended in the treatment of patients with impaired metabolism of fats and carbohydrates (diabetes mellitus, atherosclerosis), in complex therapy with other drugs.

**Key words:** peganum harmala infusion, diabetes mellitus, hyperlipidemia, white rats.

***Ишонкулова Бустон Астановна**, д.и.т., профессори кафедраи фармакологияи Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абӯалӣ ибни Сино, E/mail: [Ishankulova@mail.ru](mailto:Ishankulova@mail.ru) тел.: 918460129*

***Урунова Муҳаббат Ваҳобовна**, н.и.т., дотсенти кафедраи фармакологияи Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абӯалӣ ибни Сино, E/mail: [muhabat65@mail.ru](mailto:muhabat65@mail.ru) тел.: 918941671.*

***Насруллоева Малика Ҳусейновна**, муаллими калони кафедраи фармакологияи Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абӯалӣ ибни Сино, E/mail: [m.nasrulloeva@mail.ru](mailto:m.nasrulloeva@mail.ru) тел.: 938030064.*

***Расулова Фарангис Олимовна**, ассистенти кафедраи фармакологияи Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абӯалӣ ибни Сино, E/mail: тел.: 985617675.*

***Ишанкулова Бустон Астановна**, д.м.н., профессор кафедры фармакологии Таджикского государственного медицинского университета им. Абуали ибни Сино, E/mail: [Ishankulova@mail.ru](mailto:Ishankulova@mail.ru) тел.: 918460129*

***Урунова Муҳаббат Ваҳобовна**, к.м.н., кафедры фармакологии Таджикского государственного медицинского университета им. Абуали ибни Сино, E/mail: [muhabat65@mail.ru](mailto:muhabat65@mail.ru) тел.: 918941671.*

***Насруллоева Малика Ҳусейновна**, старший преподаватель кафедры фармакологии Таджикского государственного медицинского университета им. Абуали ибни Сино, E/mail: [m.nasrulloeva@mail.ru](mailto:m.nasrulloeva@mail.ru) тел.: 938030064.*

***Расулова Фарангис Олимова**, ассистент кафедры фармакологии Таджикского государственного медицинского университета им. Абуали ибни Сино, E/mail, тел.: 985617675.*

***Ishonkulova Buston Astanovna**, Doctor of Medical Sciences, Professor of the Department of Pharmacology, Avicenna Tajik State Medical University, E/mail: [Ishankulova@mail.ru](mailto:Ishankulova@mail.ru) tel.: 918460129*

***Urunova Muhabbat Vahobovna**, Cand.med., Docent, Department of Pharmacology, Avicenna Tajik State Medical University  
E/mail: [muhabat65@mail.ru](mailto:muhabat65@mail.ru) tel.: 918941671.*

***Nasrulloeva Malika Huseynovna**, Senior Teacher, Department of Pharmacology, Avicenna Tajik State Medical University, E/mail: [m.nasrulloeva@mail.ru](mailto:m.nasrulloeva@mail.ru) tel.: 938030064.*

***Rasulova Farangis Olimovna**, Assistant, Department of Pharmacology, Avicenna Tajik State Medical University, E/mail: тел.: 985617675.*



## ШАКЛҲОИ ФАЪОЛИ ОКСИГЕН ВА СИСТЕМАИ АНТИОКСИДАНТӢ ДАР ОРГАНИЗМҲОИ ЗИНДА

М.Қ. Гулов<sup>1</sup>, Н.Х. Норқулов<sup>2</sup>, Х.М. Ҳамроева<sup>1</sup>, Қ. Партоев<sup>2</sup>

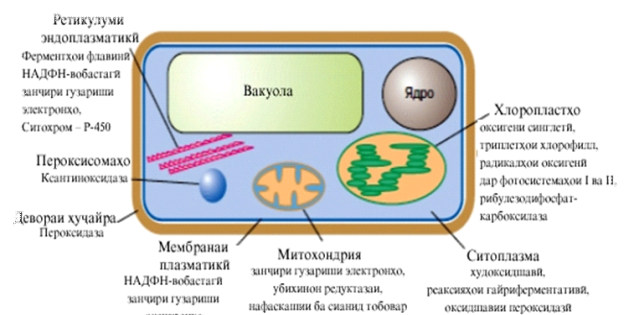
<sup>1</sup>Кафедраи биохимияи МДТ ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино (мудири кафедра н.и.х. дот-сент Махсудова М.С.), <sup>2</sup>Институти ботаника, физиология ва генетикаи растани АИ ҚТ.

**Муҳимият.** Тадқиқотҳои солҳои охири нишон доданд, ки дар хурӯчи аксарияти бемориҳо, аз қабилҳои бемориҳои ҷигар, асаб, системаи дилу рағҳо, шуш ва ғайраҳо, стресси оксидантӣ сабаби асосии фавт ва маъюбшавии аҳоли мегардад. Пайдоиши стресси оксидантӣ ба ҳосилшавии радикалҳои озод ва оксидшавии пероксиди чарбҳо оварда мерасонад. Стрессҳои оксидантӣ боиси вайроншавии сохтори мембранаҳои ҳуҷайраҳо ва фавти онҳо мегарданд [1]. Омӯзиши нишондиҳандаҳои физиологӣ ва биохимиявӣ дар чараёни мутобиқшавии организмҳо ба таъсири омилҳои стрессӣ яке аз масъалаҳои асосии замони ҳозира ба шумор меравад. Тағйирёбии глобалии иқлим боиси хушкшавӣ ва шӯршавии заминҳо мегардад, ки ин ҳолат ба пастшавии ҳосилнокии растаниҳо оварда мерасонад. Ин чараёни номатлуб умуман ба ҳаёти тамоми организмҳои зинда таъсири ҳалокатовар расонда метавонад. Аз ин лиҳоз, омӯзиш ва муайян намудани фаъолияти кори системаҳои антиоксидантӣ дар раванди мутобиқшавии организмҳо аҳамияти назариявӣ ва амалӣ дорад. Бинобар ин, омӯзиши шаклҳои фаъоли оксиген (ШФО) ва системаи антиоксидантии ҳуҷайраҳо дар шароити тағйирёбии глобалии иқлим аҳамияти аввалиндараҷа доранд.

Реаксияҳои оксиду барқароршавӣ бо иштироки оксиген хусусияти характерноки организмҳо ба шумор меравад. Дар иштирок ва пайдоиши энергия дар организми зинда ин реаксияҳо барои ба танзим даровардан ва ҳифзи намудани вазифаҳои физиологии организм аҳамияти аввалиндараҷа доранд. Инчунин фаъолияти дигари ин реаксияҳо боиси пайдошавии шаклҳои фаъоли оксиген мегардад. Месазад ёдовар гашт, ки ба шаклҳои фаъоли оксиген радикали супероксиданион ( $O_2^-$ ), пероксиди гидроген ( $H_2O_2$ ), радикали гидроксилӣ ( $\cdot OH$ ), оксигени синглети ( $1O^2$ ), озон ( $O^3$ ), гипохлорит ( $HOCl$ ),

оксиди нитроген ( $NO$ ) ва пероксиди нитрит ( $ONOO^-$ ) тааллуқ доранд. Яке аз шаклҳои нисбатан фаъоли оксиген, радикали гидроксилӣ ба шумор меравад. Ин радикал кӯтоҳумр ва ниҳоят қобилияти баланди реаксионӣ дорад (вақти ҳаётии он 10-9 сония ва радиуси дифузионии он аз 100 воҳид баланд нест). Ин радикал ба радикали супероксиди фаъоли оксиген ( $O_2^-$ ) монанд мебошад (вақти ҳаётии он 10-6 сония ва радиуси дифузионаш 0,3 мкм аст). Ба ШФО-и дарозумр пероксиди гидроген дохил мешавад [2].

Ҳангоми фаъолияти муқаррарии ҳуҷайраҳои организмҳои зинда ШФО ба миқдори зарурӣ ҳосил мегардад. Чараёни ҳосилшавии ШФО асосан дар хлоропластаҳо, митохондрияҳо, пероксисомаҳо, ва инчунин дар дигар органоидҳои ҳуҷайра низ мегузарад [3].



Расми 1. Ҷойҳои асосии ҳосилшавии ШФО дар ҳуҷайраи растани [4].

Радикалҳои озод гуфта, ҳамон молекулаҳоеро меноманд, ки дар орбитали берунии худ як ё якчанд электронҳои ғайриҷуфтӣ (тоқ) доранд, ки валенти иловагии онҳо қобилияти баланди реаксиониро зоҳир менамояд. Аз рӯи пайдоишашон радикалҳои озодро ба се гурӯҳи асосӣ ҷудо менамояд [5]:

Якумин - дар натиҷаи реаксияи барқароршавӣ бо иштироки металҳои валенташон тағйирёбанда пайдо мешаванд. Ба инҳо супероксиданион ( $O_2^{\cdot-}$ ), оксиди нитроген ( $NO$ ) ва радикалҳои убихинон мансубанд.



Дуюмин - дар вақти таъсири дигар молекулаҳо ба супероксид радикалҳои озод ҳосил мешаванд. Инҳо, радикалҳои гидрооксилӣ, пероксинитритҳо ва радикали чарбҳо мебошанд. Онҳо қобилияти баланди захрнокӣ дошта ба чарбҳои мембрана, молекулаи кислотаи дезоксирибонуклеинӣ (КДН) ва сафедаҳо бо таври барнагарданда осеб мерасонанд.

Сеюмин - дар натиҷаи пайвастиши радикалҳои дуюмин бо молекулаи антиоксидантҳо ва дигар пайвастиҳои осонкисидшаванда, ҳосил мешаванд.

Радикалҳои озод дар натиҷаи чараёнҳои оксидшавӣ низ ҳосил мешаванд, ки пайвастиҳои фаъоли оксиген ба шумор мераванд. Ин радикалҳо барои организмҳои зинда ба миқдори кофӣ заруранд. Зеро, ҳангоми вайроншавии мубодилаи моддаҳо дар зери таъсири моддаҳои захрнок ва омилҳои стрессӣ қобилияти муҳофизатии антиоксидантҳо суст гашта, мувозинати дохили ҳуҷайра коста шуда, миқдори радикалҳои озод меафзояд. Дар натиҷа, бемориҳои атеросклероз, дилу рагҳо, шуш, чигар, вайроншавии системаи хазми хӯрок ва ғайраҳо мушоҳида мегарданд.

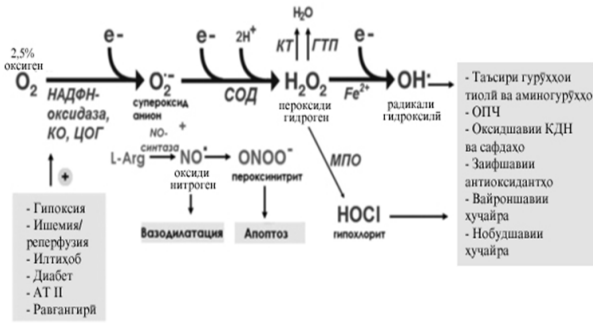
Қайд кардан зарур аст, ки ШФО вобаста аз қувваи таъсири омилҳои патогенӣ метавонад индуктори чараёни мутобиқшавӣ (адаптатсия) ё ин ки индуктори фавти ҳуҷараҳо (апоптоз) бошанд [6,7].

Дар ҳуҷайра яке аз манбаҳои асосии ҳосилшавии ШФО пероксисомаҳо ва занҷири нафаскашии митохондриявӣ ба шумор мераванд. Дар пероксисомаҳо ферментҳои ба метаболизми пероксиди гидроген алоқаманд буда, ҷойгир мебошанд. Пероксиди гидроген дар ҳуҷайра асосан барои безарар намудани ксенобиотикҳои истифода гашта, онҳо дар органоиди нобурда истифода мешаванд. Дар ретикулуми эндоплазматикӣ ферментҳои оксигеназаҳои ситохромӣ ҷойгиранд, ки онҳо барои ҳосилшавии радикалҳои супероксидӣ мусоидат менамоянд. Дар плазмамолекулаҳои макрофагҳо ва эндотелиоситҳо системаи оксидазии НАД(Ф)Н-вобаста мавҷуд аст,

ки он дар чараёни масъуниятӣ (иммунӣ) ва илтиҳобӣ барои ҳосил гаштани анионҳои супероксидӣ мусоидат менамояд. Дар ин ҳолат, фагоситҳо фавран миқдори зиёди  $O_2^-$ -ро аз ҳисоби оксидшавии ситозоли НАД(Ф)Н-вобаста фуру бурда, дар муҳити берунаи мембрана радикалҳои супероксидӣ  $O_2^-$  ҳосил мегардад:  $2O_2 + НАДФН O_2^- + НАДФ^+ + H^+$  [8]. Занҷири нафаскашии митохондриягӣ аз маҷмааи ферментативии I ва III иборат буда, аз он электронҳо ба берун мебароянд. Дар натиҷа, тақрибан 2-5% оксигенҳои ба ҳуҷайра воридшуда ба шакли фаъол мубаддал гашта ва як қисми ШФО бошад ба оксидшавии модификатсияи макромолекулаҳо сарф мегардад. Маҳсули супероксид анион ( $O_2^-$ ) дар митохондрия бо якчанд роҳҳо амалӣ мегардад ва ин бисёртар аз шиддатнокии нафасгирӣ ва аз тағйирёбии фишори порсиалии оксиген (гипоксия) вобастагӣ дорад.

Ҷои асосии баромадани электронҳо аз занҷири нафаскашӣ ва ҳосилшавии супероксид анион ( $O_2^-$ ) убихинолситохроми С оксидоредуктаза мебошад. Яъне ШФО аз ҳисоби барқароршавии оксигени якэлектронии молекулавӣ аз убисемихинон пайдо мешавад. Манбаи радикали  $O_2^-$  дар НАДН-убихинон-редуктаза шакли семихинонии флавин ба шумор меравад. Ҳамин тавр яке аз манбаҳои асосии ШФО дар митохондрия ҳалқаи Q ба шумор меравад. Дар ду қисмати пайвастикундаи Q-и маҷмааи III пайдошавии радикали убисемихинон-анион мегузарад, сипас он ба оксигени молекулавӣ пайваст шуда, убихинон (U) ва супероксидро ҳосил мекунад:  $UQ + O_2 \rightarrow UQ + O_2^-$  [9].

ШФО қобилияти баланди реаксионӣ дорад, ки он молекулаҳои гуногунро оксид намуда, бо осонӣ аз як шакл ба шакли дигар табдил медиҳад. Дар натиҷаи нестшавии электронҳо аз занҷири нафасгирӣ дар реаксияи НАД(Ф)Н-оксидазӣ ва ксантин-оксидазӣ радикали супероксид анион ҳосил мешавад ва фаврӣ дисмутатсия шуда, ба пероксиди гидроген табдил меёбад (расми 2).



Расми 2. Ҳосилшавии шакли фаъоли оксиген ва таъсири он ба ҳуҷайра [9]. КО- ксантинооксидаза, СОГ - сиклооксигеназа, АТ II - ангиотензин II, L-Arg - L-аргинин, СОД - супероксиддисмутаза, КТ - каталаза, ГТП - глутатионпероксидаза, МПО - миелопероксидаза, ОПЧ- Оксидшавии пероксидии чарбҳо.

Пероксиди гидроген яке аз пайвастагии устувор дар байни шаклҳои барқароршудаи оксиген мебошад. Нисбат ба дигар ШФО қобилияти сусти реаксионӣ дорад. Молекулаҳои  $H_2O_2$  дар муҳити ҳуҷайрагӣ, имконияти озод ҷойивазкуниро доро буда мудард дароз нигоҳ дошта мешаванд. Пероксиди гидроген ба сохтори мембранаи ҳуҷайра он қадар осеби чиддӣ намерасонад ва вазифаи молекулаҳои огоҳкунандаро иҷро мекунад. Дар зери таъсири фаъолкунандаҳои ферментҳо ба монанди металлҳои валенташон тағйирёбандаи  $Fe^{2+}$ ,  $Cu^{2+}$  ва ғайраҳо аз пероксидҳо ва супероксидҳо радикалҳои гидрооксилӣ ҳосил мешаванд. Радикалҳои гидрооксилӣ аз ҳама хавфноктарин ШФО ба шумор рафта, қобилияти баланди реаксионӣ доранд [7]. Онҳо метавонад, ба тамоми сохтори мембранаи ҳуҷайраҳо осеб расонанд аммо имконияти ба масофаи дароз ҷой ивазкарданро надоранд. Супероксид анионҳо ба оксиди нитроген пайваस्त шуда метавонанд оксиданти фаъоли пероксинитрит ҳосил кунанд (расми 2). Микдори зиёди радикалҳои супероксидӣ метавонанд охани севалентаро ба охани дувалента табдил диҳад, ки ҳангоми таъсири тарафайн ба  $H_2O_2$ ,  $HOCl$  ва липопероксидҳо ба ҳосилшавии намуди дигари ШФО радикали гидрооксилӣ ( $OH^{\cdot}$ ) ё радикалҳои чарбӣ ҳосилкунанд

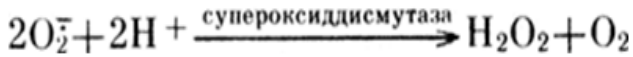
да (L, LO, LOO) мусоидат намояд (расми 2) [7.9].

ШФО дар шароити стрессӣ, гипоксия, илтиҳобӣ ва дигар намуди бемориҳо дар давраи аввал ҳамчун огоҳкунандаи ҳуҷайра иштирок мекунад. Реаксияи ҷавобии ҳуҷайра аз давомноки ва шиддатнокии таъсири омилҳои номбаршуда вобастагӣ дорад. Ҳангоми таъсири меъёрӣ реаксияи ғайрихос ташаккул меёбад, ки мутобиқшавии организмро дар шароити нав пурзӯр мекунад.

Шароити номусоид метавонад ҳосилшавии ШФО-ро фавран дар ҳуҷайра баланд кунанд, ки он ба паст кардани системаи муҳофизатии организм мусоидат мекунад. Зуд пайдошавии ШФО вақти зиёдро талаб намекунад он аз якҷанд дақиқа то якҷанд соатро дар бар мегирад [6]. Азбаски ҳосилшавии ШФО дар организмҳо мунтазам ба амал меояд, аз ҳамин лиҳоз дар ҳуҷайраи организм системаи муҳофизатӣ мавҷуд аст, ки ба онҳо антиоксиданҳо дохил мешаванд.

Антиоксидантҳо, ё ин ки пайвастагиҳои муқобили оксидшавӣ, моддаҳои мебошанд, ки ҷараёни оксидшавиро маҳдуд (суст) мекунад. Як қатор модаҳо ба монанди пайвастагиҳои химиявӣ, маҳсулотҳои табиӣ ғизоие, ки имконияти баргараф кардани таъсири радикалҳои озоди оксигенро доранд низ ба антиоксидантҳо мансубанд. Ба системаи антиоксидантӣ пайвастагиҳои калонмолекула ба монанди ферментҳои антиоксидантӣ ва сафедаҳо (албуминҳо), ва моддаҳои хурдмолекула - витаминҳо, кислотаҳои озоди чарбӣ кислотаи аскорбинӣ, токоферолҳо, глутатион, гидрохинонҳо, фенолҳо, аминокислотаҳо (пролин) ва ионҳои металлҳо дохил мешаванд. Ба ферментҳои антиоксидантӣ - супероксиддисмутаза (СОД), каталаза, глутатионредуктаза ва пероксидазаҳо (глутатионпероксидаза, гво-яколпероксидаза, аскарбатпероксидаза) мансуб мебошанд, ки, онҳо таъсири ШФО-ро бетараф (безарар) мегардонанд .

СОД реаксияи дисмутатсияи ду молекулаи супероксидро катализ мекунад, ки дар натиҷа пероксиди гидроген ва оксигени молекулавӣ ҳосил мешавад.



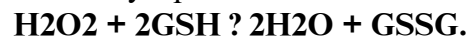
Супероксиддисмутаза (СОД) яке аз ферментҳои асосии системаи муҳофизатии ҳуҷайраҳо ва бофтаҳо ба ҳисоб меравад [10]. Механизми таъсири СОД дар барқароркунии ва оксидунии анионрадикалҳои супероксидӣ тавассути гурӯҳи металли маркази фаъоли фермент амалӣ мегардад. СОД дар як қатор реаксияҳои ферментативии системаи антиоксидантӣ иштирок мекунад. Ферменти мазкур дар якҷоягӣ бо пайвастиҳои хурдмолекулаи муҳофизатии организм (кислотаи аскорбинӣ, токоферолҳо, гидрохинонҳо) ва антиоксидантҳо, барои муҳофизати организм муфид мебошад. Эҳтимол иштироки СОД ба мутобиқшавии ангури худрӯй дар заминҳои карбонатдор нақши муайянро иҷро кунад. Барои он, ки баландшавии фаъолнокии СОД яке аз воситаҳои асосии маҳофизати дастгоҳи пигментатӣ ҳангоми хлороз ба ҳисоб меравад [5,10]. Коркарди ҷанбаҳои физиологӣ-биохимиявии ҳалли масъалаҳои радикалҳои озод ва омӯзиши сафедаҳои полиморфию системаҳои ферментативии танзимкунандаи рафти реаксияҳои радикалҳои озод метавонанд, ҳамчун яке аз роҳҳои воқеии ҳалли масъалаҳои устувории растаниҳо ба шароитҳои номуқоим баромад кунанд. Дар органелаҳои гуногуни ҳуҷайраи организмҳои зинда якҷанд шаклҳои ферменти СОД ёфт шудааст: дар ситоплазма, хлоропластҳо ва глиоксисомаҳо Cu, Zn-СОД, дар митохондрияҳо ва пероксисомаҳо Mn-СОД дар пластидҳо бошад Fe-СОД мавҷуд аст [10].

Пероксиди гидрогени ҳосилшударо ферменти каталаза ва ё пероксидазаҳо бетараф мегардонанд. Пероксидазаҳо ҳам яке аз антиоксидантҳои муҳими ҳуҷайра буда дар нигоҳдории редокс-потенциал ва дар бетарафгардонии пероксиди гидроген иштирок менамояд. Пероксидаза (ПО) ферменти тасири дутарафа дошта буда, ҳам пайдошавӣ ва ҳам истифодашавии ШФО -ро амалӣ мегардонад.

Вай сафедаи гликопротеид мебошад, ки вазифаи муҳофизатиро иҷро менамояд. ПО қобилияти барқароркунии пероксиди гидрогенро то молекулаи об дорад.

Каталаза ба монанди ПО реаксияи таҷзияи пероксиди гидрогенро то молекулаи об ва оксигени молекулавӣ амалӣ мегардонад. Намудҳои он дар пероксисомаҳо, глиоксисомаҳо ва митохондрияҳо ёфта шудааст. Дар намуди оксидшуда каталаза метавонад ҳамчун ПО оксидшавии спиртҳо, фенолҳо ва ё алдегидҳо катализ намояд. Вале дар шароити оптималӣ фаъолияти катализкунии фермент тахминан 10 000 маротиба нисбат ба фаъолиятнокии ферменти пероксидаза баланд мебошад. Дар як қатор ҳолатҳо каталазаро ба прооксидантҳо дохил мекунанд, вай қобилияти аз пероксиди гидроген ҳосил намудани шакли фаъоли оксигенро дорад [11].

Фаъолиятнокии каталаза дар ҳолати таъсир ба пероксиди гидроген, ки субстрати асосӣ ба ҳисоб меравад, метавонад тағйир ёбад. Аз нав ҳосилшавии глутатиони барқароршуда (GSH) аз глутатион-дисульфид (GSSG) бо иштироки ферменти глутатион редуктаза меғузарад:



Дар шароити стресси оксидативӣ аз сабаби бо зудӣ оксидшавии глутатион танокуби GSH/GSSG паст мешавад, вале он метавонад бо зудӣ то маҳсулӣ аввалин барқарор шавад. Дар ҳолати пурра сарфшавии GSH дар ягон бофта ӯ метавонад аз ҳисоби захираи хун дар чигар таъмин гардад [7]. Ҷараёнҳои ҳосилшавии радикалҳои озоди гипохлорит-анион ва радикали гидроксилӣ дар ситоплазма ҷойгиранд. Ферментҳои ситоплазматикӣ ё ин ки антиоксидантҳои дар об ҳалшавандаи табиӣ ситоплазма онҳоро танзим мекунанд. Таурин метавонад гипохлорит-анионро дар шакли маҷмааи хлорамини пайваст намояд, дипептиди карнозин ва ҳосилаҳои он радикали гидроксилро бетараф мегардонад. Аз гуфтаҳои боло маълум мегардад, ки антиоксидантҳои пайвастаҳои калонмалекула (ферментҳо) дар ҳимояи ҳуҷайраҳои организм аз ШФО нақши муҳимро мебозанд [12].

Аскарбатпероксидаза (АПО) дар реаксияи барқароршавии пероксиди гидроген иштирок намуда ба сифати донори элект-



рон кислотаи аскорбинро истифода мебарад. Дар радифи дигар ферменҳои антиоксидантӣ дар нигоҳдории мувозинати оксиду-барқароршавии ҳуҷайра ва миқдори зарурии эквиваленти барқароршудаи глутатион ва кислотаи аскорбин иштирок менамояд. Реаксияе, ки АПО метезонад ду молекулаи кислотаи аскорбин то монодегидроаскорбин ва дегидроаскорбин оксид мешаванд [13].

Олимон [14] фаъолиятнокии ферментҳои антиоксидантии каталаза ва АПО-ро дар шароити баланд будани ҳарорати ҳаво дар намудҳои гуногуни картошка муаян карданд, ки пастшавии фаъолияти ин ферментҳо бештар дар намудҳои ноустувори картошка нисбат ба намудҳои устувори он ба амал меояд. Тадқиқотҳо нишон медиҳанд, ки фаъолиятнокии ин ферментҳо ҳангоми давомёбии таъсири баланди ҳарорат тавсифи кори ҳамдигарро пуррақунанда дошта, як қатор хусусияти ба генотипи растани вобастагӣ дошта мушоҳида карда мешавад. Яъне тағйирёбии фаъолияти ферментҳои антиоксидантӣ дар онтогенези растаниҳо тавсифи лағжиш карданро доранд. Ин имконият медиҳад, ки намудҳои картошка ба ҳарорати баланд тобовар, механизми системаи муҳофизатии барқароршавандагиро пайдо намоянд.[14].

Антиоксидантҳои пайвастагиҳои хурд-молекула. ?-токоферол, ки дар мембранаи ҳуҷайра ҷойгир аст дар пешгирии оксидшавии пероксидии чарбҳои мембрана нақши муҳимро мебозад. Концентрасияи баланди ?-токоферол дар мембранаи биологӣ таъсири зиёновари радикалҳои озодро пешгирӣ менамояд. ?-токоферол ба радикал табдил ёфта реаксияи занҷирии ҳосилшавии пероксидҳои чарбиро чудо менамояд. Хусусияти антиоксидантии токоферолҳо дар ҳамаи давраҳои инкишофи организм аз давраи ҳуҷайрагӣ сар карда то организми том зоҳир мегарданд [15].

Кислотаи аскорбин (витамин С) дар ҳамаи ҳуҷайраҳои зинда ҳосил мешавад вай доираи васеи хусусияти антиоксиданти дошта бисёр радикалҳои озодро бетараф мегардонад. Пешгуйи кардан мумкин аст, ки

кислотаи аскорбинат аз дигар антиоксидантҳо бартарият дошта дар ҳимояи оксидшавии чарбҳо аз оксидшавии пероксидӣ ва фаъолони оксидшавии чарбҳо дар муҳити оби монёе мешавад. Дар иштироки  $Fe^{3+}$  ва  $Cu^{+}$  кислотаи аскорбин яке аз прооксидантҳои қави шуморида мешавад: вай ба барқароршавии ионҳо мусоидат намуда ва ҳамин тавр таҷзияшавии пероксидҳои органикиро пурзур менамояд [12].

Ҳамроева Х.М., ва дигарон ҳангоми омӯзиши таъсири антиоксидантҳои экзогенӣ (кислотаи аскорбинӣ ва токоферол) ба организмҳои растани арабидопсис дар шароити шурӣ нишон доданд, ки дар намуди ёбоии он миқдори кислотаи аскорбини эндогенӣ бо таъсири антиоксидантҳои экзогенӣ зиёд мешавад, вале дар намуди мутантии он бошад, шакли эндогенӣ кислотаи аскорбин дар муҳити стрессорӣ бо таври гуногун чамъ мешавад. Яъне устувори растани дар муҳити стрессорӣ ҳархела зоҳир мегардад, чунки биосинтези кислотаи аскорбини эндогенӣ аз генотипи растани вобастагӣ дорад[16].

Глутатион дар бисёр ҳуҷайраҳои растани манбаи асосии гурӯҳҳои тиолӣ буда, қариб дар ҳамаи органелаҳои он (ситоплазма, хлоропласт, ретикулуми эндотелиалӣ, вакуолаҳо ва митохондрия) мавҷуд аст. Глутатион бо металҳо ва бо пайвастагиҳои электрфилии гуногун пайваст мешаванд. Вай дар иштироки кислотаи аскорбин ба глутатиони оксидшуда табдил ёфтаистода дар безаргардонии пероксиди гидроген иштирок менамояд. Тағйирёбии таносуби байни барқароршуда ва оксидшудаи намуди глутатион барои тавсифи ҳолати барқароршуда ва оксидшудаи ҳуҷайра хизмат мекунад [12].

Каротиноидҳо пигментҳои ёрирасони чараёни фотосинтез буда дар бисёри организмҳои фотавтотрофӣ мавҷуданд. Онҳо дар ҳимояи ҳуҷайра аз ШФО нақши муҳимро мебозад. Каротиноидҳо бо зудии оксигени синглетӣ ( $^1O_2$ ), -ро ҳомуш намуда, метавонанд энергияи зиёдатино, ки дар ҳолати ҳаяҷонӣ мебошанд аз молекулаи хлорофилл адсорбсия намоянд. Бо ҳамин роҳ шакли фаъоли оксигенро истифода мебаранд [17].





Пайвастиҳои фенолӣ яке аз намояндагони маҳсулоти дуюмини метаболизми ҳуҷайраи наботот мебошанд. Онҳо имконияти бетарафгардонии радикалҳои озодро дошта, ҳуҷайраҳоро аз таъсири ШФО мҳофизат менамоянд. Манфиатнокии пайвастиҳои феноли ҳамчун антиоксидант аз миқдори гурӯҳҳои гидрооксилӣ дар молекулаи онҳо вобастагӣ доранд. Пайвастиҳои, ки аз се ва аз ин зиёд гурӯҳҳои гидрооксилӣ дошта бошанд, фаъолияти баланди антиоксидантӣ зоҳир менамоянд ва бояд ин гурӯҳҳо дар ҳолати С3` ва С4` ҷойгир шуда бошанд [18].

Бояд тазакур дод, ки дар шароитҳои муайян ак қатор пайвастиҳои фенолӣ метавонанд, худ манбаи ШФО шаванд. Дар муҳити рН-и бетарафи (нейтралный) ҳосилшавии анионҳои супероксидиро ҳангоми ҳудоксидшавии бисёре аз пайвастиҳои полифенолӣ дар растаниҳо ба монанди: госсипол, пирогаллол, пирокатехин, кислотаҳои галловӣ, кофейнӣ, хлорогенӣ, протокатеховӣ мушоҳида карда шудааст. Ба миқдори зиёди радикалҳои O<sub>2</sub>o- дар ҳолати бо осони оксидшавии триоксифенолҳо нисбат ба оксидшавии диоксифенолҳо ба қайд гирифта шуда аст. Монофенолҳо ин ҳосиятро надоранд [4]. Ҳамзамон, нақши зиёноварро на танҳо, маҳсулоти аввалиндараҷаи оксидшавии липидҳо, балки маҳсулотҳои дуюминдараҷаи ҳангоми деструксияи гидропероксидҳои липидии дар зерӣ таъсири радикалҳои озод ҳосилшаванда низ, мебозанд. Ин пайвастигӣ ба монанди гидроксиноненал ва диалдегиди малонӣ (ДАМ) дорои табиати алдегидӣ мебошад, ки дар навбати худ нишондиҳандаҳои оксидшавии пероксиди липидҳо ба шумор мераванд [19].

Олимон Алиев К.А., ва дигарон асосҳои физиологӣ - биохимиявӣ ва молекулавии мутобикати растаниҳоро дар зерӣ таъсири омилҳои стрессӣ (хушкӣ) омӯхта истода, муайян кардаанд, ки дар зерӣ таъсири норасогии об фаъолнокии ферментҳои глутатионредуктаза (ГР) ва аскорбатпероксидаза (АскП) дар генотипҳои (навҳои) картошкаи Тоҷикистон ба таври гуногун тағйир меёбад. Нишондиҳандаҳои фаъолнокии ГР

ва АскП дар баргҳои картошкаи навҳои Тоҷикистон ҳангоми шиддатёбии хушкӣ зиёд гардиданд. Баракс, дар навҳои ба хушкӣ ноустувори картошкаи навҳои Пикассо вобаста ба шиддатёбии хушкӣ паст шудани фаъолнокии ин ферментҳо мушоҳида гардид. Бояд қайд кард, ки дар навҳои мутобикшудаи картошка фаъолияти ҳамоҳангсозии баҳамтаъсири ГР ва АскП мушоҳида карда мешавад, ки ин то дараҷае ба оксидшавии пероксиди чарбҳо монё мешавад. Чунин ҳамоҳангсозии пурзуркунии фаъолияти ин ферментҳо ба ҷамъшавии миқдори зиёди диалдегиди малонат (ДАМ) дар шароити номусоид монё мешавад [20].

Хулоса. Дар хотима бояд қайд кард, ки антиоксидантҳои гуногун дар организм дар маҷмӯъ бо таъсири байниҳамдигарӣ кор мекунанд. Камшавии миқдор ё ин ки фаъолияти як антиоксидант ба тағйирёбии миқдор ва фаъолияти антиоксиданти дигар оварда мерасонад. Дар натиҷа фаъолиятнокии умумии радикалҳои ҷараёни оксидшавии нигоҳ дошта мешавад, ки ин барои нигоҳдории гомеостази ҳуҷайраи наботот ҳаётан зарур мебошад. Мавзӯи танзими кори системаи антиоксидантии пайвастиҳои табиӣ ва синтетикӣ бо фаъолити антиоксидантӣ, яке аз масъалаҳои муосири пажӯҳиши бунёдӣ ва амалии илми биохимия, физиология ва умуман илмҳои биологияи муосир ба шумор мераванд. Ҳамин тариқ, таҳлили сарчашмаҳои илмӣ аз он шаҳодат медиҳанд, ки дар организмҳои зинда системаҳои мураккаби морфологӣ, физиологӣ ва биохимиявии механизмҳои мутобикшавӣ ба таъсири омилҳои стрессӣ дар иштироки системаҳои антиоксидантӣ фаъолият мекунанд. Системаҳои антиоксидантӣ нақши муҳимро дар танзими фаъолияти ҳаётии организмҳо иҷро менамоянд. Дар ҳолати бемории организмҳо антиоксидантҳо хусусияти муолиҷавии узвҳо ва барқароршавии вазифаи онҳоро зоҳир менамоянд. Дастурҳои физиолого-биохимиявӣ ва генетикии масъалаҳои ҳосилшавии радикалҳои озод ба монанди омӯзиши сафедаҳои полиморфӣ ва системаи ферментативӣ, ки танзимкунандаи гузариши реаксияҳои ради-



калҳои озод мебошанд, метавонанд яке аз логӣ- биохимиявии мутобиқати организмҳо  
воситаи ҳақиқии ҳалли масъалаҳои физио- гарданд.

### АДАБИЁТ

1. Selvakumar K., Bavithra S., Ganesh L. et al. Polychlorinated biphenyls induced oxidative stress mediated neurodegeneration in hippocampus and behavioral changes of adult rats: Anxiolytic-like effects of quercetin. *Toxicol. Lett.*, 2013, 222(1): P.45-54.
2. Foyer C.H., Shigeoka S. Understanding oxidative stress and antioxidant functions to enhance photosynthesis // *Plant Physiol.* 2011. V. 155. P. 93-100.)
3. Алехина Н.Д., Балнокин Ю.В., Гавлиренко В.Ф., Жигалова Т.В., Мейчик Н.Р., Носов А.М., Полесская О.Г., Харитонашвили Е.В., Чуб В.В. Физиология растений. М.: Академия, 2005. 640 с.
4. Мерзляк М.Н. Активный кислород и жизнедеятельность растений // Соросовский образовательный журнал. 1999. № 9. С. 20-27.
5. Празднова, Е. В. Оценка биологической активности антиоксидантов на основе анализа экспрессии стресс-индуцибельных бактериальных оперонов: дисс. ... канд. биол. наук Ростов-на-Дону, 2013. - 173 с.].
6. 24. Сазонтова Т. Г., Архипенко Ю. В. Роль свободнорадикальных процессов и редокс-сигнализации в адаптации организма к изменению уровня кислорода. *Рос.физиол. журн. им. И. И. Сеченова.* - 2005. - Т. 91, № 6. - С. 636-655.
7. В. Е. Новиков, О. С. Левченкова, Е. В. Пожилова Роль актив ных форм кис лорода в физиологии и патологии клетки и их фармакологи ческая регуляция Обзоры по клинической фармакологии и лекарственной терапии Смоленск Том 12/2014/4 с.13-21
8. Гривенникова В. Г., Виноградов А. Д. Генерация активных форм кислорода митохондриями *Успехи биол.химии.* - 2013. - Т. 53. - С. 245-296.
9. Chen Q., Vazquez E. J., Moghaddas S. et al. Production of reactive oxygen species by mitochondria // *J. Biol. Chem.* - 2003. - Vol. 278, N 38. - P. 36027-36031).
10. Бараненко В.В. Супероксиддисмутаза в клетках растений // *Цитология.* 2006. Т. 48. №6. С. 465-474.
11. Полесская О.Г. Растительная клетка и активные формы кислорода. М.: КДУ, 2007. 137 с.
12. Н.В. Загоскина, Л.В. Назаренко. Активные формы кислорода и антиоксидантная система растений. Московский городской педагогический университет. Научный журнал. Серия "Естественные науки". Москва. 2016. № 2 (22) С. 9-24.
13. Foyer C. H, Noctor G. Oxidant and antioxidant signaling in plants: a reevaluation of the concept of oxidative stress in a physiological context // *Plant Cell Environ.* - 2005. - Vol.29. - P 1056-1071.
14. Норкулов Н.Х., Давлятназарова З.Б., Шукурова М.Х., Ашуров С.Х., Файзиева С.А. Влияние теплового шока и последующей почвенной засухи на активность окислительных систем растений картофеля. - *Изв. АН РТ. Отд. биол. и мед. н.*, 2014, №4 (188), с. 29-35
15. Leisso R.S., Buchanan D.A., Lee J., Mattheis J.P., Sater C., Hanrahan I., Watkins C.B., Gapper N., Johnston J.W., Schaffer R.J., Hertog M.L., Nicolaи B.M., Rudell D.R. Chilling-related cell damage of apple (*Malus x domestica* Borkh.) fruit cortical tissue impacts antioxidant, lipid and phenolic metabolism // *Physiol Plant.* 2015. V. 153. P. 204-220.
16. Хамроева Х.М. \*, Каспарова И.С., Давлятназарова З.Б., Джумаев Б.Б. Содержание аскорбиновой кислоты в условиях хлоридного засоления при обработке растений арабидопсиса экзогенными антиоксидантами. *Материалы международной научно-практической конференции (67-ой годичной), посвящённой 80-летию ТГМУ им. Абуали ибн Сино и "Годам развития села, туризма и народных ремёсел (2019-2021)" Душанбе, Том III, 29 ноября 2019г.* С. 305-306



17. Гришко В.Н., Сыщиков Д.В. Функционирование глутатионзависимой антиоксидантной системы и устойчивость растений при действии тяжелых металлов и фтора. Киев: Наукова думка, 2012. 238 с.
18. Волынец А.П. Фенольные соединения в жизнедеятельности растений. Минск: Беларуская навука, 2013. 283 с.
19. Нестеров В.Н., Богданова Е.С., Табаленкова Г.Н., Розенцвет О.А. Перекисное окисление липидов дикорастущих галофитов в условиях приэльтонья. Известия Самарского научного центра Российской академии наук. 2014. Т. 16, № 5. С. 299-303.
20. Член-корреспондент АН Республики Таджикистан К. Алиев, А.К. Мирзорохимов, Р.С. Бобохонов\*, С.Х. Ашуров\*\*, Б.М. Сабуров Ферменты антиоксидантной системы клетки в условиях засухи Доклады академии наук республики Таджикистан 2016, том 59, №7-8) с.350-355

### ШАКЛҲОИ ФАЪОЛИ ОКСИГЕН ВА СИСТЕМАИ ANTIОКСИДАНТӢ ДАР ОРГАНИЗМҲОИ ЗИНДА

Дар мақолаи мазкур маълумотҳои назариявӣ оиди пайдошавии шаклҳои фаъоли оксиген дар натиҷаи стресси оксидантӣ ва нақши системаи антиоксидантӣ, ҳамчун омили муҳофизатии

организми зинда пешниҳод карда шудааст.

**Калимаҳои калидӣ:** стресси оксидантӣ, шаклҳои фаъоли оксиген, антиоксидантҳо, ферментҳо, радикалҳои озод.

### АКТИВНЫЕ ФОРМЫ КИСЛОРОДА И ANTIОКСИДАНТНЫЕ СИСТЕМЫ В ЖИВЫХ ОРГАНИЗМАХ

Гулов М.К., Норкулов Н.Х., Хамроева Х.М., Партоев К.

Кафедра биохимии (зав.кафедрой к.х.н.доцент Махсудова М.С.)

ГОУ ТГМУ имени Абуали ибн Сино

В предлагаемой статье представлена теоретическая и практическая информация о генерации активных форм кислорода в результате оксидативного стресса и роли антиоксидан-

тной системы, как фактора защиты организма.

**Ключевые слова:** оксидативный стресс, активные формы кислорода, антиоксиданты, ферменты, свободные радикалы.

### ACTIVE FORMS OF OXYGEN AND ANTIОXIDANT SYSTEMS IN LIVING ORGANISMS

Gulov M.K., Norkulov N.Kh., Khamroeva Kh.M., Partoev K.

Department of Biochemistry (Head of the department Ph.D. Associate Professor Makhsudova M.S.) GOU TSMU by the name of Abuali ibni Sino

This article presents a theoretical and practical review of the generation of reactive oxygen species as a result of oxidative stress and the role of the antioxidant system as

factors in the protection of the living organisms.

**Key words:** oxidative stress, reactive oxygen species, antioxidants, enzymes, free radicals.

*Гулов Маҳмали Қодирович, номзоди илмҳои биология, дотсенти кафедраи биохимияи МДТ ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино. E-mail: Gulov60 @inbox.ru*

*Норкулов Насим Холтураевич, номзоди илмҳои биология, ходими калони илмии Озмоишгоҳи биологияи молекулавӣ ва биотехнологияи Институти ботаника, физиология ва генетикаи растании АИ ҚТ. ш. Душанбе, к. Айна 299/2. Тел.: (992) 918-25-80-85. E-mail: n-nasim.tj@mail.ru*



**Ҳамроева Холида Мухамадиевна**, ассистенти кафедраи биохимияи МДТ ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино. Тел.: (992) 935-55-41-21. E-mail: Kholidabiolog@mail.ru

**Партоев Курбоналӣ**, доктори илмҳои кишоварзӣ, мудири Озмоишгоҳи генетика ва селекцияи растаниҳои Институту ботаника, физиология ва генетикаи растании АИ ҚТ, ш. Душанбе, к. Айни 299/2. Тел.: (992) 918-64-95-05. E-mail: pkurbonali@mail.ru

**Гулов Махмали Кодирович**, к.б.н., доцент кафедри биохимии ГОУ ТГМУ имену Абуали ибн Сино. E-mail: Gulov60 @inbox.ru

**Норкулов Насим Холтураевич**, к.б.н., ведущий научный сотрудник Лаборатории молекулярной биологии и биотехнологии Института ботаники, физиологии и генетики растений АН РТ. Душанбе, ул. Айни, 299/2. Тел.: (992) 918-25-80-85. E-mail: n-nasim.tj@mail.ru

**Ҳамроева Холида Мухамадиевна**, ассистент кафедри биохимии ГОУ ТГМУ имену Абуали ибн Сино. Тел.: (992) 935-55-41-21. E-mail: Kholidabiolog@mail.ru

**Партоев Курбонали**, доктор с.-х. н., заведующий лабораторией генетики и селекции растений Института ботаники, физиологии и генетики растений АН РТ. Душанбе, ул. Айни, 299/2. Тел.: (992) 918-64-95-05. E-mail: pkurbonali@mail.ru

**Gulov Makhmali Kodirovich**, PhD. Biological science, docent of Department of biochemistry TGMU by name Abu ali ibn Sino, Tel.: (992) 919- 63-22- 85. E-mail: Gulov60 @inbox.ru, 734017, Republic of Tajikistan. Dushanbe, 139, Rudaki avenue.

**Norkulov Nasim Kholturaevich**, Ph. D., senior research specialist of the laboratoty molecular biology and biotechnolgy Institute of Botany, Plants physiology and Genetics of Academies of Sciences of the Republic of Tajikistan, Tel.: (992) 918-25-80-85. E-mail: n-nasim.tj@mail.ru. 734017, Republic of Tajikistan. Dushanbe, 27, Karamova str.

**Khamroeva Kholida Mukhamadievna**, Assistent of Department of biochemistry TGMU by name Abu ali ibn Sino, Tel.: (992) 935-55-41-21. E-mail: Kholidabiolog@mail.ru 734017, Republic of Tajikistan. Dushanbe, 139, Rudaki avenue.

**Partoev Kurbonali**, doctor of agriculture science, head Laboratory of Genetics and Plant Breeding, Institute of Botany, Plants physiology and Genetics of Academies of Sciences of the Republic of Tajikistan of Academies of Sciences of the Republic of Tajikistan, Tel.: (992) 918-64-95-05. E-mail: pkurbonali@mail.ru, 734017, Republic of Tajikistan. Dushanbe, 27, Karamova str.

## ТАВСИФИ МОРФОЛОГИИ ҲОСИЛАҲОИ ЛИМФОИДИИ ҲАНЦАРАИ ОДАМ ДАР ДАВРАИ ОНТОГЕНЕЗИ БАӢДИТАВАЛЛУД

**С.Р. Мирзоева, Ҳ.Ю. Шарипов, Ф.Р. Абдуллоева, Р.Р. Ахмедова, Т.Ю. Козлова**  
Кафедраи анатомияи патологӣ (мудири кафедра н.и.т., дотсент Ҳ.Ю. Шарипов)-и  
МДТ ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино

Муҳиммият. Ҳосилаҳои лимфоидӣ дар организми инсон яке аз роли асосиро дар системаи масуният мебозанд. Ба ҳамагон маълум аст, ки масъуният ҳам чузъӣ- маҳаллӣ ва ҳам умумӣ мешавад. Масъунияти маҳаллӣ барои муқовимати организм роли муҳимро мебозад. Яке аз раванди муҳим дар иммунология ин масъунияти маҳаллии системаҳои узвҳои нафас мебошад. Иммуни-тети маҳаллӣ тавассути ҳосилаҳои лимфоидӣ амалӣ мегардад. Дар тадқиқотҳои оли-

мони тоҷик оиди ҳосилаҳои лимфоидӣ ва баҳусус оиди гирехҳои лимфоидии рӯдаи дувоздаҳангушта, талхадон ва роҳҳои тал-хагузар маълумот дода шудааст. Дар онҳо фарқияти сохтор, ҳаҷм, андозаи ҳосилаҳои лимфоидӣ дар шахсони сину солашон гуно-гун нишон дода шудааст. Инчунин моҳия-ти системаи иммунитети маҳаллиро дар ин узвҳо оиди пешгирии бемориҳои гуногун, дигаргуниҳои аспектҳои морфогенезӣ оиди таъғиротҳои синусолии ҳосилаҳои лимфо-



идии чигар, роҳҳои талхагузар маълумот дода шудааст, аммо дар адабиётҳои оиди вазифаҳои гирехҳои лимфоидии роҳҳои нафас, бахус ханҷараи одам вобаста аз чинс, сину сол, ҷойгиршавии шароити зист ягон маълумоти мушаххас дода нашудааст. Аз ин лиҳоз омӯзиши ҳосилаҳои лимфоидии қисмати болоии системаи нафаскашӣ дар пешрафти илми тиб роли муҳимро мебозад.

Мақсади тадқиқот. Омӯзиши хусусиятҳои морфометрӣ ва морфологии ҳосилаҳои лимфоидии ханҷараи одам дар давраи онтогенази баъди таввалуд.

Маводҳо ва усулҳои тадқиқот. Ба тадқиқот ва маводи ҳосилаҳои лимфоидии ханҷара, ки аз часадҳои сину солашон гуногун ва бо сабабҳои гуногун, ки новобаста аз бемориҳои роҳҳои нафас ба марг расиданд, пешниҳод шудааст. Маводҳо аз часадҳои Ҷумҳуриявии ташхиси судӣ-тиббии шаҳри Душанбе гирифта шудааст. Сину соли часадҳо аз навзод то 84 соларо дарбар мегирад. Сохтори лимфоидии ханҷараи одам бо усулҳои макро-микроскопӣ тадқиқ карда шудааст. Рангунӣ бо гемотоксилин-эозин гузаронида шуд. Барои омӯзиши дарозӣ ва паҳнии гирехҳои лимфоидӣ стереомикроскопи бинокулярӣ МБС-9 истифода бурда шуд. Маводҳои гистологӣ бошад, бо ёрии микроскопи бинокулярӣ "Биолам", ки дорои тур ва хаткашаки окулярӣ мебошад, гузаронида шуд. Ҳисоби морфометрии сохтори ҳосилаҳои лимфоидӣ бо усули Г.Г.Ав-

тандилов гузаронида шуд.

Хулосаи тадқиқот ва муҳокимаи он. Дар рафти таҳқиқот муайян гардид, ки гирехҳои лимфатикии баъди таваллуд назар ба давраи дохили батнӣ (2,4 маротиба) зиёдтар мебошанд. Гирехҳои лимфатикӣ дар пардаи луобии қисмати болоии ханҷараи одам нисбатан зич ҷойгир буда, ҳуҷайраҳои онҳо дар намуди занҷир пай дар пай мушоҳида мегарданд. Дар қисмати мобайнии ханҷара гирехҳои лимфатикӣ дар пардаи луобӣ, дар пардаи зери луобии қаъри меъдаҷаҳо, дар атрофи рағҳои хунгард, ғадудҳо ва маҷроҳҳои онҳо ҷойгиранд. Дар пардаи луобии садопардаҳо гирехҳои лимфатикӣ дар эпителия ва лавҳаҷаҳои хусусии он ҷойгиранд. Дар давраи ширхорӣ ва кӯдакии бармаҳал гирехҷаҳои лимфатикӣ ба авзоиши пурра сар мекунанд, аммо таҳқиқотҳо нишон медиҳанд, ки миқдори гирехҷаҳои лимфоидии пардаи луобии ханҷара дар давраи бармаҳали кӯдакӣ назар ба давраи назодӣ 1,6 маротиба зиёд мебошад. Онҳо зичтар ҷойгиранд, аммо баръакс дар давраи наврасӣ миқдори гирехҳои лимфоидӣ назар ба давраи бармаҳали кӯдакӣ 1,42 маротиба камтар мебошад. Ин нишондиҳандаҳо дар давраи пиронсолагӣ назар ба давраи кӯдакӣ боз ҳам камтар мегарданд (1,8 маротиба).

Миқдори гирехҷаҳои лимфоидии қисматҳои гуногуни пардаи луобии ханҷара дар шахсони сину солашон гуногун дар ҷадвали оварда шудааст (ҷадвали 1).

### Ҷадвали №1.

Сину сол	Миқдор (n)	Миқдори гирехҷаҳои лимфоидии қисматҳои ханҷара		
		Сеяки боло	Қисмати меъдаҷа	Зери садопардаҳо
Навзодӣ	10	48-61	37-52	37-45
		56,6±1,5	43,6±1,4	32,1±1,1
Ширхорӣ	10	68-86	46+58	29-48
		77,7±2,2	53,0±1,5	38,4±1,9
Давраи бармаҳали кӯдакӣ	12	73-120	49-72	33-59
		92,4±4,6	67,3±2,3	45,4±2,6
Наврасӣ	10	55-84	37-65	23-44
		63,4±4,2	46,2±4,3	32,2±3,4
Калонсолӣ	10	16-43	11-34	7-20
		22,3±3,6	14,5±2,4	14,0±1,4
Пирӣ	12	13-29	13,34	8-25
		18,7±2,4	13,3±2,4	9,8±1,7

Аз ҷиҳати хусусиятҳои морфологӣ бошад, миқдори лимфоситҳо, ҳуҷайраҳои

плазматикӣ, дар ҳамаи қисматҳои ханҷара дар давраи кӯдакӣ ва наврасӣ (1,3-1,8 маро-



тиба) зиёд аст. Файр аз ин, дар давраи наврасӣ дар ҳамаи қисмҳои ханчара микдори зиёди лимфоситҳои тафриқанашуда мушоҳида мегарданд. Минбаъд инкишофи гирехҳои лимфоидӣ ба тағйиротҳои микдори ба сифати дучор мегардад. Аз давраи қудакӣ сар карда микдори гирехҳои лимфоидӣ ба таври авҷгиранда афзоиш ёфта (45%), дар давраи ҷавонӣ ба қуллайи баланд мерасад ( $27,38 \pm 1,67$ ).

Гирехҳои лимфоидии пардаи луобии қисмати болоии ханчара, дар даврони бармаҳали қудакӣ бошад, ба таври авҷгиранда

афзоиш ёфта, дар давраи балоғатрасӣ бошад, камшавии ҳаҷми он мушоҳида мегардад. Дар давраи пиронсолӣ, баракс камшавии микдор ва андозаи гирехҳои лимфоидӣ ва тағйиротҳои эволюсионӣ мушоҳида мегарданд.

**Хулоса.** Дар онтогенез дар давраи бармаҳалии қудакон микдори гирехҳои лимфоидӣ дар ханчараи одам ба андозаи 1,60 маротиба назар ба давраи навзодӣ зиёд мегардад. Микдори лимфоситҳо дар онтогенез дар давраи калонсолӣ ва пиронсолӣ, назар ба давраи наврасӣ хеле кам мегардад.

### АДАБИЁТ

1. Ибодов С.Т. Структурные характеристики железистого и лимфоидного аппаратов двенадцатиперстной кишки человека и крыс в эксперименте при воздействии холода и в условиях высокогорья. / Ибодов С.Т. (Монография). Душанбе, "Офсет империя", 2013- 168 с.
2. Луцай У.Д. Особенности применения морфологических методов и методик в изучении клинической анатомии гортани и некоторых других органов человека в постнатальном периоде онтогенеза. / Вестник новых медицинских технологий.- 2011-Т.ХVIII, №2-Ц446.
3. Потоцкая Е.И. Изучение лимфоидных образований гортани человека в постнатальном периоде онтогенеза / Материал конференции. Актуальное питание фармацевтической и методической науки и практики-2011, выпуск №(-Ц-11-14)
4. Шарменбиев Ж.А. Лимфоидные образования в слизистой оболочке подголосовой области гортани у людей зрелого возраста. / Вестник КГМА им И.К. Ахунбаева. -2013.-№1 С.56-60

### ТАВСИФИ МОРФОЛОГИИ ҲОСИЛАҲОИ ЛИМФОИДИИ ХАНЧАРАИ ОДАМ ДАР ДАВРАИ ОНТОГЕНЕЗИ БАЪДИТАВАЛЛУД

Дар мақола хусусиятҳои ҳосилаҳои лимфоидии ханчараи одамони синну солашон гуногун чамъ оварда шудааст. Муайян гардидааст, ки микдори гирехҳои лимфатикии баъди таваллуд назар ба давраи дохили батнӣ (2,4 маротиба) зиёдтар мебошад. Дар давраи бармаҳали қудакӣ микдори гирехҳои лимфатикии ханчара назар ба давраи назодӣ 1,6 маротиба зиёд мебошад. Онҳо зичтар ҷойгир буда, баръакс дар давраи наврасӣ микдори гирехҳои лимфоидӣ назар ба давраи бармаҳали қудакӣ 1,42 маротиба камтар ме-

гарданд. Ин нишондиҳанда дар даврони пиронсолагӣ назар ба давраи қудакӣ боз ҳам камтар мегардад (1,8 маротиба). Аз ҷиҳати хусусиятҳои морфологӣ бошад, микдори лимфоситҳо, ҳуҷайраҳои плазматикӣ, дар ҳамаи қисматҳои ханчара дар давраи қудакӣ ва наврасӣ (1,3-1,8 маротиба) зиёд аст. Гирехҳои лимфоидии пардаи луобии қисмати болоии ханчара, дар даврони бармаҳали қудакӣ бошад, ба таври авҷгиранда афзоиш ёфта, дар давраи балоғатрасӣ -камшавии ҳаҷми он мушоҳида мегардад.



## МОРФОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ЛИМФОИДНЫХ ОБРАЗОВАНИЙ ГОРТАНИ ЧЕЛОВЕКА В ПОСТНАТАЛЬНОМ ОНТОГЕНЕЗЕ

С.Р. Мирзоева, Х.Ю. Шарипов, Ф.Р. Абдуллоева, Р.Р. Ахмедова, Т.Ю. Козлова

Кафедра патологической анатомии (заведующий кафедрой к.м.н., доцент Шарипов Х.Ю.) ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино

В статье приведена характеристика лимфоидных образований гортани человека разных возрастных групп. Установлено, что после рождения содержание лимфатических узлов гортани значительно выше (в 2,4 раза), чем у внутриутробного плода последних сроков беременности. В раннем детском возрасте количество лимфатических узелков гортани по сравнению с новорожденным в 1,6 раз больше. Они расположены более плотно. В подростковом периоде по сравнению с ранним детским

возрастом наоборот в 1,42 раза меньше. Это же показатель в старческом возрасте выражен еще ниже (в 1,8 раза). С морфологической точки зрения, количество лимфоцитов, плазматических клеток во всех отделах гортани в раннем детском возрасте и в подростковом периоде повышены (1,3-1,8 раза). Подслизистые лимфатические образования верхнего отдела гортани в раннем детском возрасте прогрессивно увеличиваются, а в зрелом возрасте постепенно снижаются.

## CHARACTERISTICS OF THE FORMATION OF HUMAN LYMPHOID LARYNX IN THE POSTNATAL PERIOD

S.R. Mirzoeva, H.Y. Sharipov, F.R. Abdulloeva, R.R. Akhmedova, K.Y. Kozlova

Department of Pathological Anatomy (Head of department, c.m.s. H.Y. Sharipov), SEI ATSMU

In the article is talk about specification of the formation of lymphoid larynx of peoples with different ages. It is tuned out that the number of lymphoid nodes after childbirth, compared with the internal part of the body, is more than 2.4 times. In the early children period number of lymph nodes larynx in compression with the newborn period more of 1, 6 times. They are located close, on the contrary during the newborn the number of lymph nodes in compression with the early

children period less than 1, 42 times less. This indicators in old age compared early children period and even less 1.8 times. From the side of morphological formation, the number of lymphocytic, plasma bacteria in all parts of the larynx during childhood and youth is more 1.3-1.8 times. Lymphoid notes of the mucous tissue of the upper part of the larynx, during ripening it all ready by expansion, multiplication, and during ripening, a decrease in its quantities is observed.

*Мирзоева Соҳиба Рустамовна - ассистенти кафедраи анатомияи патологӣ МДТ Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абӯалӣ ибни Сино: тел: 900-10-66-41*

*Шарипов Ҳамдам Юлдашевич-н.и.т., дотсент мудири кафедраи анатомияи патологӣ МДТ Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абӯалӣ ибни Сино, E-mail: dr.sharipov@mail.ru тел: 91-913-00-15*

*Абдуллоева Фарахноз Рустамовна - ассистенти кафедраи анатомияи патологӣ, МДТ Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абӯалӣ ибни Сино, E mail: farinozanin@gmail.com тел: 000023388*

*Ахмедова Раъно Рахматовна - ассистенти кафедраи анатомияи патологӣ, МДТ "Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абӯалӣ ибни Сино", тел: 777-00-76-11*

*Козлова Татьяна Юлдашевна - ассистенти кафедраи анатомияи патологӣ, МДТ "Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абӯалӣ ибни Сино", тел: 93-553-35-63*



**Мирзоева Сохиба Рустамовна** - ассистент кафедры патологической анатомии ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино: тел: 900-10-66-41

**Шарипов Хамдам Юлдашевич-к.м.н.**, доцент, заведующий кафедрой патологической анатомии ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино, E-mail: dr.sharipov@mail.ru, тел: 91-913-00-15

**Абдуллоева Фарахноз Рустамовна** - ассистент кафедры патологической анатомии ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино, E-mail: parinozanin@gmail.com, тел: 000023388

**Ахмедова Раъно Рахматовна** - ассистент кафедры патологической анатомии ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино, тел: 777-00-76-11

**Козлова Татьяна Юлдашевна** - ассистент кафедры патологической анатомии ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино, тел: 93-553-35-63

**Mirzoeva Sohiba Rustamovna** - Assistant of Department of Pathological Anatomy SEI ATSMU, phone: 900-10-66-41

**Sharipov Hamdam Yuldoshevich** - Candidate of Medical Sciences, docent, Head of Department of Pathological Anatomy SEI ATSMU, E-mail: dr.sharipov@mail.ru phone: 91-913-00-15

**Abdulloeva Farahnoz Rustamovna** - Assistant of Department of Pathological Anatomy SEI ATSMU, E-mail: parinozanin@gmail.com, phone: 000023388

**Akhmedova Rano Rahmatovna** - Assistant of Department of Pathological Anatomy SEI ATSMU: phone: 777-00-76-11

**Kozlova Tatyana Yuldashevna** - Assistant of Department of Pathological Anatomy SEI ATSMU: phone: 93-553-35-63

## НАҚШИ ДАРСИ АНОТУМӢ ДАР ДАСТӢБӢ БА АҲДОФИ БОЛИНӢ (КАСАЛҲОИ ДОХИЛИБИСТАРӢ ДАР БЕМОРИСТОН) АЗ ДИДГОҲИ ДОНИШЧӢӢНИ ПИЗИШКӢ

**Муҳаммад Акрам Тӯфон Соҳибӣ**

Донишгоҳи Балх, Ҷумҳурии Ислонии Афғонистон.

**Муқаддима.** Дурусӣ улуми поя яке аз пояҳои асосии дониши пизишкӣ аст, ки ба унвони як мавзӯи илмӣ баҳши азиме аз барномаи омӯзиши пизишкиро ташкил медиҳад, то донишҷӯёни риштаи пизишкиро дар куллия мақотеи (бахши) таҳсилӣ барои фароғии дақиқтар ва таҳхис ва дармон ёрӣ диҳад (1 ва 2-215,218). Дар мафҳуми пизишкӣ, улуми поя ҷузъе аз улуми болинӣ ва улуми болинӣ баҳше аз улуми поя аст. Ин ду ба наҳве (тарзе) дар ҳам идғом (якҷоя) шудаанд, ки наметавон онҳоро аз ҳам ҷудо кард [3-107].

Барномаи дуктурии умумӣ шомилӣ дурус: умумӣ, улуми поя, нишоннашиносӣ, физиопотолужӣ, коромӯзӣ ва корварзӣ аст [4-67] ва шартӣ иртиқои донишҷӯёни пизишкӣ ба мароҳили болотар, гузаронидани куллияи дурусӣ улуми поя ва қабул шудан дар имтиҳони он мебошад [5-132]. Яке аз интиқодҳои асотид (устодон) ва донишҷӯён, адами дарки иртиботи мафҳумидурусӣ мақтаи улуми

поя бо мақтаи болинӣ аст ва барои бисёрии донишҷӯён ин суол матраҳ аст, ки оё мухтавои феълии дурусӣ улуми поя, ба шакле, ки феълан ироа мешавад, барои ҳадамоти болинӣ, ки ҳадафи ниҳии тарбияти пизишк мебошад, зарурӣ аст? Дар як баррасӣ мушаххас шуд, ки мавориди шоеъе, ки пизишкони умумӣ бо он мувоҷеҳанд, дар барномаи дарсӣ набуда ва ба онҳо бархе маҳоратҳои болинӣ мавриди ниёз омӯзиш дода нашудааст [6.82]. Дар мутолиаи дигар донишҷӯён иброз доштанд, ки дарси ахлоқ дар наҳваи бархӯрд бо беморон ва рафтори онон дар баҳши таъсири муносибро надоштааст [7-108].

Имрӯза барои рафъи мушкили фавқдонишгоҳҳои мухталифи дунё тағйироте дар системаи ироаи дурусӣ улуми поя иҷро кардаанд, ба унвони мисол, идғоми улуми поя ва болинӣ ва ё ироаи блокҳои мушаххасе аз дурусӣ мухталифи улуми поя идғом шуда бо равиши ёдгирӣ бар мабно масъаларо метавон ном бурд )8-208( бо





таваҷҷӯҳ ба ин ки барномаҳои омӯзиши улуми пояи пизишкӣ аз назари камӣ ба аҳдофи худ расида, акнун бояд ба сӯи кайфияти омӯзиш ва беҳбудии барномаҳои омӯзиш ҳаракат кард.

Донишҷӯён, ки ба унвони ояндасозони ҷомеа, дар ояндаи наздик по ба арса қору талош мегузоранд, метавонанд назароти арзишманде дар бораи барномаҳои омӯзишӣ ва таъсири он бар фароянди ёдгирӣ ироа диҳанд, ки барои маркази омӯзишӣ ҳоизи (дорои) аҳамият хоҳад буд, ё таваҷҷӯҳ ба ин ки донишҷӯёни мақтаи коромӯзӣ ва корварзӣ амалан метавонанд омӯхтаҳои улуми пояи хешро дар умури пизишкӣ болинӣ мавриди санҷиш қарор диҳанд, ин мутолиа бо ҳадафи таъйини дидгоҳи донишҷӯёни пизишкӣ мақтаи болинӣ дар мавриди нақши дарси анатомӣ дар дастёбӣ ба аҳдофи болинӣ, ин мутолиа тарроҳӣ ва иҷро гардид.

**Равишҳо.** Равишҳои ин мутолиаи тавсифӣ бо равиши намунагирӣ ба сурати саршуморӣ анҷом шуд. Ҷамъияти мавриди мутолиа 97 нафар аз донишҷӯёни мақтаи болинӣ (коромӯз ва корварз) буданд. Барои ҷамъовариҳои назорат аз пурсишномаи пажӯҳишгар сохта истифода шуд, ки дар он чинс, мақтаи таҳсилӣ донишҷӯӣ ва теъдоди 8 суол марбут ба назарсанҷӣ аз наҳваи корбурди дуруси мухталифи анатомӣ ба тафқиқи (ҷудо кардани) давраи корварзӣ ва коромӯзӣ таҳия ва пас аз таъйини равоӣ ва поёии он ба тартиб бо равиши эътибори мухтаво (назархоҳӣ аз мутахассисон ва аъзои аз донишҷӯёни ҳайати илмӣ) ва анҷоми озмуни мучадад ( $r = 0/72$ ) аз донишҷӯён хоста шуд, бидуни дар назар гирифтани шароити физикӣ ва устои марбута, сирфан мухтавои дурустро дар дастёбӣ ба аҳдофи

болинӣ ба сурати як миқёси дараҷабандӣ аз корбурди хеле зиёд, зиёд, мутавасит (миёна), кам ё хеле кам дар муқобили ҳар суол мушаххас кунанд. Барои тавсифи додаҳо ба тартиби имтиёзи панҷ барои корбурди хеле зиёд ва имтиёзи як барои хеле кам манзур шуд. Дар интиҳо, ҷаҳорум суол мучаззои ( ба ҷузъҳо ҷудошуда) зарурати таваҷҷӯҳи бештар дар аҷзои дарси анатомӣ ва бахшҳои мухталифи тана ва сар ва гарданро мавриди пурсиш қарор медод ва як суол боз посух пешниҳод барои беҳбудро ҷӯё мешавад. Иттилооти ба даст омада аз пурсишномаҳо бо равиши оморӣ тавсифӣ ба сурати тавзеъӣ (таксим) фаровонӣ ва бо истифода аз нармафзори SPSS мавриди арзёбӣ қарор гирифт.

**Натоҷ.** Аз 97 донишҷӯӣ мавриди мутолиа, 57 нафар коромӯз ва 40 нафар корварз буданд ва маҳдудаи (ҳудуди) синни донишҷӯён 22 то 31 сол бо миёнгини синни  $24/5 + 2/9$  сол буд.

Ба назари донишҷӯёни коромӯз, дуруси анатомии тана бештарин корбурд ва мувоҳиса сар ва гардан камтарин корбурдро дар мақтаи улуми болинӣ доштанд (ҷадвали 1). Илова бар ин 44/7 % -и донишҷӯёни коромӯз ва 42/9 % донишҷӯёни корварз муътақид буданд, ки дар мақтаи улуми поя дар дарси анатомии тана ба бахши шикам таваҷҷӯҳи бештар шавад, 52,6%-и донишҷӯёни коромӯз ва 54,3%-и донишҷӯёни корварз таваҷҷӯҳи бештар дар дарси анатомии сар ва гардан бар рӯй қисмати невроанатомиро хостор шуданд. Донишҷӯёни коромӯз мехостанд, ки таваҷҷӯҳи бештаре дар мақтаи улуми поя ба аҳшо дар анатомӣ ва донишҷӯёни корварз ба аъсоб ва лиф дар мувоҳиса анатомӣ шавад (ҷадвали 2).

**Ҷадвали 1.-Миёнгин ва инҳирофи меъёри нумароти додашуда тавассути донишҷӯёни пизишкӣ нисбат ба нақши дарси анатомӣ дар дастёбӣ ба аҳдофи болинӣ.**

Дарс	Коромӯз	Корварз	Кулл
Анатомияи тана	13,0±3,57	15,0±3,68	15,0± 2,62
Анатомияи андом	14± 3,48	19,0±3,51	18,0±3,49
Анатомияи сару гардан	19±2,89	18,0±3,22	19,0±3,05
Нур ва анатомӣ	76,0±2,21	21,0±2,97	62,0±4,09

Донишҷӯёни коромӯз ва корварз муътақиданд, ки камтарин корбурди мувоҳиса анатомии кулли бадан дар мақтаи болинӣ, анатомии азалот (мушакҳо) мебошад. Таҷзия ва таҳлили оморӣ

ҳеҷ ихтилофи маънидори омориро байни назароти коромӯзон ва корварзон нишон наод.

**Баҳс.** Натоҷи ин таҳқиқ нишон дод, ки назароти коромӯзон ва корварзон дар бораи



аҳамияти корбурди дуруси анатомӣ дар мақтаи болинӣ то худуде бо якдигар мушобеҳ аст, ба тавре ки донишҷӯёни коромӯз ва корварз ҳарду анатомии танаро дорои бештарин нақш ва коромӯзони дарси анатомии сару гардан ва корварзони невроанатомиро ба тартиби дорои камтарин нақш дар расидан ба аҳдофи болинӣ зикр кардаанд, ки ихтилофи назар шояд ба далели таҷрибаи корӣ дар ин ду гурӯҳ бошад. Муқоисаи натоиҷи ба дастомада дар ин таҳқиқ бо таҳқиқи мқшобеҳ нишон дод, ки анатомии тана бештарин нақш ва невроанатумӣ камтарин нақшо дар расидан ба аҳдофи болинӣ доштааст (9-82), ки ҳамсӯ мебошад, ба донишҷӯёни дандонпизишкӣ мақтаи болинӣ сурат гирифта буд. Муассиртарин дарс дар давраи болинро анотумии сар ва гардан зикр намуда буданд (10-38), аммо ба назари донишҷӯёни пизишкӣ дар таҳқиқи ҳозир, анотумии сару гардан дар ҳадди мутавассит барои онон аҳамият доштааст. Ин ихтилоф ношӣ аз зарурати бақоргирии иттилоот дар маҳоратҳои илмӣ ва амалии ришта аст. Натоиҷи дигари ин таҳқиқ нишон дод, ки донишҷӯёни мақтаи болинӣ мӯътақид буданд, ки дар мақтаи улуми поя бояд бештар бар рӯи дарси

анатумии тана ва бахши шикам таъкид шавад ва ин шояд бад-он иллат аст, ки бисёре аз аҳшои муҳимми гувориш дар ҳуфраи шикам воқеъ шудааст ва нишонашиносии бештар бемориҳои гувориш (ҳозима) дар ноҳияи аҳшои шикам қобили таваҷҷӯҳ аст, бинобар ин, донишҷӯён эҳсос мекунанд, ки ин мувоҳиҷ дар мақтаи улуми поя бояд бештар мавриди таваҷҷӯҳ қарор гирад. Илова бар ин, донишҷӯён мӯътақид буданд, ки дар дарси анатомии сару гардан ва невроанатомӣ лозим аст таваҷҷӯҳи бештар ба бахши невроанатомӣ шавад, зеро эҳсос мекунанд бештарин корбурдро дар таҳқиқ ва дармони бемориҳои системаи касабӣ дар мақтаи болинӣ барои онон дорад.

**Натиҷагирӣ**- барои расидан ба аҳдофи болинӣ ва аҳамияти корбурди дуруси улуми поя ва ниёзи донишҷӯ таваҷҷӯҳи бештар ба дуруси анатумии тана, баҳусус бахши шикам ва невроанатомӣ дар барномарезии дарси гурӯҳҳои улуми ташреҳ зарурӣ ба назар мерасад ва лозим аст авомили муҳим дар афзоиши ангезиши онон нисбат ба ёдгирии дурус барои анҷоми вазоифи шуглиашон дар оянда маддиназар қарор гирад, то аз бурузи шикафи байни дуруси улуми поя ва болин коста шавад.

## АДАБИЁТ

1. حجازي رضا. آناتومي سر و گردن. چاپ ششم. تهران: دانشگاه تهران (279,742)، 1375
2. بهادري مسلم. در ترجمه: چکیده پایه آسیب شناسي بيماري ها. استتلي رابيز، رمزي کاترن (مؤلفين تهران: حيات) 775,65 (،) 1372
3. ميرزايي منصور. در سنامه جامع علوم پایه. تهران: حيات (731,733) (،) 91376.
4. شوراي عالي برنامه ريزي و انقلاب فرهنگي. آيين نامه هاي آموزشي دوره دکتری پزشکی عمومي. تهران: وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی (67,70) (،) 1367
- 5 شوراي عالي برنامه ريزي وزارت فرهنگ و آموزش عالي. مشخصات کلي برنامه و سرفصل دروس دوره دکتری پزشکی. تهران: وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی (792) (،) 1364
6. امامي محمد. طراحي برنامه درسي باليني در دانشگاه علوم پزشکی شهيد بهشتي. از مجموعه مقالات (،) 92 (،) چهارمين همایش کشوري آموزش پزشکی. تهران: معاونت پژوهشي دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی تهران 1389
7. صابري فيروزي مهدي، گرامي احمد، طالب پور ابراهيم. بررسی نظرات دانشجویان دوره پزشکی 1. باليني در دوره تدريس درس اخلاق پزشکی. از مجموعه مقالات چهارمين همایش کشوري آموزش پزشکی تهران: معاونت پژوهشي دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی تهران 739. 1389
8. Dahle LO, Brynhildsen J, Behrbohm Fallsberg M, Rundquist I, Hammar M. Pros and cons of vertical integration between clinical medicine and basic science within a problem-based undergraduate medical curriculum: examples and experiences from Linköping, Sweden.. Med Teach 2002; 24(3): 280-5.
9. قرباني راهب، ميرمحمدخاني مجيد، حاجي آقاجاني سعيد. نظرات پزشکان و کارورزان دانشگاه علوم و خدمات پزشکی سمنان در خصوص کاربرد علوم پایه در مسائل باليني. مجله علمي پژوهشي دانشگاه علوم پزشکی تا. 791392 (9: 2): 19 بهداشتي درماني يزد

**Чакида (Хулоса).**

Донишчӯён манбаи аслии касби иттилоот кайфият ва асарбахшии омӯзиш махсуб мешаванд ва метавон аз назароти онҳо дар беҳбудии фароянди тадрис ва ёдгирӣ истифода намуд. Ин таҳқиқ ба манзури дастбӯӣ ба манзури дастбӯӣ ба назароти донишчӯёни пизишкӣ мақтаи болинӣ нисбат ба нақши дуруси анатомӣ дар дастбӯӣ ба аҳдофи болинӣ анҷом шудааст.

**Равишҳо:** Ин таҳқиқ ба сурати тавсифӣ бо равиши саршуморӣ бар рӯйи ҳамаи 97 нафар донишчӯёни пизишкӣ мақтаи болинӣ (коромӯз-корварз) анҷом шуд, абзори ҷамъоварии иттилоот пурсишнома поё ва раво бувад, ки корбурди дарси анотумиро

ба сурати миқёси панҷ нуқтаҳои хеле зиёд то хеле кам баррасӣ менамуд. Натоиҷ бо истифода аз омори тавсифӣ ва бо кӯмаки нармафзори SPSS таҷзия ва таҳлил шуд.

**Натоиҷ.** Ба ақидаи донишчӯёни пизишкӣ дарси анотумӣ танаи бештарин нақш ва дарси анотумии сару гардани камтарин нақшро дар расидан ба аҳдофи болинӣ доштааст, донишчӯён мӯътақид буданд ба мабҳаси шикам дар дарси анотумии тана ва невроанатомӣ дар анотумии сару гардан бояд таваҷҷуҳи бештаре шавад.

**Вожаҳои калидӣ:** анотумӣ, донишчӯёни пизишкӣ, улуми поя, аҳдофи болинӣ, коромӯзон, корварзон, дидгоҳ.

**РОЛЬ КУРСА АНАТОМИИ В ДОСТИЖЕНИИ КЛИНИЧЕСКИХ ЦЕЛЕЙ С ТОЧКИ ЗРЕНИЯ СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКОГО УНИВЕРСИТЕТА**

**Доктор Мухаммад Акрам Туфон Сохиби**

Ассистент Балхского университета Исламской Республики Афганистан.

В статье даётся оценка целесообразности курса теоретических занятий по анатомии для достижения клинических целей на

основании изучения мнения студентов.

**Ключевые слова:** анатомия, студенты-медики, базовые науки, клинические цели.

**The Role of Anatomy Course in achieving Clinical Objectives: The Viewpoints of Medical University Students in Clinical Settings**

**Doctor Mohammad Akram Tofan Sahebi Assistant Professor at Balkh University**

**Abstract**

**Introduction:** Students are the main source of information regarding teaching quality and effectiveness. This study was designed to investigate the viewpoints of Medical University students at clinical settings towards the role of anatomy courses in achieving clinical objectives.

**Methods:** A descriptive study was performed in which 97 clerkship and internship students were selected by census sampling method. They filled in a valid and reliable questionnaire using a five point scale from very high to very low. The data was analyzed by SPSS software using descriptive statistics.

**Results:** Based on the students, trunk

anatomy had the most application and head and neck anatomy had the least application in achieving clinical objectives. Moreover the students believed that more attention has to be paid to anatomy of abdomen in trunk anatomy and neuroanatomical in head and neck anatomy.

**Conclusion:** Considering the importance of trunk anatomy and specially anatomy of abdomen, it is recommended to pay more attention to teaching these courses in a more applied manner.

**Key words:** Anatomy, Medical students, Basic Sciences, Clinical Objectives, Clerkship students, Internship students, Viewpoint.



## АҲАМИЯТИ МАҚОМИ НАШВӢ ДАР РУШДИ МЕХАНИЗМҲОИ МУТОБИҚШАВАНДАГИИ ДОНИШЧӢӢН

Н.Х. Меликова, С.Қ. Касирзода, Н.Р. Назариён

Кафедраи физиологияи патологияи (мудирӣ кафедра н.и.т., Тоштемирова З.М.)-и ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино

Муҳимият. Мутобиқшавандагӣ ба маҷмӯи омилҳои чадида, ки барои макотиби олии хос аст, аз раванди мураккаби бисёрзинагии иҷтимоӣ-психофизиологӣ иборат буда, шиддатнокии зиёди механизмҳои таллоюфӣ-мутобиқшавандагии организми донишчӯёнро ҳамбастагӣ дорад. Шиддатнокии ҳамешагии зеҳнӣ-психоэмотсионалӣ, ҳалалёбии речаи меҳнат, истироҳат ва ғизо аксаран боиси ҳалал пазируфтани раванди мутобиқшавӣ ва инкишоф ёфтани як зумра бемориҳо мегарданд. Таҳлили адабиёти мамӯлики дуру наздики хоричӣ нишон доданд, ки имрӯзҳо масъалаи таъсири муносибатҳои байнифардӣ ба мувофиқшавии фаъолияти мотиватсионии донишчӯён, таъсири дучонибаи навъҳои муносибатҳои байнифардӣ, дараҷаи шиддатнокии механизмҳои танзимшавандагӣ ва ҳолатҳои Системаи асаби автономӣ (САА) ба таври бояду шояд мавриди омӯзиш қарор нагирифтаанд. Таҳқиқи масъалаҳои зикргардида дар концепсияи ҳалалёбии мутобиқшавии донишчӯён ба шароити тағйирёбандаи ҳаёти донишчӯӣ, ташҳиси саривактӣ зухуроти ҳалалёбии мутобиқшавӣ, инчунин мувофиқшавии фаъолияти мотиватсионии донишчӯён муҳим аст.

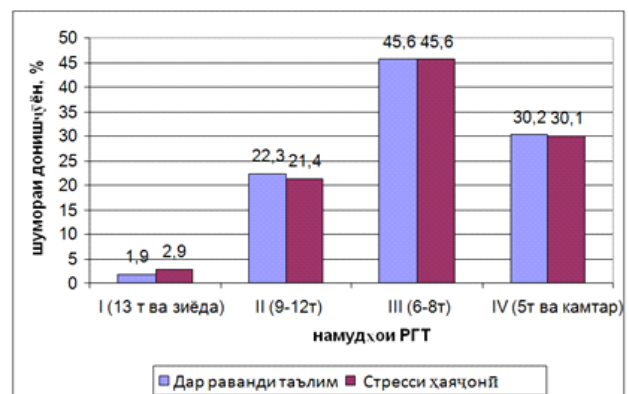
Таъсири муносибатҳои байнифардӣ ба мувофиқшавии фаъолияти мотиватсионии донишчӯён ва дараҷаи шиддатнокии механизмҳои танзимшавандагӣ дар концепсияи ҳалалёбии мутобиқшавии донишчӯён ба шароити тағйирёбандаи ҳаёти донишчӯӣ, ташҳиси саривактӣ зухуроти ҳалалёбии мутобиқшавӣ, инчунин мувофиқшавии фаъолияти мотиватсионии донишчӯён яке аз масъалаҳои муҳим ба шумор меравад.

Ҳолати Системаи асаби автономӣ, ки ифодакунандаи дараҷаи гуногуни шиддатнокии эмотсионалӣ ба шумор меравад, аз рӯйи нишондодҳои таҳлили математикии назми дил (ТМНД) омӯхта шуд. Барои ҳар

нишондиҳандаи оморӣ (дуршавӣ аз қимати миёнаи мураббаъ, мода, амплитудаи мода, индекси шиддатнокӣ, парокандагии тағйирёбанда) сатҳи дахлдор ҷудо карда шуд, ки дараҷаи шиддатнокии эмотсионалиро ба таври миқдорӣ инъикос менамояд: ҳар қадар ки дуршавӣ аз қимати миёнаи мураббаъ, давомнокии кардиофосилаи (мода) бештар дучоршаванда камтар бошад, аз як ҷониб индекси шиддатнокӣ ва саддарсадии кардиофосилаи нисбатан бештар дучоршаванда (амплитудаи мода) ва аз ҷониби дигар бошад, ҳамон қадар дараҷаи шиддатнокии психоэмотсионалӣ зиёд мешавад.

Инъикоси аёнии нишондиҳандаҳои асосии омории ТМНД ритмограммаи тағйирёбанда (РГТ) ба ҳисоб меравад. Муҳаққиқони мо барои ҷудо намудани чор навъи РГТ шароит фароҳам оварданд, ки ҳар кадоме аз он дараҷаи гуногуни шиддатнокии эмотсионалиро инъикос мекунад.

Аз рӯйи натиҷаҳои таҳқиқот маълум аст, ки гурӯҳи донишчӯёни гирифтори РГТ-и навъи III сершумортарин (46%) ба шумор меравад. Гирифтори РГТ-и навъи I дар ҳудуди 2-3% ба назар мерасад. Шумораи зиёди муоинашудагон (30%) гирифтори РГТ-и навъи IV ҳастанд, ки тавачҷухро ҷалб менамояд.



Расми 1. Навъҳои РГТ дар мавриди донишчӯён зимни раванди таълим ва ҳангоми стресс



Барои ашхоси гирифтори навъи I-и PГТ ҳолати организм бо захираи ба таври кофӣ баланди функционалӣ хос аст. Зимни ин тағйирёбии миёнаи омории психофизиологӣ, биохимиявӣ, генетикӣ ва дигар қиматҳои организм дар ҳудуди оптимуми морфофункционалии худ бо мавҷуд набудан ё шиддати ба таври минималӣ зоҳиршудаи механизмҳои танзимшавандагӣ қобилияти нигоҳ доштани системаи зиндаро дорад. Барои ашхоси гирифтори навъҳои дуҷуму сеҷуми PГТ ҳолате хос аст, ки ҳангоми он гемостазро аз ҳисоби дараҷаи гуногуни зоҳиршавии шиддатнокии механизмҳои танзимшавандагӣ бо фаълнокии баланди симпатӣ-адреналӣ ва дигар системаҳои организм нигоҳ доштан лозим меояд. Барои ашхоси гирифтори навъи чоруми PГТ коҳиш ёфтани имкониятҳои функционалии организм бо зоҳиршавии нокифоягии механизмҳои ҳифозатӣ-мутобиқшавӣ ва қобилият надоштани организм таъмин намудани шароити мувофиқи комилан баробари тағйирёбандаро дар муҳити танзими системаҳои функционалӣ хос мебошад. Қайд кардан зарур аст, ки мувофиқи дуршавӣ аз навъи I дараҷаи шиддатнокии механизмҳои танзимшавандагии организм зиёд мешавад ва таъсири қисми симпатикии системаи асаби автономӣ меафзояд, ки аз ҷиҳати графикӣ дар фишурдашавии абрҳои авторегрессӣ ва аз ҷониби онҳо дар шакли нуқтаҳои алоҳида зоҳир шудан ифода меёбад.

Мувофиқи динамикаи PГТ дар бораи самаранокӣ мутобиқшавии одам ба шароити тағйирёбанда, дар бораи дараҷаи шиддатнокӣ механизмҳои танзимшавандагӣ ва дар бобати мувофиқати чорабиниҳои солимгардонӣ ва пешгирикунанда ҳукм кардан мумкин аст. Тағйирёбии PГТ аз навъи I ба II, III ва IV далел зиёд шудани дараҷаи шиддатнокӣ эмотсионалӣ, коҳиш ёфтани захираи функционалии организм мебошад. Динамикаи баръакси PГТ аз навъи IV ба III, II ва I бошад, далели мувофиқи мутобиқшавии организм ба таъсири стрес мебошад.

Барои арзёбии тағйирёбии назми дил (ТНД) аз ҷониби мо таснифоти И.А.Освишер (108) ва амсилаи Ф.А.Шукуров (138) ба

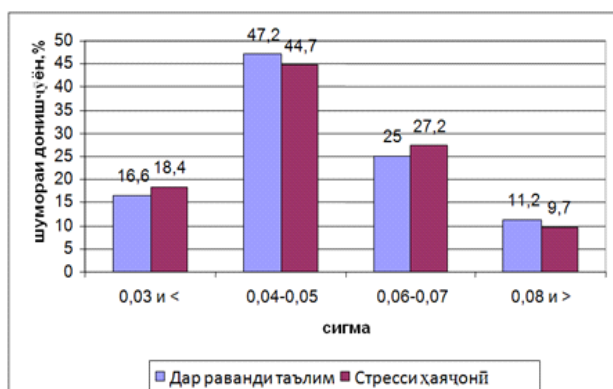
кор бурда шуд. Аз рӯи қимати тағйирёбии парокандашавии кардиофосилаҳо дар қатори динамикӣ аз 100 ва зиёда даврҳо (RR) таснифоти мазкур муайян кардани навъҳои зерини беназмиро имконпазир мегардонад: назми таранчида НТ - бо RR 0,05с ва камтар аз он; изоназмии синусии дараҷаи I - ИС-I бо RR 0,06-0,1с; изоназмии синусии дараҷаи II - ИС-II 0,11-0,2с; беназмии синусии дараҷаи I - БС-I бо RR 0,21 - 0,29; беназмии синусии дараҷаи II - БС бо RR 0,3-0,39; беназмии синусии дараҷаи III - БС III бо RR 0,4с ва зиёда аз он.

Ба ғайр аз нишондиҳандаҳои номбаршуда барои тамоми муоинашудагон усули таҳлили пайдарпайи чуфт-чуфти фосилаи RR бо сохтори ритмограммаҳои тағйирёбанда (32) ба кор бурда шуд. Дар назарияи эҳтимолият ин "абр" ҳамчун "авторегрессионӣ" маълум буда, далели робитаи дучониба миёни ҳодисаҳои баъдина ва пешина мебошад. Дар ҳолатҳои, ки робитаи дучонибаи миёни кардиофосилаҳои пешинау баъдинаро пайдо кардан лозим меояд, ба кор бурдани истилоҳи "вобастагии тағйирёбанда" ва сохтори ҳосилшударо бошад, ритмограммаи тағйирёбанда (PГТ) мувофиқ меояд (138). PГТ бо роҳи пайдо кардани нуқтаи ҳамвории XOY сохта мешавад, ки он ҷо координатаҳои ҳар нуқта як чуфт кардиофосила шуда метавонад. Масалан, агар мо як қатор фосилаҳои RR дошта бошем: 0,7; 0,9; 1,0; 0,65... Дар тири OX фосилаи RR 1 - 0,7; дар тири OY - фосилаи RR2 - 0,9-ро меёбем. Сипас, тар тири OX фосилаи RR2-0,9; ба тири OY фосилаи RR 3-1,0 ва ғ.-ро мегузорем. Дар натиҷа дар ҳамвории XOY ҷамъшавии нуқтаҳо ба амал меояд, ки "абр"-и ауторегрессионӣ ба шумор меравад. Ҳангоми мавҷудияти вобастагии зиёди тағйирёбанда миёни кардиофосилаи RR, дар ҳамворӣ нуқтаҳо шакли эллипсо ҳосил мекунанд, ки қад-қади биссектрисаи кунҷи XOY кашида шудааст. Бо ҳалалёбии тағйирёбандагӣ миёни кардиофосилаҳо "абр" шакли эллипси худро аз даст дода, бешакл - ба монанди нуқтаҳои пошхӯрда мегардад. Ҳисоби тамоми нишондиҳандаҳои ТМНД ва сохтори ритмограммаи тағйирёбанда тавассути бар-



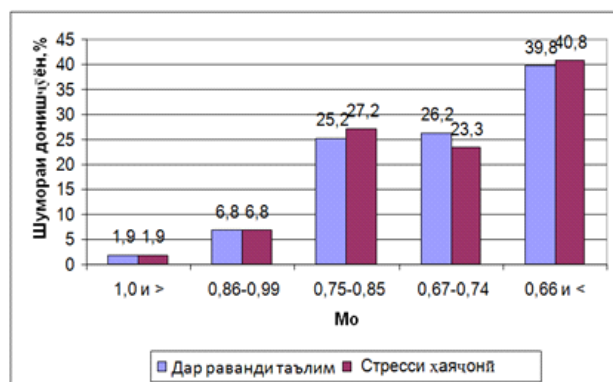
номаи махсусомодашудаи компютерӣ ба амал оварда шуд, ки баъди коркарди натиҷаҳо маҷмӯи зиёди кардиофосилаҳо дар шакли механизмҳои мувофиқи танзимкунандагӣ ҳосил шуданд. Дараҷаи зиёдшавии ин нишондиҳандаҳо далели гузариши аз нормотонӣ ба навъи нормотонӣ мебошад.

Аз рӯи маълумотҳои дуршавии миёнаи мураббаъ аз ҷониби мо чор гурӯҳ ҷудо карда шуд: гурӯҳи 1 - 0,03 ва камтар аз ин; гурӯҳи 2 - аз 0,04 то 0,05; гурӯҳи 3 - аз 0,06 то 0,07; гурӯҳи 4 бошад, 0,08 ва зиёда аз ин.



Расми 2. Дуршавии миёнаи мураббаъ дар раванди таълим ва стресс.

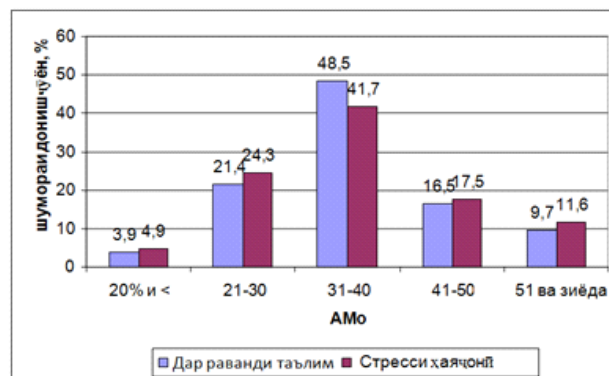
Аз расм аён аст, ки 45-47% дар речаи нисбатан мувофиқи дуршавии миёнаи мураббаъ қарор доранд. Дар ҳар донишҷӯии шашум (17-18%) дараҷаи баланди шиддатнокии механизмҳои танзимшавандагӣ ба назар мерасид, ки қимати  $\delta$ -0,03 ва камтар аз ин гувоҳ аст. Ҳар донишҷӯии сеюм (36%) мувофиқи дараҷаи шиддатнокии эмотсионалӣ дар минтақаи нисбатан мусоид қарор дорад, ки дар онҳо қимати  $\delta$ -0,06 ва зиёда аз ин аст.



Расми 3. Қимати модаҳо дар раванди таълим ва дар заминаи стресс.

Мо аз рӯи қимати модаҳо панҷ гурӯҳро ҷудо намудем: гурӯҳи 1-ум бо қимати мода 1,с ва зиёда аз ин; гурӯҳи 2-юм - 0,86-0,99; гурӯҳи 3-юм - 0,75-0,85; гурӯҳи 4-ум - 0,67-0,74 ва гурӯҳи 5-ум бошад, 0,66 ва камтар аз ин. Натиҷаи таҳлил дар расми 3 оварда шудааст.

Аз ҷадвал аён аст, ки 8,6%-и донишҷӯёни муоинашуда дар заминаи таълим ва стресс дар минтақаи мусоид қарор доранд. Ҳангоми стресси эмотсионалӣ дар 23,3%-и муоинашудагон дараҷаи баланди шиддатнокии механизмҳои танзимшаванда ва дар мавриди 40,3% бошад, дараҷаи ниҳоят баланд мушоҳида гардид, ҳол он ки дар заминаи таълим ин онҳо 39,8%-и муоинашудагонро ташкил медиҳанд ( $p < 0,05$ ).



Расми 4. Қимати амплитудаи мода дар раванди таълим ва дар заминаи стресс.

Аз рӯи қимати амплитудаи мода (АМо) мо панҷ гурӯҳро ҷудо намудем: дар гурӯҳи 1-ум қимати АМо 20% ва камтар аз ин; дар гурӯҳи 2-юм - 21-30%, зимни гурӯҳи 3-юм - 31-40% ва дар гурӯҳи 4-ум - 41-50% ва дар мавриди гурӯҳи 5-ум бошад, 51%-ро ташкил медиҳад.

Аз расм аён аст, ки дар заминаи таълим ҳар донишҷӯии чорум (25,9%-ро дар сатҳи мутобиқшавии нисбатан хуби механизмҳои танзимшавандагӣ ҳисобидан мумкин аст. Ҳангоми стресси эмотсионалӣ тамоюл ба коҳиш ёфтани шумораи донишҷӯёне, ки дар онҳо қимати камтари муътадили амплитудаи мода ва зиёд шудани шумораи донишҷӯёне, ки қимати зиёдтар ва ҳатто гурӯҳи донишҷӯён (4,8%) бо амплитудаи мода баробари 51% ва зиёда аз он ( $p < 0,05$ ) низ пайдо мешаванд.



Яке аз нишондиҳандаҳои комплекси таҳлили математикии назми дил индекси шиддатнокӣ (ИШ) ба ҳисоб меравад, ки аз 3 нишондиҳандаҳои асосии омори (Мо, АМо ва дарозии тағйирёбанда) иборат мебошад.

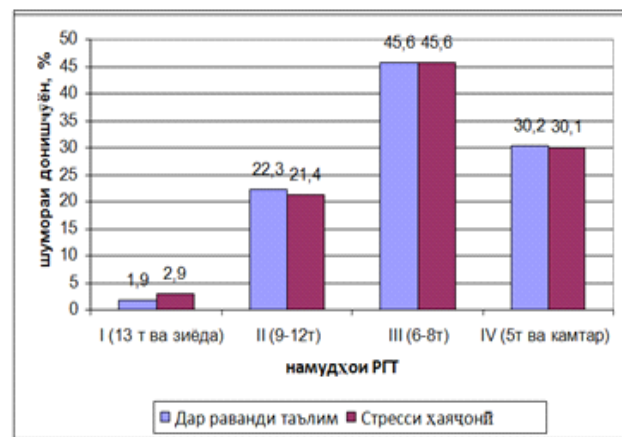
Қимати баланди ИШ ба имкониятҳои нокифояи мутобиқшавии организм ишорат менамояд. Мувофиқи қимати ИШ мо 5 гурӯҳ ҷудо намудем: гурӯҳи аввал бо қимати ИШ 50 ва камтар аз ин; гурӯҳи дуюм, 51-100, дар мавриди гурӯҳи сеюм, 101-200, зимни гурӯҳи чорум 201-300, ҳангоми гурӯҳи панҷум бошад, 301 ва зиёда аз ин. Натиҷаи таҳлил дар расми 5 оварда шудааст.



Расми 5. Индекси шиддатнокии миокард (ИШМ) дар раванди таълим ва ҳангоми стресс.

Аз расм аён аст, ки ҳар донишҷӯи панҷум (19,4%) дар заминаи таълим ба таҳсил дар донишгоҳ нисбатан мутобиқшуда аст. Нишондиҳандаи мазкур ҳангоми стресс зимни муоинашудагон то 15,6% коҳиш меёбад. Саддарсади зиёди донишҷӯён (21,4%) аз рӯи зоҳиршавии дараҷаи шиддатнокии эмотсионалӣ дар минтақаи номусоид бо қимати ИШ 201 ва зиёда аз ин қарор доранд, ки он дар заминаи стресс мувофиқан 11,7%-ро ташкил медиҳад ва ин ҳолат ташвишвар аст. Барои ашхоси гирифтори навъи якуми РГТ ҳолати организм хос аст, ки дорои захираҳои хеле зиёди функционалӣ мебошад. Зимни он тағйирёбии миёнаи омори психологӣ, биохимиявӣ, генетикӣ ва дигар қиматҳои организм дар ҳудуди ҳуди оптимуми морфофункционалӣ бо мавҷуд

будан ё шиддатнокии механизмҳои танзимшавандагии ба таври минималӣ зоҳиршуда қобилияти нигоҳ доштани системаи зиндаро дорад. Барои ашхоси навъи дуюм ва сеюми РГТ ҳолате хос аст, ки зимни он нигоҳ доштани гемостаз аз ҳисоби дараҷаи муҳталифи зоҳиршавии шиддатнокии механизмҳои танзимшавандагӣ бо зиёд будани фаъолнокии симпатӣ-адреналӣ ва дигар системаҳои организм рост меояд. Дар мавриди ашхоси навъи чоруми РГТ коҳиш ёфтани имкониятҳои функционалии организм бо зоҳир шудани нокифоягии механизмҳои ҳифозатӣ-мутобиқшавандагӣ ва организм хос аст, ки дар шароити муҳити мувофиқи қиматҳои баробар қобилияти таъмин кардани танзими системаҳои функционалиро надорад. Қайд кардан ба маврид аст, ки тибқи дуршавӣ аз навъи 1-ум дараҷаи шиддатнокии механизмҳои танзимшавандаи организм зиёд шуда, таъсири қисми симпатикӣ системаи автономии асаб меафзояд ва он аз ҷиҳати графикӣ дар фишурдашавии абрҳои авторегрессивӣ ва шакли нуқтаҳои алоҳида гирифтани зоҳир мешавад. натиҷаи таҳлили қиёсии тақсимои гурӯҳҳо аз рӯи навъи РГТ дар расми 6 оварда шудааст.



Расми 6. Навъҳои РГТ-и донишҷӯён дар раванди таълим ва ҳангоми стресс.

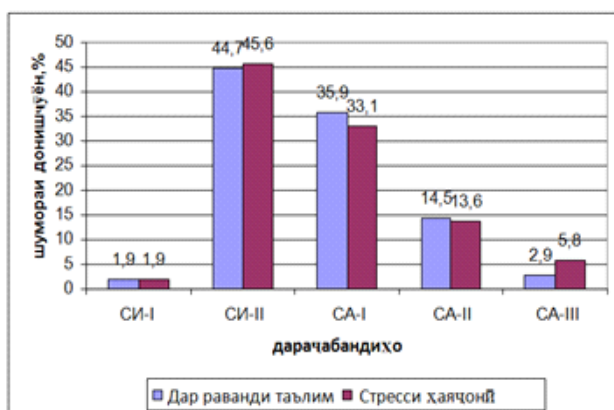
Тавре аз расм аён аст, шумораи зиёдтарини гирифтори РГТ дар заминаи таълим ва стресс дар гурӯҳи навъи III аст (45,6%). Навъи I РГТ, ки тағйирёбии озоди бештари давомнокии кардиофосилаҳо тавсиф менамояд, дар заминаи таълим ҳамагӣ дар 1,9% ва дар заминаи стресс бошад, дар



мавриди 2,9% донишҷӯён мушоҳида кардан мумкин аст. Навъи IV-и РГТ бошиддаттарин ба шумор меравад. Дар он шакли абри авторегрессивӣ монанди нуктаҳои алоҳида (аз 1 то 5) гардида, дар мавриди 30,2% донишҷӯён дар заминаи таълим ва зимни 30,1% дар заминаи стресс ба назар мерасад, ки ба зохиршавии якбораи системаҳои танзимшаванда ( $p < 0,05$ ) далел аст.

Натиҷаҳои тағйирёбандагии назми дил дар расми 7 оварда шудааст.

Тағйирёбии назми дил, ки ба СА-I ва СА-II мувофиқ аст, меъёри физиологӣ қабул шудааст. Мавҷуд набудани тағйирёбандагӣ далели устуворшавии назми дил ва афзалан таъсири қисми симпатикии САА (РР, СА-I ва СА-II) мебошад. Мавҷуд будани СА-III ба бартарияти таъсири қисми парасимпатикии САА гувоҳ аст.



Тавре, ки аз расм аён аст, назми таранҷида дар донишҷӯёни муоинашуда на дар заминаи таълим ва на дар заминаи стресс мушоҳида нагардид. Навъи нормотонии таъсири дучонибаи қисмҳои САА дар мавриди 50,4% муоинашудагон, дар заминаи стресс бошад, дар 46,7% донишҷӯён (СА-I ва СА-II) ба назар мерасид. Халалёбии навъҳои таъсири дучонибаи қисмҳои САА бо таъсири афзалиятноки қисми симпатики дар мавриди 46,6%-и муоинашудагон (СА-I ва СА-II) ва таъсири афзалиятнок ба қисми парасимпатики ҳамагӣ дар 2% (СА-III) мушоҳида гардид, ки дар заминаи стресс мувофиқан ба 47,5% ва 5,0-ро ташкил медод ( $p < 0,05$ ).

Ҳамин тавр, мувофиқи таҳлили ВСР зимни аксари донишҷӯён дар заминаи таълим ва стресс афзалиятнокии қисми симпатикии САА ба назар мерасад, ки далели мавҷудияти шиддатнокии эмотсионалӣ мебошад.

Самаранокии таҳқиқон нишон медиҳад, ки механизмҳои танзимшавандагӣ аз ҳолати механизмҳои танзимшаванда, навъҳои РГТ, ҳолати системаи асаби автономӣ ва изтироб дар вобастагии зиёд қарор дорад.

Расми 7. Тағйирёбандагии назми дили донишҷӯён дар заминаи таълим ва стресс

## АДАБИЁТ

1. Агаджанян Н.А., Тель Л.З., Циркин Б.И., Чеснокова С.А. Физиология человека. Изд-во Медицинская книга - 2001.-416 с.
2. Анохин П.К., Судаков К.В. Эмоции и здоровье. В кн. Будущее науки // М., Знание. 1993. С.5-11.
3. Баевский Р.М., Кириллов О.И., Клецкий С.З. Математический анализ изменений сердечного ритма при стрессе. - М.: Наука, 1984.-222 с.
4. Ильин Е.П. Психофизиология состояний человека. Питер. 2005. - 242 с.
5. Шукуров Ф.А. Математический анализ сердечного ритма в оценке функционального резерва организма в условиях высокогорья // В: Функциональные резервы и адаптации. - Киев, 1990.- С.126-128.
6. Шукуров Ф.А. Индивидуальные особенности реакции кардиореспираторной системы у человека при адаптации к высокогорью // Физиология человека. - 1991.- Т.17. №4.-С.32.
7. Izard C. E. Developmental changes in Facial expressions of emotions in the strange situation during the second year of life. Emotion. 2004 Sep;4(3):251-65.
8. Lazarus R.S. Emotional and interpersonal relationships: toward a person-centered conceptualization of emotions and coping. J Pers. 2006 Feb;74(1):9-46





## АҲАМИЯТИ МАҚОМИ НАШВЌ ДАР РУШДИ МЕХАНИЗМҲОИ МУТОБИҚШАВАНДАГИИ ДОНИШЧЌЁН

**Муҳиммият.** Солимии донишчЌён - ин раванди нигоҳдори ва инкишофи вази-фаҳои ҷисмонӣ, биологӣ ва рӯҳӣ бо фаъо-лияти муқаррарии меҳнатӣ ва иҷтимоӣ ҳан-гоми давомнокии максималии ҳаёти эҷодӣ. Ҳолати системаи асаби автономӣ, ки ифо-дакунандаи дараҷаи гуногуни шиддатнокии эмотсионалӣ ба шумор меравад, аз рӯйи нишондодҳои таҳлили математикии назми

дил (ТМНД) омӯхта шуд. Таҳлили матема-тикии назми дил (ТМНД) ҳолати нашвӣ ва таъсири онро ба вазифаҳои рӯҳие, ки мӯътадилшавии фаъолияти донишчЌёнро муайян мекунад.

**Вожаҳои калидӣ:** системаи автономии асаб, таҳлили математикии назми дил, сту-дентон, амплитудаи мода, РГТ, мутобиқ-шавӣ.

## ЗНАЧЕНИЕ ВЕГЕТАТИВНОГО СТАТУСА В РАЗВИТИИ АДАПТАЦИОННЫХ МЕХАНИЗМОВ СТУДЕНТОВ.

Меликова Н.Х., Кассирзода С.К., Назариён Н.Р.

**Актуальность.** Здоровье студента - это процесс сохранения и развития физических, биологических и психологических функций с оптимальной трудовой и социальной активностью, при максимальной продолжительности активной творческой жизни. Состояние АНС, характеризующее различную степень эмоционального напряжения, изучали по показателям математического ана-

лиза сердечного ритма (МАСР). Математический анализ сердечного ритма определяет вегетативный статус и его влияние на психологические функции в оптимизации мотивационной деятельности студентов.

**Ключевые слова:** автономная нервная система, математический анализ сердечного ритма, студенты, амплитуда моды, КРГ, адаптация.

## SIGNIFICANCE OF VEGETATIVE STATUS IN DEVELOPMENT OF STUDENTS ADAPTATION MECHANISMS.

Melikova N.Kh., Kasirzoda S.Q., Nazariyon N.R.

Department of pathologic physiology ATSMU

**Abstract.** Health is the process of saving and developing of physical, biological and psychological functions with optimal laborer and social activities during maximal continuation of active art life. Condition of VNS were studied by mathematical analysis indicators of heart rhythm which is characterized by different level of emotional tension.

Mathematical analysis indicators of heart rhythm (MAHR) determines vegetative status and its influences to psychological functions in optimization of students motivation activities.

**Key-words:** autonomic nervous system, mathematical analysis of heart rhythm, students, mode amplitude, correlative rhythmogramme (CRG), adaptation.

*Меликова Насиба Хурсандовна, н.и.т., дотсенти кафедраи физиологияи патологӣ МДТ "ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино". E-mail: nasibamelikova66@gmail.com*

*Кассирзода Самардин Қаҳорӣ, ассистенти кафедраи физиологияи патологӣ МДТ "ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино". E-mail: kasirzodasamardin@gmail.com*

*Назариён Нуралии Рустамбек, ассистенти кафедраи физиологияи патологӣ МДТ "ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино". E-mail: butland.sg@gmail.com*



**Меликова Насиба Хурсандовна**, к.м.н., доцент кафедры патологической физиологии ГОУ "ТГМУ им. Абуали ибни Сино". E-mail: [nasibamelikova66@gmail.com](mailto:nasibamelikova66@gmail.com) Тел: 919-03 91 79

**Касирзода Самардин Кахори**, ассистент кафедры патологической физиологии ГОУ "ТГМУ им. Абуали ибни Сино". E-mail: [kasirzodasamardin@gmail.com](mailto:kasirzodasamardin@gmail.com) Тел: 937024024.

**Назариён Нуралӣ Рустамбек**, ассистент кафедры патологической физиологии ГОУ "ТГМУ им. Абуали ибни Сино". E-mail: [butland.sg@gmail.com](mailto:butland.sg@gmail.com) Тел: 988 33 15 34.

**Melikova Nasiba Khursandovna**, candidate of medical sciences, docent of department of pathologic physiology ATSMU. E-mail: [nasibamelikova66@gmail.com](mailto:nasibamelikova66@gmail.com)

**Kasirzoda Samardin Qahori**, assistant of department of pathologic physiology ATSMU. E-mail: [kasirzodasamardin@gmail.com](mailto:kasirzodasamardin@gmail.com)

**Nazariyon Nuralii Rustambek**, assistant of department of pathologic physiology ATSMU. E-mail: [butland.sg@gmail.com](mailto:butland.sg@gmail.com)

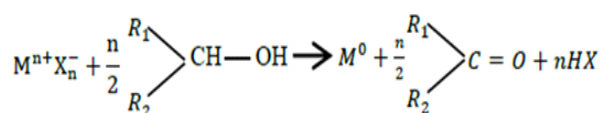
## СОХТИ НАНАЗАРРОТИ НУКРА ВА КУНТРУЛИ АНДОЗАИ ОНҲО

Фиребо Сикандарӣ

Донишгоҳи Балх, Ҷумҳурии Исломии Афғонистон

**Муқаддима.** Наназарроти филизӣ ба хоотири хусусиёти қолиб таваҷҷуҳи электрикӣ, оптикӣ, шимийӣ ва миғнотисӣ, ки аз худ нишон додаанд, мавриди баррасихои фаровон қарор гирифтаанд [2-1]. Наназарроти калванидӣи филизот нақши муҳимме дар технужӣ, бахусус дар сохти шиша ва сирелик (керамика) ифо мекунад [3]. Ҳамчунин хавоси заддибактерийӣ ва зиддимикробии наназарроти нуқра корбурдҳои витаеро барои онҳо рақам задааст [4]. Дар солҳои охир равишҳои мутанавъ (гуногун) барои тавлиди ин наназаррот ироа шуда, ки ҳар қадом аз ин равишҳо бартарихо ва костиҳои хоси худро дорад. Эҳёи шимийӣ ба сабаби содагии равиши тавлид ва ҳамчунин тавоноӣ кантрولي шакл ва андозаи наназаррот, яке аз мутадовилтарин равишҳои сохти ин наназарроти филизӣ аст [5].

Дар ин равиш як маҳлул аюнӣ аз филизӣ мавриди назар таҳия мешавад. Сипас бо эҳёи юн (ион)-ҳои филиз тавассути як омил эҳёгар атомҳои филиз шакл мегиранд. Ин атомҳо ба иллати нерӯҳои қозима ва индрелисӣ бо таҷаммуъ дар канори якдигар рушд карда ва зарроти пойдореро ташкил медиҳанд. Алқулҳо аз ҷумлаи маводе ҳастанд, ки ҳам ба унвони ҳалол ва ҳам ба унвони омил эҳёгар бар асоси воқуниш зери мавриди истифода қарор мегиранд [5].

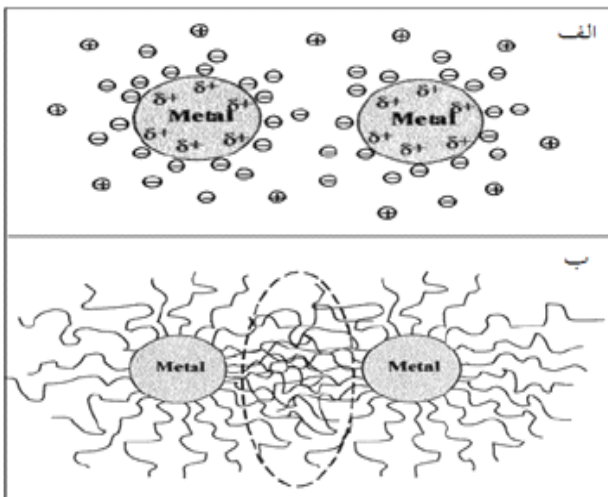


Наназарроти таҳияшуда нисбат ба мучтамеъ ва ҳаҷим (бузургҳаҷм) шудан нопаддоранд ва ин масъала сабаби рушди онҳо дар як муҳити моеъ мешавад, ки боиси аз даст додани хавоси нанайи ин заррот мешавад. Ба ҳамин далел ағлаб аз авомили пойдореро чилавгирӣ аз ба ҳам пайвастании заррот истифода мешавад. Ду равиши умда, ки барои пойдорсозии наназаррот ба кор меравад, пойдорсозии электростатикӣ ва пойдорсозии ба равиши истиқрори аҷзо дар фаза мебошад. Дар равиши аввал, аз таркиби ионӣ мисли ҳолидҳо, карбуксилотҳо ва ё полиоксуанионҳо истифода мешавад. Ин таркибот вақте дар маҳлулҳо ҳал мешаванд, қазби сутуҳи зарроти филизӣшуда ва як лойи дугонаи электрики атрофи зарра ташкил медиҳанд, ки боиси дофеи қулунӣ шуда, аз таҷаммуи заррот чилавгирӣ мекунад. Дар равиши дувум аз мокрумуликулҳои мисли полимерҳо ва ё умеғумарҳо истифода мешавад. Ин муликулҳои бузург ба сутуҳи зарроти филизӣ мечаспанд ё наздик шудани зарроти филизӣ мокрумуликулҳо дар ҳам тапида шуда ва аз ба ҳам часпидан ва мучтамеъ шудани зарроти филизӣ ба ҳам чилавгирӣ мекунад [5]. Шакли 1. Намое аз

ин ду равишро нишон медиҳад. Аз таркиби шимии гуногун, монанди сурфактонатҳо [6], типулҳо [7], аминҳо [6] глюкозаҳо ва PVP [8] ба унвони омили пойдорсоз истифода мешавад.

Дар ин таҳқиқ наназароти нукра аз тариқи эҳёи нитрати нӯра дар алкул таҳия шудаанд. Ҳамчунин аз ванили теротоксисилон [VTS] аст, ки як таркиби моеъ бо робитаи шимии C8 H18 O3 Si ба унвони омили пойдорсоз истифода гардид. Бо афзудани VTS ба маҳлул бахши олии VTS, яъне гурӯҳи Vinyl бо андаркунаш бо наназароти нукра ба сурати як омили пойдорсоз амал мекунад [8].

Шакли 1. Намое аз равишҳои пойдорсозии наназаррот, а) пойдорсозии электорстатикӣ; б) пойдорсозӣ ба равиши истиқдор аҷзо дар фазо [5].



Ба манзури баррасии асари параметрҳои мухталиф бар шакли андозаи наназаррот, ин таҳқиқ дар се марҳила анҷом гирифт. Дар марҳалаи аввал асари ғамзати манбаи нукра (Ag NO<sub>3</sub>) дар марҳалаи дувуми асари ғамзат омили пойдорсози VTS ва дар марҳалаи сеюм мизони рушди наназаррот бо гузашти замон бо ҳузур ва бидуни ҳузури VTS бар шакл ва андозаи наназаррот мавриди баррасӣ қарор гирифт, мушахассебии намунаҳо (SEM ва EDX) бо истифода аз микроскуни электронӣ модели Leo, 1455 VP анҷом пазируфт.

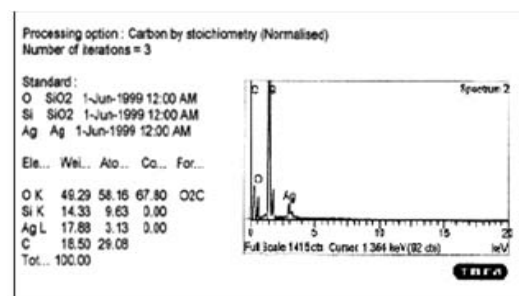
### Шарҳи озмоиш.

Наназароти нукра аз тариқи ҳал кардани нитрати нукра дар этанолу эҳёи нукра дар ин муҳити алкулӣ сохта мешавад. Барои ин

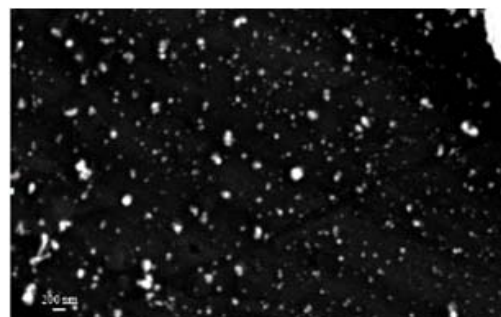
манзур миқдори 3-0 мл этанолро дар як болуни сегардана рехта ва сипас  $2,2 \times 10^{-5}$  мл ( $3,37 \times 10^{-3}$ gr) нитрати нукра ба он изофа шуда ва рӯйи ҳамзани магнит қарор дода мешавад, то нитрати нукра комилан ҳал шавад. Ин марҳала ҳудуди 20 дақиқа тӯл мекашад. Сипас  $1,76 \times 10^{-4}$  мол (муодили 36,8 ме) аз VTS тавассути як намунагир бо якбора ба маҳлул изофа мешавад.

Аз он ҷо, ки VTS дар ҳузури об гидролиз мешавад [8] бояд кулия мароҳили вокуниш дар як муҳити ори аз рутубати ҳаво ё оксиген сурат гирад. Барои ин мазкур қабл аз изофа кардани VTS ба маҳлул аз рӯйи маҳлул як ҷараёни гази азоти хушк убур дода шуд, то аз гидролиз шудани VTS ҷилавгирӣ шавад. Барои тасвирбардорӣ SEM чанд қатра аз маҳлулро рӯйи як варақи алюминӣ хушк мекунем, ба ин тартиб наназароти нукра ба андозаи мутавасит 30 нанаметр таҳия шудаанд (намунаи аввал).

Барои баррасии авомили муассир бар рушду кантрули андозаи наназаррот, дар марҳалаи авали таҳқиқ баъд аз тавлиди наназаррот асари ғализати нукра бар рушди наназаррот мавриди таҳқиқ қарор гирифт ва намунаҳое бо ғамзати нукра ду баробар ( $4,4 \times 10^{-5}$  мол) ва се баробари миқдори ҳолати аввалия ( $6,6 \times 10^{-5}$  мол) низ сохта шудаанд (намунаҳои 2 ва 3).



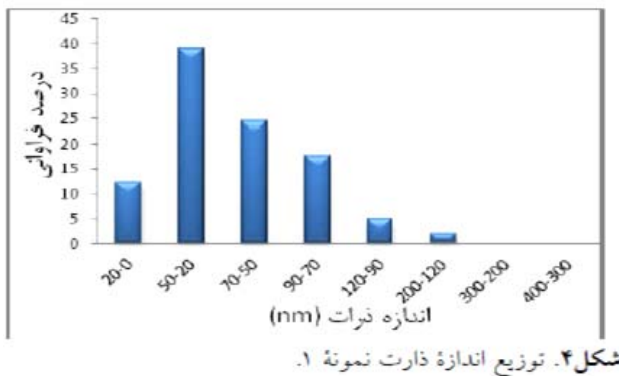
Шакл 3. Анализи EDX намуна 1.



Шакл 2. Тасвир SEM навоҳарат нақре (намуна 1).



**Шакли 3. Анализи EDX (намунаи 1).  
Шакли 2. Тасвири SEM наназарроти нукра  
(намунаи 1).**



**Шакли 4. Тавзеҳи андозаи заррот (намунаи 1).**

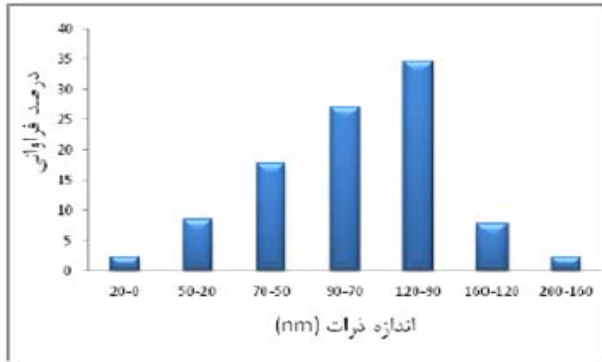
Дар марҳалаи баъд, бо дониستاني ин, ки дар фосилаи байни ҳал шудани нитрати нукра то афзудани VTS, заррот фурсати часпидан ба якдигарро пайдо мекунад, ҳангоми сохти наназарот аз ҳамон лаҳза фазудани этанол ба нитрати нукра, шуруъ ба афзудани VTS мешавад. Ду намуна ба ин тартиб таҳия шуд. Барои яке аз намунаҳо (намунаи 4) миқдори 30 мл этаноли мутлақро дар як болуни сегардана рехта ва  $2,2 \cdot 10^{-5}$  мол нитрати нукра ба он изофа шуда ва рӯйи ҳамзани магнит қарор дода мешаванд.

Дар марҳалаи сеюми таҳқиқ ба манзури баррасии мизони пойдории наназаррот бо гузашти замон ду намуна (намунаи 6 ва 7) таҳия шудаанд. Дар намунаи 6 пас аз изофа кардани  $2,2 \cdot 10^{-5}$  мол нитрати нукра ба 30 мЕ этаноли мутлақ, ба маҳлули VTS изофа намешавад. Намунаи 7 ҳаммонанди намунаи 6 таҳия шуд, бо ин тафовут, ки миқдори  $1,76 \cdot 10^{-4}$  мол аз VTS ба маҳлули изофа гардид. Бо намунабардорӣ аз ин ду маҳлул дар замонҳои мухталиф ва таҳияи тасовири SEM рушди наназаррот бо гузашти замон мавриди баррасӣ қарор гирифт.

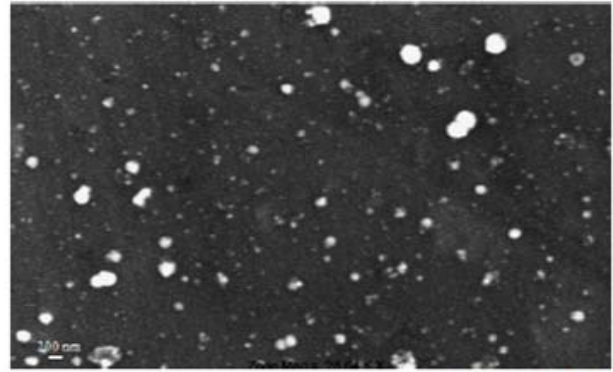
**Баррасии асари ғализати нукра бар андозаи наназаррот**

Шакли 2 тасвири SEM баёнгари ташкили наназарроти нукра бо андозаи 20 нанометр ва бештар аст. Шакли 3 анализи EDX наназарроти таҳияшударо нишон медиҳад, вучуди силисийум дар

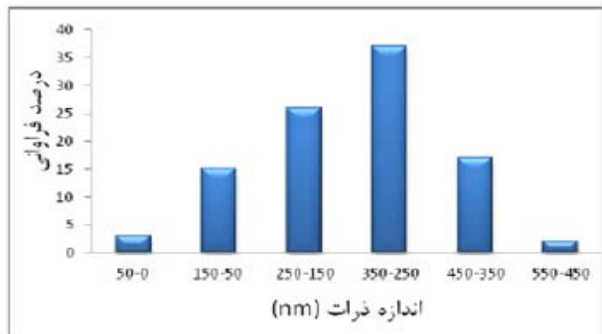
анализи EDX баёнгари асароти пойдоросоз бар наназаррот сохта шудааст ва зарроти боқимонда аз омили пойдоросоз, пас аз хушк кардани намунаҳо ба сурати ноҳолис рӯйи сатҳи зарроти нукра боқӣ мемонанд, ки нуктаи заифе барои равишҳое, ки аз пойдоросоз дар тавлиди наназаррот истифода мекунанд, махсуб мешавад. Шакли 4 тавзеҳи андозаи наназарроти таҳияшударо нишон медиҳад, ки аз рӯйи тасовири SEM ба данӣ омадааст. Барои ин манзур ҳудуди 100 зарра аз зарроти мавҷуд дар тасвир андозагирӣ шудааст. Ҳамон тавр, ки мушоҳида мешавад наназаррот бо андозаи байни 20-50 нанометр дорои бештарин дарсади фаровонӣ ҳастанд. Шаклҳои 5 то 8-и тасовири SEM ва тавзеҳи андозаи зарротро барои намунаҳое бо ғализати 2 баробар ва 3 баробари нукра (намунаҳои 2 ва 3) нишон медиҳанд. Ҳамон тавр, ки мушоҳида мешавад бо тағйирот нисбати чирми нитрати нукра ба этанол андозаи наназаррот тағйир кардааст ва бо ду баробар шудани миқдори нукра нисбат ба алкул ва VTS масрафи аввалия, бештари заррот андозаи дар ҳудуди 100 нанометр доранд ва бо се баробар шудани миқдори нукра мутавассит андозаи заррот то 300 нанометр афзоиш ёфтааст. Ба назар мерасад, ки афзоиши миқдори нитрати нукра ба маънии тавлиди беш аз андозаи наназаррот дар ҳамон замони қаблӣ аст ва ба иллати ҷозиба андарваласий зарроти рез сариъан ба ҳам мечаспанд. Бинобар ин интизор аст дар як замони хос рушди наназаррот бештар бошад. Дар зимни тасовири SEM нишон медоданд, ки бо афзоиши миқдори нукра, наназаррот шакли курравии худро аз даст медиҳанд. Тағйири шакли заррот метавонад ба ин иллат бошад, ки чун теъдоди наназаррот дар муҳит зиёд аст, зарроти резатар ба таври якнават аз ҳар ҷиҳат ҷазби зарраи марказӣ намешаванд ва мезо заррот шакли курравии худро аз даст медиҳанд.



شکل ۶. توزیع اندازه ذرات نمونه ۲.



شکل ۵. تصویر SEM نمونه ۲.



شکل ۸. توزیع اندازه ذرات نمونه ۳.



شکل ۷. تصویر SEM نمونه ۳.

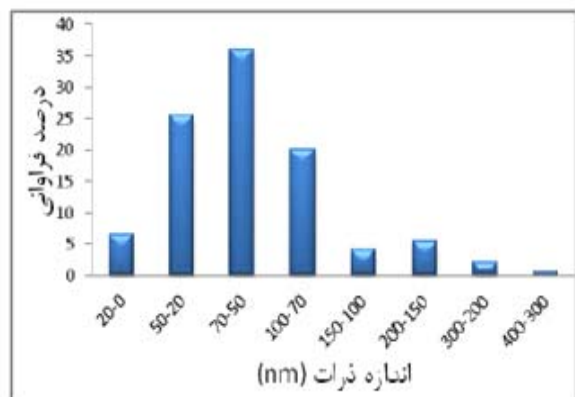
Шакли 5 - тасвири SEM намунаи 2. Шакли 6 - тавзеҳи андозаи заррот, намунаи 2.  
Шакли 7 - тасвири SEM намунаи 3. Шакли 8 - тавзеҳи андозаи заррот намунаи 3.

### Таъсири омили пойдорсоӣ бар андозаи наназаррот

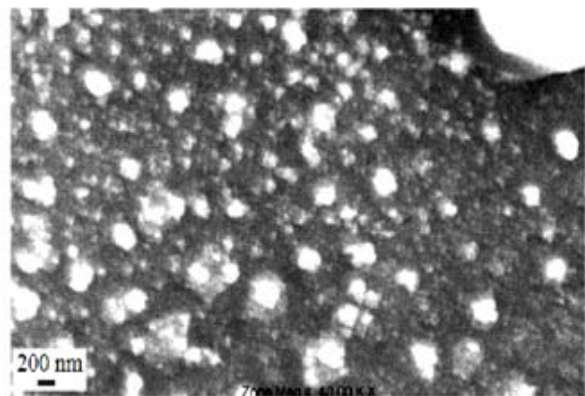
Дар ин бахш аз таҳқиқ асари афзоиши омили пойдорсоӣ бар шакл ва андозаи наназаррот маврииди баррасӣ қарор гирифт. Барои ин манзур намунаҳои 4 ва 5 бо афзоиши миқдори VTS нисбат ба намунаи аввал, ҳамон тавр, ки дар шарҳи озмоиш омад, таҳия шудаанд. Шаклҳои 9 ва 10 тасвири SEM ва тавзеҳи андозаи заррот намунаи 4 ва шаклҳои

11 ва 12 тасвири SEM ва тавзеҳи андозаи заррот намунаи 5-ро нишон медиҳанд.

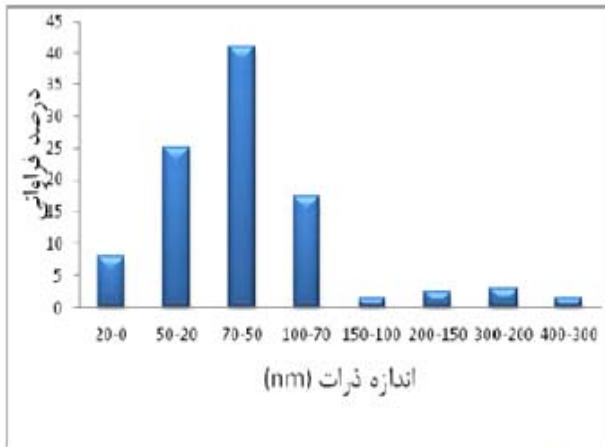
Ҳамон тавр ки аз намудорҳо пайдост, андозаи зарроти тавлидшуда ба ин равиш нисбат ба ҳолати қабл (намунаи 1) на танҳо кӯчактар нашудаанд, балки бузургтар мерафт, зарроти ноҳолиси базамонда аз VTS рӯи сатҳи наназаррот дар ин ҳолат бештар аст, ки ин матлабро анализи EDX таъйид мекунад.



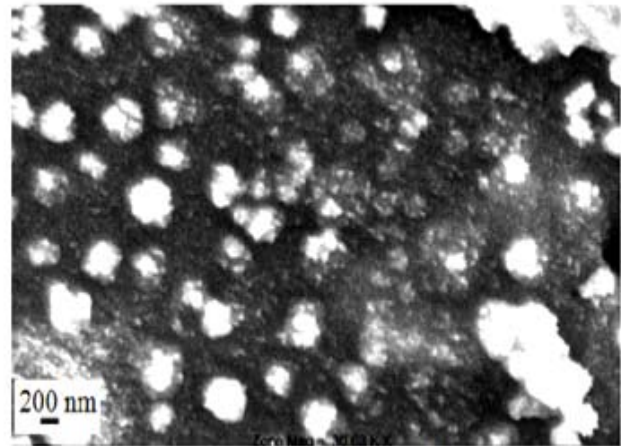
شکل ۱۰. توزیع اندازه ذرات نمونه ۴.



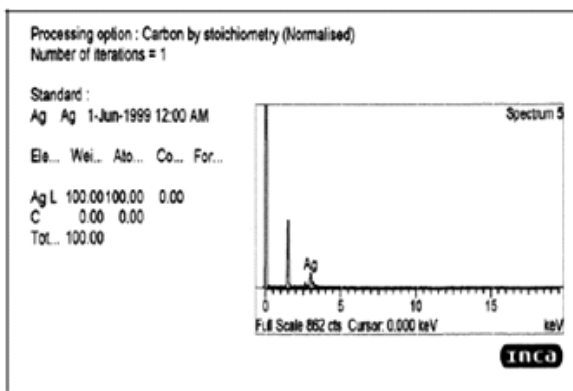
شکل ۹. تصویر SEM نمونه ۴.



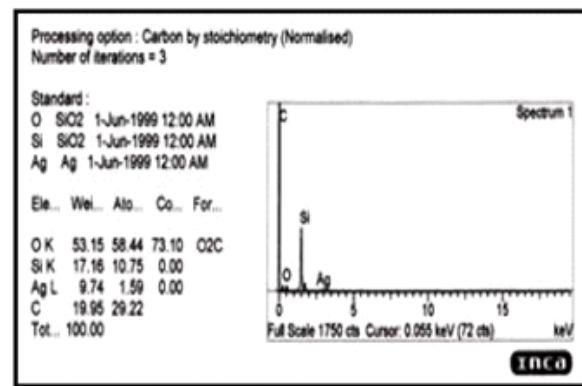
Шакл 12. Тарзи андаза зарти намуна 5.



Шакл 11. Тасвири SEM намуна 5.



Шакл 14. Анализи EDX намуна бидуни VTS (намуна 6).



Шакл 13. Анализи EDX намуна 5.

Шакли 9. Тасвири SEM намунаи 4. Шакли 10. Тавзеҳи андозаи заррот намунаи 4. Шакли 11. Тасвири SEM намунаи 5. Шакли 12. Тавзеҳи андозаи заррот, намунаи 5. Шакли 13. Анализи EDX, намунаи 5. Шакли 14. Анализи EDX, намунаи бидуни VTS (намунаи 6).

Наназаррот бо гузашти замони мавриди баррасӣ қарор гирифт. Шакли 14 анализи EDX намуна бидуни VTS-ро нишон медиҳад.

Шакли 18. Накмудори тағйири андозаи заррот бо гузашти замони (намунаҳои 6 ва 7).

Шакли 15. Тасвири SEM, намунаи 6 (24 соат баъд аз сохт).

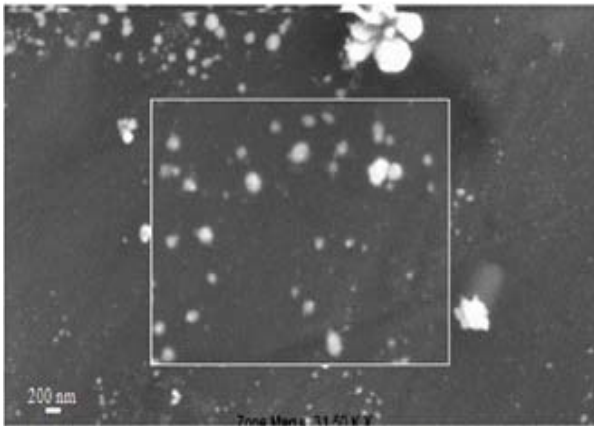
Шакли 16. Тағйири SEM, намунаи 7 (24 соат баъд аз сохт).

Ҳамон тавр, ки мушоҳида мешавад, қулаи нукра дар энержиҳои  $3\text{KeV}$  пайдо шуда, марбут ба зерлояи алюминий аст. Ин баррасӣ нишон медиҳад, ки бидуни вучуди омилҳои пойдорсозӣ метавон зарротро нукраро комилан холис таҳия намуд.

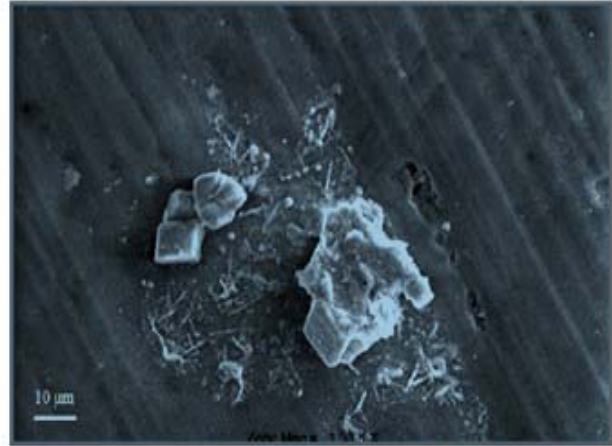
Тасвири SEM (шаклҳои 15-16) нишон медиҳад, ки андозаи заррот бо гузашти замони ба намунаҳои бидуни VTS (шакли 15) ба шиддат тағйир кардааст, ба тавре ки баъд аз 24 соат андозаи заррот беш аз чанд микрометр шудааст. Ҳамон тавр, ки аз шакли 16 ба унвони омилҳои пойдорсозӣ низ пайдост, дар ҳузури VTS андозаи заррот бо гу-

зашти замони тағйири чандоне надоштааст, дар натиҷа метавон онро як омилҳои пойдорсозии хуб барои сохти наназарротро нукрадонист.

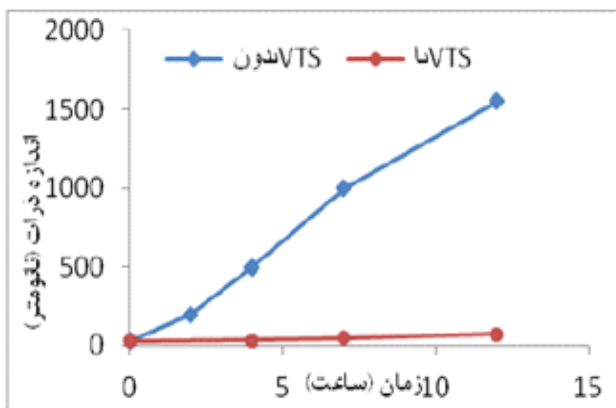
Бо мушаххас кардани андозаи заррот намунаҳо дар замони мухталиф ба кӯмаки тасвири SEM метавон намудори миёнгини андозаи зарротро бар ҳасби замони (то 12 соат баъд аз тавлид) барои намунаҳои бидуни VTS ва бо VTS (намунаҳои 6 ва 7) намоиш медиҳад, таваҷҷуҳ шавад, ки барои андозаи заррот ҳар намуна, андозаи зарротро, ки дорои бештарин дарсади фаровонӣ ҳастанд, дар назар гирифта шудааст.



شکل ۱۶. تصویر SEM نمونه ۷ (۲۴ ساعت بعد از ساخت).



شکل ۱۵. تصویر SEM نمونه ۶ (۲۴ ساعت بعد از ساخت).



شکل ۱۷. نمودار تغییر اندازه ذرات با گذشت زمان (نمونه‌های ۶ و ۷).

Аз шакли 17 маълум аст, ки дар ҳолати адами истифода аз гузашти замон ба иллати нерӯҳои ҷозиба ва андарволиси бо таҷамму дар канори якдигар рушд карда ва андозаи назаррасӣ ба суръати афзоиш мебошад. Ин афзоиш баробар бо 125 nm/h мебошад. Вале дар ҳузури VTS наназаррот андозаи худро то ҳудуди зиёде ҳифз меку-

нанд. Бинобар ин метавон VTS-ро як омилӣ пойдорсози хуб барои сохти наназарротӣ нуқра донист.

**Натиҷагирӣ.** Наназарротӣ нуқра аз тариқи эҳёи нитрати нуқра тавассути этанол сохта шудааст. Ҳамчунин аз VTS ба унвони омилӣ пойдорсоз истифода гардид. Аз VTS таъсири авомилӣ мухталиф аз кабили ғализати нитрати нуқра, омилӣ пойдорсоз ва гузашти замон баррасӣ гардид. Наточиш нишон медиҳад, ки ибто афзоиши ғализати нуқра нисбат ба алкул ва VTS андозаи мутавассити наназаррот афзоиш меёбад. Ин роҳи муносибе барои контроли андозаи наназаррот ба назар мерасад. Дар зимн бидуни ҳузури омилӣ пойдорсоз низ зарротӣ нуқра бо ҳулуси боло эҳё мешаванд, ки дар сурати нигоҳдорӣ ба сурати маҳлул, бо гузашти замон андозаи онҳо худудан ба мизони 125 nm/h афзоиш меёбад.

## АДАБИЁТ

1. A Henglien, and D Meisel, J. Phys. Chem. B 102(1998) 8364.
2. N R Jana, T K Sau, and T Pal, J. Phys. Chem. B 103(1999) 115.
3. L Baia, M Baia, W Kiefer, J Popp, and S Simon, Chem. Phys. 327 (2006) 63.
4. Q L Feng, FZ Cui, TN Kim, and J W Kim, J. Mater.Sci. Lett. 18 (1999) 559.
5. A Roucoux, J Schulz, and H Patin, Chem. Rev. 102(2002) 3757.
6. N Toshima, T Takahashi, and G Hirai, Chem. Lett. 8(1985) 1245.
7. S Chen, and K Kimura, J. Phys. Chem. B 105 (2001)5397.
8. H JHah, and S M Koo, J. Sol-Gel Sci. Techn. 26(2003) 467.



### Abstract

Metal nanoparticles have been extensively studied for their remarkable electrical, optical, chemical and magnetic properties (1,2) metal colloidal nanoparticles play an important role in technology, especially in glass and ceramic manufacturing(3). the antibacterial properties of silver nanoparticles have also been shown to have special antibacterial properties (4) in recent years, various methods have been developed to produce these nanoparticles each of which has its own advantages and disadvantages. Chemicals resuscitation is one of the most common methods of making these metal nanoparticles due to the ease of production and the ability to control the shape and size of nanoparticles. In this method and ionic solution of the (5) metal is prepared, the metal atoms of or then formed by the reduction of the metal ions by a reducing agents.

These atoms grow together as a result of Vander Waals force of attraction and form stable particles alcohol are among the substances that are used both as a solvent and as a reducing agent based on the following reduction(5) the nanoparticles are unstable due to their complexity and balkiness. Which causes grow a liquid environment causing due to lose their nanoparticles for this reason stabilizing agents are often used to prevent particles from joining the two main methods used of stabilize the nanoparticles are electrostatic stabilization by space-based component deployment. In the first method, ionic compounds such as halides, carboxylates,

are polyoxsion are used .these compounds, when dissolved in the solution. Absorb the surface of the metal particles and form a the double electric layer around the particle the inhibits repulsion of the particles. In the second method, a macromolecules' such as polymers or oligomers are used. These large molecules at adhered to the surfaces of metal particles, as the metal particles get closer the macromolecules' become intertwined and prevent the metal particles, form adhering to each other[5].

Figure shows and overview of these two methods. Various chemical such as surfactants, thiols, amines glucose and PVP are used as stabilizers in this study silver nanoparticles were prepared by reduction of silver nitrate in alcohol is also (VTS). a chemical compound with a chemical relationship  $C_8H_{18}O_3$  Si used as stabilizing agent. By adding VTS to the solution, organic components of VTS. The Vinyl group, interact with silver nanoparticles to act as a stabilizing agent (8). In

order to investigate the effect of different parameters on the shape and size of nanoparticles. This study was conducted in three stages. In the first stage, the effect of silvers source concentration ( $AgNO_3$ ) on the second step, the effect of VTS stabilizing agents concentration and in third step, the growth rate of nanoparticles overtime with or without VTS on the shape and size of the nanoparticles was investigated. Specimen characterization. (EDX and SEM) was performed using LEO 1455 NP scanning electron microscope.





## ҒАЙРИТИБӢ

### ОҲАНГҲОИ ЭЪТИРОЗӢ БА СОХТИ НООДИЛОНАИ ИЧТИМОИИ ЗАМОН ДАР АШӢОРИ ЛОҲУТӢ

Нурова Кубриё

Донишгоҳи технологии Тоҷикистон

Тавре маълум аст, Абулқосими Лоҳутӣ (1887-1957) дар ду давраи хотирмони таърихӣ, дар зери юғи истибдоду асорати ғарбиён гирифтормамлакатҳои зиёди Шарқ ва Инқилоби халқии рус, ки онҳо дар баробари худро аз асорати зулми подшоҳӣ раҳо намудан, ба бисёр мамлакатҳои роҳи халосӣ аз асорати аҷнабиёнро тавони-станд нишон диҳанд, зиндагӣ, фаъолият ва эҷод намудааст. Дар ин давраи нобасомониҳои ҳиссае аз қитъаи замин ба андешаи ӯ ватанаш "Эрон, ки дар зери зулму ситами феодали менолид ва даррандагони империалистӣ пайкари онро пора-пора мекарданд, дар он замон кам-кам аз ҳоби гарони худ бедор мегардид. Дар нимаи асри нуздаҳум дар ҳар гӯшаву канори мамлакат деҳқонон ба шӯришҳо сар карданд, норозигии халқ аз зулму ситамҳо ва ҳаракатҳои миллии буржуазияи маҳаллӣ гоҳ дар шаклҳои динии асримиёнагӣ ва гоҳе ба тарзи тақлиди Ғарб сурат мегирифтанд" [1,3]. Ин нобасомонию нобаробариҳо боис шуд, ки дар Эрон илова ба мазҳабҳои мавҷудаи динӣ мазҳабҳои бобӣ ва баҳой пайдо гарданд, ҷамъиятҳои монанди "Одамият" фаъолият намоянду ҷавонро ба сӯи ақидаҳои худ даъват созанд. Бино бар ишораи мавсуф "назари диққати ташкилоти маҳаллии Қирмоншоҳ ҷамъияти "Одамият" ба ӯ меафтад ва ӯро бо маблағи ҷамъият барои таҳсил ба Техрон мефиристанд. То ин дам Абулқосими ҷавон зери таъсири падари хунарманди шоираш Ҳақим Илҳомӣ, ки асосан ашъори тасаввуфӣ менавишт, шеър мегуфтӯ дар зодгоҳаш шинохта ҳам шуда буд.

Воқеаҳои зиёду зиддиятҳои беадади охири асри XIX ва аввали асри XX Абулқосими ҷавонро нагузошт, ки танҳо ба дину мазҳаб гарояду ба гуфтани ашъори тасаввуфӣ қонеъ гардад. Ба ҷавонони ватанҳо ва пешқадам дар роҳи озодию ободии киш-

вар ҳамроҳ шуд ва ин ҳама фаҳмишу ҷаҳонбинии муборизи роҳи озодӣ ва шоири фошкунандаи беадолатихоро васеътар намуд. Кор ба ҷое расида буд, ки дар авҷи "инқилоб ва ҳаракатҳои демократии халқ" дар маркази ошӯбх" [2, 107] бошад ва дар шӯриши мардуми Гелон ва ҳуҷуми эшон ба Техрон дар соли 1908 ширкат намояд. Бо ошқор гардидани моҳияти сиёсати авомфиребонаву ватанфурӯшонаи вакилони маҷлиси кишвараш оҳангҳои эътирозӣ ба сохти беадолатии иҷтимоӣ асоси эҷодиёти Абулқосими Лоҳутиро ташкил менамоянд, ки дар ин бора ҷӣ дар адабиётшиносии мо ва ҷӣ дар лоҳутишиносии аҳли таҳқиқи бурунмарзӣ мулоҳизарониҳо ронда шудаанд.

Бояд гуфт, ки дар ин муборизаҳо Лоҳутӣ огоҳона ширкат меварзид ва ба ду табақаи ба ҳам зид - золиму мазлум тақсим кардани ҷамъият, баҳусус ҳамватанонашро амиқан дарк намуда буд. Инро ҳам фикр карда буд, ки синфи ҳокиму золим аз меҳнат ор мекунаду аҳли меҳнату заҳмат - синфи мазлум онро барои худ ифтихор медонад. Албатта дар пушти муфтхӯрону золимонӣ замони Лоҳутӣ душманони халқ, аҷнабиёни муштзӯр, муфтхӯрони риёкор ва ин қабил афроди аз мардумӣ дур истанд ҳам ӯ халқашро, ватанашро бовар мекунонад, ки онҳо низ танҳо нестанд, зӯру тавон, пушту паноҳдоранд. Шоир дар ин маврид халқи заҳматкаш ва ватани дар асорати аҷнабиҳоро тавъам ва бо овози баланд мегӯяд:

Эй модари ватан, писаронат намурдаанд,  
Осуда бош, гӯли аҷониб нахӯрдаанд.  
Албатта ҳаққи модариашро ад оқунем,  
Яъне, ки ҷону мол ба роҳат фидо кунем.  
Дар сояи ту коҳии адолат бино кунем,  
Дасти тӯро зи банди аҷониб раҳо кунем [1, 16].

Абулқосими Лоҳутӣ аз замони худро шинохтан ва ба меҳнат дил бастану ба шаро-



фати падари хунармандаш хунарҳои зиёдеро омӯхтан, ҳамеша ҷонибдори аҳли заҳмат буд, ки ни пафоси баланди иҷтимоии эҷодкорро қариб дар тамоми эҷодиёти ӯ, ҳам ашъори эронияш, ҳам дар офаридаҳои истамбулиаш ва ҳам сурудаҳои давлати Шӯравӣ - ватани дувумаш эҷодкардаи ӯ метавон равшан мушоҳида намуд. Вале ин заҳматро магар синфи золим дида метавонист ? Магар онро арҷ медошт Ҷаргиз! Аз ин рӯ, Абулқосими Лоҳутӣ гаштаю баргашта таъкид менамуд, ки:

Зиллати муздурро саркор медонад магар ?  
Заҳмати сарбозро сардор медонад магар ?  
Дин ба дасти соҳиби сармоя як бозичаест,  
Дини ӯ, ҷуз дини истисмор, медонад магар ?

Раҳм аз мунъим талаб манмой дар ҳаққи фақир,

Ғайри зулму зиллату озор медонад магар ?... [1, 114]

Оҳангҳои эътирозӣ ба сохти беадолатии иҷтимоии замон дар ашъори ба ин мавзӯи доғи тамоми давраи замони навиштаи адибони Шарқ, минҷумла форситаборон хеле барвақт ба мушоҳида мерасад. Ҷанӯз дар "Шоҳнома"-и Абулқосими Фирдавсӣ хонда будем, ки:

Ҳама сар ба сар тан ба куштан диҳем,

Аз он беҳ, ки кишвар ба душман диҳем [3, 179].

Каме баъдтар ё баробар бо Лоҳутӣ ин оҳангҳои эътирозӣ нисбат ба сохти замони дар ашъори равшанфикронаи Муҳаммад Иқболи Лоҳутӣ дармеёбем, ки шеъри "Аз хобби гарон хез" ва чанд шеъри дигари ӯ гӯи андешаанд [4]. Бубинед шоири ватанхоҳу халқпарвар ба аҳли заҳмат, ки муҳайёкунандаи тамоми неъматҳои моддианду вале қадри худ, мартабаи худ, имтиёзи худро намедонанд чӣ роҳнамоиҳои оқилонае дар фароварди шеъри "Ба ранҷбар", ки соли 1909 гуфта шудааст, дорад:

Эй ранҷбари баданбараҳна,

Эй коргари шикамгурусна.

Ту бо ҳама арзише, ки дорӣ,

Донӣ, ки чаро ҳамеша хорӣ ?

Заҳмат зи ту, неъмат аз ту набвад,

Зеро ки ҳукумат аз ту набвад.

Ту мунтазири кумак зи ғайрӣ,

Ҷаргиз нарасад зи ғайр хайре.

"Лутфи" дигарон кушандаи туст,

Дасти ту раҳокунандаи туст.

В-ин даст беҳ ар зиёд гардад,

Вобаста ба иттиҳод гардад.

Ҷар вақт ҳукумат аз шумо шуд,

Дарди ту, яқин бидон, даво шуд.

То он ки ҳукумат аст зи аён,

Ту фотиҳа баҳри хеш бархон [1, 15].

Дар ин маврид шеърҳои дар Истамбул эҷодкардаи шоири халқпарвар ва душмани ашадии беадолатҳои замон баландтар садо медиҳанд, ки бештар дар ҷомаи ғазал рехта шудаанд, монанди "Озод шуд ҷаҳону ту дар пардаи ханӯз", "Аё сайёд, шарме кун, маранҷон нимҷонамро", "Фақат сӯзи диламро дар ҷаҳон парвона медонад", "Дар конференси сулҳи умумӣ ба номи дил", "Ҷар он ки дар ба дарам кард аз ошонаи хеш", "Зи шаб то бомдодон мекунам фарёду менолам", "Хотир ошuftа, чигарсӯхта, дилхун шудам" ва ғайра. Дар бораи ашъори дар Истамбул эҷодкардаи Лоҳутӣ адабиётшинос А. Абдуманонов мулоҳизарониҳои амиқ намуда навиштааст: "Таҳдиду таъна ва нафрину арбадаҳои қаҳрамони лирикӣ ба чарху фалак, гардуну кайвон, хусусан худситоиҳои ӯ, ки услубан ба қисматҳои фахрияи қасоиди анъанавӣ шабоҳат доранд, симои қаҳрамони саркаш, густох, дар роҳу ақидаи худ пойдор, нотарсу далер ва зиндадилу уммедворро мучассам месозанд, ки Лоҳутӣ дар он солҳои дурӣ аз ватан (1918-1921), дар он айёми омодагии рӯҳӣ бо ҷангҳои инқилобӣ дорои чунин сифоту хислатҳо буд" [5, 15]. Бегумон ин ҳамос маншаъ аз инқилобҳои мардуми Аврупо, баҳусус русҳо буд, ки Лоҳутӣ бо хуну ҷонаш натиҷаи мусбат бор овардани онро нисбат ба аҳли заҳмат аз дур дарк мекард, оташ мегирифт, месӯхт ва мехост олами сармояро бо ин хитобаҳо ба халқи ватанаш бисӯзонад.

Абулқосими Лоҳутӣ, ки то ба Иттиҳоди Шӯравӣ гузаштан азобу шиканча ва таъкибҳо дида буд, наметавонист нисбат ба ҳамкаторони худ, аҳли заҳмат, фаълаву деҳқон ва коргари зердасти сармоядорону хунхорон, синфи муфтхӯр бетараф бошад. Вай коргаронро ба бедорӣ, муттаҳидӣ ва дар



зарурат ба пайкор баҳри озодию истиқлол даъват менамуд ва таъкид мекард, ки:

Бас бувад хоби гарон, бедор бош, эй коргар!

Масти ғафлат то ба кай? Хушёр бош, эй коргар!

Муттаҳид ҳастанд бар зидди ту хунхорон, ту ҳам

Муттаҳид бар зидди ҳар хунхор бош, эй коргар!... [1,92]

Таъкибҳои чиддӣ бар ҷони Лоҳутии инқилобӣ ӯро аз ватани ободӣ дур карда, ба хоки Иттиҳоди Шӯравӣ гузаронида бошад ҳам, вале ӯ рӯҳан бо ҳамватанонаш буд, ҳимояи онҳо ва озодии онҳоро дар тану ҷонаш мепарварид, ки дар як ғазали соли 1923 дар Маскав эҷоднамудааш мегӯяд:

Коргар! Дафъи ҷафоро гар бихоҳӣ, метавонӣ,

Қатъи беҳи ағниёро гар бихоҳӣ, метавонӣ. [1,111]

Беадолатии иҷтимоии замони шоир боис гардида буд, ки замон ҳамчун муштипар аз хонишу омӯзиш дур, дар қору пайкори давлат овоз надохта бошанд ва мутеъу зердасти ҳамешагии мардон монанд. Абулқосим Лоҳутӣ чун дигар равшанфикрони ҳамзамон ба мавзӯи озодии иҷтимоии замонҳои Эрон вобаста ба масоили инқилоб, азнавсозии маориф ва ғайра андешаҳои неқбинона доштанаҷро дар як силлабаи ашъори ғиноии худ баён намудааст. Инҳо шеърҳои

"Ба духтари Эрон", "Озод шуд ҷаҳону ту дар пардаи ханӯз", "З-ин беш ин ниқоби сияхро ба рӯ макун" ва як идда рубоӣю дубайтӣ мебошанд, нисбат ба зани Эрони оғози асри ХХ дилсӯзона ва бо муҳаббати бародарона суруда шудаанд. Шоир дар ин маврид на танҳо замонро духтарони Эрон, балки тамоми замонро духтарону Шарқро дар назар дорад:

Эй духтари Шарқ, дод аз дасти ту, дод, Кас чун ту асири ғафлату ҷаҳл мабод.

Айб аст, ту бедонишу мардум доно,

Ҳайф аст, ту дар ҷодирӯ дунё озод[1, 54]!

"Мубориза барои озодӣ ва маърифатнок кардани замонро духтарон умдатарин мавзӯҳои индавринаи шоир буд" [2,197] - навиштани лоҳутишинос С.Давронов оҳанги онро дорад, ки вай мехост замонро духтарони кишвараш баробари озодӣ мақоми ҷамъиятии худро дарёбанд ва ба қори инқилоб ва давлат ҷалб карда шаванд ва ғ.

Дар ин гузориши мухтасар метавон ба хулоса омад, ки оҳангҳои эътирозӣ ба соҳти беадолатии замон тору пуди ашъори то ба Иттиҳоди Шӯравӣ паноҳанда шудани Абулқосим Лоҳутиро ташкил намуда, шоири озодихоҳ ва инқилобӣ дар ин даста офаридаҳои қори шерри гуррон ва теги бурронро кардааст. Бегумон ханӯз ҳам аҳли ҷоху мансаб, забардастони зердастозор ва дунёи сармоя аз ин шеърҳои суханвар ҳаросдоранду Лоҳутии парчами инқилобу озодӣ дар даст зинда аст.

## АДАБИЁТ

1. Лоҳутӣ, Абулқосим. Шеърҳо ва дostonҳо. Иборат аз ду ҷулд. Китоби 1 /Абулқосим Фирдавсӣ. Мураттибон Х. Отахонова ва Ҷ.Шарифов.-Душанбе: Ирфон, 1987. - 400 с.
2. Давронов С. Лоҳутӣ Абулқосим Аҳмадзода /С.Давронов //Энсиклопедияи адабиёт ва санъати тоҷик. Ҷилди 2.- Душанбе: Сарредаксияи илмӣи энсиклопедияи советии тоҷик, 1989. - С.106-112.
3. Риёҳӣ, Муҳаммадамин. Фирдавсӣ / Муҳаммадамини Риёҳӣ. Ба алифбои кириллии тоҷикӣ баргардони Дорои Дӯстӣ.- Душанбе: Шӯҷоиён, 2010. - 338 с.
4. Иқболи Лоҳурӣ, Муҳаммад. Куллияти форсӣ /Муҳаммад Иқболи Лоҳурӣ. Таҳияи матн ва таҳқиқи илмӣи Алии Муҳаммади Хуросонӣ ва Шарафнисо Пӯлодова. - Душанбе: Дошиш, 2013. - 672 с.
5. Абдуманнонов А., Отахонова Х., Шодиқулов Ҳ., Абулқосим Лоҳутӣ / А. Абдуманнонов, Х.Отахонова, Ҳ. Шодиқулов. - Душанбе: Адиб, 1987. - 168 с.



## ОҶАНГҶОИ ЭЪТИРОЗӢ БА СОҶТИ БЕАДОЛАТИИ ИҶТИМОИИ ЗАМОН ДАР АШӢОРИ АБУЛҚОСИМИ ЛОҶУТӢ

Абулқосим Лоҳутӣ дар ду давраи таърихӣ, дар зери истибдору асорати гарбиён гирифтӣ гардидани мамлакатҳои зиёди Шарқ ва Инқилобии халқии рус зиндагӣ, фаъолият ва эҷод намудааст. Бо ошқор гардидани моҳияти сиёсати авомфиребонаву ватанфурушонӣ вакилони маҷлиси кишвараш оҳангҳои эътирозӣ ба соҳти беадолатии иҷтимоӣ асоси эҷодиёти Абулқосим Лоҳутиро ташкил менамоянд. Дар ин мав-

рид шеърҳои эҷодкардаи шоири халқпарвар ва душмани ашадии беадолатиҳои замон баландтар садо медиҳанд, ки дар ҷомаи ғазал рехта шуда, дар мақола намунае чанд оварда шуда, бо ашъори дигар равшанфикрон муқоиса карда шудаанд.

**Калидвожаҳо:** Абулқосим Лоҳутӣ, Эрон, оҳангҳои эътирозӣ, шеър, шоири халқпарвар, беадолатиҳои замон, инқилоб, лирикаӣ эътирозӣ, Муҳаммад Иқбол.

## ВЫРАЖЕНИЕ СОЦИАЛЬНОГО ПРОТЕСТА В ГАЗЕЛЯХ АБУЛЬКАСИМА ЛАХУТИ

Жизнь и творчество Абулькаси́ма Лахути разделяется на два исторических периода. Первый период охватывает полный тягот и лишений жизнь поэта в самодержавно-буржуазном Иране, где он формировался как пламенный сторонник революционных преобразований и призывал рабочих-крестьянские массы к классовому пробуждению, объединению и непримиримой борьбе против существующего строя. Тема протеста против всеобщей социальной несправедливости, деспотии и угнетения, призыв к борьбе за свободу и независимость Родины составляет лейтмотив большей части

гражданской лирики Абулькаси́ма Лахути этой поры, написанной, в основном, в форме газелей. В данной статье приводится сравнительный анализ тематических и стихотворно-новаторских особенностей протестной лирики Лахути и некоторых других представителей прогрессивной творческой интеллигенции Ирана первой половины 20-го века.

**Ключевые слова:** Абулькасы́м Лахути, Иран, социальные протесты, стихотворение, писатель любящий народ, несправедливость жизни, революция, протестная лирика, Мухаммад Икбал.

## EXPRESSING OF SOCIAL PROTEST IN POEMS OF ABULQOSIM LOHUTI

Life and creation of Abulqosim Lohuti is divided into two periods. The first period describes all difficulties of the poet's life in self-governing Iran, where he became as a supporter of revolutionary and appealed workers and peasants to the class rebel against of governing structure. The protest theme against total social violence, despotism and appeal to struggle for independence and freedom of the motherland mostly is described in poetry of

Abulqosim Lohuti of tholt period, written in the style of gazels. This article describes comparative analyze of thematic and poetic features of protest poetry of Lohuti and some other representatives of progressive intelligents employes of Iran at the first half of the 20-th century.

**Key words:** Abulqosim Lohuti, Iran, social protest, written, social violence, revolutionary, protest poetry, supporter of revolutionary, writer loving people, Muhammad Icbal.

*Сведение об авторе: Нурова Кубриё Алифовна - кандидат филологических наук, доцент кафедры таджикского языка Таджикского технологического университета, Негмат Карабаева 63/3, тел.: 985-19-08-60, эл. почта: nurova 74 @ list. ru.*

*Information about the author: Nurova Kibriyo Alifovna, Ph. D. on philology, docent of the Department of the Tajik language of the Technological university of Tajikistan, Negmat Karabaeva 63/3, tel.: 985-19-08-60, electronic mail : nurova 74 @ list. ru*



## ҶАШНВОРА

### КИМИЁГАР, ТАБИБ, ПЕДАГОГ 60-солагӣ



Бобизода Ғуломқодир Мукамол 17 марти соли 1960 дар деҳаи Навободи Холмуродии ноҳияи Ваҳдати Ҷумҳурии Тоҷикистон, дар оилаи коргар чашм ба олами ҳастӣ кушодааст. Пас аз хатми мактаби миёна ба шуъбаи шабонаи факултети химияи Университети давлатии Тоҷикистон ба номи В.И.Ленин (алҳол Донишгоҳи миллии Тоҷикистон) дохил шуда, онро соли 1983 хатм намуда, дар кафедраи химияи органикии факултети химияи Университети давлатии Тоҷикистон ба номи В.И.Ленин дар вазифаҳои муҳандис, ходими хурд ва калони илмӣ қору фаъолият намудааст.

Соли 1992 қорҳои илмӣ хешро дар озмоишгоҳи илмӣ тадқиқоти "Пептид"-и Донишгоҳи миллии Тоҷикистон идома дода, Қорхонаи хурди Ҷамъияти масъулияташ маҳдуди "Занд"-ро ташкил ва сарвари онро ба ўҳда гирифт, синтези пептидҳои хурдмолекула ва таҳияи маводи доруворӣ дар асоси онҳоро ба роҳ монд.

Соли 1996 Бобизода Ғ. М.л рисолаи илмӣ хешро дар мавзӯи "Таҳқиқи сохти функционалии пептидҳои иммунофаъоли қатори тимопозтин, тимозин ва бурсин" рисолаи илмӣ, соли 2000 рисолаи илмӣ докториашоро дар мавзӯи "Синтез ва ҳосияти биологии пептидҳои тимусӣ ва пайвастаҳои координатсионии онҳо" дифоъ намуд.

Соли 2000 Бобизода Ғ. М. ба сифати мушовири илмӣ дар Ҳадамоти назорати давлатии фаъолияти фарматсевтӣ (ХНДФФ) ба қор оғоз намуда, солҳои 2002-2007 мудирӣ шуъбаи аттестатсия

ва аккредитатсияи ХНДФФ ва аз соли 2007 раиси Кумитаи фармакологии Вазорати тандурустии Ҷумҳурии Тоҷикистон таъйин шуд.

Соли 2009 Вазорати тандурустӣ ва ҳифзи иҷтимоии аҳолии Ҷумҳурии Тоҷикистон истеҳсоли саноатии ду доруи таҳиянамудаи профессор Ғ. М. Бобизода, яъне тимогар ва тимотсинро барои истифода иҷозат дод.

Профессор Ғ. М. Бобизода зиёда аз 300 мақолаҳои илмӣ таълиф намуда, муаллифи 4 монография ва соҳиби 17-то патенту ихтироот аст. Вай айни замон президенти Академияи таҳсилот, дорандаи медали тиллоии Созмони байналмилалӣ ҳифзи моликияти зеҳнии Ш. Женева, раиси кумитаи фармакологии назди ҳадамоти давлатии назорати фаъолияти фарматсевти Вазорати тандурустӣ ва ҳифзи иҷтимоии аҳолии ҚТ мебошад. Соли 1999 дар асоси қарори Комиссияи озмуни ихтироъкорони Тоҷикистон "Ихтироъкори беҳтарини Тоҷикистон барои солҳои 1997-1998" доништа шуд. Узви вобастаи Академияи таҳсилоти Ҷумҳурии Тоҷикистон интихоб гардида хизматхояш бо нишони сарисинагии "Аълочии маорифи Тоҷикистон" ва "Аълочии тандурустии Ҷумҳурии Тоҷикистон" қадр қарда шудааст.

Бобизода Ғуломқодир Мукамол солҳост, ки ба ҳайси профессори кафедраи кимиёи фарматсевтӣ ва заҳршиносии МДТ "Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абӯалӣ ибни Сино" қору фаъолият намуда истодааст.

Боиси ифтихор аст, ки Шумо ин лаҳзаҳои баърагон хеле азизро бо сари баланд ва сихатии комил дар ҳалқаи ёру бародарон, шогирдон ва ҳамқорони қадрдони худ истиқбол мегиред ва мо низ бо фараҳмандиву шодии бепоёни аҳли хондони Шумо худро шарик медонем.

Дар ин рӯзи фархундаи баҳори нозанин, Шуморо бо ҷашни саид самимона муборакбод намуда, баърагон рӯзҳои баҳориву осмони беғубор, тандурустиву хушбахтиро орзу дорем. Бигузур, мисли ин рӯзҳои зебои баҳорӣ ҳамеша шуқуфон бошеду лабонатон пур аз ханда. Бо умеди некномиву некбахтии Шумо аз забони Фирдавсии бузургвор мегӯем, ки: Ном аст андар ҷаҳон ёдгор,

Намонад ба қас ҷовидон рӯзгор.

---

**Роҳбарияти МДТ "Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абӯалӣ ибни Сино", ҳайати таҳририяи маҷаллаи илмӣ-амалии "Авчи Зухал", кафедраи химияи фарматсевтӣ ва заҳршиносӣ.**



### Руйхати пешниҳодҳои навоаварӣ дар давраи 01.01.20 то 01.04.20

№	Рақами бақайдгирӣ	Муаллифон	Кафедра	Номи навоаварӣ
1.	3682/P733	Пирматова Д.А. Додхоева М.Ф. Пархофер К.Г.	Кафедраи акушерӣ ва гинекологии №1	Способ ведения беременных с гестационным сахарным диабетом
2.	3683/P734	Маҳмадов Ф.И. Раимов Н.О. Давлатов М.В.	Кафедраи ҷарроҳии асаб ва садамаҳои омехта	Способ диагностики и прогноза черепно-мозговых травм у больных с краниоабдоминальными травмами
3	3684/P375	Абдуллозода Ҷ.А. Набиев М.Х. Гуломов Л.А.	Кафедраи ҷарроҳии умумии №2	Способ чрезпузырной лазеротерапии в лечении острого осложненного калькулезного холецистита
4	3685/P376	Абдуллозода Ҷ.А. Набиев М.Х. Гуломов Л.А.	Кафедраи ҷарроҳии умумии №2	способ эндобилиарной лазеротерапии в лечении острого гнойного халангита
5	3686/P377	Гулов М.Қ. Кобилов К.К. Расулов А.Г.	Кафедраи ҷарроҳии умумии №1	Критерии объёма оперативного вмешательства при узловых образованиях щитовидной железы
6	3687/P378	Махмудназаров М.И. Туйдиев Ш.Ш. Арипова М.Л.	Кафедраи оториноларингология	Способ комбинированной (традиционной+эндоскопической) полипэтомидотомии носа при хроническом полипозном этмоидите
7	3688/P379	Мухаббатов Ҷ.К. Давлатов Ҷ.Ҷ. Каримов Ш.А.	Кафедраи ҷарроҳии умумии №1	Способ определения реактивного сфинктерита при остром парапроктите
8	3389/P380	Махмудназаров М.И. Шоев М.Д. Назаров З.Х.	Кафедраи оториноларингология, МД "Шифобахш"	Способ тампонады носа после эндоназальных операций с сохранением носового дыхания
9	3390/P381	Гулов М.Қ. Ҷабборов А.И. Абдуллоев С.М.	Кафедраи ҷарроҳии умумии №1, амалияи ҷарроҳӣ ва анатомияи топографӣ, ОМИТ	Способ миниинвазивной ликвидации цистобилиарных свищей после эхинококкэктомии из печени
10	3391/P382	Гулов М.Қ. Ҷабборов А.И. Абдуллоев С.М.	Кафедраи ҷарроҳии умумии №1, амалияи ҷарроҳӣ ва анатомияи топографӣ, ОМИТ	Способ миниинвазивной эхинококкэктомии при центральных локализациях

### Руйхати патентҳо дар давраи 01.01.20 то 01.04.20

№	Рақами бақайдгирӣ	Муаллифон	Кафедра	Номи патент
1.	RU. 2717090	Гулов М.Қ. ва диг.	Кафедраи ҷарроҳии умумии №1	Способ диагностики повреждений пищевода.

**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 ҷарағи чоп карда, бо ҳамроҳии шакли ҳатмии электронии мақола пешниҳод гардад.
2. Мақолаҳои оригиналие, ки ба мушоҳидаҳои ҷудоғонаи таҷрибаҳои амалӣ бахшида шудаанд, бояд аз 12 саҳифа зиёд 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 чоп нашудани мақола бояд зикр шавад.
6. Дар аввали мақола унвони он (бо хуруфи Caps Lock сиёҳ), ному насаби муаллиф (ним-сиёҳ), номи ҳуқуқи муассиса оварда шавад. Дар охири мақола бо ду забон (русӣ ва англисӣ) маълумот дода шавад. Агар шумораи муаллифон аз 4 нафар зиёд бошад, саҳми ҳар як муаллифро дар таълифи ин мақола додан зарур аст.
7. Мақола бояд бобҳои зеринро дошта бошад: реферат (резюме), калимаҳои калидӣ, муҳиммият (дар ҳаҷми на бештар аз 1 саҳифа), мақсад, мавод ва усули таҳқиқ, натиҷаҳо ва баррасии онҳо, хулоса, номгӯи адабиёт, суроға барои мукотибот. Аннотатсия (резюме) бояд мазмуни мақоларо дар шакли фишурда ифода кунад. Дар асоси аннотатсия калимаҳои калидӣ на камтар аз 7 то 10 калима ё ибора нишон дода шаванд.
8. Ҳамаи формулаҳо бояд ба таври ҷиддӣ санҷида шуда ва дуруст бошанд. Агар маълумотҳои бо рақам ифодакардашуда зиёд бошанд, онҳоро дар шакли ҷадвал ворид кардан зарур аст. Ҷадвалҳо, диаграммаҳо ва расмҳо бояд мӯъҷаз, ифодаҳо возеҳу равшан, бе ихтисора ва ба забони тоҷикӣ бошанд.
9. Иллюстратсия (ороиш) -ҳо бояд дақиқу возеҳ ва мушаххас бошанд, овардани шарҳ ва ифодаҳои тартибӣ (бо ҳарф ё рақам) ва навиштаҷоти 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 чопшуда қабул карда намешаванд.
14. Идораи маҷалла ҳуқуқи тақриз ва таҳрири мақоларо дорад.

**Мақоларо ба суроғаи зерин фиристонед: 734025, Ҷумҳурии Тоҷикистон,  
ш. Душанбе, хиёбони Рӯдакӣ-139, МДТ «ДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино»,**

**Идораи маҷаллаи "Авчи Зухал"**