

ISSN: 2616-5252

# АВЧИ ЗУХДАЛ

№ 1 - 2023



МАҶАЛЛАИ ИЛМӢ-АМАЛӢ



**САРДАБИР**  
д.и.т.  
Муҳаббатов Циёнхон Курбонович

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

### **ҲАЙАТИ ТАҲРИРИЯ**

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

### **ШҶҶҶҶҶ ТАҲРИРИЯ**

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

# **АВҶИ ЗУҲАЛ**

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

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

**Нашри ҷорӣ:**  
**№ 1 (50) 2023**

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

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

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

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



**ГЛАВНЫЙ РЕДАКТОР**  
д.м.н.  
Мухаббатов Джиёнхон Курбанович

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

## РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ

Ибодов С.Т. - д.м.н., профессор  
Хакназарова М.А. - д.м.н., профессор  
Исмоилов К.И. - д.м.н., профессор  
Холбеков М.Ё. - д.б.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

## РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ

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

# AVÇI ZUHAL

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

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

**Текущее издание:**  
**№ 1 (50) 2023**

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

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

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



**МУНДАРИЧА**

**СОДЕРЖАНИЕ**

**CONTENTS**

**АНЕСТЕЗИОЛОГИЯ ВА  
РЕАНИМАТОЛОГИЯ**

**АНЕСТЕЗИОЛОГИЯ И  
РЕАНИМАТОЛОГИЯ**

**ANESTHESIOLOGY AND  
REANIMATOLOGY**

**Давлатзода Б.Х.,  
Рахимов Н.Г., Сафоев С.А.,  
Файзалиев Н.Ф.**  
Аҳамияти муҳосираи нейровегетативӣ дар беморони вазнини осеби мағзи сар  
9

**Давлатзода Б.Х.,  
Рахимов Н.Г., Сафоев С.А.,  
Файзалиев Н.Ф.**  
Значение нейровегетативной блокады при тяжёлой черепно-мозговой травме  
9

**Davlatzoda B.Kh.,  
Rakhimov N.G., Safoev S.A.,  
Fayzaliev N.F.**  
The significance of neurovegetative blockade at severe cerebral injury  
9

**БЕМОРИҲОИ ДАРУНӢ**

**ВНУТРЕННЫЕ БОЛЕЗНИ**

**INTERNAL DISEASES**

**Одилзода И.Ё.**  
Таҳлили комплексӣ ва баҳогузори мукоисавии самарнокии клиникӣ-иктисодии доруҳои қатори симптоматикӣ ва доруҳои муосири сохторӣ – модификатсионӣ дар беморони дорои остеоартрити аввалияи марҳалаҳои I-III бугумҳои зону  
12

**Одилзода И.Ё.**  
Комплексный анализ сравнительная оценка клинико-экономической эффективности применения препаратов симптоматического ряда и современных структурно-модифицирующих препаратов у больных первичным остеоартритом коленных суставов I-III стадии  
12

**Odilzoda I.Yo.**  
Comprehensive analysis and comparative evaluation of clinical and economic efficiency of the use of symptomatic drugs and modern structure-modifying drugs in patients with stage I-III primary osteoarthritis of the knee joints  
12

**Шарипова Х.Ё., Рахимов  
Дж.Дж., Гулова Р.М.,  
Сохибов Р.Г.**  
Самаранокии ischemic preconditioning миокарда аз осебҳои ишемикӣ ҳангоми стенокардияи устувор дар беморони гирифтори фишорбаландии шарёни идорашаванда  
20

**Шарипова Х.Ё., Рахимов  
Дж.Дж., Гулова Р.М.,  
Сохибов Р.Г.**  
Эффективность ишемического preconditioning миокарда при стабильной стенокардии у пациентов контролируемой артериальной гипертензией  
20

**Sharipova Kh.Yo.,  
Rakhimov J.J., Gulova R.M.,  
Sohibov R.G.**  
The effectiveness of ischemic myocardial preconditioning in stable angina in patients with controlled arterial hypertension  
20

**Фаттоева Н.В., Алиева Е.Г.**  
Гимнастикаи нафаскашӣ дар реабилитатсияи синдроми постковидӣ  
25

**Фаттоева Н.В., Алиева Е.Г.**  
Дыхательная гимнастика в реабилитации постковидного синдрома  
25

**Fattoeva N.V., Alieva E.G.**  
Breathing exercises in the rehabilitation of post-COVID syndrome  
25

**БЕМОРИҲОИ КӢДАКОНА**

**ДЕТСКИЕ БОЛЕЗНИ**

**CHILDHOOD DISEASES**

**Абдуллаева Н.А., Хайдарова  
О.Ф., Қодирова М.Р.**  
Камбуди маъданҳо ҳангоми норасоии гурдаҳо дар кӯдакон  
28

**Абдуллаева Н.А., Хайдарова  
О.Ф., Қодирова М.Р.**  
Недостаточность минералов при почечной недостаточности у детей  
28

**Abdullaeva N.A., Khaidarova  
O.F., Kodirova M.R.**  
Mineral deficiency in renal failure in children  
28



<b>Бабаева Л.А., Розикова К.Р.</b> Синдроми Стивенс – Чонсон дар кӯдакон 30	<b>Бабаева Л.А., Разокова К.Р.</b> Синдром Стивенса - Джонсо- на у детей 30	<b>Babaeva L.A., Razokova K.R.</b> Stevens - Johnson syndrome in children 30
<b>Шарипова М.М., Исмоилов К.И.</b> Дараҷаи дисбаланси туршша- вии перекиси липидҳо ва хифо- зати антиоксиданти дар кӯдако- ни мубталои астмаи бронхиалӣ 38	<b>Шарипова М.М., Исмоилов К.И.</b> Степень дисбаланса перекис- ного окисления липидов и антиоксидантной защиты у детей с бронхиальной астмой 38	<b>Sharipova M.M., Ismoilov K.I.</b> The degree of imbalance of lipid peroxidation and antioxidant protection in children with bronchial asthma 38
<b>БЕМОРИҲОИ СИРОЯТӢ</b>	<b>ИНФЕКЦИОННЫЕ БОЛЕЗНИ</b>	<b>INFECTIOUS DISEASES</b>
<b>Ёдгорова М.Ч., Кабирзода Т.Д., Мукарамова Д.А.</b> Нақши флораи шартӣ – пато- логӣ дар пайдошавии сирояти шадиди рӯдаҳо дар кӯдакони синну соли барвақтӣ 41	<b>Ёдгорова М.Дж., Кабирзода Т.Д., Мукарамова Д.А.</b> Роль условно-патогенной флоры в развитии острой кишечной инфекции у детей раннего возраста 41	<b>Yodgorova M.J., Kabirzoda T.D., Mukaramova D.A.</b> The role of opportunistic flora in the development of acute intestinal infection in young children 41
<b>Кабирзода Т.Д., Бандаев И.С., Рахматуллоева З.Р.</b> Хусусиятҳои чараёни сирояти коронавируси covid-19 –и ҳомиладорон дар таҷрибаи табибони оилавӣ 43	<b>Кабирзода Т.Д., Бандаев И.С., Рахматуллоева З.Р.</b> Особенности течения новой коронавирусной инфекции covid-19 у беременных в практике семейного врача 43	<b>Kabirzoda T.D., Bandaev I.S., Rakhmatullayeva Z.R.</b> Features of the course of the new covid-19 coronavirus infection in pregnant women in the practice of a family doctor 43
<b>Нуралиев М.Д., Косимзода А.М., Гафоров А.А.</b> Табобати алопетсияи зам- бурӯғӣ дар кӯдакон 47	<b>Нуралиев М.Д., Косимзода А.М., Гафоров А.А.</b> Лечение грибковой алопеции у детей 47	<b>Nuraliev M.D., Kosimzoda A.M., Gaforov A.A.</b> Treatment of fungal alopecia in children 47
<b>Хочаева Н.М., Файзуллоев Н.Ф., Саидмуродова Г.М.</b> Ҷанбаҳои патогенетикии истифодабарии иммуномодуля- торҳо дар муолиҷаи вараҷаи тропикӣ дар кӯдакон 51	<b>Ходжаева Н.М., Файзуллоев Н.Ф., Саидмуродова Г.М.</b> Патогенетические аспекты применения иммуномодулято- ров в лечении тропической малярии у 51	<b>Khodjaeva N.M., Faizulloev N.F., Saidmuradova G.M.</b> Pathogenetic aspects of the use of immunomodulators in the treatment of tropical malaria in 51
<b>БЕҲДОШТ</b>	<b>ГИГИЕНА</b>	<b>HYGIENE</b>
<b>Одинаева Л.Э., Максудова З.Я., Чумаева М.И., Уралов З.Т., Бекназарова Г.М.</b> Тавсияҳо оид ба оптимизат- сияи шароити меҳнат ва	<b>Одинаева Л.Э., Максудова З.Я., Чумаева М.И., Уралов З.Т., Бекназарова Г.М.</b> Некоторые рекомендации по оптимизации условий труда и	<b>Odinaeva L.E., Maksudova Z.Y., Jumaeva M.I., Uralov Z.T., Beknazarova G.M.</b> Some recommendations for optimizing working conditions



хифзи саломатии кормандони  
истехсолоти нонпазӣ  
56

охране здоровья работников  
хлебопекарного производства  
56

and protecting the health of  
bakery workers  
56

**Хурами Мир Око**

Вазъи соҳаи тандурустии  
Љумхурии Исломии Афғонис-  
тон: дастовард ва  
мушкилот  
59

**Хурами Мир Око**

Состояние системы здравооо-  
хранения исламской республи-  
ки афганистан: достижения и  
проблемы  
59

**Khurami Mir Oко**

State of the health care system  
of the Islamic Republic of  
Afghanistan: achievements and  
problems  
59

**НЕВРОЛОГИЯ**

**НЕВРОЛОГИЯ**

**NEUROLOGY**

**Исоева М.Б., Точиддинов Т.Б.,  
Рабоева Ш.Р., Зарипов Н.А.**  
Хусусиятҳои нишонаҳои  
манбавии сактаҳои пахншу-  
даи камхунӣ дар кӯдакон  
66

**Исоева М.Б., Таджидинов Т.Б.,  
Рабоева Ш.Р., Зарипов Н.А.**  
Особенности очаговой симпто-  
матики обширных ишемичес-  
ких инсультов у детей  
66

**Isoeva M.B., Tojidinov T.B.,  
Raboeva Sh.R., Zaripov N.A.**  
Features of focal symptoms of  
extensive ischemic strokes in  
children  
66

**Ҳабибов И.М.**

Баъзе масъалаҳои омилҳои  
хавф ва патогенези гидроце-  
фалии модарзодӣ  
69

**Ҳабибов И.М.**

Некоторые вопросы факто-  
ров риска и патогенеза врож-  
денной гидроцефалии  
69

**Khabibov I.M.**

Some questions of risk factors  
and pathogenesis of congenital  
hydrocephalia  
69

**ОНКОЛОГИЯ**

**ОНКОЛОГИЯ**

**ONCOLOGY**

**Каримова Ф.Н., Туйчибоев  
Ф.Х., Доутова Л.Р.,  
Юлдошев Р.З.**  
Имкониятҳои ТМР ва эхогра-  
фияи секарата дар ташхису  
гурӯхбандӣ дар беморони гирифт-  
тори саратони гарданаки баҷадон  
77

**Каримова Ф.Н., Туйчибоев  
Ф. Х., Доутова Л.Р.,  
Юлдошев Р.З.**  
Возможности МРТ и трехмер-  
ной эхографии в диагностике  
и стадировании у больных  
раком шейки матки  
77

**Karimova F.N., Tuichiboev  
F.Kh., Doutova L.R.,  
Yuldoshev R.Z.**  
Possibilities of MRI and three-  
dimensional echography in the  
diagnosis and staging of  
patients with cervical cancer.  
77

**ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГИЯ**

**ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГИЯ**

**OTORHINOLARYNGOLOGY**

**Ахророва З.А., Холматов  
Ч.И., Бекназарова Г.М.**  
Хусусиятҳои минтақавии  
пастшунавоӣ дар кӯдакони  
вилояти Суғд  
83

**Ахророва З.А., Холматов  
Ч.И., Бекназарова Г.М.**  
Региональные особенности  
тугоухости у детей согдий-  
ской области  
83

**Ahrorova Z.A., Kholmatov J.I.  
Beknazarova G.M.**  
Regional features of hearing  
loss in children of the sughd  
region  
83

**Исупова Ш.Ф., Холматов  
Ч.И., Ахророва З. А.**  
Афзалиятҳои табобати  
маводии беморони гирифтори  
пастшунавоии сенсоневралии  
шараёнзод  
90

**Исупова Ш.Ф., Холматов  
Д.И., Ахророва З.А.**  
Преимущества консервативной  
терапии пациентов с  
сенсоневральной тугоухостью  
сосудистого генеза  
90

**Isupova Sh. F., Kholmatov J.I.,  
Akhrorova Z.A.**  
Benefits of conservative  
therapy in patients with  
vascular sensorineural hearing  
loss  
90

**Шоев М. Д.**

Асосноккунии клинику  
назарияви иваз намудани  
антибиотикҳо бо доруҳои  
ҷолинусӣ дар амалияи  
оториноларингология  
94

**Шоев М.Д.**

Клинико-теоритическое  
обоснование замены антибиотиков  
галеновыми препаратами в  
оториноларингологической  
практике  
94

**Shoev M.D.**

Clinical and theoretical  
substantiation of replacement of  
antibiotics with galenic  
preparations In  
otorhinolaryngological practice  
94

**СТОМАТОЛОГИЯ**

**Зарипов А.Р., Шарипов Х.С.,  
Эсанов М.А.**

Чанбаҳои эпидемиологии  
такмилдиҳии ёрии  
стоматологияи  
ортопедӣ  
100

**СТОМАТОЛОГИЯ**

**Зарипов А.Р., Шарипов Х.С.,  
Эсанов М.А.**

Эпидемиологические аспекты  
совершенствования  
ортопедической  
стоматологической помощи  
100

**STOMATOLOGY**

**Zaripov A.R., Sharipov Kh.S.,  
Esanov M.A.**

Epidemiological aspects of  
improving orthopedical  
dental care  
100

**Зарипов А.Р., Одинаев И.С.,  
Шарипов Х.С.**

Нишондоди истифодаи протез  
бо базиси хурдкардашуда дар  
ҷоғи боло ҳангоми адентияи  
пурра  
102

**Зарипов А.Р., Одинаев И.С.,  
Шарипов Х.С.**

Показания применения протез  
с уменьшенным базисом на  
верхней челюсти при полной  
адентии  
102

**Zaripov A.R., Sharipov  
Kh.S., Odinaev I.S.**

Application of infinite  
prostheses in the upper  
jaw in the complete  
absence of teeth  
102

**Қосимов М.М.**

Реаблитатсияи кӯдакон бо  
роғи лаби боло ва ком  
106

**Қосимов М.М.**

Реабилитация детей с врожденной  
расщелиной губы и неба  
106

**Kosimov M.M.**

Rehabilitation of children with  
congenital cleft lip and palate  
106

**Рахматова Р.А. Аминов Р.С.,  
Зоиров С.Р.**

Нуқсонҳои модарзодии рӯй,  
масъалаҳои тайёрии  
пешазҷарроҳӣ дар кӯдакон  
113

**Рахматова Р.А. Аминов Р.С.,  
Зоиров С.Р.**

Врожденные пороки лица,  
вопросы предоперационной  
подготовки у детей  
113

**Rakhmatova R.A. Aminov  
R.S., Zoirov S.R.**

Congenital malformations of the  
face, issues of preoperative  
preparation in children of si palate  
113

**Юсупов З.Я.**

Статуси пародонтологии  
кормандоне, ки таҳти таъсири  
омилҳои техногени истеҳсо-  
лоти алюминий  
қарор доранд  
116

**Юсупов З. Я.**

Пародонтологический статус  
работников, находящихся под  
влиянием техногенных  
факторов алюминиевого  
производства  
116

**Yusupov Z.Ya.**

Periodontological status of  
workers under the influence of  
technogenic factors of  
aluminum  
production  
116

**ТИББИ ОИЛАВӢ**

**Ҳафиззода Ф.А.**

Хусусиятҳои ҷараёни фишор-  
баландии шарёи дар кӯдако-  
ни синну соли мактабӣ  
121

**СЕМЕЙНАЯ МЕДИЦИНА**

**Ҳафиззода Ф.А.**

Особенности течения артери-  
альной гипертонии у детей  
школьного возраста  
121

**FAMILY MEDICINE**

**Hafizzoda F.A.**

Features of the course of  
arterial hypertension in  
schoolchildren  
121



**ФАРМАКОЛОГИЯ**

**Зубайдова Т.М., Урунова М.В., Муродова М.Х**

Таъсири чигармуҳо физикаткунии дамбаи газнаи духонадор хангоми захролудшавии шадид аз пайвастагиҳои чорхлори карбони (CCl<sub>4</sub>) дар ҳайвонҳои озмоишӣ

125

**Салимов А.М.**

Хосиятҳои захронкӣ, гемолитикӣ ва антиоксидантии равғанҳои эфирии растаниҳои бурғонӣ муқарарӣ ва тарҳун

129

**Ҳайдарова М.А.**

Таҳлили микдории равғани эфир дар қисмҳои гуногуни рустании *Nepeta tythantha* Pojark – гурбағиёҳи майдагул

135

**ҚАРРОҲӢ**

**Гадоев И.С., Набиев М.Х., Баротов Х.Х.,**

Таъсири герниопластика ба ҳолати функционалии ҳоҷҳо ва сперматогенез дар мардонии пациент зимни ҷурраи қадқашак

139

**ШАРҲИ АДАБИЁТ**

**Махмудов Д. Ш.**

Муҳимтарин ҷанбаҳои ташҳис ва пешгирии оризаҳои тромбоземболикии варидӣ хангоми шикастагиҳои устухонҳои андомҳои поёнӣ

149

**ФАРМАКОЛОГИЯ**

**Зубайдова Т.М., Урунова М.В., Муродова М.Х.**

Гепатопротекторное действие настоя крапивы двудомной при остром отравлении с четыреххлористым углеродом (CCl<sub>4</sub>) у экспериментальных животных

125

**Салимов А.М.**

Токсические, гемолитические и антиоксидантные свойства эфирных масел полыни однолетней и эстрагон

129

**Ҳайдарова М.А.**

Таҳлили микдории равғани эфир дар қисмҳои гуногуни рустании *Nepeta tythantha* Pojark – гурбағиёҳи майдагул

135

**ХИРУРГИЯ**

**Гадоев И.С., Набиев М.Х., Баротов Х.Х.,**

Влияние герниопластики на функциональное состояние яичек и сперматогенез у пациентов мужского пола при паховых грыжах

139

**ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ**

**Махмудов Д. Ш.**

Важнейшие ҷанбаҳои ташҳис ва пешгирии венозных тромбоземболических душвории хангоми переломах дароз устухонҳои нижних конечностей

149

**PHARMACOLOGY**

**Zubaidova T.M., Urunova M.V., Murodova M.Kh.**

Hepatoprotective effect of nettle infusion in acute poisoning with carbon tetrochloride (CCl<sub>4</sub>)

In experimental animals

125

**Salimov A. M**

toxic hemolytic and antioxidant properties of essential oils a. annua, a. dracunculus

129

**Ҳайдарова М.А.**

Таҳлили микдории равғани эфир дар қисмҳои гуногуни рустании *Nepeta tythantha* Pojark – гурбағиёҳи майдагул

135

**SURGERY**

**Gadoev I.S., Nabiev M.Kh., Barotov Kh.Kh.**

Influence of hernioplasty on the functional state of the testicles and spermatogenesis in male patients with inguinal hernias

139

**LITERATURE REVIEW**

**Махмудов Д. Ш.**

The most important zhanbaҳои tashhis va peshgiriya of venous thromboembolic dysphoria

149





**Зикирѐхочаев Д.З.,  
Сайфутдинова М.Б.,  
Юлдошев Р.З.**

Саҳми олимони тоҷик дар  
ҳалли мушкилоти ташхис ва  
табобати саратони пӯст  
158

**Зикирѐходжаев Д.З.,  
Сайфутдинова М.Б.,  
Юлдошев Р.З.**

Вклад таджикских ученых в  
решение задач диагностики и  
лечение рака кожи  
158

**Zikirekhodzhaev D.Z.,  
Sayfutdinova M.B.,  
Yuldoshev R.Z.**

The contribution of Tajik scientists  
to solving the problems of  
diagnosing and treating skin cancer  
158

### ТИББИ НАЗАРИЯВӢ

### ТЕОРЕТИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА

### THEORETICAL MEDICINE

**Асоев А.Х., Гулов М.К.,  
Чумаев Б.Б., Амонов Б.П.**  
Муайян кардани фаъолнокии  
трансаминазаҳо хангоми  
беморихои гуногун  
166

**Асоев А.Х., Гулов М.К.,  
Чумаев Б.Б., Амонов Б.П.**  
Определение активности  
трансаминазы при различ-  
ных заболеваниях  
166

**Asoev A. H., Gulov M.K.,  
Jumaev B.B., Amonov B.P.,**  
Determination of transaminase  
activity in various  
diseases  
166

**Сатторов А. М. Гулов М.К.,  
Амонов Б.П.**  
Омузиши сафедаи с-реактивӣ  
дар маризони синну соли гуногун  
169

**Саттаров А. М., Гулов М.  
К., Амонов Б. П.**  
Изучение с-реактивного белка  
у больных разного возраста  
169

**Sattarov A.M., Gulov M. K.,  
Amonov B. P.**  
Studies of c-reactive protein in  
patients of different ages  
169

### ҒАЙРИТИБӢ

### НЕМЕДИЦИНСКАЯ

### NON-MEDICAL

**Абдурахмонов З.В.**  
Тибби тоинкилобӣ дар Осиёи  
Миёна  
174

**Абдурахмонов З.В.**  
До революционна медицина  
в Средней Азии  
174

**Abdurahmonov Z.V.**  
Prerevolutionary health care  
system in Central Asia  
174

**Алимшоев М.М.**  
Терроризм ва ифротгароӣ:  
таъмини амният ва ҳамкориӣ  
давлатҳо  
177

**Алимшоев М.М.**  
Терроризм и экстремизм:  
обеспечение безопасности и  
сотрудничество государств  
177

**Alimshoev M.M.**  
Terrorizm and extremism:  
providing security and state  
collaboration  
177

**Аюбов Д.Қ.**  
Лаппиши дурахшонии пара-  
метрҳои фотометрии кометаи  
51р/Харингтон ва хурӯчи  
офтоб  
180

**Аюбов Д. Қ.**  
Вариация блеска фотометри-  
ческих параметров кометы  
51р/Харрингтон и солнечная  
активность  
180

**Ayubov D. K.**  
Variation in the brightness of  
the photometric parameters of  
comet 51p/Harrington and  
solar activity  
180

**Ҳайдаров Б.Ф.**  
Фарҳанги миллӣ ҳамчун  
рамзи маънавии миллат  
187

**Хайдаров Б.Ф.**  
Национальная культура как  
духовный элемент  
187

**Khaidarov B.F.**  
National culture as spiritual  
element of nation  
187



## АНЕСТЕЗИОЛОГИЯ ВА РЕАНИМАТОЛОГИЯ

### АҲАМИЯТИ МУҲОСИРАИ НЕЙРОВЕГЕТАТИВӢ ДАР БЕМОРОНИ ВАЗНИНИ ОСЕБИ МАҒЗИ САР

Давлатзода Б.Х., Рахимов Н.Г., Сафоев С.А., Файзалиев Н.Ф.

Кафедраи анестезиология ва реаниматология МДТ “ДДТТ ба номи Абӯали ибни Сино”

**Мубрамият.** Мушкilotи осеби мағзи сар на танҳо дар нейрхирургия, балки дар соҳаҳои гуногуни тиб, аз қабилӣ неврология, реаниматология, офтальмология, ва ғайра низ ба назар мерасад. Омили муҳими таъбириши интенсивии осеби вазнини мағзи сар бо вайроншавии функцияҳои ҳаётан муҳим, ки яке аз онҳо гипоксияи марказӣ ба ҳисоб меравад, ин истифодаи барвакти муҳосираи невровегетативӣ мебошад. [2,3,4]. Гипоксия дар патогенези бемориҳои осеби мағзи сар ҷои муҳимро ишғол мекунад. Аз ҳама маъмултар гипоксияи вентиляторӣ (аспирация) ва гипоксияи марказӣ мебошанд, ки ин охири сабаби кам шудани ҳаҷми умумӣ ва минтақавии гардиши хуни мағзи сар шуда метавонад. [1,2,3].

Муҳосираи невровегетативӣ дар беморони вазнини осеби мағзи сар яке аз усули маъмултарин барои пешгирии гипоксияи марказӣ ва рафъи аксуламалҳои аз ҳад зиёди стрессии организм ба осеб равона гардидааст. Танзими гардиши хуни мағзи сар ва ҷабронии гипоксия асосан бо механизмҳои марказӣ алоқаманд аст [2,3,4,5].

**Максади таҳқиқот.** Омӯзиши таъсири муҳосираи невровегетативӣ ҳангоми осеби вазнини мағзи сар.

**Мавод ва усулҳои таҳқиқот.** Дар шӯъбаи эҳғари калонсолдони МД ММТ ҶТ “Шифобахш” таҳқиқоти гемодинамикаи марказӣ дар 26 беморони гирифтори осеби вазнини мағзи сар, ки дар зерӣ муҳосираи невровегетативӣ қарор доштанд гузаронида шуд. Сину соли беморни бистаришуда аз 20 то 70 солро дар бар мегирифт.

Вобаста аз намуди муҳосираи невровегетативӣ беморон ба 2 гурӯҳ тақсим карда шуданд. Ба гурӯҳи якум (n-12) барои муҳосираи невровегетативӣ маҳлули тиопентал натрий (5%-6,0мл) ва маҳлули диазепам (20мг); ва ба гурӯҳи дуюм (n- 14) маҳлули

оксибутират натрий (80мг/кг) ва маҳлули диазепам (20мг) истифода карда шуд.

Ҳангоми қабул дар ҳамаи беморон ҷунин нишондодҳои зерин омӯхта шуданд: ҳаҷми дақиқавии хун (ХДХ), индекси дил (ИД), ҳаҷми зарбавӣ (ХЗ), фишори миёнаи шараёнӣ (ФМШ), ҳаҷми дақиқавии дил (ХДД), муқовимати умумии канорӣ рағҳо (МУКР).

**Натиҷаҳои таҳқиқот ва муҳокимаи он.** Ҳангоми қабулшавӣ дар 12 (46,2%) беморони гурӯҳи якум ҳаяҷоннокӣ, ва дар 14 (53,8%) беморони гурӯҳи дуюм бошад ҳолати коматозӣ мушоҳида мешуд. Инҷунин дар беморони гурӯҳи якум баландшавии нишондодҳои ҳаҷми дақиқавии хун ( $7,8 \pm 0,6$  л/мин), индекси дил ( $4,2 \pm 0,3$  л/мин/м<sup>2</sup>), пастшавии ҳаҷми зарбавӣ ( $56,0 \pm 2,0$  мл), фишори миёнаи шараёнӣ ( $78,0 \pm 4,0$  мм.ст.сим.), тахикардия ( $110 \pm 7,0$  мин1) ва пастшавии муқовимати умумии канорӣ рағҳо ( $810,0 \pm 20,0$  дин.с.см-5) ба назар мерасид. 8 (31,0%) беморони ин гурӯҳ бинобар вайрон шудани функцияи нафаскашии беруна ба нафаси сунъӣ гузаронида шуданд. Барои мутобиқ гардондани нафаси беморон ба дастгоҳи нафасдиҳии сунъӣ, ки нумуратабии гемодинамикӣ доштанд маҳлули кетамин бо воияи 3 мг/кг ва диазепам 20 мг гузаронида шуд.

Ба беморони гурӯҳи 1-ум вобаста ба дараҷаи ҳаяҷоннокӣ барои муҳосираи невровегетативӣ маҳлули тиопентал натрий 5%-6,0 + маҳлули диазепам 20 мг 3-5 маротиба давоми 3-4 рӯз гузаронида шуд, ки ҷунин оромӣ ҳаяҷоннокиро манъ намуда, боиси паст шудани фишори дохили косоҳонаи сар гашт, ки дар натиҷа бадшавии гипоксияи марказӣ ба назар намерасид.

Нишонаҳои гемодинамикаи марказии ин гурӯҳи беморон дар 3-юм шабонарӯз: ХДХ ( $5,5 \pm 1,5$  л/мин), ИД ( $3,4 \pm 0,6$  л/мин/м<sup>2</sup>), ХЗ ( $66,0 \pm 4,0$  мин1), ФМШ ( $91,0 \pm 4,0$  мм.ст.сим.)



муковимати умумии канории рағҳо ( $1100,0 \pm 20,0$  дин.с.см-5) ва пастшавии ХДД ( $96,0 \pm 4,0$  мин1) ба назар расид.

Дар 6 нафар аз 14 беморони гурӯҳи 2-юм, ки нафаскашиашон спонтанӣ буд, бо сабаби ноустувории фишори хун муҳосираи нейровегетативӣ бо маҳлулҳои оксибутирати натрий 80 мг/кг ва диазепам 20 мг гузаронида шуд, ки танҳо дар рӯзи 5-ум параметрҳои гемодинамикаи марказӣ ба эътидол омаданд: ХДХ ( $5,9 \pm 2,0$  л/мин), ИД ( $3,6 \pm 0,6$  л/мин/м<sup>2</sup>), ХЗ ( $61,0 \pm 3,0$  мл), ФМШ ( $86,0 \pm 2,0$  мм.ст.сим.), муковимати умумии канории рағҳо ( $860,0 \pm 32,0$  дин.с.см-5) ва пастшавии ХДД ( $105,0 \pm 4,0$  мин1).

Ҳашт (8) нафар бемороне, ки дар нафаси сунъӣ қарор доштанд бинобар ноустувории фишори шараёни, дар давоми 3 шабонарӯз

бо маҳлулҳои инфузионӣ маҳлули дофамин илова карда шуда инчунин барои мутобиқ гардонидани нафаскашии беморон бо дастгоҳи нафасдиҳии сунъӣ маҳлули оксибутирати натрий бо вояи 80 мг/кг ва диазепам 20 мг истифода бурда шуд. Аз 8 бемори дар нафаси сунъӣ қарордошта 6 (75%) нафар фавтиданд.

**Хулоса.** Нафасдиҳии сунъӣ на бояд танҳо барои рафъи аксуламалҳои аз ҳад зиёди стрессии бадан ба осеб, балки барои пешгирии гипоксияи марказӣ гузаронида мешавад. Ҳангоми устувории гемодинамикӣ, дар 3 рӯзи аввал, маҳлули тиопентал натрийро бо диозепам ва ҳангоми гемодинамикаи ноустувор, маҳлули оксибутирати натрий бо диазепам истифода бурдан мумкин аст.

#### Адабиёт

1. Гельфанда, А.И. Интенсивная терапия. Национальное руководство. Под.ред. Гельфанда А.И., Салтанова Б.Р. М.: ГЭОТАР – Медиа 2011. 1744с.
2. Давлатзода Б.Х. Интенсивная терапия и реанимация при черепно-мозговых травмах. Учебное пособие // Душанбе – 2022.- 95с
3. Джузумалиева К.С. Совершенствование методов диагностики и лечения больных в остром периоде тяжелой черепно-мозговой травмы. // Диссертация. Бишкек – 2015г
4. Задворнов А.А. Клиническая патофизиология отека головного мозга. /Задворнов А.А., Голомидов А.В., Григорьев Е.В. // Вестник анестезиологии и реаниматологии. – 2017. – Т. 14, № 4. – С. 52-60
5. Крылов В.В. «Нейрореаниматология». Практическое руководство / В.В. Крылов, С.С. Петриков, Г.Р. Рамазанов, А.А. Солодов // Библиотека врача – специалиста. 2-е изд. Перераб. и доп. -М.: ГЭОТАР Медиа, 2016. 171с.
6. Могила В.В., Мельниченко П.В. Интенсивная терапия легочных осложнений у больных с тяжелой черепно-мозговой травмой // Вест. морского врача. – Севастополь, 2015. – С. 107 – 108.

### ЗНАЧЕНИЕ НЕЙРОВЕГЕТАТИВНОЙ БЛОКАДЫ ПРИ ТЯЖЁЛОЙ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЕ

Давлатзода Б.Х., Рахимов Н.Г., Сафоев С.А., Файзалиев Н.Ф.

**Резюме.** Проведено динамическое исследование некоторые показатели центральной гемодинамики у 26 больных с тяжелой черепно-мозговой травмой, находившихся в условиях нейровегетативной блокады во взрослом отделении реанимации ГУ НМЦ РТ «Шифобахш». В результате исследований выявилось, что нейро-

вегетативная блокада необходимо проводить не только для подавления избыточных стрессовых реакций организма на травму, но и целью профилактики центральной гипоксии.

**Ключевые слова:** нейровегетативной блокада (НВБ), черепно-мозговая травма, центральной гемодинамика.



## THE SIGNIFICANCE OF NEUROVEGETATIVE BLOCKADE AT SEVERE CEREBRAL INJURY

**Davlatzoda Bahriddin Khairiddin., Rakhimov Nurmakhmad Gulmakhmadovich., Safoev Saadi Abdugaforovich., Fayzaliev Navruz Fayzalievich.**

Department of anesthesiology and resuscitation of the ATSMU

**Summary.** A dynamic study of central hemodynamic was carried out in 26 patients with severe traumatic brain injury, who were under conditions of neurovegetative blockade in the adult intensive care unit of the GUNMC RT “Shifobakhsh”. As a result of the research,

it was revealed that NVB should be carried out not only to suppress the body’s excessive stress reactions to injury, but also to prevent central hypoxia.

**Key words:** neurovegetative blockade (NVB), traumatic brain injury, central hemodynamic.

*Давлатзода Бахриддин Хайриддин – н.и.т., мудири кафедраи анестезиология ва реаниматология МДТ «ДДТТ ба номи Абуали ибни Сино». b-davlatov@bk.ru 931-02-02-86*

*Рахимов Нурмахмад Гульмахмадович – н.и.т., дотсенти кафедраи анестезиология ва реаниматология МДТ « ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино».*

*Сафоев Саади Абдугафорович – ассистенти кафедраи анестезиология ва реаниматология МДТ « ДДТТ ба номи Абуали ибни Сино».*

*Файзалиев Навруз Файзалиевич – ассистенти кафедраи анестезиология ва реаниматология МДТ « ДДТТ ба номи Абуали ибни Сино».*

*Давлатзода Бахриддин – к.м.н., зав.кафедры анестезиологии и реаниматологии ГОУ «ТГМУ имени Абуали ибн Сино» b-davlatov@bk.ru 931-02-02-86*

*Рахимов Нурмахмад – к.м.н., доцент кафедры анестезиологии и реаниматологии ГОУ «ТГМУ имени Абуали ибн Сино».*

*Сафоев Саади. – ассистент кафедры анестезиологии и реаниматологии ГОУ «ТГМУ имени Абуали ибн Сино*

*Файзалиев Н.Ф. – ассистент кафедры анестезиологии и реаниматологии ГОУ «ТГМУ имени Абуали ибн Сино*

*Davlatzoda Bakhriddin – c.m.s., Head of the Department of Anesthesiology and Reanimatology, SEI «ATSMU». b-davlatov@bk.ru 931-02-02-86*

*Rakhimov Nurmakhmad – c.m.s., associate professor of the Department of Anesthesiology and Reanimatology, SEI “ATSMU”.*

*Safoev Saadi -assistant of the Department of Anesthesiology and Reanimatology, SEI «ATSMU»*

*Fayzaliev Navruz - assistant of the Department of Anesthesiology and Reanimatology, SEI «ATSMU»*

## БЕМОРИҲОИ ДАРУНӢ

### ТАҲЛИЛИ КОМПЛЕКСӢ ВА БАҲОГУЗОРИИ МУҚОИСАВИИ САМАРНОКИИ КЛИНИКӢ-ИҚТИСОДИИ ДОРУҲОИ ҚАТОРИ СИМПТОМАТИКӢ ВА ДОРУҲОИ МУОСИРИ СОҲТОРӢ – МОДИФИКАТСИОНӢ ДАР БЕМОРОНИ ДОРОИ ОСТЕОАРТРИТИ АВВАЛИЯИ МАРҲАЛАҲОИ I-III БУҒУМҲОИ ЗОНУ

Одилзода И.Ё.

Кафедраи терапияи МДТ Коллеҷи тиббии ҷумҳуриявӣ

**Мукаддима.** Остеоартрити (ОА), ки дар он дар доираи ихтилолҳои патологӣ, дар баробари тағояки буғумҳо тамоми компонентҳои сохтори буғумҳо ба ҳайси як узви бутун ҷалб мешаванд, бемории нисбатан паҳншудаи музмини ревматикӣ ба ҳисоб меравад, ки бо он дарду озори зиёд, пастшудани сифати ҳаёт ва аз даст додани қобилияти кори садҳо миллион одамон дар тамоми ҷаҳон алоқаманд аст [1-4].

Маълумотҳои бисёрсола, ки дар адабиёти илмӣ солҳои охир пешниҳод карда шудаанд, аз як тараф, илтиҳобҳои музмини шиддатнокӣ ба паст («Low-grade») ва ихтилолҳои системавии метаболикӣ дар патогенези аввалияи ОА нақши калидӣ доранд, аз тарафи дигар, онҳо барои пастшавии пешравандаи устувори компонентҳои сохтори буғумҳо (пеш аз ҳама, тағояки буғумҳо ва устухонҳои субхондралӣ) нисбат ба стресси механикӣ заминаи хуб фароҳам мероранд ва ба ин васила ба сифати омилҳои асосии хатари пешравии беморӣ баромад мекунад [5-7].

Дар ду даҳсолаи охир дастовардҳои прогресси назаррас дар омӯзиши масъалаҳои душвор ва баҳсталаби мушкilotи ОА аввалия ба даст оварда шуд. Дар ин ҷанба муваффақияти нисбатан муҳими мушкilotи ОА аввалия инҳо буданд: а) муайян кардани звеноҳои асосии патогенези беморӣ ва беҳтарсозии имкониятҳои ташхиси барвақти он; б) коркард ва имплементатсияи васеи принципҳои асосӣ ва вазифаҳои стратегияи муосири ии фармакотерапевтии беморӣ дар фаъолияти воқеиву амалии клиникӣ; в) дар ихтиёри ревматологҳои амалӣ қарор додани СМП-ҳои инноватсионӣ ва таъсирашон олии дар шаклҳои гуногуни доругӣ [3,7-9].

Дар айни замон, бисёре аз муҳаққиқон оптимизми асосноки табибон-ревматолог-хоро ҳаққонӣ қайд мекунанд, ки ба самаранокии баланди воситаҳои доругии инноватсионӣ дар табобати ОА аввалия алоқаманд аст, бо ҳамин ба арзиши баланди ин дорухоро ба рӯ ба рӯ мешавад [10-13]. Дар ин маврид, масъалаи иқтисодӣ дар проблемаи имплементатсияи принципҳои асосӣ ва тавсияҳои стратегияи муосири фармакотерапевтии ОА аввалия дар амалияи клиникӣ аҳамияти махсус касб мекунад, ки ин дар ниҳояти қор, бознигарии мақсаднок будани истифодаи дорухоро ҳам қатори симпатикӣ ва ҳам СМП-ро аз тариқи призмаи дастарсии иқтисодии онҳо, дар асоси таҳлили ҷиддии натиҷаҳои ФЭК-таҳқиқот талаб карда мешавад [14-17].

Аммо, ба будани масъалаи фармакоиқтисодӣ нигоҳ накарда, дар ттабиқи мукамали принципҳои асосӣ ва тавсияҳои муосири с тратегияи фармакотерапевтии ОА аввалия дар фаъолияти амалии клиникӣ, ки ибто ин проблема иртибот доранд, дар адабиёти илмӣ аз бисёр ҷиҳат хусусиятлаҳзавдоранд ва аз нигоҳи субъективизм ва гипотетикӣ ҳолӣ нестанд ва то имрӯз объекти омӯзиши ҷиддии донишмандон қарор дорад чности [11,16,18,19].

**Мақсади таҳқиқот-** таҳлили муқоисавӣ ва баҳодихӣ ба самаранокии клиникӣ-иқтисодии истифодаи препаратҳои қатори симптоматикӣ ва СМП дар беморони дорои ОА-аввалия ва БЗ дар марҳалаҳои I, II ва III, ки дар заминаи стратегияи муосири фармакотерапевтии беморӣ бунёд шудаанд.

**Мавод ва усулҳои таҳқиқот.** Таҳқиқоти гурӯҳи таҳқиқшаванда аз 103 бемори дорои ОА БЗ (77 зан - 74,7% ва 26 мард = 25,3%) иборат буд, синну соли миёна - 56,8±5,4 сол-



ро ташкил дод. Дар қисми бештари (62,5%) беморони таҳқиқшудаи дорои ОА аввалия ва БЗ мавҷуд будани бемориҳои коморбидӣ ё мултиморбидӣ муайян карда шуд.

Ҳамаи беморони интиҳобшуда ба таври проспективӣ дар пойгоҳи шуъбаи ревматологии Маркази шаҳрии тиббии №2 ба номи академик К.Т. Тоҷиеви ш. Душанбе таҳлимл карда шуданд.

Мувофиқи протоколи таҳқиқоти мазкур, вобаста аз марҳалаҳои эволюсионии пешравию ОА БЗ 3 гурӯҳи беморон - I, II ва III ташкил карда шуд. Дар гурӯҳи I –ум 26 бемори дорои ОА аввалия БЗ саҳеҳи барвақт (мувофиқи лоиҳаи байналмилалӣ меъёрҳои таснифии ОА аввалия БЗ - Luyten F.P. et al., 2017) дохил шуданд, дар гурӯҳҳои II ва III 77 бемори дорои ОА аввалия БЗ паҳнфто ба ОА БЗ-дар марҳалаҳои II (n=40) ва III (n=37) –и беморӣ мувофиқи Келлгрэн-Лоуренс қарор доштанд.

Мо дар асоси методикаи “табобати стандартӣ комплексӣ” стратегияи муосири фармакотерапевтии ОА –ро гузоштем [1,2,6,8,19]. Дар ин ҷанба, ҳамаи беморони гурӯҳҳои I, II ва III, бо мақсади ба ҳадди минимум расонидани синдроми дард ва нест кардани зухуроти клиникӣ-инструменталии синовити реактиви БЗ доруҳои гурӯҳи НПВП (асосан диклофенак, мелоксикам, нимесулид) ва ГК дар шакли тазриқҳои яккарата ё дукаратаи интраартикулярии кеналог-40 - 1,0 мл ё дипроспан - 1,0 мл таъйин карда шуданд. Барои ҳамаи беморони гурӯҳи I дар маҷмуъ бо препаратҳои қатори симптоматикӣ структум (хондроитин сульфат) аз гурӯҳи СМП бо 500 мг 2 маротиба дар як шабонарӯз давоми 6 моҳ таъйин карда шуд. Дар айни замон, барои беморони II ва III препарати омехта аз гурӯҳи СМП - артра: дар давоми се ҳафтаи аввал ва баъдан 1 ҳабб 2 маротиба дар як рӯз дар давоми 6 моҳ таъйин карда шуд.

Давомнокии таҳқиқоти мазкур 9 моҳро ташкил дод а) 6 моҳи табобат; б) 3 моҳи муоина бо мақсади баҳодихӣ ба натиҷаҳои самаранокии табобати гузаронидашуда.

Дар ҳамаи беморони таҳқиқшуда дар ибтидо ва дар лаҳзаи анҷом пазируфтани

таҳқиқот (баъди 9 моҳ) таҳқиқоти зарурии лабораторӣ гузаронида шуд: таҳлили умумии хун ва пешоб, таҳлили биохимиявии хун бо муайян кардани холестерини умумӣ, мочевина, билирубин, глюкоза, ҳамчунин сатҳи суръати таҳшиншавии эритроцитҳо, С-сафедаи реактивӣ.

Ба сифати инструментҳои асосӣ, бо мақсади мониторинги ҳаматарафа, таҳлил ва баҳогузорӣ ба самаранокии табобати гузаронидашуда дар беморони таҳқиқшуда истифода шуданд: а) динамикаи интенсивнокии синдроми дард тибқи шкалаи аналогияи визуалӣ (ВАШ); б) шохиси WOMAC, умумӣ; талабот ба истеъмоли НПВП (дар тамоми давраи таҳқиқот). Дар ин маврид бехтаршавии динамикаи мусбати параметрҳои зикршуда дар заминаи табобати зиёда аз 20%-и қиматҳои ибтидоӣ ҳисобида шуд.

Дар ҷараёни иҷро намудани ФЭК-таҳқиқоти самаранокии СМП дар табобати ОА аввалия ва БЗ, мо критерияҳои нисбатан самаранок ва иттилоотноки баҳогузорӣ ба самаранокии табобати ОА аввалия, ки барои ФЭК-таҳлил заруранд, интиҳоб намудем: а) миқдори беморони дорои ОА БЗ, ки ба истеъмоли НПВП зарррат надоранд; б) динамикаи максималии мусбат (%) аҳамияти шохиси WOMAC, умумӣ. Бо мақсади таҳлили муқоисавии ФЭК ва баҳогузорӣ кардани самаранокии СМП муосир дар табобати ОА таҳлили самаранокии хароҷот (cost-effectiveness analysis - CEA)-ро бо ҳисоби коэффитсиенти хароҷот (cost-effectiveness ratio - CER) бо формулаи зерин ҳисоб кардем:  $CER = C/Ef$ , дар ин ҷо CER - таносуби “хароҷоти самаранокӣ”, C – хароҷоти бевосита барои табобат (сомонӣ), Ef – самаранокии табобат [20].

Натиҷаҳои таҳқиқот бо ёрии барномаи компютери «Statiatica-10» фирми StatSoft Inc. солҳои 1984-2012 коркард шуданд.

Натиҷаҳои таҳқиқот ва баррасии онҳо.

Натиҷаҳои ба даст овардаи мо ҳангоми ФЭК-таҳлили натиҷаҳо бо маълумотҳои имуҳаққиқони дигар мувофиқат мекунанд [11,19,21,22] ва нишон медиҳанд, ки дар байни препаратҳои гурӯҳи СМП, ки дар стратегияи фармакотерапевтии ОА аввалия на-



қши калидӣ доранд, хароҷоти мустақим аз ҳисоби СМП-ҳои арзишашон қимат, ба монанди алфлутоп (300,0 сомонӣ) ва препаратҳои ГЛК дар шакли тазриқҳои интраартикулярӣ - остераж (350,0 сомонӣ) ва остенил (685,0 сомонӣ) ба амал омадааст. Дар байни СМП-ҳои истифодашуда хароҷоти мустақим ҳангоми истифода намудани структум (95,4 сомонӣ) камтарин буд.

Дар протсессии ФЭК-таҳлил бо назардошти меъёрҳои дар боло зикршуда баҳодихӣ ба дараҷаи самаранокии табобати гузаронидашуда дар беморони дорои ОА-и аввалия БЗ дар марҳалаҳои I, II ва III (%-и бемороне, ки истеъмоли НПВП-ро қатъ кардаанд ва %-и паст шудани қимати шохиси WOMAC, умумӣ) ба ҳисоб гирифтани қиматҳои чамъбастиим коэффитсиенти хароҷот ё «хароҷот-самараноки» - CER алоҳида ба-

роӣ ҳар як гурӯҳи препаратҳо аз гурӯҳи ППР ва ҳам ПСТ амалӣ карда шуд.

Натиҷаҳои ниҳойӣ, ки дар раванди таҳлили муфассал ва баҳодихӣ ба хусусиятҳои самаранокии истифодаи препаратҳои муосир аз гурӯҳи ППР структум, артра) дар табобати ОА БЗ аз рӯи шохиси WOMAC, миқдори бемороне (%), ки истеъмоли НПВП –ро қатъ кардаанд, дар чадвали 1 оварда мешавад. Аз маълумотҳои чадвали 1 бармеояд, ки дар беморони гурӯҳҳои I, II ва III дар ҳама марҳалаҳои таҳқиқот (баъди 3 ва 6 моҳ) паст шудани сатҳи шохиси WOMAC, миқдори бемороне (%), ки истеъмоли НПВП –ро қатъ кардаанд, бештар дар структум бужданд, назар ба беморони гурӯҳи артра. Ҳамингуна маълумотҳо қаблан дар таҳқиқотҳои дигар олимон низ нишон дода шудааст [11,16,19,22].

#### Чадвали 1. Самаранокии СМП –ти истеъмолишуда мувофиқи шохиси WOMAC, маҷмуи ва талабот ба НПВП

Препарат	Динамикаи шохиси WOMAC, умумӣ		Миқдори беморон (%) бе истеъмоли НПВП	
	3 мес	6 мес	3 мес	6 мес
Структум	29,4	53,2	23,04	61,4
Артра	22,9	37,6	15,5	36,1

Дар асоси модели аз тарафи мо пешниҳодшуда бо мақсади муайян кардани «арзиши асосии фармакотерапия»-и ОА ав-

валия коэффитсиенти CER ҳисоб карда шуд, ки барои ҳар як препарати гурӯҳи ППР қобили қабул буд (чадвалҳои 2 ва 3).

#### Чадвали 2. Хароҷот аз рӯи вақт дар динамика ва сатҳи коэффитсиенти CER ҳангоми истифода кардани СМП дар табобати ОА аввалия БЗ бо назардошти паст шудани сатҳи шохиси WOMAC, маҷмӯӣ.

Гурӯҳи беморон	3 моҳ			6 моҳ		
	Хароҷот	WOMAC, маҷмӯӣ	CER	Хароҷот	WOMAC, маҷмӯӣ	CER
Структум	287,2	29,4	9,7	572,4	53,2	13,3
Артра	774,0	22,9	37,6	1548,0	36,8	42,1

Хароҷот барои табобат ва ё «арзиши нимсолаи фармакотерапия» барои беморони дорои ОА аввалия БЗ бо ёрии модели таҳияшуда баҳодихӣ ба хароҷот ва меъёрҳои аз тарафи мо мушаххас кардашуда, барои баҳодихии табобати гузаронидашудаи комплекси даврагии ба препарати чудоғона пешбинишуда аз гурӯҳи ППР (структум, артра). самараноки баҳогузори

карда шуд.

Натиҷаҳои бадастовардаи мо дар протсессии ФЭК-таҳлил ва ҳисоб кардани CER бо маълумотҳои муҳаққиқони дигар мувофиқат мекунанд [16,21,22] ва нишон медиҳанд, ки хароҷот барои препаратҳои чудоғонаи гурӯҳи СМП, ки ба таври васеъ дар фармакотерапияи ОА аввалия паҳн шудаанд, хусусияти динамикӣ доранд (чадвали 2 ва 3).



**Чадвали 3. Харочот аз рӯи вақт дар динамика ва сатҳи коэффитсиенти CER хангоми истифода кардани СМП дар табобати ОА аввалия БЗ бо назардошти паст шудани талабот ба истеъмоли НПВП.**

Гурӯҳи беморон	3 мох			6 мох		
	Харочот	%-и беморон бе НПВП	CER	Харочот	%-и беморон бе НПВП	CER
Структум	287,2	26,9	10,7	572,4	61,4	9,3
Арта	774,0	14,2	54,5	1548,0	34,8	44,5

Дар маҷмуъ натиҷаҳои ниҳони таҳқиқот (чадвалҳои 2 ва 3) ва маълумотҳои дар пажӯҳишҳои дигар муҳаққиқон овардашуда [7,10,11,14,17] аз динамикаи будани хусусиятҳои харочот барои препарати ҷудогона аз гурӯҳи ППР дар давоми тамоми давраи табобат (6 мох) гувоҳӣ медиҳанд. Дар ин маврид муқаррар карда шудааст, ки харочоти нисбатан зиёдтар дар гурӯҳи артра (1548,0 сомони) ва харочоти кам дар табобати ОА БЗ аввалия барвақт ба қайд гирифта мешавад, ки дорои аҳамияти ночизи коэффитсиенти CER (9,3) ҳастанд, аз нуқтаи назари иқтисодӣ ва муносиб ва мувофиқи мақсад мебошанд.

Дар марҳалаи минбаъдаи ФЭК-таҳқиқот барои муайян кардани спектр ва ҳаҷми умумии харочоти бевоситаи ОА БЗ мо арзиши як курси ПСТ-ро ҳисоб кардем. Дар гурӯҳи ПСТ мо инҳоро дохил кардем: а) препаратҳои қатори симптоматикӣ - НПВП ва ГК; б) препаратҳои гурӯҳи СМП, ки иловатан бо мақсади интенсификасияи табобати ОА аввалия дар беморони гурӯҳи «таҳти таваҷҷуҳи махсус» истифода шуданд.

Натиҷаҳои ФЭК-таҳлил ва ҳаҷми харочоти бевосита барои ҳар як препарат аз гурӯҳи ПСТ алоҳида, дар ҳар як бемори мубтало ба ОА БЗ гурӯҳҳои I, II ва III муайян карда шуд ва дар чадвали 4 пешниҳод гардид.

**Чадвали 4.- Муайян кардани қимати (сомони) 1 ҳабб/амп, ва истифодаи ПСТ дар як курс дар беморони дорои ОА аввалия БЗ, гурӯҳҳои I, II ва III.**

Препарат	Гурӯҳи I (n=26)		Гурӯҳи II (n=40)		Гурӯҳи III (n=37)	
	Қимати 1ҳабб/амп	Қимати як курси табобат	Қимати 1ҳабб/амп	Қимати як курси табобат	Қимати 1ҳабб/амп	Қимати як курси табобат
Волтарен, д/м	11	693,0	11	990,7	11	825,0
Диклофенак	0,33	138,6	0,33	222,9	0,33	489,3
Мелоксикам, дм	13,3	518,7	13,3	1276,8	13,3	1516,4
Мелоксикам	2,2	147,5	2,2	3117,4	2,2	1221,5
Нимесулид	1,6	256,4	1,6	810,6	1,6	1208,3
Селебрекс	3,5	980,7	3,5	2125,7	3,5	3108,3
Кетонал Дуо	1,4	476,2	1,4	1155,3	1,4	1335,8
Атсеклофенак	1,7	714,4	1,7	1402,5	1,7	2117,6
Дипроспан, ИА	60	422,7	60	780,0	60	1260,0
Кеналог, ИА	24	288,0	24	576,0	24	630,0
Остераж, ИА	350,0	4200,0	350,0	14700,0	350,0	19600,0
Остенил, ИА	685,0	8220,0	685,0	28560,0	685,0	41100,0
Алфлутоп, в/м	30,0	-	30,0	-	30,0	3900,0
<b>ҲАМАҒӢ</b>	17055,5		557 7,9		80893,2	

**Примечание:** д/м - дохилимушакӣ; ИА – интраартикулярӣ.

Аз маълумотҳои дар чадвали 4 овардашуда ва маълумотҳои адабиётҳои илмии соҳаи охир [7,10,11,23,25] бармеояд, ки харочоти як курс барои истеъмоли ҳар як препарати алоҳида аз гурӯҳи ПСТ дар беморони дорои ОА аввалия БЗ чунин ба назар мерасанд, аз як тараф, хусусияти динамикаӣ дар

давоми тамоми давраи табобати фаъол (6 мох), аз тарафи дигар, ҳамбастагии зич аз хусусиятҳои самаранокии ППР (структум, артра) ва аз ҳама возеҳ- марҳалаҳои эволюсионии пешравии беморӣ мебошанд. Дар маҷмуъ натиҷаҳои ниҳой, ки дар протсессии ФЭК-таҳлил ва баҳодихӣ ба харочо-



ти бевоситаи курси табобати ОА БЗ гурӯҳҳои I, II ва III аз он гувоҳӣ медиҳад, ки агар харочоти умумӣ (курс) барои ПСТ дар гурӯҳи I камтарин бошад (17055,5 сомонӣ), беморони гурӯҳи III, баръакс харочоти баландтарини ин гурӯҳи препаратҳо (80893,2 сомони) баландтарин аст.

Ҳамин тавр, натиҷаҳое, ки дар протсессҳои ФЭЖ-таҳқиқот бо мақсади таҳлили муқоисавии ҷиддии харочоти самаранокии истифодаи СМП-и муосир ва препаратҳои қатори симптоматикӣ дар режими шиддатнокияш кифояи беморони дорои ОА БЗ гурӯҳҳои I, II ва III, ки дар асоси принципҳои стратегияи муосири фармакотерапевтии беморӣ нишон медиҳад: а) динамикӣ буада ни хусусиятҳои харочоти як препаратҳои алоҳида аз гурӯҳи ППР ва ҳам аз гурӯҳи ПСТ дар давоми тамоми давраи табобат (6 моҳ); б) дар байни СМП-ҳои муосир истифодаи структурм дар табобати ОА аввалияи барвақти БЗ, ки дорои коэффитсиенти пасттарини CER (9,3) аст, аз нуқтаи назари иқтисодӣ муносиб ва мувофиқи мақсад аст; в) агар

харочоти умумӣ (курс) барои ПСТ камтарин дар гурӯҳи I беморон (17055,5 сомонӣ) бошад, дар гурӯҳи III –и беморон баръакс харочоти баландтарин дар ҳамин зергурӯҳ барои истеъмоли курси табобат (80893,2 сомонӣ) ба мушоҳида мерасад; г) омили асосӣ, ки мавҷудияти он дар марҳалаи ниҳой ҳаҷми харочоти курси табобатро дар беморони дорои ОА аввалияи БЗ муайян мекунад, дараҷаи самаранокии ППР (структурм, артра), иштироки фаъол (майл доштан)-и бемор дар протсессҳои табобат мебошад, ки махсусан дар протсессии табобат, стҳои минималии заминаи коморбидӣ ва махсусан муҳим дар барвақт сар кардани табобати фаъол пас аз верификатсияи ташхиси ОА аввалияи барвақт мебошад; д) шохиси WOMAC, умумӣ ва миқдори бемороне (%), ки истеъмоли НПВП-ро вобаста аз дараҷаи самаранокии СМП қатъ кардаанд, препаратҳои муносиб ва истифодаанд дар тбаҳодиҳии самаранокии фармакотерапияи ОА аввалияи БЗ дар чорҷӯбаи ФЭЖ- таҳлил ва баҳодиҳӣ ба самаранокии СМП.

### Литература

1. Алексеева Л.И. Остеоартрит: эпидемиология, классификация, факторы риска, диагностика, лечение / Л.И. Алексеева, Е.А. Таскина, Н.Г. Кашеварова // Современная ревматология. - 2019. - 13(2) - С. 9-11.
2. Каратеев А.Е. Остеоартрит: современная клиническая концепция и некоторые перспективные терапевтические подходы / А.Е. Каратеев, А.М. Лиля // Научно-практическая ревматология. - 2018. - 56(1). - С. 70-81.
3. Ризоева О.Р. Первичный остеоартрит: этиопатогенетические аспекты, ранняя диагностика, факторы риска, подходы к терапии - современное состояние вопроса / О.Р. Ризоева, Ё.У. Саидов // АвчиЗухал. - 2019. - №4. - С. 108-115.
4. Osteoarthritis, a disease of the joint as an organ / R.F. Loeser [et al.] // Arth. Rheum. - 2012. - № 64 (6). - P. 1697-1707.
5. Анализ распространенности и факторов риска развития остеоартрита в популяции / О.О. Портянникова [и др.] // Современная ревматология. - 2019. - №13 (2). - С. 105-111.
6. Остеоартрит коленных суставов и метаболический синдром: новые подходы к терапии / Л.И. Алексеева [и др.] // Научно-практическая ревматология. - 2018. - №56 (2). - С. 157-163.
7. Scanzello CR. Role of low-grade inflammation in osteoarthritis / C.R. Scanzello // *Curr Opin Rheumatol.* - 2017. - V. 29(1). - P. 79-85.
8. Osteoarthritis year in review 2016: imaging / M. Boesen [et al.] // *Osteoarthritis Cartilage.* - 2017. - V. 25(2). - P. 216- 226.
9. Erosive osteoarthritis: a systematic analysis of definitions used in the literature / D. J. Gazeley DJ [et al.] // *Semin Arthritis Rheum.* - 2017 Feb. - V. 46 (4). - P. 395-403.



10. Медико-экономический анализ влияния инвалидизации, ассоциированной с ревматическими заболеваниями на экономику страны с учетом реализации пенсионной реформы / А.М. Лиля [и др.] // Современная ревматология. – 2019. – № 13 (4). – С. 18-25.
11. Майко О.Ю. Фармакоэкономические аспекты применения хондроитина сульфата у больных остеоартрозом в амбулаторных условиях / О.Ю. Майко // Проблемы стандартизации в здравоохранении. - 2020. - №3-4. - С. 72-77.
12. Analysis for Prognostic Factors from a Database for the Intra-Articular Hyaluronic Acid (Euflexxa) Treatment for Osteoarthritis of the Knee / R.D. Altman [et al.] // Cartilage. -2016. - V. 7(3). - P. 229-237.
13. Hyaluronic acid versus platelet-rich plasma: A prospective, double-blind randomized controlled trial comparing clinical outcomes and effects on intra-articular biology for the treatment of knee osteoarthritis / V.J. Cole [et al.] // *Am J Sports Med.* - 2017. - V. 45(2). - P. 339-346.
14. Сравнительный клинико-экономический анализ применения препаратов SYSADOA, содержащих хондроитина сульфата или влияющих на его биосинтез, для лечения пациентов с остеоартрозом коленных суставов II стадии / И.В. Сарвилина [и др.] // Современная Фармакоэкономика и Фармакоэпидемиология. - 2019. - №4. - С. 255-265.
15. Сравнительный клинико-фармакоэкономический анализ и оценка эффективности комплексной терапии у больных первичным ОА коленных суставов I-III стадии, основанной на современной фармакотерапевтической стратегии заболевания / А.Д. Давлатзода [и др.] // Вестник Авиценны, 2021. - №4 (23). – С. 520-531.
16. Барбакадзе Л.А. Клинико-экономические факторы эффективности терапии больных остеоартрозом в условиях больницы восстановительного лечения: автореф. дисс. ... канд. мед. наук: 14.00.39 / Л.А. Барбакадзе // Ярославль., 2009 - 22 с.
17. Костюк А. Клиническая и экономическая эффективность использования гилан g-f 20 при ведении пациентов с болями и ограничением подвижности при остеоартрозе / А. Костюк, А. Альмадиева, А. Аканова // Ревматология. - 2016. - № 9(171). - С. 56-70.
18. Лиля А.М. Современные подходы к фенотипированию остеоартрита / А.М. Лиля, Л.И. Алексеева, К.А. Тельшев // Современная ревматология. - 2019. - №13 (2). - С. 4-8.
19. OARSI guidelines for the non-surgical management of knee osteoarthritis / T.E. Mc Alindon [et al.] // *Osteoarthritis Cartilage.* - 2016. - V. 23(4). - P. 286-299.
20. Ягудина Р.И. Анализ «стоимости болезни»: виды, методология, особенности проведения в Российской Федерации / Р. И. Ягудина, И.Ю. Зинчук, М.М. Литвиненко // Фармакоэкономика: современная фармакоэкономика и эпидемиология. - 2012. - №1. - С. 4-6.
21. Теплякова О.В. О месте препаратов гиалуроновой кислоты у пациентов с разными фенотипами остеоартрита коленных суставов / О.В. Теплякова // Современная ревматология. – 2016. – №10 ( 4). – С. 92-96.
22. Хохлов А.Л. Клинико-экономический анализ различных методик восстановительного лечения остеоартроза / А.Л. Хохлов, Л.А. Барбакадзе, Л.А. Лисенкова // Проблемы стандартизации в здравоохранении. - 2008. - №11. - С. 30-36.
23. Efficacy and safety of intraarticular hyaluronic acid and corticosteroid for knee osteoarthritis: A meta-analysis / W.W. He [et al.] // *Int J Surg.* - 2017, Mar. - V. 39. - P.95-103.
24. Сравнение эффективности препаратов гиалуроновой кислоты различной молекулярной массы и в сочетании с хондроитина сульфата в лечении пациентов с остеоартритом коленного сустава I-III стадии / В.Е. Бялик [и др.] // Научно-практическая ревматология. – 2020. – №5 (58). – С. 560-569.
25. Препараты гиалуроновой кислоты в лечении остеоартрита: все ли нам ясно? / А.Е. Каратеев [и др.] // Современная ревматология. – 2018. – 12(3). – С. 40-52.



## КОМПЛЕКСНЫЙ АНАЛИЗ И СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА КЛИНИКО-ЭКОНОМИЧЕСКОЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ ПРЕПАРАТОВ СИМПТОМАТИЧЕСКОГО РЯДА И СОВРЕМЕННЫХ СТРУКТУРНО-МОДИФИЦИРУЮЩИХ ПРЕПАРАТОВ У БОЛЬНЫХ ПЕРВИЧНЫМ ОСТЕОАРТРИТОМ КОЛЕННЫХ СУСТАВОВ I-III СТАДИИ

Одилзода И.Ё.

ГОУ Республиканский медицинский колледж, г. Душанбе.

**Цель:** сравнительный анализ и оценка клинико-экономической эффективности применения препаратов симптоматического ряда и структурно-модифицирующих препаратов (СМП) у пациентов с первичным остеоартритом (ОА) коленных суставов (КС) I, II и III стадии, основанной на современной фармакотерапевтической стратегии заболевания.

**Материал и методы:** у 103 пациентов с первичным ОА КС I-III стадии проведен сравнительный клинико-экономический анализ эффективности курсового применения (6 мес) современных СМП (структур, артра) в сочетании с препаратами гиалуроновой кислоты (ГлК) интраартикулярно (остераж, остенил) и препаратов симптоматического ряда (нестероидные противовоспалительные препараты - НПВП и глюкокортикоиды - ГК).

**Результаты:** Полученные результаты показывают, что у пациентов I, II и III групп на всех этапах исследования (через 3 и 6 мес) снижение уровня индекса WOMAC, суммарный и количество пациентов (%) прекративших прием НПВП стабильно было весомым у пациентов группы структурума, чем у пациентов группы артра. При этом было установлено, что более высокие затраты наблюдаются в группе артра (1548,0 сомони), а низкие затраты – в группе структурума (572,4

сомони), применение которого в терапии раннего первичного ОА КС, имеющего наиболее низкие значения коэффициента Cost-effectiveness ratio (CER) (9,3), является наиболее оправданным и целесообразным с экономической точки зрения.

**Заключение:** в процессе фармакоэкономического (ФЭК)-исследования было установлено, что: а) если суммарные (курсовые) затраты на препараты сопутствующего ряда (ПСТ) были наименьшими у пациентов I группы (17055,5 сомони), то у пациентов III группы наоборот наблюдаются самые высокие затраты на курсовое применение препаратов данной подгруппы (80893,2 сомони); б) ведущими факторами, наличие которых в конечном этапе определяет объем курсовых затрат у пациентов с первичным ОА КС, являются степень эффективности препаратов первого ряда - ППР (структур, артра), активное участие (приверженность) пациента в лечебном процессе, минимальный уровень коморбидного фона и, что особенно важно - раннее начало активной терапии сразу же после верификации диагноза раннего первичного ОА КС.

**Ключевые слова:** первичный остеоартрит, коленные суставы, фармакоэкономический анализ, структурум, артра, остенил, остераж, индекс WOMAC.

## COMPREHENSIVE ANALYSIS AND COMPARATIVE EVALUATION OF CLINICAL AND ECONOMIC EFFICIENCY OF THE USE OF SYMPTOMATIC DRUGS AND MODERN STRUCTURAL-MODIFYING DRUGS IN PATIENTS WITH PRIMARY OSTEOARTHRITIS OF THE KNEE JOINTS OF STAGE I-III

Odilzoda I.Y.

The State Educational Institution Republican Medical College, Dushanbe.

**Objective:** comparative analysis and evaluation of the clinical and economic effectiveness of the use of symptomatic drugs and structural modifying drugs (SMD) in patients with primary



osteoarthritis (OA) of the knee joints (KJ) of stage I, II and III, based on a modern pharmacotherapeutic strategy of the disease.

**Material and methods:** a comparative clinical and economic analysis of the effectiveness of course use (6 months) of modern SMD (structum, arthra) in combination with hyaluronic acid (GIA) intraarticularly (osterazh, ostenil) and symptomatic drugs (nonsteroidal anti-inflammatory drugs - NSAIDs) was carried out in 103 patients with primary OA KJ of stage I-III and glucocorticoids - GC).

**Results:** The results obtained show that in patients of groups I, II and III at all stages of the study (after 3 and 6 months), the decrease in the level of the WOMAC index, the total and the number of patients (%) who stopped taking NSAIDs was consistently significant in patients of the structum group than in patients of the arthra group. At the same time, it was found that higher costs are observed in the arthra group (1548.0 somoni), and low costs are observed in the structum group (572.4 somoni), the use of which in the therapy of early primary

OA KJ, having the lowest values of the cost-effectiveness ratio (CER) (9.3), is the most justified and appropriate from an economic point of view.

**Conclusion:** during the pharmaco-economical (PhEC) study, it was found that: a) if the total (course) costs of concomitant drugs (CD) were the lowest in patients of group I (17055.5 somoni), then patients of group III, on the contrary, have the highest costs for the course use of drugs of this subgroup (80893.2 somoni); b) the leading factors, the presence of which at the final stage determines the amount of course costs in patients with primary OA KJ, are the degree of effectiveness of first-line drugs - FLD (structum, arthra), active participation (commitment) of the patient in the treatment process, the minimum level of comorbid background and, most importantly, the early start of active therapy immediately after the verification of the diagnosis of early primary OA KJ.

**Keywords:** primary osteoarthritis, knee joints, pharmacoeconomical analysis, structum, arthra, ostenil, osterage, Womac index.

*Одилзода И.Ё. - н.и.т., ассистенти кафедраи терапияи МДТ Коллеҷи тиббии ҷумҳуриявӣ, ш. Душанбе, Тел.000 000 027*

*Одилзода И.Ё – к.м.н., ассистент кафедраи терапияи ГОУ Республиканский медицинский колледж, г. Душанбе, Тел.000 000 027.*

*Odilzoda I. Yo. I – Candidate of Medical Sciences, Assistant of the Department of Therapy of the State Educational Institution Republican Medical College, Dushanbe, Tel. 000 000 027*

## САМАРАНОКИИ ISCHEMIC PRECONDITIONING МИОКАРД АЗ ОСЕБҲОИ ИШЕМИКӢ ҲАНГОМИ СТЕНОКАРДИЯИ УСТУВОР ДАР БЕМОРОНИ ГИРИФТОРИ ФИШОРБАЛАНДИИ ШАРӢНИ ИДОРАШАВАНДА

Шарипова Х.Ӣ., Раҳимов Ч.Ч., Гулова Р.М., Соҳибов Р.Г.

Кафедраи пропедевтикаи бемориҳои дарунии МДТ «Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абуалӣ ибни Сино» (Чумхурии Тоҷикистон, ш. Душанбе)

**Мубрамият. Проблемаи асосии тибби муосир бемории ишемикии дил (БИД) мебошад, ки дорои хусусиятҳои пахншавии васеи пешгӯии ниҳоят бад аст [1, 2]. Сатҳи фавт аз БИД баланд боқӣ мемонад: тибқи маълумоти регистрҳои миллӣ фавти дохилигоспиталӣ дар кишварҳои Аврупо аз 4 то 12% аст [3].**

Омили муҳимми этиологӣ, ки бешубҳа, ба самаранокии табобати БИД таъсир мерасонад, фишорбаландии шарёни ба ҳисоб меравад [4]. Фишорбаландии шарёни тақрибан чоряки аҳолии қурраи Замиро фаро гирифтааст ва муҳимтарин омили хатари пайдошавии бемориҳои дилу рағҳо ва фавт мебошад. Дар байни одамони ҷавон низ фишорбаландии шарёнипахн шудааст, дар одамони аз 20 то 40-сола вай дар ҳар як нафари 8-ум, яъне дар 12,5%-и онҳо ба назар мерасад [5, 6].

Кардиоситопротексия, яъне пешгирӣ намудани осебҳои ишемикӣ-реперфузиони миокард ҷанбаи асосии профилактикаи пайдошавии инфаркти миокард аст, махсусан агар БИД дар заминаи ФШ чараён дошта бошад [7].

Механизмҳои пайдошавӣ ва предикторҳои пешравии чараёни БИД бисёрпахлӯ аст ва вобаста аз ин, маълум мешавад, ки усулҳои таъсиррасонӣ ба суръати фарсудаҷавии захираҳои аденозинтрифосфат дар миокард бо суст шудани он ҳангоми ишемияи миокард, ки ischemic preconditioning номида мешавад, яке аз самтҳои ояндадори кардиология аст [2]. Ischemic preconditioning ё мутобиқшавии метаболикӣ, — феномени баланд шудани устувории ҳуҷайраҳои узв ба ишемия аст, ки пас аз як ё якҷанд лаҳзаҳои кӯтоҳмуддати ишемӣ-реперфузӣ пайдо мешавад [7].

Баҳогузурӣ ба табобати стандартии стенокардияи устувор бо имитатсия ischemic

preconditioning дар заминаи фишорбаландии шарёни идорашаванда, дар муқоиса бо миокардотерапияи омехта бо МИ дар беморони синну соли ҷавон ва миёна дорои аҳамияти илмӣ ва амалӣ мебошад.

**Мақсади таҳқиқот.** Омӯхтани самаранокии миокарди омехта бо миокарди сиклии ischemic preconditioning, табобати стенокардияи устувор дар беморони синну соли ҷавон ва миёнасоли дорои ангиографияи коронарӣ.

**Мавод ва усулҳои таҳқиқот.** Дар шубҳаи кардиологӣ таҳти муоина 2 гурӯҳи беморони ( $n=60$ ) дорои стенокардияи устувор (СУ) қарор доштанд, ки дар заминаи АГК аз ҷиҳати синну сол, ҷинс ва возеҳии СУ ва шохиси массаи бадан муқоисашаванда буданд, ҳиссаи беморони гирифтори Covid-19 (на камтар аз 6 моҳ) ва сатҳи ибтидоии фишори шарёнии систоликӣ ва диастоликӣ буданд, ки дар онҳо баҳогузурӣ муқоисавии самаранокии ,у которихпроведенасравнительная оценка эффективности стандартной (1 группа,  $n=30$ ; средний возраст  $52,7\pm 4,9$  лет) и комбинированной с ИП терапии (2 группа,  $n=30$ ;  $52,5\pm 4,8$  лет) стабильной стенокардии у пациентов молодого и среднего возрастов (согласно классификации ВОЗ) с КАГ.

Моделирование дистанционного ИП (ischemic preconditioning) (2 ду маротиба дар як рӯз) бо истифода аз манжеткии тонометр (фишор додани манжеткаи рағҳои китф болотар аз фишори систоликӣ то 50 мм сут. сим. Ба муддати 5 дақиқа в бо реперфузия дар муддати 5 дақ.; се маротиба) минбаъд гузаронидани мониторинги холтеровии ЭКГ (ХМ-ЭКГ) дар давоми 24 соат. Дар шабонарӯзи 2-3 гузаронидани ХМ – ЭКГ (дар давоми 2-3 соат) дар шароити пайдо шудани шикоят, аритмия ва хурӯҷҳои стенокардияи пешбинӣ мешавад.



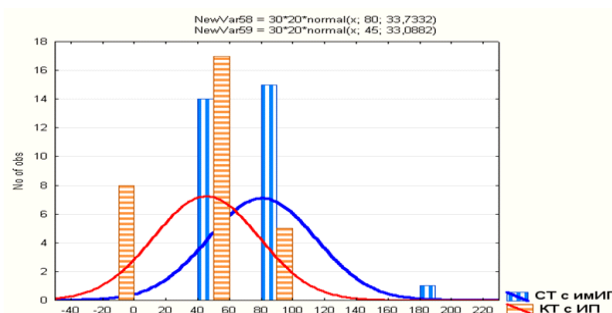
Ҳангоми баҳогузорӣ ба самаранокии эффе́ктивности СТ ва КТ (бо ischemic preconditioning), динамика ба ҳисоб гирифта шуд: клиникӣ-гемодинамикӣ (сатҳи ФШ, фаълнокии чисмонӣ (ФЧ), синфи функсионалӣ (СК) СУ тибқи таснифи Канада БИД ИБС (с.1979) ва дараҷаи норасоии музмини дил (аз ҷумла мувофиқи шкалаи норасоии музмини дил (НМД) (аз ҷумла мувофиқи шкалаи баҳодихии клиникӣ – ШОКС); нишондиҳандаҳои ХМ-ЭКГ дар давоми 24 соат, тести роҳгардии 6-дақиқагӣ ва велоэргометрия (ВЭМ). Таҳқиқоти махсус ду маротиба гузаронида шуд: дар ибтидо ва дар охири сеанси 10-и сикли табобати панҷрӯзаи омехта (ТК) бо ischemic preconditioning миокард .

Таҳлили оморӣ бо ёрии бастаи амлии «Statistica 10,0» гузаронида шуд. Бузургҳои мутлақ дар шакли  $M \pm SD$ ; муқоисаҳои бузургҳои мутлақ тибқи U-критерияи Манн Уитни барои интихобҳои мустақим ва тибқи критерияи Крускал-Уоллис барои якчанд намунаҳои озод ифода шуданд. Муқоиса кардани тағйиротҳо критерияи  $\chi^2$  иҷро карда шуд; дар сурати 5 то ва камтар будани аломатҳо аз критерияи дақиқи Фишер истифода шуд, дар сурати 10 аломат – критерияи Йетс. Баҳогузорӣ ба иртиботи коррелясионӣ дар байни ҷуфти аломатҳо бо усули коррелятсияи Spearman анҷом пазируфт. Фарқият байни натиҷаҳои ба даст овардашуда ҳангоми  $p < 0,05$  аз ҷиҳати оморӣ муҳим ҳисобида шуд.

**Натиҷаҳои таҳқиқот ва баррасии онҳо.** Тағйиротҳои клиникӣ-гемодинамикӣ. Нисбат ба таҳаммулпазирии сеансҳои ИП дар заминаи фишорбаландии шарёнӣ фикри ягона мавҷуд нест. Бо назардошти он мо ба таҳаммулпазирӣ ва бехатарии сеансҳои ИП дар заминаи ФШ диққати махсус додаем. Дар ин маврид, аввалан, таҳаммулпазирии қаноатбахш ИП миокарди беморон муайян карда шуд. Дуюм, набудани зухуроти клиникӣ-гемодинамикӣ, психоэмотсионалӣ ва соматикӣ дар беморон ба мушоҳида расид, ба монанди бозсозии ИП, ва ҳам дар давоми тамоми сиклҳои он. Сеюм, зарураати қатъ кардани протсекураи сохтани ИП

миокард ба назар нарасид: дар 8 бемор дар рӯзҳои 1-2 –юм эҳсосоти нохуб дар мавзеи гузошташудаи манжети тонометр ба мушоҳида расид, ки пас аз 15-20 дақиқа бе нишон нест шуданд.

Ҳангоми таҳлили муқоисавии тағйиротҳои клиникӣ-гемодинамикӣ мувофиқи қиматҳои миёна “(%) ҳангоми СТ ва ТК (бо ИП миокард), нишон дод, ки дар заминаи КТ дараҷаи пастшавии ФШД (13,7% ва 22,2% - мутаносибан ҳангоми СТ ва ТК;  $p < 0,0001$ ) ва СФ СУ (20% ва 55% - мутаносибан ҳангоми СТ ва ТК;  $p = 0,0001$ ; расми 1) –аҳамиятнок ҳангоми муқоиса кардан бо динамикаи онҳо дар заминаи СТ.



**Расми 1.-Динамикаи СФ стенокардияи устувор (аз 100%) ҳангоми табобати стандартӣ (бо ИП) омехта (с ИП) мувофиқи “(%) дар беморони дорои ФШК .**

Паст шудани ФШС (то 16% ва 16,4%) ҳангоми равишҳои гуногуни муолиҷа муқоиса шавандаанд. Дараҷаи кам шудани аломатҳои НМД мувофиқи СФ (мутаносибан 18,3% ва 38,3%;  $p > 0,05$ ) ва ШОКС (мутаносибан 35,8% ва 47,9%;  $p > 0,05$ ) ва баланд шудани ФЧ (мутаносибан 35,7% ва 47,9%;  $p > 0,05$ ) дар заминаи ТК возеҳтаранд, нисбат ба СТ, аммо чандон муҳим нестанд ( $p > 0,05$ ).

Тағйироти нишондиҳандаҳои ХМ-ЭКГ ва ТШХ. Муқаррар карда шуд, ки дараҷаи камшавии ЧСС дар як шад (то 6,2% ва 3,1% ҳангоми ТК;  $p = 0,5916$ ) возеҳ набуд, аммо тағйиротҳои мусбат дар заминаи ТК муҳимтар буданд (ҷадвали 1). Ин: кам шудани ЧСС дар рӯз (то 0,6% ва 5,9% ҳангоми СТ ва ТК;  $p = 0,0315$ ), ЖЭ дар рӯз (59,4% ва 97,5% дар заминаи СТ ва КТ – мутаносибан;  $p < 0,0001$ ) ва дар шаб (мутаносибан 58,4% ва 93,3% дар заминаи СТ ва КТ – мутаносибан;

$p=0,0098$ ); кам шуждани лаҳзаҳои ишемияи миокард (мутаносибан 34,2% ва 92,2% дар заминаи СТ ва КТ – мутаносибан;  $p=0,0021$ )

ва давомнокии умумии лаҳзаҳои ишемияи миокард (7,7% ва 83% дар заминаи СТ ва КТ – мутаносибан;  $p=0,0430$ ).

**Чадвали 1. Динамикаи нишондиҳандаҳои ХМ-ЭКГ ва ТШХ дар охири табобати стандартӣ (бо имитатсияи ИП миокард) ва омехта бо ИП миокард бо стенокардияи устувор дар заминаи КАГ.**

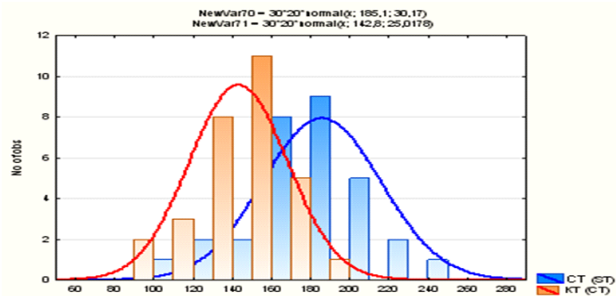
Нишондиҳанда	1. Табобати стандартӣ		$\Delta(\%)$	2. Табобати омехта		$\Delta(\%)$	p (бо $\Delta(\%)$ )
	то	пас		то	пас		
ЧСС дар рӯз, зарба/дак.	76,3±5,4	75,6±5,8	↓0,6	77,6±5,78	72,7±5,55	↓5,9	=0,0315
ЧСС дар рӯз, зарба/дак.	64,3±10,8	58,7±10,7	↓6,2	63,7±10,7	59,8±5,26	↓3,1	=0,5916
ЖЭ дар рӯз, (мутл)	5,23±2,28	2,33±2,84	↓59,4	5,07±3,12	0,1±0,305	↓97,5	<0,0001
ЖЭ дар рӯз, (мутл)	1,76±1,91	0,7±1,15	↓58,4	1,63±1,65	0,067±0,253	↓93,3	=0,0098
Эпизодҳои ИМ, мутл.	1,9±1,062	0,97±1,03	↓34,2	2,0±1,364	0,1±0,305	↓92,2	=0,0021
Давомнокии ЭИМ, сония	310,2±149,6	177,0±164,1	↓7,7	258,6±165,7	19,4±61,1	↓83,0	=0,0430
ТШХ, м	401,2±83,1	442,1±71,1	↑15,1	405,4±67,9	495,9±61,1	↑24,4	=0,0348

Эзоҳ: ИП – ischemic preconditioning ; p – аҳамияти оморӣ фарқиятҳои гурӯҳҳои муқоисашавандаи гурӯҳ (бо U- критерияи Манн - Уитни).

Хеле зиёд шудани тағйироти фосилаи тайкардашуда то ТШХ инчунин дар заминаи табобати омехта ба мушоҳида мерасад (15,1% ва 24,4% - ҳангоми СТ ва КТ мутаносибан;  $p=0,0348$ ).

Тағйироти нишондиҳандаҳои велоэргометрияи. Ҳангоми таҳлили муқоисавии ВЭМ ҳангоми СТ ва ТК по мувофиқи қиматҳои тағйирот - “(%)”, муқоисашавандаи ООВР дида шуд. Аммо, ба ин нигоҳ накарда, тағйироти назаррас дар тарафи зиёд шудани вақти сарборӣ (мутаносибан 9,3% ва 13,2% дар заминаи СТ ва ТК;  $p=0,0243$ ) ва вақти то пайдо шудани ишемияи миокард (мутаносибан 6,1% ва 15,2% дар заминаи СТ ва КТ;  $p=0,0085$ ) – дар боло дар заминаи табобати омехта ба қайд гирифта шуд.

Ин тағйиротҳоро хеле кам шудани бузургии умумии бечошавии сегменти ST (мутаносибан то 10,0% ва 17,8% - ҳангоми СТ ва КТ;  $p=0,3343$ ) ва хеле зиёд ҳангоми кам шудани вақти барқароршавии ЭКГ то сатҳи ибтидоӣ (мутаносибан то 10,2% ва 31,6% - ҳангоми СТ ва КТ;  $p=0,0002$ ; расми 2).



**Расми 2. Вақти барқароршавии ЭКГ то сатҳи ибтидоӣ дар беморони дорои стенокардияи устувор ва КАГ, дар заминаи табобати стандартӣ бо имитатсияи ҷией ИП (СТ) ва табобати омехта бо ИП (КТ) (сония).**

Ҳамин тавр, дар беморони дорои СУ дар заминаи КАГ зухуроти иловагии ҳам ҳангоми азнавсозии ИП ва ҳам дар давоми тамоми сикл манфӣ мавҷуд набуданд. Ҳангоми таҳлили муқоисавии самаранокии табобати стандартӣ ва омехта (бо ischemic preconditioning сиклӣ) –и стенокардияи устувор дар беморони дорои КАГ (мувофиқи тағйироти миёнаи қиматҳо - “(%)”, зиёд шудани тағйиротҳои позитивӣ дар заминаи КТ, ҳам аз ҷиҳати нишондиҳандаҳои кли-



никӣ-гемодинамикӣ (пастшавии назарраси ФШД ва ФК СУ), ҳам аз рӯи натиҷаҳои ХМ-ЭКГ (камшавии назарраси басомади экстрасистолии меъдаҷаҳо, лаҳзаҳои ишемии миокарда ва давомнокии умумии ишемии миокард).

Тағйироти позитивии нишондиҳандаҳои ВЭМ дар заминаи ТК, асосан, ба кӯтоҳ шу-

дани вақти барқароршавии ЭКГ сатҳи ибтидоӣ алоқаманданд. Натиҷаҳои ба даст овардашуда аз он дарак медиҳанд, ки истифодаи сиклҳои ИП миокард дар беморони дорои стенокардияи устувор дар заминаи фишорбандии шарёии идорашаванда самаранокии таботати стандартиро зиёд мекунад.

### Адабиёт

1. Баутин, А.Е., Карпова, Л.И., Маричев, А.О., Ташханова, Д.М., Науменко, В.С., Галагудза, М.М. Кардиопротективные эффекты ишемического кондиционирования: современные представления о механизмах, экспериментальные подтверждения, клиническая реализация. // Трансляционная медицина. 2016. Т. 1 №3. С. 50-62.
2. Карпов Ю.А. Хроническая ишемическая болезнь сердца: новости лечения. ConsiliumMedicum 2016;18(1):38-44.
3. Рахимов, З.Я. Актуальные проблемы кардиологической службы Республики Таджикистан и пути их решения / З.Я. Рахимов, Дж.Х. Нозиров, А.Р. Нарзуллоева // Здоровоохранение Таджикистана. - 2013. - № 3. - С.55-58.
4. Российское кардиологическое общество; Национальное общество по изучению атеросклероза; Национальное общество по атеротромбозу. Клинические рекомендации. Стабильная ишемическая болезнь сердца 2016. МКБ 10: I20.1/I20.8/I20.9/ I25.0/I25.1/I25.2/I25.5/ I25.6/I25.8/I25.9. Годутверждения: 2016.
5. Guideline for the Prevention, Detection, Evaluation, and Management of High Blood Pressure in Adults: Executive Summary: A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Clinical Practice Guidelines /Whelton P.K, Carey R.M, Aronow W.S, Casey D.E, Collins K.J, Dennison Himmelfarb C et al.. // Hypertension. 2018; 71(6):1269–324. DOI: 10.1161/ HYP.0000000000000066
6. Sundström J, Neovius M, Tynelius P, Rasmussen F. Association of blood pressure in late adolescence with subsequent mortality: cohort study of Swedish male conscripts. *BMJ*. 2011; 342:d643. doi: 10.1136/bmj.d643
7. Thygesen K, Alpert JS, Jaffe AS, Chaitman BR, Bax JJ, Morrow DA, White HD; ESC Scientific Document Group. Fourth universal definition of myocardial infarction (2018). *Eur Heart J* 2019; 40: 237-269.

### «ЭФФЕКТИВНОСТЬ ИШЕМИЧЕСКОГО ПРЕКОНДИЦИОНИРОВАНИЯ МИОКАРДА ПРИ СТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИИ У ПАЦИЕНТОВ КОНТРОЛИРУЕМОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ»

Шарипова Х.Ё., Рахимов Дж.Дж., Гулова Р.М., Сохибов Р.Г.

Кафедра пропедевтики внутренних болезней ТГМУ им. Абуали ибни Сино (Республика Таджикистан, г. Душанбе)

В статье приводятся данные об комбинированной терапии с ишемическим прекондиционированием миокарда (ИПМ) у больных молодого и среднего возрастов со стабильной стенокардией (СС) на фоне контролируемой артериальной гипертензии (АГ).

Статья посвящена актуальной на сегодня

проблеме сердечно-сосудистой патологии. В исследование включены 60 больных обоего пола с ИБС, в возрасте до 58 лет (средний возраст  $52,6 \pm 4,8$  года), с проявлениями СС 2-го функционального класса (ФК) на фоне контролируемой артериальной гипертензией. В статье приводятся





сравнительная оценка эффективности стандартной (СТ) и комбинированной (КТ) с ИПМ терапии.

Установлена положительная динамика изученных показателей: превышение позитивных сдвигов на фоне КТ, как по клинико-гемодинамическим показателям, так и по показателям ХМ-ЭКГ. Позитивные сдвиги показателей ВЭМ на фоне КТ тоже имеет тенденцию к повышению на фоне контро-

лируемой артериальной гипертензии.

Сравнительное изучение и анализ кардиопротективных эффектов ИП у больных ИБС на фоне КАГ в дальнейшем, может повышать эффективность проводимой терапии.

**Ключевые слова:** ишемическое прекондиционирование, средний возраст, контролируемая артериальная гипертензия, Холтер-мониторирование, велоэргометрия.

### “The effectiveness of ischemic myocardial preconditioning in stable angina in patients with controlled arterial hypertension”

**Sharipova Khursand Yodgorovna, Rakhimov Jasur Jumaboevich, Gulova Rukhshona**

**Mahmadshoevna, Sohbov Rahmatullo Gulomovich**

Propedeutics Internal Diseases Department, SEIATSMU

The article presents data on combined therapy with ischemic myocardial preconditioning (IPM) in young and middle-aged patients with stable angina pectoris (SAP) against the background of controlled arterial hypertension (CAH).

The article is devoted to the current problem of cardiovascular pathology. The study included 60 patients of both sexes with coronary heart disease, aged up to 58 years (mean age  $52.6 \pm 4.8$  years), with manifestations of SAP of the 2nd functional class (FC) on the background of controlled arterial hypertension. The article presents a comparative assessment of the effectiveness of standard (ST) and combined (CT) with IPM therapy.

The positive dynamics of the studied indicators has been established, the excess of positive shifts on the background of CT, both in clinical and hemodynamic parameters and in Holter monitoring-Electrocardiogram indicators. Positive shifts in bicycle ergometry indicators against the background of CT also tend to increase against the background of controlled arterial hypertension.

Comparative study and analysis of cardio protective effects of IP in patients with coronary heart disease on the background of CAH in the future may increase the effectiveness of therapy.

**Keywords:** ischemic preconditioning, middle age, controlled arterial hypertension, Holter monitoring, bicycle ergometry.

*Шарипова Хурсанд Ёдгоровна – д.и.т., профессори кафедраи таълими асосҳои бемориҳои дарунии МДТ ДДТТ ба номи Абуали ибни Сино, E.mail: sharipovakh@mail.ru. tel: 935811297*

*Шарипова Хурсанд Ёдгоровна – д.м.н., профессор кафедри пропедевтики внутренних болезней ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино, E.mail: sharipovakh@mail.ru. тел: 935811297*

*Sharipova Khursand Yodgorovna – d.m.s., professor of Propedeutics Internal Diseases Department, SEIATSMU, E.mail: sharipovakh@mail.ru. tel: 935811297*

*Раҳимов Ҷасур Ҷумабоевич – аспиранти ризонаи кафедраи таълими асосҳои бемориҳои дарунии МДТ ДДТТ ба номи Абуали ибни Сино, E.mail: jasur5000@yandex.ru. тел: 918-52-92-35*

*Рахимов Джасур Джумабоевич – очный аспирант кафедры пропедевтики внутренних болезней ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино, E.mail: jasur5000@yandex.ru. тел: 918-52-92-35*

*Rakhimov Jasur Jumaboevich – Postgraduate student of the Department of Propedeutics of Internal Diseases, SEIATSMU, E.mail: jasur5000@yandex.ru. tel: 918-52-92-35*

*Гулова Рухшона Махмадшоевна – аспиранти ризонаи кафедраи таълими асосҳои бемориҳои дарунии МДТ ДДТТ ба номи Абуали ибни Сино, E.mail: komron909@mail.ru. тел: 939220881*



**Гулова Рухшона Махмадшоевна** – аспирант кафедры пропедевтики внутренних болезней ГОУ ТГМУ им. Абуали ибн Сино, E.mail: komron909@mail.ru. тел: 939220881

**Gulova Rukhshona Mahmadsheevna** – Postgraduate student of the Department of Propedeutics of Internal Diseases, E.mail: komron909@mail.ru. tel: 939220881

**Соҳибов Раҳматулло Гуломович** – номзади илмҳои тиб, мудири кафедраи бемориҳои дарунии №2 бо курси фармакологияи клиникӣ, МДТ ДДТТ ба номи Абуалӣ ибни Сино, E.mail: rahmatulosokhibov@gmail.com. тел: 918-68-25-39

**Соҳибов Раҳматулло Гуломович** – кандидат медицинских наук, заведующий кафедрой внутренних болезней №2 с курсом клинической фармакологии ГОУ ТГМУ им. Абуали ибн Сино, E.mail: rahmatulosokhibov@gmail.com. тел: 918-68-25-39

**Sohibov Rahmatullo Gulomovich** – PhD, head of the Department of Internal Diseases #2 with the course of clinical pharmacology of SEI ATSMU, E.mail: rahmatulosokhibov@gmail.com. tel: 918-68-25-39

## ГИМНАСТИКАИ НАФАСКАШӢ ДАР РЕАБИЛИТАТСИЯИ СИНДРОМИ ПОСТКОВИДӢ

**Фаттоева Н.В., Алиева Е.Г.**

Кафедраи бемориҳои дарунии № 1 МДТ «ДДТТ ба номи Абуалӣ ибни Сино», ш. Душанбе, Тоҷикистон.

**Муҳимият.** Бемории коронавирус на танҳо чарёни вазнин ва пешравии босуръат дар байни аҳолиро доро мебошад, балки дар он давраи барқароршавӣ пас аз беморӣ тӯлонӣ мебошад. Шифоёбӣ аз коронавирус дар бештари беморон сабук ва ба зудӣ, тавре ки меҳомем, ба даст намеояд. Аксари бештари одамон ба истилоҳ дорои синдроми постковидӣ мебошанд ва ба зудӣ ба ҳаёти муқаррарӣ баргаштани онҳо муяссар намешавад. Пешгӯй кардан, ки одамон COVID-ро чӣ тавр мегузаронанд, мутаассифона ғайри имкон аст. Ҳатто дар одамони дорои масунияти мустаҳкам низ, беморӣ чарёни вазнин дорад ва давраи реабилитатсия низ дар ин маврид дуру дароз аст.

Дар айни замон дар онҳое, ки бемории коронавирусо сабук ва бе симптом гузаронидаанд, мумкин аст, ки синдроми постковидӣ ё ковиди тӯлонӣ ба мушоҳида расад.

Синдроми постковидӣ – маҷмӯи симптомоҳое мебошад, ки дар беморон пас аз се моҳ ва ё зиёдтари шифоёбӣ боқӣ мондаанд, агар ин симптомҳо хоси ягон бемории дигар набошанд. Чӣ қадар ки сирояти шадид ё вазнин гузарад, хатари синдроми постковидӣ ҳамон қадар зиёд аст, аммо вай метавонад, ки дар одамоне иниз пайдо шавад, ки бемориро сабук газаронидаанд. Бо ин гуна син-

дром тақрибан ҳар як инсоне, ки гирифтори сироят гаштааст, дучор шуда метавонад

Синдроми постковидӣ метавонад, ки новобаста аз он, ки коронавирус дар одамон дар кадом шакл - шакли ниҳонӣ, сабук, миёна, вазнин ва бухронӣ чарён дошт, пайдо шавад.

Оқибати COVID-19 аксар вақт ба системаи узвҳои нафаскашӣ таъсири худро мегузорад, ки аз хатари фиброзшавии бофтаҳои шуш ва норасоии муҳмини нафаскашӣ, оризаҳои дилу рағҳо, оризаҳои системаи узвҳои ҳозима, ҳамчунин оризаҳои системаи марказии асаб иртибот дорад.

Дар мақолаи мазкур мо усулҳои реабилитатсияи беморони дорои оризаҳои узвҳои нафаскаширо бо ёрии воситаҳои вариизиши шифоӣ, аз ҷумла иҷро намудани гимнастикаи нафаскашӣ мавриди таҳлилу бӣаррасӣ қарор медиҳем.

Ба оризаҳои узвҳои нафаскашӣ инҳоро дохил мекунам: душвор гаштани нафаскашӣ, эҳсоси нарасидани ҳаво, нафастангӣ, сулфа, сустии умумӣ.

**Мақсади таҳқиқот.** Мақсади таҳқиқоти мазкур омӯختани таъсири гимнастикаи нафаскашӣ бо усули Стрелникова ҳангоми оризаҳои нафаскашӣ аснои синдроми пас аз ковидӣ мебошад.



**Мавод ва усулҳои таҳқиқот.** Таҳти муоинаи мо 8 бемор-зани аз 40 то 60-сола қарор дошт, ки дараҷаҳои сабук ва миёнаи вазнинии ковидро аз сар гузаронидаанд. Ҳамаи онҳо аз душвории нафаскашӣ, нафастангӣ, сулфа, сустии умумӣ, суст шудани қобилияти қорӣ, ихтилоли хоб шикоят доштанд.

Барои ҳамаи беморон гимнастикаи нафаскашӣ бо усули Стрелникова таъйин карда шуд. Гимнастикаи нафаскашӣ бо усули Стрелникова барои қувват бахшидан ба мубодилаи ҳаво дар шушҳо сохта шудааст. Техникаи ин усул ба зиёд кардани оксиген дар организм барои нигоҳ доштани тонуси мушакҳо равона карда шудааст. Ба машқҳо дастҳо, пойҳо, гардан, пресс, китфҳо, пушт ва кос чалб карда шудаанд. Техникаҳои нафаскашӣ мубодилаи моддаҳо ва гардиши хунро беҳтар месозанд, барои тоза кардани бронхҳо ёрӣ мерасонанд, илтиҳобро кам

мекунанд, иммунитетро барои имуқовимат қардан бар бемориҳои респираторӣ мустақкам месозанд. Гимнастика ҳамарӯза дар қисми аввали рӯз мегузаронанд, давомнокияш аз 15 то 30 дақиқа маебошад. Курси табобат вобаста аз муътадил шудани ҳолати беморон аз 15 то 30 рӯз аст.

**Натиҷаҳои таҳқиқот ва баррасии онҳо.** Пас аз гузаронидани табобати гузаронидашуда тамоюли кам шудани нафастангӣ, сулфа, беҳтар шудани ҳолати умумӣ, барқарор шудани хоб ба мушоҳида расид. Қобилияти қорӣ ва табъ хубтар шуд.

**Хулосаҳо.** Дуру дароз истеъмол намудани гимнастикаи нафаскашӣ бо усули Стрелникова экскурсияи шушҳоро хеле беҳтар месозад, сулфаро кам мекунад, ҳолати беморро дар давраи барқароршавии синдроми пас аз ковидӣ муътадил мегардонад.

#### Адабиёт

1. Епифанов В.А. Учебник: Лечебная физическая культура и спортивная медицина / Епифанов В.А.//М.: Медицина, 2019г.
2. Плутницкий А.Н. Методические рекомендации по реабилитации постковидного синдрома. / А. Н. Плутницкий//Медицина: Санкт-Петербург 2022 г.
3. Щетинин М.Н. Методические рекомендации: Дыхательная гимнастика Стрельниковой-А.Н. / Стрельникова.А.Н., Щетинин М.Н.//Москва, 2010г.

### ДЫХАТЕЛЬНАЯ ГИМНАСТИКА В РЕАБИЛИТАЦИИ ПОСТКОВИДНОГО СИНДРОМА.

**Фаттоевой Н.В., Алиевой Е.Г.**

Кафедра внутренние болезни №1 ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино», Таджикистан.

В данной статье рассматриваются вопросы изучения влияния дыхательной гимнастики по методу Стрельниковой при дыхательных осложнениях постковидного синдрома. Длительное применение дыхательной гимнастики методом Стрельниковой существенно улучшает экскурсию лёгких, уменьшает кашель и стабилизирует состояние больных в восстановительном

периоде постковидного синдрома После проведённого лечения наблюдалась тенденция к уменьшению отдышки, кашля, улучшению общего самочувствия, восстановления сна. Повысилась работоспособность и настроение.

**Ключевые слова:** дыхательная гимнастика, отдышка, экскурсия лёгких, улучшение общего самочувствия, восстановление сна.

### RESPIRATORY GYMNASTICS IN THE REHABILITATION OF POSTCOID SYNDROME.

**Fattoeva N. V., Alieva E. G.**

Department of Internal Diseases No. 1 of Abuali ibni Sino State Medical University, Tajikistan.

This article discusses the following issues: to study the effect of Strelnikova's method of

breathing exercises on respiratory complications of post-cystic fibrosis. Long-term



use of Strelnikova breathing exercises significantly improves the excursion of the lungs, reduces cough and stabilizes the condition of patients in the recovery period of post-cystic fibrosis. After the treatment, there was a tendency to reduce shortness of breath, cough,

improve overall health, and restore sleep. Improved performance and mood.

**Keywords:** breathing exercises, shortness, guided tour of the lungs, improving overall health, restoring sleep.

**Фаттоева Наталья Валеревна** – муаллими калони кафедраи бемориҳои дарунии №1, МДТ «Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абуали ибни Сино», E.mail: [musnat06@mail.ru](mailto:musnat06@mail.ru), тел.:93-501-71-92

**Алиева Елена Гулямовна** - н.и.т., дотсенти кафедраи бемориҳои дарунии №1, МДТ «Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абуали ибни Сино», тел.: 917-58-08-62.

**Фаттоева Наталья Валерьевна** – старший преподаватель кафедры внутренние болезни №1 ГОУ «Таджикского государственного медицинского университета имени Абуали ибни Сино». E.mail: [musnat06@mail.ru](mailto:musnat06@mail.ru), тел.:93-501-71-92

**Алиева Елена Гулямовна** – к.м.н, доцент кафедры внутренние болезни №1 ГОУ «Таджикского государственного медицинского университета имени Абуали ибни Сино», тел.: 917-58-08-62.

**Fattoeva Natalya Valerievna** – senior lecturer of the department of Internal Diseases №1 of SEI of Avicenna Tajik State Medical University, E.mail: [musnat06@mail.ru](mailto:musnat06@mail.ru), tel.:93-501-71-92

**Alieva Elena Gulamovna** – associate of professor of the department of Internal Diseases №1 of SEI Avicenna Tajik State Medical University, tel.:917-58-08-62

## БЕМОРИҲОИ КЌДАКОН

### КАМБУДИ МАЪДАНҲО ҲАНГОМИ НОРАСОИИ ГУРДАҲО ДАР КЌДАКОН

Абдуллаева Н.А.,<sup>1</sup> Ҳайдарова О.Ф.,<sup>1</sup> Қодирова М.Р.<sup>2</sup>

1. Кафедраи таълими асосҳои бемориҳои кўдакон, МДТ “ДДТТ ба номи Абуалӣ ибни Сино”, 2. Шуъбаи нефрология МДМТ –и «Истиклол».

**Муҳимият.** Ихтилолҳои маъданӣ (минералӣ) ва устухонӣ яке аз зухуроти бемории музмини гурдаҳо мебошанд. Аҳамияти ин беморӣ танҳо бо ихтилоли метаболизми устухонҳо маҳдуд намешавад. Айни замон зухуроти ғайриустухонии он, ба монанди калсификатсияи рагиву камхунӣ, фишорбаландии шарёнӣ, ки фавти беморони гирифтори бемории музмини гурдаҳо зиёд мекунанд, ба таври густурда мавриди баҳсу муҳокимарониҳо қарор дорад. Вобаста аз ин, сустҷӯи фаъол ва коркарди равишҳои нави ислоҳи ихтилолҳои маъданӣ (минералӣ) ва устухонӣ идома дорад. Препаратҳои муосир қобилияти на танҳо муътадил сохтани нишондиҳандаҳои мубодилаи фосфору калсий ва сатҳи гормони паратиреоидӣ ва кам кардани тағйироти морфологӣ бофтаҳои устухонҳо доранд, балки дорои хосиятҳои кардио ва нефропротективӣ низ ҳастанд, ки ин онҳоро препаратҳои барои муолиҷа интихобшуда мегардонад, айни замон боз ҳам масъалаҳои актуалӣ онҳо мебошанд, ки гурдаҳо дар системаи калсий ва фосфор нақши муҳим доранд. Ҳангоми бемориҳои музмини гурдаҳо махсусан дар шаклҳои вазнини он метаболизми калсий пайдо мешавад, ки дар натиҷа ба остеопатия ва маъюбшавии беморон оварда мерасонад.

**Мақсади таҳқиқот.** Омӯختани гомеостази калсий ҳангоми норасоии музмини гурдаҳо дар кўдакон ва таъсиррасонӣ ба омилҳои он, ба монанди атсидози метаболикӣ, гиперазотемия, гиперфосфатемия, гиперпаратиреоз ва ҳамчунин этиологияи норасоии музмини.

**Мавод ва усулҳои таҳқиқот.** Модар дар раи солҳои 2021-2022 таҳлили ретроспективии 20- таърихи бемории беморони аз 5 то 18 –солаи гирифтори норасоии музмини гурдаҳои дар натиҷаи гломеруло п -12 ва туболопатии п - 8 пайдошуда буданд, мавриди омӯзмш қарор додем. Беморон дар

МД Маҷмааи “Истиклол” дар шуъбаи нефрологӣ таҳти муолиҷа қарор доштанд.

Таъхис дар заминаи маҷмӯи аломатҳои клиникӣ- маълумотҳои лабораторӣ асос ёфтааст, ки динамикаи онҳо таҳти таъсири таъоботи гузаронидашуда ҳамчун меъёри баҳодихӣ ба самаранокии таъобат хизмат кард. Ин ҷиҳатҳо ба эътибор гирифта шуданд: омили этиологияи пайдо шудани ин беморӣ, анамнез, нишондиҳандаҳои клиникаи таҳқиқот (таҳлили умумии пешоб, ҳамчунин консентратсияи фосфор ва калсий дар пешоб, таҳлили начосат, таҳлили периферии хун, таҳлили биохимиявии хун барои муайян кардани калсий ва паратгормон), таҳқиқоти ултрасадоии гурдаҳо ва ғадуди сипаршакл.

**Натиҷаҳо ва баррасии онҳо.** Мушоҳидаҳо нишон медиҳанд, ки ҳангоми таҳлили таърихи беморӣ дар 9 (20%) кўдак деформатсияи валгуси зону дар 8(21%) – дарди устухонҳо, зухуроти рентгенологияи остеопатия, взчумла остеопорози дараҷаи возеҳияшон гуногун, остеомалаятсия ва остеофиброз дар 16 бемор (80%) ба мушоҳида расид. Новобаста аз этиологияи норасоии музмини гурдаҳо 4 варианти тағйирот дар таркиби фраксионии калсии хуноба мукррар карда шуд:

1. Кам шудани ғализати Са –и умумӣ ва ионизатсияшуда дар 15 бемор (75%);

2. Муҳтавои муътадил ва ё барзиёди Са –и умумӣ ва ионизатсияшуда дар заминаи гипокалсемия дар 6 кўдаки бемор (30%);

3. Муҳтавои муътадил ва ё барзиёди Са –и умумӣ ва ионизатсияшуда дар 4 (20%) бемор;

4. Кам шудани муҳтавои Са –и ионизатсияшуда дар заминаи муҳтавои муътадил ва ё барзиёди калсии умумӣ дар 2 (10%) бемор ба қайд гирифта шуд.

Дар кўдакони дорои норасоии музмини гурдаҳо, ки дар натиҷаи осеби тубулоинтерститсиалии гурдаҳо ба вучуд меояд, муҳтавои умумии калсий дар зардобии хун ба 2,01



+ 0,09 ммол/л, Са ионизастионӣ ба 1,12+0,1ммол/л, дараҷаи ионизатяия ба 49,6+3,1% калсий баробар буд, калсий, ки бо сафеда алоқаманд буд, 0,89+0,1ммол/л, ва фраксияи диффузии калсий ба 1,12+0,1 ммол/л баробар буд. калсий, ки бо сафеда алоқаманд буд,

Ҳангоми таҳлил дар беморони гирифтори норасоии музмини гурдаҳо, ки дар натиҷаи гломерулопатия ба вучуд меоянд, концентратсия дар зардоби хун 1,85+0,1 ммол/л, калсийи ионизастионӣ 1,12+0,07ммол/л.ро ташкил дод, дараҷаи ионизатсия - 46,8+5,05% буд; Са-и бо сафеда алоқаманд - 0,80+0,02ммол/л, фраксияи диффузии калсий ба - 1,13+0,1ммол/л. баробар буд. Концентратсияи умумии калсий ва ионизатсияшуда дар хун аз дараҷаи креатининемия ва дараҷаи возеҳии норасоии гурдаҳо вобаста аст. Бештар аз ҳама, норасоии музмини гурдаҳо, ки ҳамроҳ бо баланд шудани креатинин дар хун аз 145 то 265мкм/л, концентратсияи Са-и умумӣ дар зардоби хун ба 2,1+0,12 ммол/л, ионизастионӣ ба - 1,1+0,070ммол/л. баробар буд.

Ҳангоми дар зардоби хун аз 265 то 442,7мкм/л кам будани креатинин, концентратсияи умумии калсий ва ионизатсияшуда дар хун каме паст (мутаносибан 1,91+0,12 ва 0,95+0,87/л) буд, назар ба гурӯҳи қаблӣ. Баъзе вобастагиҳои концентратсияи кал-

сийи ионизатсияшуда аз ҳолати кислотавау ишқори хун ба мушоҳида расид. Дар ҳолати сатҳи бикарбонатҳои стандартӣ 11-20 мэкв/л, Са ++ хун ба 0,85+0,12ммол баробар буд, Дар ҳолати сатҳи бикарбонатҳои стандартӣ ба 15-19мэкв/л баробар будан, Са++ 0,91+0,07 ммол/л, ва ҳангоми стандартный бикарбонатах ба 19-27мэкв/л баробар будани бикарбонатҳои стандартӣ, Р калсий ++ ба 0,98 +0,05ммол/л баробар буд. Дар натиҷаи таҳқиқоти анҷомдодашуда муяссар шуд, ки алоқамандии баръакси байни калсийи умумӣ ва креатинин ( $r = -0,07$ ), байни концентратсияи мочевина (карбамид) ва муҳтавои Са-и умумӣ дар зардоби ( $r = -0,57$ ); ва алоқаи мустақими байни норасоии умумии гурдаҳо, (новобаста аз этиологияи беморӣ) байни креатинини хун ва паратгормонҳо ( $r = 0,41$ ) муқаррар карда шавад.

Вобастагии Р Са - н- аз концентратсияи бикарбонатҳои стандартӣ ( $r = -0,63$ ), сатҳи фосфор дар хун ( $r = 0,7$ ) ба мушоҳида расид.

**Хулосаҳо.** Ҳамин тавр, мо иртиботи муайяни тағйироти гомеостази Са -ро бо этиологияи норасоии музмини гурдаҳо ва возеҳии баъзе синдромҳои онро муайян намудем, ки инро ҳангоми коркарди чорабинҳои комплекси табобатӣ ҳангоми то ба гемодиализ ва трансплантатсияи гурдаҳо гузаронидани бемор ба ҳисоб гирифтани зарур аст.

#### Адабиёт

1. Koch Nogueira PC. Evolution of secondary hyperparathyroidism after renal transplantation/ PC .Koch Nogueira , L .David , P.Cochat // *Pediatr Nephrol.* – 2000.- Apr; №4 .- P. 342-346.
2. Risk stratification for cardiac death in hemodialysis patients without obstructive coronary artery disease / M. Nishimura , K.Tsukamoto , N. Tamaki // *Kidney Int.* – 2011. - Feb; № 3. – P. 363-371.
3. The clinical consequences of secondary hyperparathyroidism: focus on clinical outcomes / WH. Horl [ and oth. ] // *Nephro l Dial Transplant.* - 2004 . – Vol . 2. - P-8.
4. Иванов Д.Д. Лекции по нефрологии / Д.Д.Иванов [ и др. ] // . — Донецк: Издатель Заславский А.Ю. - 2011. — 196с.

### НЕДОСТАТОЧНОСТЬ МИНЕРАЛОВ ПРИ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У ДЕТЕЙ.

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

Кафедра пропедевтики детских болезней ГОУ ТГМУ имени Абуали ибни Сино. Отделение нефрологии ГУ КЗ Истиклол.

**MINERAL DEFICIENCY IN RENAL FAILURE IN CHILDREN.**

Department of propaedeutics of children diseases (Head of department, associate professor Babaeva L.A.) SEI ATSMU. Hospital department of nephrology NI CH ISTIKLOL.

The significance of this disease is not limited to disorders of bone metabolism only. Currently, its extra osseous manifestations, such as vascular calcification, anemia, arterial hypertension, which increase the mortality of patients with renal insufficiency, are widely discussed. In this regard, an active search and development of new approaches to the correction of mineral and bone disorders is

underway. We have established a certain relationship between changes in Ca homeostasis and the etiology of chronic renal failure and the severity of some of its syndromes, which must be taken into account when developing complex therapeutic measures even before transferring a patient to hemodialysis and kidney transplantation.

*Абдуллаева Наргис Абдумавляновна – н.и.т., ассистенти кафедраи таълими асосҳои беморҳои кудаконаи МДТ Донишгоҳи давлатии тибии Тоҷикистон ба номи Абуали ибни Сино, E.mail: nargis0027@jmail.com, тел: 91861-00-27*

*Хайдарова Ойгул Фазлидиновна – н.и.т., муаллимаи калони кафедраи таълими асосҳои беморҳои кудаконаи МДТ Донишгоҳи давлатии тибии Тоҷикистон ба номи Абуали ибни Сино, E.mail: oigulfazl@jmail.com, тел: 988-58-96-91*

*қодирова Мавлюда Раїмонбердиевна – ассистенти кафедраи таълими асосҳои беморҳои кудаконаи МДТ Донишгоҳи давлатии тибии Тоҷикистон ба номи Абуали ибни Сино, E.mail: kmavlud@mail.ru, тел: 235-00-91*

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

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

*Қадирова Мавлюда Раҳмонбердиевна – ассистент кафедры пропедевтики детских болезней ГОУ Таджикского государственного медицинского университета имени Абуали ибни Сино, E.mail: kmavlud@mail.ru, тел: 235-00-91*

*Abdullaeva Nargis - MD., Associate Professor, Department of propaedeutics of children diseases SEI Avicenna TSMU.*

*Khaidarova Oigul- MD., Associate Professor, Department of propaedeutics of children diseases SEI Avicenna TSMU.*

*Kadirova Mavluda - Assistant of the Department of propaedeutics of children disease SEI Avicenna TSMU.*

**СИНДРОМИ СТИВЕНС – ЧОНСОН ДАР ҚОДАКОН**

**Бабаева Л.А., Розикова К.Р.**

Кафедраи таълими асосҳои беморҳои кудаконаи МДТ “ДДТТ ба номи Абуали ибни Сино”

**Мухимият.** Солҳои охир басомади дучоршавии синдроми Стивенс-Чонсон (ССЧ) боло меравад, аммо ташхиси он ба мисли пешин душвор буда, мураккабӣ барои сари вақт гузошта нашудаи ташхиси дуруст му-

соидат мекунад [2, 16]. ССЧ реаксияи вазнини муназзами алергии навъи таъхиррафта ба ҳисоб рафта, бо сабаби сироят ё қабули баъзе препаратҳои доруӣ ба амал меояд ва бо иллатнокшавии эпидермис, некроз ва



кандашавии луобпардаҳои бешумори сатҳии синдроми зухурёфтаи масмумият тавсиф меёбад. Ҳангоми беморӣ дар пӯст ва луобпардаҳо хубобчаҳо пайдо шуда, баъди кушодани онҳо эрозия пайдо мешавад. Дар натиҷа пӯст ва луобпардаҳо хосияти ҳифозатии худро аз даст медиҳанд ва боиси ба амал омадани оризаҳои вазнини сироятӣ мегардад [3,8]. ССЧ муддати мадид ҳамчун варианти ниҳоят вазнини зардзахми бисёршакла арзёбӣ мегардид, ки аллакай дар ин бора 140 сол пеш, яъне соли 1866 дар адабиёти илмӣ аз ҷониби F. Невга аввалин маълумотҳо пешниҳод гардида буд. ССЧ тақрибан пас аз ним қарн соли 2022 шарҳ дода шуд ва бо гузашти вақт синдроми номи муаллифон - педиатрҳои амрикоиро гирифт, ки бори аввал онро шарҳ доданд: Алберта Стивенс (A.M. Stevens, 1884—1945) ва Фрэнк Љонсон (P.C. Johnson, 1894—1934) [9,20]. Беморӣ дар ҳар син пайдо шуда метавонад. Синдром бештар дар байни мардуми осея ва сиёхпӯстҳо паҳн шудааст [17,18].

**Эпидемиология.** Басомади дучоршавии ССЧ аз 1,2 то 6 ҳодиса ба 1 000 000 аҳоли дар як сол рост меояд [4,10]. Воситаҳои доруворӣ (антибиотикҳои қатори пенитсиллинӣ – 55%, НПВС – 25%, САП – 10%, витаминҳо ва дигар анаболикҳо – 8%) дар 50%-и ҳолатҳои омили асосии этиологӣ ба шумор мераванд. Пайвастагҳои химиявӣ, илтиҳоби микроплазмавии шуш, сирояти вирусӣ, бактериявӣ, занбурӯғива протозойӣ сабабҳои дигари гирифтورشавӣ ба шумор мераванд; бемориҳои саратонӣ, аксаран сабабро ошкор кардан имконнопазир мегардад (ССЧ-и идиопатӣ – 25-50%) [2,5,18]. Ҳангоми ССЧ фавтнокӣ аз 3 то 15%-ро ташкил медиҳад. Сепсис сабаби асосии фавти беморон ба шумор меравад [13,22].

**Сабабҳои пайдоиш ва омилҳои ҳатар.** ССЧ бештар дар мавриди беморони мубтало ба омосҳои бадсифат, сили пӯст, сил, ВНМО, бемориҳои шадид ва музмини гурда инқишоф меёбад. Маълум нест, ки синдром бо бемории асосӣ алоқамандӣ дорад ё оризаи он ба шумор меравад ва ё бо сабаби дорухоепайдо шудааст, ки бемор истеъмол мекунад. Агар ССЧ баъди қабули дору ал-

лакай пайдо шудааст, ҳангоми қабули препаратҳои дигар аз ҳамин синф ҳатари тақрибӣ меафзояд. Инчунин реактивнокии салибӣ байни доруҳо – реаксияи организм ба моддаҳои монанд имконпазир аст, масалан, аллергия ба пенитсиллин эҳтимоли аллергия ба сефалоспоринҳо меафзояд. Препаратҳои зиддисаръӣ (карбамазепин, фенобарбитал) низ аз рӯи таркиб монанд буда, метавонанд реактивнокии салибӣ дошта бошанд [2,3,4,6].

Дастаи муайяни антигенҳои гистомутобикат (HLA — human leukocyte antigens) ба омилҳои генетикии ҳатар тааллуқ доранд. Дар сатҳи тамоми ҳуҷайраҳои организм сафедаи мавҷуд аст, ки антигенҳои маҷмуи асосии гистомутобикат ном дорад. Ин дастаи сафедаҳо барои ҳар одам инфиродӣ аст. Антигенҳо ба организм барои фарқ кардани ҳуҷайраҳои худиро аз омилҳои бегона ёрӣ мерасонанд. Препаратҳои дорувӣ ва сироят дар кӯдакон ба як андоза сабаби пайдо шудани беморӣ мегарданд [6,8]. Дар адабиёт аз хусуси баъди ваксинатсия дар кӯдакон инқишоф ёфтани ССЧ маълумотҳо ба мушоҳида мерасанд [1]. Беморӣ то синни 15-солагӣ метавонад ба қабули препаратҳои зерин пайдо шавад: атсетаминофен (зимни 37% аз тамоми ҳодисаҳо); фенобарбитал (15%); сулфаниламидҳо (13%); сефалоспоринҳо (10%); кислотаи валпроевӣ (9%); макролидҳо (7%); карбамазепин (5%). Таҳти таъсири вируси табхол низ пайдо шудани ССЧ дар адабиётҳо иттилоъ дода мешавад. Алҳол сабабҳои дигар, масалан алоқамандӣ бо бактерияи *Mycoplasma pneumoniae* омӯхта мешаванд [4,5,6,8,13].

**Симптомҳои беморӣ.** Манифестатсияи ССЧ дар ҳолатҳои хос моқабли манзараи бемориҳои шадиди респиратории роҳҳои болоии нафас (давраи зуқоммонанди пешазбеморӣ) мебошад, ки аз 1 шабонарӯз то 2 ҳафта давом мекунад. Тӯли ин марҳала табларза, дарди гулӯ, ларза, дарди сар, беҳолӣ имконпазир аст. Дар бархе аз беморон қай ва исҳол имконпазир аст. Баъди давраи пешазбеморӣ якбора табларзаи баланд, масмумияти зухурёфта, артралгия, мушакдардӣ, иллати авҷгирандаи пӯст – доғҳои



мутаносиби зардзахмӣ дар сар, гардан пайдо мешаванд, ки ба бадан ва андомҳо паҳн мешавад [11,17,20,21]. Дар муддати якчанд соат юештар хубобчаҳои паҳнгардида, бештар хунрез ҳосил мешавад. Ҳангоми ССЧ иллатнокшавии пӯст ҳар мавзегирӣ дошта метавонад. Аксаран кафҳо, сатҳи болоии панҷаҳо, сатҳи росткунандаи андомҳо иллатнок мешаванд. Доначаҳо мумкин аст дар як ё якчанд мавзеи бадан пайҷо шаванд. Дончасорӣ бештар фарогир буда, дар рӯй ва бадан ҷойгир мешаванд. Везикулава буллаҳо кушода шуда, эрозия ва захмро ҳосил мекунанд. Дончасорӣ пӯст майл ба якҷоя шуданро дорад. Илллати хоси пӯст ҳангоми ССЧ аз рӯйи шакли зоҳирӣ ҳадаферо менамояд, ки ду қитъаи ранг — марказӣ ва канорӣ дорад. Қитъаи марказӣ аз хубобчаҳо, хунрезӣҳо ё некроз иборат аст, ки гоҳо дар марказ хубобчаи муҳтавои зардоб ё хундор ҷойгир мешавад. Қитъаи канорӣ аз зардзахми доғдор иборат аст. Илллати ҳадафмонанди пӯст нишонаи муҳимми ССЧ ба ҳисоб меравад. Дончасорӣ ба хубобчаҳои калон – буллаҳо табдил меёбанд, ки ба таври субэпидермавӣ ҷойгир шудаанд. Онҳо кушода шуда, дермаро урӯн мегуздоранд. Чунин пӯст дар робита бо гум кардани тавораи эпидермавӣ майл ба сироятёбӣ дорад. Хубобчаҳо хусусияти ба таври гурӯҳи ҷойгир шуданро доранд [2,3,4,5]. Дар аксари беморон луобпардаҳо иллатнок мешаванд: конъюнктивит бо кератит, стоматит, фарингит, ларингит. Аксаран дар мавриди духтарҳо вулва иллатнок мешавад. Табларзаи дуру дароз ва рӯ ба афзоиш овардани он ё бад шудани тағйироти мавзӣ барои эҳтимол кардан аз қабатнокии сирояти сонавӣ шароит фароҳам меорад. Барои ССЧ дарднокии пӯст ва луобпардаҳо хосанд. Қариб дар 90 %-и беморон эпидермис ба қабатҳо ҷудо шуда, қишрҳои дарднок ва дар даҳон эрозия ҳосил шуда, дар узвҳои таносули доначасорӣ пайдо мешавад. Якҷоя бо эпидермисметавонад нохунҳо, абрувон ва мӯйҳо канда шаванд. Илллати луобпардаҳои даҳон, бинӣ, узвҳои таносули, пӯсти ҳошияи сурхи лабҳо ва атрофи мақъад нисбатан вазнинетар мешавад. Дар ин қитъаҳо хубоб-

чаҳо пайдо мешаванд, ки зуд кушода шуда, эрозияи урӯни васеъ ва якбора дардноки бо гӯбори хокистарӣ пӯшонидашуда боқӣ мегузорад. Дар ҳошияи сурхи лабҳо аксаран қарахши ғафси хунини дорчинии тира ҳосил мешавад. Сербузокии зухурёфта. Ковокии даҳон ва забон аз сатҳи хуншори чароҳатдошта иборат аст, ки бо гӯбори зарди хокистарӣ пӯшонидашуда ва аз эпителияи некрозшуда таркиб ёфтааст. Забон омосида, онро чирки ғафс пӯшонидаст. Лабҳо варамида, бо қарахши хушки хунин пӯшонидашудааст ва массаи некрози кандашуда дорад. Даҳон бо душворӣ кушода мешавад. Бо сабаби иллатнок шудани луобпардаи даҳон бемор хӯрок хӯрдаву гап зада наметавонад [8,9]. Ҳангоми илллати эрозивии сурхрӯда баъдан тангшавӣ ташаккул меёбад. Ҳангоми иллатнокшавии чашмҳо блефароконъюнктивит ба мушоҳида мерасад, метавонад захми мардумакӣ чашм ва увеит инкишоф ёбад. Аксаран эпителияи бронхҳо ба қабатҳо ҷудо шуда, сулфаву халалёбии нафасро ҳамроҳ дорад. Метавонад илтиҳоби шуш, омоси шушҳо, илллати шадиди гурдаҳо (гломерулонефрит) ва чигар (гепатит) инкишоф меёбад. Аз даст додани тавораи эпидермавӣ боиси халалёби мувозинати электролитӣ ва хатари зиёди сирояти сонавии бактериявӣ мегардад [18,21].

**Ташхис.** Ташхис пеш аз ҳама ба асоси арзёбии зухуроти клиникӣ ба роҳ монда мешавад. Ҳангоми ҷамъоварии анамнез ба анмнези аллергологӣ таваҷҷуҳ зоҳир кардан лозим аст, ки дарпештар оё сирояти респираторӣ, қабули препаратҳои доруй, симптомҳои масмумият буданд? Ҳангоми муоинаи бемор ба якҷоя шудани симптомҳои илллати пӯст ва луобпардаҳо (полиморфизми хос), масмумият, симптомҳои гастроинтестиналӣ (дилбеҳузурӣ, дарди шикам, исҳол), дард ҳангоми фурубарӣ, пешобкунӣ, тағйирёбии шуур, симптоми мусбии Николский таваҷҷуҳ зоҳир кардан лозим аст [5,12]. Таҳқиқоти лабораторӣ: таҳлили хуну пешоб, таҳлили биохимиявӣ хун, коагулограмма; кишт аз пӯст ва луобпардаҳо, таҳқиқи бактериологии балғам, фазла (аз рӯйи нишондод). Таҳқиқи микробиологӣ ошкор карда-



ни бактерия ва занбурӯғҳо, муайян кардани ҳассосияти онҳоро ба препаратҳо ва интихоби муолиҷаи самараноку бехатарро имконпазир мегардонад. Ба мақсади тасдиқ кардани доначаҳои пӯст ва иллатнокшавии луобпардаҳо машварати дерматолог нишондод шудааст. Дар ҳолати мавҷуд будани нишонаи иллатнокшавии узву системаҳои дигар машварати мутахассисони дигар (отоларинголог, окулист, уролог ва ғ.) мувофиқи мақсад хоҳад буд [10,11].

Эътироф кардан мебояд, ки то имрӯз маълумотҳои лабораторие, ки ташхиси ССЧ-ро тасдиқ кунад, вучуд надорад. Аксаран дар хуни канорӣ лейкоцитоз зоҳир мешавад. Сатҳи баланди лейкоцитоз нишонаи эҳтимолии сирояти сонавӣ ба шумор меравад. Биопсияи пӯст ташхисро тасдиқ мекунад, аммо илlochияи таъхирафтадаи ташхисӣ ба ҳисоб намеравад. Натиҷаҳои таҳқиқоти гистологии биоптат аз ҷойгиршавии зерэпителиалии хубобчаҳо дарак медиҳад, ки барои ССЧ хос аст. Илова бар ин некрози ҳуҷайраҳои эпидермис ва инфилтратсияи атрофиваскулярии лимфотитарӣ зоҳир мешавад [3,12].

**Ташхиси тафриқавӣ.** ССЧ-ро аз дигар навъҳои зардзахм, экзантема вирусӣ ва синдроми стафилоккокии пӯсти бо буғ сӯхта фарқ кардан лозим меояд. Зимнан зардзахми пӯст маъмулан қиёсан ба ССЧ суствар аст: на зиёда аз 1–2 %-и эпидермис ба қабатҳо чудо мешавад. Экзантемаи вирусӣ доначасориест, ки бо сабаби сирояти вирусӣ, бештар энтеровирусӣ пайдо мешавад. Ҳангоми ташхис вазъи эпидемӣ ва таърихи робита бо одамони беморро ба назар гирифтани лозим аст. Ҳангоми экзантема доначасорӣ пайдо мешавад, аммо хориш ва хубобчаҳо не. Беморӣ ба осонӣ чараён мегирад ва бемор баъди 3–5 пурра сӯхат меёбад. Дар қӯдакон ССЧ-ро аз синдромастафилококкӣ, пӯст аз оби ҷӯш сӯхта фарқ кардан лозим аст. Маъмулан ҳангоми ин беморӣ луобпардаҳо иллатнок намешаванд [2,3,8].

**Муолиҷа.** Дар навбати аввал фавран қатъ кардани истеъмоли препаратҳои доруие, ки эҳтимол сабаби беморӣ гардидааст. Барвақт қатъ кардани қабули препарат фавт-

нокӣ ва хатари инкишофи оризаҳоро коҳиш медиҳад. Муолиҷа бояд дар статсионар чараён бигирад. Бистарикунони саривактӣ зиндамони боло бурда, хатари ҳамроҳ шудани сироятро коҳиш дода, замони будубоширо дар беморхона ихтисор мекунад [11,12]. Барои пешгирии сироятёбӣ шароити максималии бесироятро таъмин мекунанд. Беморро таҳти каркаси гармкунанда ҷойгир мекунанд, ҳуҷра бояд бо лампаҳои бактеритсидӣ таҷҳизонида мешавад. Ҳарорати ҳуҷра дар сатҳи 30–32 °С нигоҳ дошта мешавад. Маҳлул бароинигоҳубини беҳдоштӣ ва поксозии зиддиуфунии пӯст ва луобпардаҳо бояд гарм (35–38 °С) бошад. Дар натиҷаи талаф ёфтани моеот, электролит ва сафеда, ғизои инфиродӣ интихоб мешавад ва талафоти моеот ҷуброн мегардад. Дар ҳолати синдроми зухурёфтаи дард препаратҳои беҳискунанда таъйин мекунанд. Барои нигоҳубини пӯст зиддиуфунҳои мавзӣ (хлоргексидин, маҳлули оби рангкунандаи анилинӣ) ва аэрозол бо таъсири зиддиилтиҳобӣ ва илтиёмкунанда (окси-корт) ба кор бурда мешавад. Либосҳои таҳпӯши яккарата ё бесироят ба кор бурда мешавад, бандинаҳои махсуси намечаспидагӣ (докаи вазелинмолида ва ғ.) мегузоранд, ки коҳиш додани дардро имконпазир ва илтиёмёбиро суръат мебахшад. Нигоҳубини чашмҳо ниҳоят муҳим аст. Беморро ҳар рӯз офталмолог муоина мекунад, қатра ва марҳамҳо (антисептик, антибиотик ва кортикостероидҳо) барои чашм истифода мешавад, ки дард ва илтиҳобро нест мекунанд. Барои нигоҳубини ковокии даҳон анестетикҳои мавзӣи оралӣ ва моеот барои чайқондан ба кор бурда мешаванд. Дар ҳолати иллатнок шудани нойи нафас ва бронхҳо шояд интубатсия ва ҳаводихии сунъии шушҳо лозим мешавад. Энтеросорбентҳо (ангишти фаъол, полифепан, полифен, смекту)-таъйин карда мешаванд [3,8,11,12,19].

Аз рӯйи таъйиноти табиб физиодармонӣ низ мумкин аст. Илlochияҳо барои мутаҳаррикии бугумҳо ёрӣ расонида, хатари инкишофи илтиҳоби шушро коҳиш медиҳанд. Барои пешгирии тромбоземболия муолиҷаи антикоагулянтӣ таътиб мешавад. Дар ҳола-



ти пайдо шудани синехияилабҳои таносулӣ, тангшавии уретр ва маҳбал, машварати чарроҳ, акушера-гинеколог ё уролог зарур аст[19].

Ба беморон 1-2 мг/кг/шабонарӯз преднизолон, муолиҷаи инфузионии дезинтоксикатсионӣ ба воситаи маҳлули 5%-и глюкоза бо маҳлули изотонии натрий хлор таъйин мекунанд. Дар давраи шадиди чараёни вазнин преднизолон ба вояи 3-5 мг/кг/шабонарӯз мумкин аст дар шакли тазриқи дохиливаридӣ таъйин карда шавад. Препаратҳо рағӣ ва дезагрегантҳо (эуфиллин, пентоксифиллин, тиклопедин), препаратҳои антипротеолизӣ - гордокс, контрикал, трасилол таъйин карда мешавад. Дар ҳолати ҳамроҳ шудани сирояти бактериявӣ бо дарназардошти натиҷаи таҳқиқоти бактериологӣ антибиотикҳо таъйин карда мешаванд.

Муолиҷаи мавзееи эрозия ва захм ба монанди муолиҷаи сӯхтагиҳо бо усули кушода бо истифода аз воситаҳои индифферентии зиддиуфунӣ ва кератолазӣ ба амал оварда мешавад. Дар ҳолати осеб дидани чашм рӯзе 3-4 маротиба ба чашми марҳами гидрокортисон мемоланд[14,15].

**Ориза.** Бештар ҳангоми ССЧ оризаҳо мушоҳида мешаванд аз қабилӣ: оризаҳои пӯстӣ (сирояти бактериявӣ, гипо-ё гиперпигментатсияи пӯст, талафёбӣ ё тунук шудани нохунҳо, ташаккулёбии хадша, рехтани мӯй); аз тарафи чашм (конъюнктивит, кератит, эрозия мардумакӣ чашм, синдроми чашми хушк, аз равшанӣ тарсидан); аз тарафи роҳҳои ҳозима (хушкӣ ва эрозияи ковокии даҳон, тангшавии сурхрӯда, думмали атрофи мақсад); аз ҷониби системаи пешобу таносулӣ (нокифоягии шадиди гурда, хунравӣ аз масона, баланопостит, тангшавии уретра, эрозияи музмини узвҳои таносулӣ, вулвовагинит, тангшавии маҳбал); аз ҷониби системаи нафас (илтиҳоби шуш); аз ҷониби системаи хунофар (лейкопения, камхунӣ, тромботситопения, нейтропения); сепсис [3,5,7,13].

**Пешгӯйии** беморӣ аз бемориҳои ҳамроҳ ва калон будани иллати пӯст вобастагӣ дорад. Фавтнокӣ ба ҳисоби миёна аз ССЧ

тақрибан 9%-ро ташкил медиҳад. Агар иллати пӯст камтар аз 10 %-ро ташкил намояд, сатҳи фавтнокӣ дар ҳудуди аз 1 то 5 % тағйир меёбад. Дар ҳолати иллатнокшавии пӯст ба зиёда аз 30 % расидан, сатҳи фавтнокӣ ба 25–35 % ва метавонад то 50% расида бошад.

Тақрибан дар нисфи кӯдакон баъди ССЧ ихтилолотӣ равонии иҷтимоӣ ва оқибатҳои дарозмуддат аз тарафи пӯст, чашм, гурдаҳо, системаи пешобу таносулӣ, роҳҳои ҳозима ва шушҳо инкишоф меёбад. **Барои он ки оризаҳои имконпазири таъхирафтада пешгирӣ карда шаванд, баъди сиҳат ёфтан бемор бояд таҳти назорати офталмолог, гинеколог, пульмонолог, стоматолог, отоларинголог ва дар ҳоли зарурат психиатр қарор дошта бошад**[4,7,11].

**Пешгирӣ.** Пешгирии аввалия аз эҳтиёткорӣ ҳангоми таъйин намудани препаратҳои дорӯӣ, хусусан дар кӯдакони гирифта ба аллергия иборат мебошад. Баъди аз саргузаронидани ССЧ аз қабули препаратҳои дорӯӣ, ки сабаби пайдо шудани ССЧ гаштааст, парҳез бояд кард, зеро метавонад сабаби такрорёбии беморӣ гардад. Маълумот дар бораи реаксияи алергӣ ҳатман картаи амбулаторӣ қайд карда шавад[14,16,18,20].

#### **Мисоли клиникӣ**

Таҳлили усулҳои клиникӣ-анамнезӣ ва лабораторӣ-абзории бемори Р. ба амал оварда шуд, ки 2,5 сол дошту гирифтаи синдроми Стивенс-Чонсон буда дар муолиҷаи статсионарии шуъбаи алергологӣ ва иммунологии МД “Мачмаи тиббии Истиқлол”-и ш. Душанбе қарор дошт

Писарак Р., 2,5 сола рӯзи 24.05 с.2020 бо шикоятҳо, ба гуфти модараш, аз хусуси ҳарорати баланд, пайдо шудани сурхӣ, пайдо шудани ҳубобчаҳо ва захм дар луобпардаҳои лабу чашмҳо ва ҳоядон, заъфи умумӣ, сустӣ, нооромӣ, беиштиҳой ба клиника ворид шуд.

Аз анамнез маълум гардид, ки кӯдак СШРВ-ро аз саргузаронидааст ватабиби педиатри минтақавӣ левофлорксатсин таъйин карда будааст. Дар заминаи муолиҷаи татбиқшуда рӯзи дуюмдар луобпардаҳои лабон сурхӣ пайдо шуд, баъди якчанд соат



хубобчаҳо, захм, сурхии чашмҳо, омоси лабҳо ва хоядон пайдо шуд, харорат баланд ва кӯдак инчику ноором гардид, заъфи умумӣ ва беиштиҳои пайдо шуд. Модар мегӯяд, ки пештар аз маводи доруворӣ реаксияи аллергӣ надошт. Падару модари кӯдак барои ёрӣ ба МД “МТ Истиклол” муроҷиат кардан, ки алҳол ин ҷо бистарӣ кунонида шудаасту муоина ва муолича мешавад.

Ҳолати умумии воқеии кӯдак вазнин аст. Пурхунии мултаҳимаҳо, тазриқи рағҳо ба мушоҳида мерасад, ковокии даҳон қисман қарға шуда, чирки сафед гирифтааст. Зардзаҳм дар лабу ланҷҳо, ком паҳншуда аст, хубобчаҳо мавҷуданд, қитъаҳои эрозивии чирки зарди тира пӯшонида ба назар мерасад. Лабҳо варамида (рас.1.). Ҳангоми кушодани хубобчаҳо манбаъҳои яклухти хун-рези дарднок ҳосил мешавад. Дар пӯсти рӯй доғҳои папулӯзии мудаввар дида мешаванд. Иллати чашмҳо дар шакли блефароконъюнктивит аст. Хоядон омосидааст.



**Расми 1. Синдроми Стивенс-Чонсон дар кӯдаки 2,5 сола**

Дар таҳлили клиникӣ хун лейкоцит бо тағйирёбӣ ба чап, то 28 мм/с баландшавии СТЭ, то  $3,50 \times 10^{12}$ /лэритроцитҳо, то 80 г/л гемоглобин вато 24,3% коҳиш ёфтани гематокрит мушоҳида гардид. Дар таҳлили биохимиявии хун гипопро테인емия (54 г/л), гипокальциемия (2,0 ммол/л), гипофосфатемия (1,40 ммол/л) ба қайд гирифта мешавад. Синдроми пешоб бо протеинурия (0,33‰), лейкоцитсурия (50-60 дар масона), микрохунпешобӣ, оксалурия тавсиф ёфт. Дар ТУС-и гурдаҳо бошад, пиелонефрити чапошкор шуд. Иммуноглобулини Е – 727,0 МЕ/мл. Ҳангоми интиҳоби препаратҳои доруе чун сипрофлоксатсин, паратсетамол, глюкоза, реосорбилакт тест мусбат аст. Дар кишти бактериологии ҳалқум *St.aureus*, *Candida* муайян гардид.

Баъди татбиқи муолиҷаи инфузионии дезинтоксикатсионӣ, табобат бо препаратҳои кортикостероидивуридидигистаминӣ, истифодаи мавзеи антисептикҳо, нигоҳубини чашмон ва ковокии даҳон доначаҳо авҷ гирифтанд, омоси лабҳо ва хоядон баробар гардида, харорати бадан муътадил ва ҳолати умумии кӯдак беҳ шуд. Дар натиҷаи ташхиси саривақтӣ ва муолиҷа кӯдак пурра сиҳат ёфт. Дар шабонарӯзи 17-ум аз оғози беморӣ кӯдак таҳти назорати педиатр ва нефролог ҷавоб дода шуд.

**Хулоса.** Синдроми Стивенс - Чонсон ба реаксияи вазнини муназзами аллергии навъи таъхирфта тааллуқ дошта, аз варианти вазнини ҷараёни эритемаи бисёршаклӣ иборат мешавад, ки зимни он дар баробари иллати пӯст иллатнокшавии луобпардаҳо ба назар мерасад ва он ба ҳаёти кӯдак хатар дорад. Ташхиси саривақтии беморӣ ва таъйини мувофиқи муолиҷа инкишофи оризаҳоро пешгирӣ намуда, пешгӯии беморию беҳ месозад.

#### Адабиёт

1. Ball R., Ball L. K., Wise R. P. Stevens — Johnson syndrome and toxic epidermal necrolysis after vaccination: reports to the vaccine adverse event reporting system // *Pediatr Infect Dis J.* — 2001. — № 2. — P. 219–223.
2. Дранник Г. Н. Клиническая иммунология и аллергология. М.: ООО «Медицинское информационное агентство», 2003. - 604 с.
3. Иммунопатология и аллергология. Алгоритмы диагностики и лечения/ под ред. Р. М.



Хаитова. М.: ГЭОТАР Медицина, 2003.- 112 с.

4. Детская аллергология: Руководство для врачей /под ред. А. А. Баранова, И. И. Балаболкина. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2006. — 688 с.
5. Верткин А. Л., Дадькина А. В. Синдром Стивенса–Джонсона // Лечащий врач. — 2006. — № 4. — С. 79–82.
6. Levi N., Bastuji-Garin S., Mockenhaupt M. et al. Medications as risk factors of Stevens-Johnson syndrome and toxic epidermal necrolysis in children: a pooled analysis // *Pediatrics*. — 2009. — № 2. — P. 297–304.
7. Finkelstein Y., Soon G. S., Acuna P. et al. Recurrence and outcomes of Stevens-Johnson syndrome and toxic epidermal necrolysis in children // *Pediatrics*. — 2011. — № 4. — P. 723–728.
8. Жерносек В. Ф., Дюбкова Т. П. Синдром Стивенса – Джонсона — токсический эпидермальный некролиз у детей. Часть I. Определение, этиология, патогенез, клинические проявления, системное лечение // *Педиатрическая фармакология*. — 2011. — № 1. — С. 30–38.
9. Дюбкова Т. П., Жерносек В. Ф. Синдром Стивенса — Джонсона — токсический эпидермальный некролиз у детей: монография. — Минск: РИВШ, 2013. — 205 с.
10. Григорьев Д. В. Многоформная эксудативная эритема, синдром Стивенса — Джонсона и синдром Лайелла — современная трактовка проблемы // *РМЖ*. — 2013. — № 22. — С. 1073–1108.
11. Российская ассоциация аллергологов и клинических иммунологов (РААКИ). Федеральные клинические рекомендации по диагностике и лечению лекарственной аллергии. — М., 2014. — 20 с.
12. Российское общество дерматовенерологов и косметологов. Федеральные клинические рекомендации по ведению больных с Синдромом Стивенса — Джонсона / токсическим эпидермальным некролизом. — М., 2015. — 11 с.
13. Hsu D. Y., Brieva J., Silverberg N. B., Silverberg J. I. Morbidity and Mortality of Stevens — Johnson Syndrome and Toxic Epidermal Necrolysis in United States Adults // *J Invest Dermatol*. — 2016. — № 7. — P. 1387–1397.
14. Creamer D., Walsh S. A., Dziejwski P. et al. U.K. guidelines for the management of Stevens-Johnson syndrome/toxic epidermal necrolysis in adults 2016 // *Practice Guideline Br J Dermatol*. — 2016. — № 6. — P. 1194–1227.
15. Gupta L. K., Martin A. M., Agarwal N. et al. Guidelines for the management of Stevens-Johnson syndrome/toxic epidermal necrolysis: An Indian perspective // *IJDVL*. — 2016. — № 6. — P. 603–625.
16. Hsu D. Y., Brieva J., Silverberg N. B., Silverberg J. I. et al. Pediatric Stevens — Johnson syndrome and toxic epidermal necrolysis in the United States // *J Am Acad Dermatol*. — 2017. — № 5. — P. 811–817.
17. Горланов И. А., Леина Л. М., Милявская И. Р. и др. Детская дерматология. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2017. — С. 203–206.
18. Лоуэлл А. Г., Кац С. И., Джилкрест Б. А. Дерматология Фицпатрика в клинической практике. — 2-е издание. — СПб.: Издательство Панфилова, 2018. — С. 490.
19. McPherson T., Exton L. S., Biswas S. et al. British Association of Dermatologists' guidelines for the management of Stevens — Johnson syndrome/toxic epidermal necrolysis in children and young people, 2018 // *Br J Dermatol*. — 2019. — № 1. — P. 37–54.
20. Спикетт Г. Клиническая иммунология и аллергология. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2019. — С. 234–237.
21. Hamilton R., Scorer M., Jones G. et al. Stevens — Johnson syndrome and toxic epidermal necrolysis // *Pharmaceutical Journal*. — 2019. — № 5.
22. Foster C. S. What is the mortality rate for Stevens-Johnson syndrome (SJS) and which complications are associated with increased mortality // *Medscape*. — 2019.

**СИНДРОМ СТИВЕНСА - ДЖОНСОНА У ДЕТЕЙ****Бабаева Л.А., Разокова К.Р.**

Кафедра пропедевтики детских болезней ГОУ “ТГМУ им. Абуали ибни Сино”

Представлено описание клинического случая ребёнка 2,5 лет с синдромом Стивенса - Джонсона с описанием понятия заболевания, эпидемиологии, причин возникновения, факторов риска, особенностей клинического течения, диагностики, дифференциальной диагностики, осложнений, основных методов лечения, прогноза и профилак-

тики. Представлен анализ проведенного лечения с момента поступления больного в детское аллергологическое отделение, обеспечившее его полное выздоровление.

**Ключевые слова:** синдром Стивенса – Джонсона, дети, эпидемиология, факторы риска, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение, осложнения, прогноз, профилактика.

**STEVENS - JOHNSON SYNDROME IN CHILDREN****Babaeva L.A., Razokova K.R.**

Department of propaedeutics of children diseases of the SEI “ATSMU”

A description of a clinical case of a 2.5-year-old child with Stevens-Johnson syndrome is presented with a description of the concept of the disease, epidemiology, causes, risk factors, features of the clinical course, diagnosis, differential diagnosis, complications and main methods of treatment, prognosis and prevention. An analysis of the treatment

carried out from the moment the patient was admitted to the pediatric allergology department, which ensured his complete recovery, is presented.

**Key words:** Stevens-Johnson syndrome, children, epidemiology, risk factors, clinic, diagnosis, differential diagnosis, treatment, complications, prognosis, prevention.

*Бабаева Лола Абдунаимовна - мудири кафедраи таълими асосҳои бемориҳои кӯдакони МДТ “Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абуалӣ ибни Сино”, E.mail: [lola.a.babaeva@mail.ru](mailto:lola.a.babaeva@mail.ru), тел.: 446003624.*

*Разокова Комилаи Раҷабӣ – ассистенти кафедраи таълими асосҳои бемориҳои кӯдакони МДТ “Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абуалӣ ибни Сино”, тел.: 556663310.*

*Бабаева Лола Абдунаимовна - заведующая кафедрой пропедевтики детских болезней ГОУ «Таджикский государственный медицинский университет им. Абуали ибни Сино», E.mail: [lola.a.babaeva@mail.ru](mailto:lola.a.babaeva@mail.ru), тел.: 446003624.*

*Разокова Комилаи Раҷабӣ – ассистент кафедры пропедевтики детских болезней ГОУ «Таджикский государственный медицинский университет им. Абуали ибни Сино», тел.: 556663310.*

*Babaeva Lola Abdunaimovna - head of the department of propaedeutics of children diseases of the SEI “Avicenna Tajik State Medical University”, E.mail: [lola.a.babaeva@mail.ru](mailto:lola.a.babaeva@mail.ru), tel.: 446003624.*

*Razokova Komilai Rajabi – assistant of the department of propaedeutics of children diseases of the SEI “Avicenna Tajik State Medical University”, tel.: 556663310.*



## ДАРАЧАИ ДИСБАЛАНСИ ТУРШШАВИИ ПЕРЕКИСИ ЛИПИДҶО ВА ХИФОЗАТИ АНТИОКСИДАНТИ ДАР КЌДАКONI МУБТАЛОИ АСТМАИ БРОНХИАЛӢ

Шарипова М.М., Исмоилов К.И.

Кафедраи бемориҳои кўдакони №2, МДТ “ДДТТ ба номи Абуалӣ ибни Сино”, ш. Душанбе, Тоҷикистон.

**Мубрамият.** Дар вақтҳои охир диққати муҳаққиқон дар соҳаи мембранологияи клиникӣ равона шудааст, доир ба омӯзиши равандҳои перекисшавии липидҳои (ПЛ) системаи сохторӣ. Дар марҳалаҳои муайяни мубодилаи модаҳо реаксияи оксидшавии радикалҳои озод метавонанд ҳамчун омилҳои амалкунанд, ки қобилияти мутобиқшавии ҳуҷайраҳо маҳдуд мекунанд ва ба инкишофи маҷмуи тағйироти ғайримуқарарии бофтаҳои бадан мусоидат мекунанд, ки онро баъзе муаллифҳо ҳамчун “синдроми перексидшавии липидҳо” муарифи кардаанд.[1, 5].

Тибқи консепсияҳои муосир, дар пайдоиши чараёни музмини илтиҳобӣ дар системаи бронхопулмонари вайроншавии системаи антиоксидантҳои бадан (САБ) нақши муҳим дорад. Вайрон шудани ҳолати кислотагую ишқори аломати асосии норасоии оксигени бадан мебошад.[2,4]. Дар занҷири реаксияҳои биохимияви ҳамаи инҳо ба звенаҳои яқум дохил мешаванд, ки дар охири боиси амал омадани перекисшавии липидҳо ва осеби мембранаи ҳуҷайраҳо мегардад.[3, 5].

**Мақсади озмоиш:** Омӯзиши перекисшавии липидҳо (ПЛ) ва муҳофизати антиоксидантҳо (АО) дар кўдакони гирифтори астмаи бронхиали (АБ).

**Маводҳои тадқиқотӣ:** Мо 65 нафар кўдакони аз 5 то 14 соларо, ки гирифтори астмаи бронхиали (АБ) буданд муоина кардем.

Вобаста ба сини сол ҳамаи кўдакон ба 2 гуруҳ ҷудо карда шуданд. Ба гуруҳи яқум баҷагонии аз 5 то 10 сола, ба гуруҳи дуюм баҷагонии аз 11 то 14 сола дохил шуданд. Гуруҳи назорати иборат аст аз 30 нафар кўдакони солим, ки аз руи ҷинс ва сини сол ба гуруҳҳои муоинашуда наздик буданд, иборат буд. Меъёрҳои интиҳоб барои кўдакони гирифтори астмаи бронхиали чунин буданд:

давраи хурӯҷ, давраи баъди хурӯҷ ва давраи байнихурӯҷ. Меъёрҳои истисно, кўдакони дорои ҳолати астматики мебошад. Натиҷаҳои ба даст омада бо истифода аз барномаи Statistica 6.0 (Statsoftinc.ИМА) коркард карда шудаанд. Барои муқоиса ду гуруҳи ба якдигар вобаста набуда, санҷиши ғайрипараметрии Манна – Уитни ва барои гуруҳҳои аз ҳамдигар вобаста бошад, санҷиши Уилкоксон истифода бурда шуд. Муқоисаҳои сершумори намуҳои вобаста, бо истифода аз санҷишҳои ANOVA Фридман ва намунаҳои новобаста бошад, бо истифода аз санҷишҳои Н-критерия Крускала-Уоллиса гузаронида шуд. Тафовутҳо аз ҷиҳати  $p < 0,05$  будан дар статистика (омор) муҳим ҳисобида шуд. Таҳлили корелятсия аз рӯи усули Пирсон гузаронида шуд.

**Натиҷаи тадқиқот:** Тадқиқоти биохимияви нишон дод, ки дар зардобаи хуни беморони гирифтори АБ ҳангоми хуруҷ нисбат ба ҳамин нишондиҳанда дар гураҳи назорати ( $p < 0,001$ ), миқдори Малон-Диалдегид (МДА)  $4,0 \pm 0,06$  хело зиёд мебошад.

Нишондиҳандаҳои миёнаи МДА дар зардоби хун дар давраи пас аз хуруҷи нисбат ба ҳамон нишондиҳандаҳо дар гуруҳи назорати ( $p < 0,001$ ) ба таври назаррас баланд буданд. Ҳангоми муқоисаи хосияти МДА вобаста ба давраи бемори фарқияти назаррас пайдо шуд ( $p < 0,001$ ).

Системаи антиоксиданти (САО), ки таъсири худро дар ҳалуаҳои муайяни занҷири перексидшавии липидҳо амали мекунанд, фаъолияти ин системаро дар организм бо фаъолияти биологӣ маҳсулоти мобайни ва ниҳои танзим мекунанд. Фаъолшавии тулони перексидшавии липидҳо аз меъёри физиологӣ, ки дар АБ мушоҳида мешавад боиси камшавии муҳофизати антиоксидант мегардад, ки онро аз руи натиҷаҳои тадқиқоти мо метавон баҳо дод. Ин ҳодиса аз инкишофи “син-



дроми музмини пероксидшавии липидҳо”- ( $p < 0,001$ ) шаҳодат медиҳанд.

Дар ҳамаи беморон ҳангоми шиддат ёфтани АБ дар зардоби хун зиёдшавии миқдори МДА ба мушоҳида мерасад (Ҷад-

вали 1). Дар давраи пас аз хуручи бемори бошад миудори МДА дар зардоби хун кохиш меёбад, тибқи нишондоди ( $p < 0,001$ ). Аммо ин нишондод дар қудакони гуруҳи назорати дида намешавад ( $2,1 \pm 0,05$ ).

**Ҷадвали 1. Нишондиҳандаҳои ТПЛ ва ҲАО дар зардобаи хун**

Нишондиҳандаҳо	Гуруҳиназоратӣ (n=20)	Давраи хуручи АБ (n=32)	Давраи баъди хуручи АБ (n=33)
МДА мкмол/л	2,1±0,05	4,0±0,06 $p_1 < 0,001$	3,2±0,04 $p_1 < 0,001$ $p_2 < 0,001$
СОД Воҳ.чен.	17,6±0,13	9,1±0,27 $p_1 < 0,001$	10,7±0,2 $p_1 < 0,001$ $p_2 < 0,001$
Тезоби аскорб. ммол/л	79,4±0,5	41,2±0,15 $p_1 < 0,001$	57,6±0,28 $p_1 < 0,001$ $p_2 < 0,001$
Тезоби сиали ммол/л	1,8±0,03	4,3±0,03 $p_1 < 0,001$	2,8±0,02 $p_1 < 0,001$ $p_2 < 0,001$

Бояд қайд кард, ки чамъшавии МДА дар зардоби хун дар қудакон дар давраи хуруч аз фаъолшавии равандҳои пероксидшавии липидҳо (ПЛ) ва рушди стресси (Ҳаяҷон) оксидативи шаҳодат медиҳад.

Ҳамин тариқ тадқиқоти биохимияви дар давраи пас аз хуручи бемори ками кам шудани миқдори МДА ( $3,2 \pm 0,04$ ) ( $p < 0,001$ ), афзоиши фаъолнокии СОД ( $10,7 \pm 0,2$ ) ва зиёдшавии таркиби онро муайян намуд ва ҳамчунин зиёдшавии кислотаи аскорбин ( $57,6 \pm 0,28$ ) яққоя бо ин нишондиҳандаҳо аз фаъолшавӣ АОС ва оптимизатсияи рвандҳои ПОЛ шаҳодат медиҳад.

Барои равшан кардани номутавозуни ПОЛ-АОС дар қудакони гирифтори АБ, таҷлили корилатсияи гузаронида шуд, ки дараҷаи баланди робитаи байни фаъолияти СОД ва консентратсияи кислотаи аскор-

бини ро дар зардоби хун ( $r = 0,71$ ) муайян кард. Вобастаги баръакси хатти байни СОД ва МДА ( $r = 0,67$ ) нишон медиҳад ки афзоиши МДА ва кам шудани антиоксидантҳо аз ҳамон омилҳо вобаста аст, яъне гипоксимия ва гипоксияи бофтаҳо.

**Хулосаҳо:** Натиҷаҳои тадқиқоти мо нишон доданд ки дар қудакони гирифтори АБ дар давраи хуруч, шиддатҳои равандҳои пероксидшавии липидҳо, ки бо зиёд шудани ташаккули метаболитҳои пероксидшавии липидҳо амалӣ мегардад. Чунин тағйиротҳо мушоҳида мегардад: малонового-диалдегида, ки бо камшавии системаи антиоксидант дар шакли кам шудани фаъолияти супероксид дисмутаза ва антиоксиданти ғайри ферментӣ- кислотаи аскорбинат оварда мерасонад. Ҳамчунин ба рушди раванди илтиҳоби имунӣ дар бронхҳои миёна ва хурд мусоидат мекунад.

**Адабиёт**

1. Хаитов Р.М. Иммунология: учебник/ Р.М. Хаитов//– 3-е изд., перераб. и доп.-М.: ГЭО-ТАР-Медиа, 2016.-496с.
2. Nadeem A. Oxidant-antioxidant imbalance in asthma: scientific evidence, epidemiological data and possible therapeutic options/A.Nadeem, A. Masood, N. Siddiqui //Ther Adv Respir Dis.-2008.-V.2.-№4.-P. 215-235.
3. Nadeem A. Airway and systemic oxidant-antioxidant in asthma: a possible scenario of oxidants spill over from lung into blood/A.Nadeem, N.Siddiqui, N.O.Alharbi, M.M. Alharbi// Pulm Pharmacol Ther.-2014.-Vol. 29.-№1.-P. 31-40.





4. [www.kelechek.ru/bronchialasthma](http://www.kelechek.ru/bronchialasthma).

5. Соодаева С.К. Нарушения окислительного метаболизма при заболеваниях респираторного тракта и современные подходы к антиоксидантной терапии/С.К. Соодаева// Атмосфера. Пульмонология и аллергология.-2009.- №1.-С. 34–38.

## СТЕПЕНЬ ДИСБАЛАНСА ПЕРЕКИСНОГО ОКИСЛЕНИЯ ЛИПИДОВ И АНТИОКСИДАНТНОЙ ЗАЩИТЫ У ДЕТЕЙ С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ

**Шарипова М.М., Исмоилов К.И.**

Кафедра детских болезней №2, ТГМУ им. Абуалиибни Сино

В исследовании приведены показатели, перекисного окисления липидов и антиоксидантной защиты у детей с бронхиальной астмой. Выявлено, что в приступном периоде происходит интенсификация процессов перекисного окисления липидов, сопровождающаяся

повышенным образованием метаболитов перекисного окисления липидов что способствует истощению антиоксидантной системы.

**Ключевые слова:** бронхиальная астма, дети, антиоксидантная система, перекисное окисление липидов.

## THE DEGREE OF IMBALANCE OF LIPID PEROXIDATION AND ANTIOXIDANT PROTECTION IN CHILDREN WITH BRONCHIAL ASTHMA

**Ismoilov KI, Sharipova M.M.**

Department of Children's Diseases №2, TSMU them. AbualiIbni Sino

The study provides indicators of lipid peroxidation and antioxidant protection in children with bronchial asthma. It was found that in the onset period there is an intensification of lipid peroxidation processes

accompanied by increased formation of lipid peroxidation metabolites which tributes to the depletion of the antioxidant system.

**Key words:** bronchial asthma, children, lipid peroxidation, antioxidant protection

**Шарипова Мавлуда Мирзомуддиновна** - ассистент кафедры бемориҳои кӯдакони №2-и Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абӯалӣ ибни Сино, E.mail: [mavluda.sharipova.1988@mail.ru](mailto:mavluda.sharipova.1988@mail.ru), тел.: 881-88-08-09.

**Исмоилов Комилҷон Исроилович** – профессори кафедраи бемориҳои кӯдакони №2-и Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абӯалӣ ибни Сино, E.mail: [IsmoilovK@mail.ru](mailto:IsmoilovK@mail.ru), тел.: 985-12-78-45.

**Шарипова Мавлуда Мирзомуддиновна** – к.м.н., ассистент кафедры детских болезней №2 ГОУ “ТГМУ им Абуали ибни Сино”, E.mail: [mavluda.sharipova.1988@mail.ru](mailto:mavluda.sharipova.1988@mail.ru), тел.: 881-88-08-09.

**Исмоилов Комилҷон Исроилович** – профессор кафедры детских болезней №2 ГОУ “ТГМУ им Абуали ибни Сино”, E.mail: [IsmoilovK@mail.ru](mailto:IsmoilovK@mail.ru), тел.: 985-12-78-45.

**Sharipova Mavluda Mirzomuddinovna**, PhD, Assistant Professor of the Department of Children's Diseases No. 2, Abualiibni Sino TSMU. E-mail: [mavluda.sharipova.1988@mail.ru](mailto:mavluda.sharipova.1988@mail.ru)

**Ismoilov Komiljon Isroilovich**, MD, Professor, Head of the Department of Children's Diseases No. 2, Abualiibni Sino TSMU. Tajikistan, Dushanbe, I. Somoni Ave., 59 E-mail: [IsmoilovK@mail.ru](mailto:IsmoilovK@mail.ru)



## БЕМОРИҲОИ СИРОЯТӢ

### НАҚШИ ФЛОРАИ ШАРТӢ – ПАТОЛОГӢ ДАР ПАЙДОШАВИИ СИРОЯТИ ШАДИДИ РӮДАҲО ДАР КӮДАКONI СИННУ СОЛИ БАРВАКТӢ

Ёдгорова М.Ҷ., Кабирзода Т.Д., Мукарамова Д.А.

Кафедраи тибби оилавии МДТ «ДДТТ ба номи Абуалӣ ибни Сино».

**Муҳиммият.** Микробҳои рӯда пас аз сироятҳои шадиди респираторӣ аз ҷиҳати фавтият миёни кӯдакони синни барвақтӣ ҷойи дуҷумро ишғол менамоянд. Дар кӯдакони синни 2-сола афзоиши баланди беморӣ ба назар мерасад, ки ин сабаби он хусусиятҳои системаи масунияти организми кӯдакон ба ҳисоб меравад [1]. Мувофиқи ақидаи як қатор муаллифон ҳангоми дар давоми як сол 6-8 маротиба такрор шудани инфекцияҳои респираторӣ пурра барқароршавии системаи функционалии масуният ба амал намеояд [2–4]. Чунин кӯдакон (КЗБ) - (ЧБД) ба он гурӯҳе мансубанд, ки ҳангоми зарурат бештар, яъне соли чанд маротиба бо антибиотикотерапия фаро гирифта мешаванд, дар чунин ҳолат микрофлораи рӯдаҳо муътадил фаъолият карда наметавонад, коҳишёбии флораи муътадил ва афзоиши дараҷаи флораи шартӣ-патогениро ба вучуд меорад ва ин дар ниҳояти қор ба инкишофи инфекцияҳои шадиди рӯдаҳо сабаб мешавад [4,5,6].

Коҳишёбии резистентнокии умумии организм дар заминаи инфекцияҳои вирусии шадиди респираторӣ, фони номусоиди преморбидӣ, речаи нодурусти истеъмоли ғизо ба коҳишёбии резистентнокии гайриҳоси рӯдаҳо оварда мерасонад, ки ин ба афзоиши шартӣ-патогении организм дар рӯдаи борик ва инкишофи ҷараёни илтиҳобии мавзей мусоидат менамояд. Монандии морфофункционалии эпителияи тубулярии гурдаҳо ва энтероситҳои рӯдаи борик инкишофи бештари синдроми пешобро дар заминаи инфекцияҳои шадиди рӯдаҳо муайян менамояд [7,8].

**Мақсади таҳқиқот:** тавсифи клиникӣ-лаборатории инфекцияҳои шадиди рӯдаҳои дар натиҷаи флораи шартӣ-патогении кӯдакони соли аввали ҳаёт пайдошуда.

**Маводҳо ва усулҳои таҳқиқот.** Таърихи бемории 124 нафар кӯдакони инфекцияҳои шадиди рӯдаҳоро аз сар гузаронида таҳлил

карда шуд, ки сабабгори он микрофлораи шартӣ-патогенӣ мебошад. Таъхис дар асоси маълумотҳои клиникӣ ва ҳулосаи таҳқиқоти бактериологии хоричоти кишти микроорганизмҳои шартӣ-патогении микдорашон аз 106 КОЕ/л барзиёд гузошта шудааст. Баҳодихии хусусияти ҳазмкунандагии рӯдаҳо мувофиқи маълумоти таҳқиқотҳои копрологӣ амалӣ карда шуда, муҳтавои ҷарби муътадил, мавҷудияти наҳҳои мушакии ҳазмнашуда ва бофтаи пайваस्तкунанда, инчунин ҳассосият ба антибиотикҳо дар озмоишгоҳи бактериологии ПИТ ТП ВТ ҲИА ҶТ муайян карда шуд.

**Натиҷа ва муҳокимаҳо.** Дар сохтори этиологии беморӣ *Klebsiella*–69,6%, *Escherichiacolli*–11,5%, *S. aureus*–8,5% афзалият доштанд. Дар 13% ҳолатҳо мувофиқати ангебандаҳо (*S. epidermidis*-10,4%) мушоҳида карда шуданд. Беморӣ асосан дар шакли гастроэнтерит дар 46,3% кӯдакон, гастроэнтероколит – 25,9% ҷараён дошт. Дар 100 % ҳолатҳо инфекцияи рӯдаҳо дар заминаи бемориҳои ҳамроҳшуда–бемориҳои шадиди респираторӣ (71,1%), камхунии гипохромӣ (16,7%) ба амал омад.

Дар нисфи кӯдакони бемор қайқунӣ ба амал омад, ки давомнокии миёнаи он  $2,2 \pm 0,3$  рӯзро ташкил меод. Дар 85% кӯдакон беморӣ дар заминаи табларзаи субфебрилӣ ҷараён дошт, ки давомнокии миёнаи он аз  $3,2 \pm 0,5$  рӯз иборат буд. Давомнокии миёнаи диарея  $6,1 \pm 0,5$  рӯзро ташкил дода, дар аксар ҳолатҳо секреторӣ буд. Омехтаи патологияи ахлот дар шакли луоб дар 74% ҳолатҳо мушоҳида карда шуд. Дар 8 нафар беморон диарея хусусияти инвазивӣ (мавҷудияти хун дар шакли рағчаҳо, омехтаи хуну фасод дар ахлот) дошт. Дар 7,5% ҳолатҳо беморӣ бе синдроми диарея ҷараён дошт. Вобастагии боэтимоди давомнокии синдроми диареягӣ аз навъи ангебанда ошкор карда нашуд. Ҳамин тариқ, дар гурӯҳи кӯдаконе, ки дар онҳо давомнокии синдроми



диарея аз миёна зиёд буд (60%), бо басомади нисбатан зиёд *Klebsiellapneumoniae* 50%, *S. aureus* 8%, *Proteusmirabilis* 2% -ро ташкил меод. Бо 60 нафар беморон таҳқиқоти копрологӣ гузаронида шуд. Ихтилоли функцияи протеолитикӣ дар 19,6% ба қайд гирифта шуд, к ибo мавҷудияти нахҳои мушакӣ ва бофтаи васлқунанда дар ахлот хусусиятнок буд. Стеаторея дар 25.5% респон-

дентҳо мушоҳида карда шуд.

**Хулосаҳо:** Ҳамин тавр, таҳқиқотҳо бори дигар собит менамоянд, ки зарурати мухтавои микробиоти рӯдаҳо дар дараҷаи муътадили синнусолӣ буда, рӯдаи бачагон бо мақсади пешгирии инкишофи инфекцияи рӯдаҳо дар дараҷаи муътадили синнусолӣ қарор дорад, ки ин зарурати воридкунии саривактӣи курси эу-и пробиотикҳоро ба навзодон талаб менамояд.

### Адабиёт

1. Самсыгина, Г.А. Проблемы диагностики и лечения часто болеющих детей на современном этапе / Г.А. Самсыгина, Г.С. Коваль // Педиатрия. – 2010. – Т. 89, № 2. – С. 137–145.
2. Заплатников, А.Л. Клинико-патогенетическое обоснование иммунотерапии и иммунопрофилактики вирусных и бактериальных заболеваний у детей : автореф. дис. ...д-ра мед. наук/ А.Л. Заплатников. – М.: РосМАПО, 2003. –34 с.
3. Торшхоева, Р.М. Часто болеющие дети мегаполисов: лечение и профилактика острых респираторных инфекций. / Р.М. Торшхоева [и др.] // Педиатрическая фармакология. – 2006. – № 1. – С. 116–119.
4. Намазова, Л.С. Лечение и профилактика острых респираторных инфекций у часто болеющих детей, проживающих в мегаполисах / Л.С. Намазова [и др.] // Детские инфекции. – 2007. – № 2. – С. – 49–52.
5. Bartlett J.G. Antibiotic-associated diarrhea, / J.G. Bartlett N. Eng. // J. Med. – 2002. – P. 346, 334-339.
6. Wistrom J, Norrby RR, Myhre EB, et al. Frequency of antibiotic-associated diarrhoea in 2462 antibiotic-treated hospitalized patients: a prospective study / J Wistrom , RR Norrby, EB Myhre // *J Antimicrob Chemother.* –2001.–P. 43-50. 7. 1002/14651858.CD006179.pub2.
8. D'Souza A.L., Rajkumar C., Cooke J., Vulpitt C.J. Probiotics in prevention of antibiotic associated diarrhoea: meta-analysis // *BMJ.* 2002, Jun 8. Vol. 324 (7350). P. 1361.

## РОЛЬ УСЛОВНО-ПАТОГЕННОЙ ФЛОРЫ В РАЗВИТИИ ОСТРОЙ КИШЕЧНОЙ ИНФЕКЦИИ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

М.Дж. Ёдгорова, Т.Д. Кабирзода, Д.А. Мукарамова

Кафедра семейной медицины ГОУ «ТГМУ имени Абуалиибни Сино»

**Аннотация.** Данная статья рассматривает роль условно-патогенной флоры в развитии острой кишечной инфекции у детей раннего возраста. По причине смертности кишечные инфекции занимают второе место у детей раннего возраста, после острых респираторных инфекций. Исходя из этого, поддержание микрофлоры кишечника очень важно среди детей. Материалом исследования служило 124 историй болезней детей, перенесших острую кишечную инфекцию, обусловленную условно-патогенной микрофлорой. Диагноз устанавливался на основании клинических данных и заключения бак-

териологического исследования фекалий с выделением культуры условно-патогенных микроорганизмов в количестве, превышающем 10<sup>6</sup> КОЕ/л. В этиологической структуре заболеваемости преобладали *Klebsiella* – 69,6%, *Escherichiacolli* – 11,5%, *S. aureus* – 8,5%. В 13% случаев отмечалось сочетание возбудителей (*S. epidermidis* – 10,4%). В основном заболевание развивалось по типу гастроэнтерита у 46,3% детей, гастроэнтероколита – 25,9%. Необходимо своевременное введение новорожденным курса эу-и пробиотиков.

**Ключевые слова:** дети, условно-патогенная флора, кишечные инфекции,



## THE ROLE OF OPPORTUNISTIC FLORA IN THE DEVELOPMENT OF ACUTE INTESTINAL INFECTION IN YOUNG CHILDREN

M.J. Yodgorova, T.D. Kabirzoda, D.A. Mukaramova

Department of Family Medicine, SEI «TSMU named after Abualiibni Sino»

**Annotation.** This article examines the role of opportunistic flora in the development of acute intestinal infection in young children. Due to mortality, intestinal infections occupy the second place in young children, after acute respiratory infections. Based on this, the maintenance of intestinal microflora is very important among children. The material of the study was 124 case histories of children who had suffered an acute intestinal infection caused by conditionally pathogenic microflora. The diagnosis was established on the basis of clinical data and the conclusion of a bacteriological examination of

feces with the release of a culture of opportunistic microorganisms in an amount exceeding 10<sup>6</sup> CFU/l. The etiological structure of morbidity was dominated by Klebsiella – 69.6%, Escherichia coli – 11.5%, S. aureus – 8.5%. In 13% of cases, a combination of pathogens was noted (S. epidermidis -10.4%). Basically, the disease developed by the type of gastroenteritis in 46.3% of children, gastroenterocolitis – 25.9%. It is necessary to introduce a course of eu- and probiotics to newborns in a timely manner.

**Key words:** children, opportunistic flora, intestinal infections.

*Ёдгорова Майрамби Чумахоновна-н.и.т., мудири кафедраи тибби оилавӣ, МДТ “Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абуалӣ ибни Сино”, E.mayram.7002@gmail.com, тел: 915-083-073*

*Кабирзода Таҳминаи Давронҷон - докторант PhD, кафедраи тибби оилавӣ, МДТ “Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абуалӣ ибни Сино”, E.tahminka9455@gmail.com, тел: 918-54-97-55*

*Мукарамова Дилором Абдуманоновна- ассистенти кафедраи тибби оилавӣ, МДТ “Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абуалӣ ибни Сино”, тел: 900-99-04-00*

*Ёдгорова Майрамби Джумахоновна- к.м.н., заведующая кафедрой семейной медицины ГОУ “ТГМУ им Абуали ибни Сино”, E.mayram.7002@gmail.com, тел: 915-083-073*

*Кабирзода Таҳминаи Давронҷон- докторант PhD, кафедраи семейной медицины ГОУ “ТГМУ им Абуали ибни Сино”, E.tahminka9455@gmail.com, тел: 918-54-97-55*

*Мукарамова Дилором Абдуманоновна- ассистент кафедраи семейной медицины ГОУ “ТГМУ им Абуали ибни Сино”, тел: 900-99-04-00.*

*Yodgorova Mayrambi Jumakhonovna- candidate of Medical Sciences, Head of the Department of Family Medicine, SEI «TSMU named after Abualiibni Sino», E.mayram.7002@gmail.com, tel: 915-083-073.*

*Kabirzoda Tahminai Davronjon- PhD student, Department of Family Medicine, SEI «TSMU named after Abualiibni Sino», E.tahminka9455@gmail.com, tel: 918-54-97-55*

*Mukaramova Dilorom Abdumanonovna- Assistant of the Department of Family Medicine, SEI «TSMU named after Abualiibni Sino», tel: 900-99-04-00*

## ХУСУСИЯТҲОИ ЧАРАЁНИ СИРОЯТИ КОРОНОВИРУСИИ COVID-19 – И ҲОМИЛАДОРОН ДАР ТАҶРИБАИ ТАБИБОНИ ОИЛАВӢ

Кабирзода Т.Д., Бандаев И.С., Раҳматуллоева З.Р.

Кафедраи тибби оилавии МДТ «ДДТТ ба номи Абуалӣ ибни Сино»

**Муҳиммият.** Пандемияи инфекцияи нави коронавирусии (ИНК) – COVID-19, ки моҳи декабри соли 2019 дар шаҳри Ухани провинсияи Хубэй (Хитой) сар зад ва дар тамоми давлатҳо аз ҳисоби мигратсияи фаёли

аҳоли ва ангезандаи бошиддати контагиозӣ – вирусҳои SARS-CoV-2 (Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2) босуръат паҳн гардид [1].

Дар доираи глобалӣ аз 11.03.2020, ҳанго-

ме ки Ташкилоти умумичаҳонии тандурустӣ (ТУТ) ба тамоми чаҳон аз оғози пандемияи ИНК COVID-19 расман хабар дод, аллакай 3 мавҷи было пандемия ба қайд гирифта шуда буд.

Дар бораи беморшавӣ ва сироятёбии аҳолии синну солашон гуногун ва мансубияти гурӯҳҳои тиббӣ-ичтимоӣ этникӣ маълумотҳои зиёд нашр шуда, хусусиятҳои клиникӣ ва натиҷаҳои SARS-CoV-2-инфексия дар пациентҳои табақаҳои гуногун дар адабиётҳои чаҳонӣ ва ватанӣ дарҷ карда шудаанд [2,3].

Таҷрибаҳо нишон медиҳанд, ки модарони ҷавони омилҳои маъмули хатар ва заминҳои преморбидӣ надошта низ дар ташаккули нишондоди натиҷаҳои номусоиди модарӣ ва перинаталӣ ҳангоми SARS-CoV-2-инфексия саҳмгузор мебошанд [4,5].

**Мақсади таҳқиқот.** Омӯзиши омилҳои хатар ва хусусиятҳои ҷараёни COVID-19-и ҳомиладорон дар таҷрибаи табибони оилавӣ.

**Мавод ва усулҳои таҳқиқот.** Дар пойгоҳи МСШ №12 (дар шуъбаи саломатии репродуктивӣ ва табибони оилавӣ) таҳлили ретроспективии 62 картаи инфиродии ҳомиладорон ф. № 029/у ва картаи амбулатории ф. № 024/у, аз моҳи апрел то декабри соли 2020 бо беморони синну солашон аз 20-сола то 39-сола гузаронида шуд. Ташҳиси «ИНК (инфексияи нави коронавирусӣ) COVID-19» бо усули реаксияи полимеразии занҷиравӣ (РПЗ) тасдиқ карда шуд: вируси SARS-CoV2 дар маводи назофарингеалӣ ошкор карда шуд.

Барои баҳодиҳии омилҳои хатари беморӣ маълумоти 50 нафар ҳомиладорони бо бемории COVID-19 сироятнаёфта (25 нафар занон дар ҳамаи давраи солҳои 2020 ва 2021) истифода карда шуданд. Пациентҳои гурӯҳҳои муқоисавӣ дар триместре 111-и гестатсия қарор дошта, аз ҷиҳати синну сол, (20–36 сола), мақоми иҷтимоӣ, паритет, индекси вазни бадан якхела буда, дар анамнезашон ва дар айни замон патологияи вазнини экстра гениталӣ, ВИЧ-инфексия, бемории сил надошанд.

Бо ҳамаи беморон таҳлилҳои клиникӣ (таҳлили умумии хун, пешоб ва ахлот) гузаронида шуд. Рентгенографияи қафаси сина,

пулсоксиметрия, ҳангоми зарурат томографияи компютерӣ, машварати мутахассисони бахшҳои гуногун гузаронида шуданд.

**Натиҷаҳои таҳқиқот ва муҳокимаи онҳо.** Ҳангоми таҳлили ретроспективии ҳомиладорон дар мавҷи сикли эпидемиявӣ омилҳои хатар ва ҷараёни инфекцияи COVID-19 дар 62 нафар ҳомиладорон таҳлил карда шуданд. Гурӯҳи хатари COVID-19-ро ҳомиладорони синнашон аз 30-сола болои дорони вазни барзиёд ва гирифтори диабет қанд, гипертензияи музмини шараёни ва камхунии норасоии оҳан ташкил медоданд.

Дар соли аввали эпидемия дар беморон басомади бештари чунин аломатҳои клиникӣ ИНК, ба монанди гум шудани ҳиссиёти шомма - аносмия, беҳолӣ, хоболудӣ, ҳатто дар ҳолати дараҷаи сабуки осеби шушҳо нафастангӣ, дарди сар, дарди буғумҳо, коҳишёбии иштиҳо дучор мегардиданд. Ҳангоми мавҷи 3-юми соли 2-юми пандемияи COVID-19 манзараи клиникӣ ба таври кулӣ тағйир ёфт ва аломатҳои зерин бештар афзалият доштанд: сулфа, тимоғ (насморк), дарди гулӯ, бештар табларзаи зиёда аз 38°C ба назар мерасид, аз микдори умумии занони ҳомиладор 2 нафарашон бо ташҳиси илтиҳоби шуш (пневмония) ба шуъбаи таваллуди МСШ (маркази саломатии шаҳрӣ), ки бо мақсади табобати ҳомиладорони гирифтори сирояти ИНК аз нав таҷҳизонида шудааст, бистарӣ карда шуданд.

Мувофиқи шикояти гурӯҳҳои муқоисавӣ робитаи миёни SARS-CoV-2-инфексияи ҳомиладорон ва мавҷудияти КНО (камхунии норасоии оҳан) муқаррар карда шуд.

Камхунии норасоии оҳан – 34(54,8%), мавҷудияти дистонияи вегетативӣ рағӣ (ДВР) – 4(6,4%), диабет қанд (ДҚ) -2(3,2%), гипертония -7(11,2%), фарбеҳӣ – 3(4,8%), шароитҳои иқтисодӣ-ичтимоӣ -6(9,6%), дараҷаи таълимӣ-маданӣ –4 (6,4%), пневмония 2(3,2%) ба қайд гирифта шуданд.

Ҳангоми таҳлили конфаундери бемории COVID-19 – и модарони ҷавон (<30 -сола), ки омилҳои маъмули хатар (вазни барзиёд/фарбеҳӣ, гипертония, диабет қанд) надоранд, робитаи бештари КНО муқаррар карда шуд. Дар муқоиса бо давраи моҳҳои ап-



рел ва декабри соли 2020 басомади ошкор-  
созии КНО миёни модарони гирифтори  
COVID-19 7,2 % афзоиш ёфт.

Занони ҳомилаи дорои тести тасдиқшу-  
да барои COVID-19 дар хонахоҷашон аз та-  
рафи табибони оилавӣ ва акушер-гинеколо-  
гҳо бо табобати амбулаторӣ ва зери назо-  
рат қарор додашуданд.

**Хулоса.** Ҳамин тавр, таҳқиқотҳо шаҳодат  
медиханд, ки ҳомиладорони гирифтори

КНО бештар ба хатари сирояти COVID-19  
дучор меоянд. Мутаносибан, дар шароити  
пандемияи COVID-19, профилактика ва  
коррекцияи саривақтии камхунии норасоии  
оҳан ҳангоми ҳомиладорӣ аҳамияти бешта-  
ре касб менамояд: онҳо на танҳо воситаи  
коҳишёбии оризаҳои акушерии перинаталӣ  
мебошанд, балки ҳамчун чораҳои иловагӣ  
барои коҳишдиҳии хатари бемориҳои сиро-  
ятӣ нақши муҳим доранд.

### Адабиёт

1. Синчихин С.П. Новая коронавирусная инфекция и другие респираторные вирусные заболевания у беременных: клиническая лекция // С.П. Синчихин, Л.В. Степанян, О.Б. Мамиев // Гинекология. 2020. - №22(2). - С. 6-16.
2. Белокриницкая Т.Е. COVID-19 у беременных и небеременных пациенток раннего репродуктивного возраста / Т.Е. Белокриницкая, Н.И. Фролова, К.Г. Шаповалов // Гинекология. 2021. - №23(3). - С. 255-9.
3. Мордык А.В. Амбулаторные подходы к лечению новой коронавирусной инфекции у беременных и кормящих женщин / А.В. Мордык, Л.В. Пузырева, К.Ю. Самсонов, Н.В. Багишева // Лечащий врач. 2020. - №8. - С. 71-6.
4. Грызунова Е.М. Состояние гемодинамики в системе «мать–плацента–плод» у беременных / Е.М. Грызунова, С.Л. Совершаева, А.Г. Соловьев // Экология человека. 2016. - №9. - С. 15-205.
5. Jafari M. Clinical characteristics and outcomes of pregnant women with COVID-19 and comparison with control patients: A systematic review and meta-analysis / M. Jafari, A. Pormohammad, et al // Rev Med Virol. 2021. - Vol. 10, № 1. - P. 208-217.

## ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ COVID-19 У БЕРЕМЕННЫХ В ПРАКТИКЕ СЕМЕЙНОГО ВРАЧА

**Кабирзода Т.Д., Бандаев И.С., Рахматуллоева З.Р.**

Кафедра семейной медицины ГОУ «ТГМУ им Абуали ибни Сино»

**Аннотация.** В данной статье рассматривается особенности течения новой коронавирусной инфекции COVID-19 у беременных. Авторами проводился ретроспективный анализ беременных на волне эпидемического цикла и проанализированы факторы риска и течения инфекции COVID-19 у 62 беременных. Группу риска по COVID-19 составляют беременные, в возрасте старше 30 лет, с избыточной массой тела и сахарным диабетом, хронической артериальной гипертензией, железодефицитной анемии. При анализе конфаундеров заболеваемости COVID-19 молодых матерей (<30 лет), не имеющих известных факторов риска (избы-

ток массы тела/ожирение, гипертоническая болезнь, сахарный диабет), наиболее значимая ассоциация установлена для ЖДА. В сравнении с периодом с апреля по декабрь 2020 г. частота выявления ЖДА возросла на 7,2% среди матерей с COVID-19.

Исследования показали, что беременные с ЖДА наиболее подвержены риску заражения инфекцией COVID-19. Соответственно, в условиях пандемии COVID-19, профилактика и своевременная коррекция железодефицитной анемии, при беременности приобретают еще большую значимость.

**Ключевые слова:** беременные, инфекция COVID-19, железодефицитная анемия.



## FEATURES OF THE COURSE OF THE NEW COVID-19 CORONAVIRUS INFECTION IN PREGNANT WOMEN IN THE PRACTICE OF A FAMILY DOCTOR

T.D. Kabirzoda, I.S. Bandaev, Z.R. Rakhmatullayeva

Department of Family Medicine, SEI «TSMU named after Abualiibni Sino»

**Annotation.** This article discusses the features of the course of the new COVID-19 coronavirus infection in pregnant women. The authors conducted a retrospective analysis of pregnant women in the wake of the epidemic cycle and analyzed risk factors and the course of COVID-19 infection in 62 pregnant women. The COVID-19 risk group consists of pregnant women over the age of 30, overweight and diabetes mellitus, chronic arterial hypertension, iron deficiency anemia. When analyzing the confounders of the incidence of COVID-19 young mothers (<30 years old) with no known risk factors (overweight/obesity, hypertension,

diabetes mellitus), the most significant association was established for IDA. In comparison with the period from April to December 2020, the frequency of IDA detection increased by 7.2% among mothers with COVID-19.

Studies have shown that pregnant women with IDA are most at risk of contracting COVID-19 infection. Accordingly, in the conditions of the COVID-19 pandemic, prevention and timely correction of iron deficiency anemia during pregnancy become even more important.

**Keywords:** pregnant women, COVID-19 infection, iron deficiency anemia.

**Кабирзода Таҳминаи Давронҷон** - докторант PhD, кафедраи тибби оилавӣ, МДТ “Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абуалӣ ибни Сино”, [E.tahminka9455@gmail.com](mailto:E.tahminka9455@gmail.com), тел: 918-54-97-55

**Бандаев Илхомдҷон Сиродҷидинович** - д.и.т., профессори кафедраи тибби оилавӣ, МДТ “Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абуалӣ ибни Сино”, [E.ibandaev@list.ru](mailto:E.ibandaev@list.ru), тел: 907-74-74-08.

**Рахматуллоева Зухраҳон Рахматуллоевна** - муаллими калони кафедраи тибби оилавӣ, МДТ “Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абуалӣ ибни Сино”, [E.zuhra-54@inbox.ru](mailto:E.zuhra-54@inbox.ru), тел. +992 933137505;

**Кабирзода Таҳминаи Даврондҷон** - докторант PhD, кафедраи семейной медицины ГОУ “ТГМУ им. Абуали ибни Сино”, [E.tahminka9455@gmail.com](mailto:E.tahminka9455@gmail.com), тел: 918-54-97-55

**Бандаев Илхомдҷон Сиродҷидинович** - д.м.н., профессор кафедраи семейной медицины ГОУ «ТГМУ им. Абуалиибни Сино», [E.ibandaev@list.ru](mailto:E.ibandaev@list.ru), тел: 907-74-74-08

**Рахматуллоева Зухраҳон Рахматуллоевна** - старший преподаватель кафедраи семейной медицины ГОУ «ТГМУ им. Абуалиибни Сино», [E.zuhra-54@inbox.ru](mailto:E.zuhra-54@inbox.ru), тел. +992 933137505;

**Kabirzoda Tahminai Davronjon** - PhD student, Department of Family Medicine, Abuali Ibni Sino State Medical University, [E.tahminka9455@gmail.com](mailto:E.tahminka9455@gmail.com), phone: 918-54-97-55.

**Ilkhomjon Sirodzhidinovich Bandaev** - Doctor of Medical Sciences, Professor Department of Family Medicine of Abualiibni Sino TSMU, [E.ibandaev@list.ru](mailto:E.ibandaev@list.ru), phone: 907-74-74-08

**Rakhmatulloeva Zukhrakhon Rakhmatulloevna** - Senior lecturer of the Department of Family Medicine of the State Educational Institution “Abualiibni Sino TSMU», [E.zuhra-54@inbox.ru](mailto:E.zuhra-54@inbox.ru), body. +992 933137505;



## ТАБОБАТИ АЛОПЕТСИЯИ ЗАМБУРҶҒӢ ДАР КӢДАКОН

Нуралиев М.Д., А.М. Косимзода, А.А. Фафоров

Донишгоҳи миллии Тоҷикистон

**Мубрамият.** Алопетсияҳои замбуруғӣ дар кӯдакон аз ҳисоби таъсири манфии замбуруғҳо ба амал меояд, ки аксар вақт дар синни кӯдакӣ ба амал омада, сабаби иллатёбии чиддӣ дар гурӯҳи мазкури беморон мегардад ва ҳангоми мавҷуд будани патологияҳои ҳамрадиф аксар вақт чараёни дуру дароз ва музмин гирифта, чараёни патологӣ паҳн гашта ба пайдошавии ҳассосиятноки ва аксуламалҳои алергикӣ оварда мерасонад [1,2]. Солҳои охир зиёдшавии басомади гирифтورشавии кудакон ва навзодон ба микози қисми мӯйдори сар, чараёни вазинтари сирояти микотикӣ дар баробари иллатёбии масуният ва тағйирёбии микрофлораи пӯст мушоҳида карда мешавад. Исбот карда шудааст, ки дар кӯдакони наврас бемории трихофития аксар вақт чараёни дуру дароз ва музмин пайдо мекунад, ки ба хусусиятҳои давраи балоғати ҷинсӣ вобастагӣ дорад [3,4]. Дар музминшавии бемории трихофития ва авҷгирии хуруҷҳои ин беморӣ дар қатори чунин омилҳо ба мисоли экологичи номусоид, тағйироти метаболикии организми кӯдакон ва иллатёбиҳои иммунологӣ ҳамчунин интиҳоби маводи зиддизамбуруғӣ ва тағйироти муқобилиятнокии ғайриҳоси организм нақши муҳим мебошад [5].

То ҳол маводи дорувории асосӣ дар табобати трихофития антибиотики зиддизамбуруғии системавии гризеофулвин боқӣ мемонад, ки он аввалин маводи зиддизамбуруғӣ дар шакли ҳаб мебошад. Аммо бинобар сабаби мавҷуд будани чунин омилҳо ба мисли қаробати суст ба кератин, таъсири манфӣ ва зиддинишондодҳо барори таъинот маводи дорувории мазкур на ҳама вақт самаранок мебошад. Бинобарин солҳои охир дар табобати трихофития ҳарчи бештар маводҳои зиддизамбуруғии системавӣ ба мисли ҳосилаҳои аллиламинҳо ва азолҳо истифода бурда мешаванд. Басомади баланди шифоёбии микологӣ ва клиникӣ ҳангоми истифодаи ҳосилаҳои тербинафин,

ки аз табобат бо гризеофулвин ҳатто дар муддати зиёди пас аз табобат бартарият доранд, исбот карда шудааст [6,7]. Аз рӯи маълумоти адабиёт ҳангоми иллатёбии қисми мӯйдори сар самаранокии табобат бо гризеофулвин 75—88% ва ҳангоми табобат бо тербинафин 98%-ро ташкил медиҳад [8]. Вобаста ба нуктаҳои зикршуда мақсади гузаронидани тадқиқоти мазкур баҳодиҳии муқоисавии самаранокии табобати кӯдакони гирифтори трихофитияи зооантропонозӣ бо маводҳои дорувории гризеофулвин ва тербинафин мебошад.

**Мавод ва усулҳои тадқиқот.** 110 бемори гирифтори алопетсияи замбуруғӣ, ки синнашон аз 8 то 15 сола буд тадқиқ карда шуданд. Дар 60 (54,5%) нафари беморон трихофитияи қисми мӯйдори сар ва дар 50 (45,5%) бошад микроспорияи қисми мӯйдори сар мушоҳида карда мешуд. Давомнокии беморӣ ба ҳисоби миёна  $12 \pm 1,2$  рӯзро ташкил медод. Ташҳис дар асоси таҳлилҳои микроскопӣ гузошта шуда, барои муайяннамоии барангезанда усули тадқиқоти кишт дар муҳити Сабуро истифода бурда шуд. Беморон ба 2 гурӯҳ ҷудо карда шуданд. Ба гурӯҳи якум 63 нафар бемор (33 (52,4%)— трихофития; 30 (47,6%) - микроспория) ва ба гурӯҳи дуюм бошад 47 нафар (27 (57,4%) трихофития, 20 (42,6%)—микроспория) бемор дохил карда шуданд. Дар гурӯҳи якум табобат бо истифодаи гризеофулвин бо вояи шабонарӯзии 18 мг бар кг вазни бадан гузаронида шуд. Маводи дорувории мазкурро дар як рӯз се маротиба ҳангоми хӯрокхӯрӣ бо як қошукча рағғани растанӣ истифода бурданд. Дар гурӯҳи дуюм табобати умумӣ бо истифодаи маводи дорувории системавии зиддизамбуруғии таъсираш васеъ тербинафин гузаронида шуд, ки вояи он вобаста аз вазни бадан интиҳоб карда шуд, ки ҳангоми аз 20 то 40 кг будани вазни бадан он бо вояи 125мг таъйин карда шуд. Дар ҳолати аз 40 кг зиёдтар будани вазни бадан маводи дорувории мазкур бо





вояи шабонарӯзи 250 мг таъйин карда шуд. Ҳангоми муолиҷа тарошидани сар ҳар ҳафта ба анҷом расонида мешуд ва тамоми сатҳи тарошидашуда бо маҳлули 3%-аи йод ва малҳами 33%-аи сулфур коркард карда шуд. То оғози табобат ва дар чараёни табобат таҳлилҳои биохимиявии (АСТ и АЛТ) ҳамаи беморон гузаронида шуд.

Коркарди омории мавод бо истифода аз барномаҳои заминавии Statistica ва Excel 7.0 бо муайян намудани миёнаи арифметикӣ, меъёри Студент ва ҳамчунин таҳлили коррелясионӣ гузаронида шуд. Эътимоднокии натиҷаҳо  $p < 0,05$  –ро ташкил дод.

Натиҷаҳои бадаст оварда ва баррасии онҳо

Дар натиҷаи гузаронидани таҳлилҳои кишткунӣ дар ҳамаи 110 нафар беморон иллатёбҳои замбурӯғии мӯйҳо муайян карда шуданд. Дар 63 (57,3%) нафари беморон замбурӯғҳои авлоди *Trichophyton ectothrix* ва дар 47 (42,7%) бошад замбурӯғҳои авлоди *Microsporum canis* муайян карда шуданд. Аз анамнези беморӣ муайян карда шуд, ки аз 63 бемори гирифтори трихофития дар 34 (54,0%) нафарашон манбаи сироятёбӣ кӯдакони дорои трихофития буданд, чунки сироятёбӣ дар коллективҳои кӯдакона ва дар 29 (46,0%) нафари дигар бошад аз ҳайвоноти хонагӣ (чорвои калони шохдор) ба амал омадааст. Манбаи сироятёбии микроспория дар 29 (61,7%) бемор кӯдакони дигари гирифтори микроспория буданд, чунки сироятёбӣ дар мактаб ва толорҳои варзишӣ ва дар 18 (38,3%) нафари беморон бошад аз ҳайвоноти хонагӣ (сағҳо, гурбаҳо) ба амал омадааст. Ҳангоми трихофитияи сатҳӣ манбаҳои хурди пулакчасори давршакл ё шакли нодуруст дошта бо сарҳадҳои норавшан мушоҳида карда шуд. Аломатҳои илтиҳобӣ бараъло намоён набуданд. Сатҳи манбаҳо бо пулакчаҳои сафедранг пӯшонидани шуда буд. Бинобар сабаби шикастани мӯйҳои иллатёфта дар баландии 1-2 мм аз сатҳи пӯст зичии мӯйҳо дар воҳиди масоҳат кам гардида буд. Трихофитияи тарашшӯхию римноки қисми мӯйдори сар дар шакли римнок, бо мавзёҳои ками иллатёфта ва нишонаҳои бараълои илтиҳобӣ чараён гирифта

буд. Ба он манбаҳои иллатёфтаи дорои сарҳадҳои аниқ аз сатҳи пӯст барҷастаи дараҷаи ё байзашакл бо ҳосил намудани инфилтрат хос буд. Дар мавзёҳои иллатёфта папулаҳои фолликулярӣ, везикулаҳои зуд ба пуштулаҳо табдилёбанда, ки тарашшӯхти он хушк шуда калахшаҳо ҳосил менамоянд, мушоҳида карда мешаванд. Дар мавзёҳои иллатёфта пораҳои мӯйҳои шикаста мушоҳида карда мешаванд.

Ба шакли инфилтративии микроспория мавзёҳои иллатёфтаи дорои сарҳадҳои аниқ, инфилтратсияи барҷаста ва мӯйҳои шикаста хос мебошад. Ҳамчунин ҳангоми микроспорияи тарашшӯхию римнок мавзёҳои иллатёфта дорои инфилтратсияи бараъло ва дончасорӣ пуштулӯзӣ буданд. Ҳангоми зер кардани мавзеи иллатёфта аз сӯроҳҳои фолликулаҳои мӯйҳо фасод мебаромад.

Ташхиси клиникӣ ҳамаи беморон бо таҳлили микроскопӣ, ҳангоми кишт кардан муайян намудани *Microsporum canis* ва тадқиқи люминестентӣ бо нурҳои лампаи Вуд тасдиқ карда шуд. Нишонаҳои клиникӣ иллатёбии пусти ҳамвор муқаррарӣ буда, ҳангоми иллатёбии қисми мӯйдори сар дар 4 нафар кӯдакон дар мавзеи иллатёфта дончасориҳои хурди пуштулӯзӣ ва дар 1 нафар бемор шакли эксудативии микроспория мушоҳида карда шуд. Ҳамаи кӯдаконе, ки бо гризеофулвин табобат мегирифтанд, табобатро хуб аз сар гузарониданд. Нишонаҳои илтиҳобӣ дар мавзёҳои иллатёфта то рӯзҳои 8-11-уми табобат пурра бартараф гардиданд. Ҳангоми монотерапияи беморони дорои иллатёбии замбурӯғии қисми мӯйдори сар бо гризеофулвин шифоёбии клиникӣ ва этиологӣ дар 83%-и онҳо ба даст омад. Давомнокии табобати беморони дорои иллатёбии замбурӯғии қисми мӯйдори сар ба ҳисоби миёна  $26,1 \pm 2,1$  рӯзро ташкил дод. Муайян карда шуд, ки табобат бо гризеофулвин фаолияти функционалии чигарро паст мекунад, ки ин бо нишондиҳандаҳои зерини эътимоднок тасдиқ карда мешавад: баландшавии АСТ -  $0,49 \pm 0,04$  ммол/л (нишондиҳандаи эътидолӣ  $0,37 \pm 0,03$  ммол/л,  $P < 0,02$ ) ва АЛТ -  $0,56 \pm 0,04$



ммол/л (нишондиҳандаи эътидолӣ  $0,44 \pm 0,03$  ммол/л,  $P < 0,02$ ).

Ҳангоми табобат бо тербинафин аз 47 нафари беморони гурӯҳи дуюм шифоёбии этиологӣ ва клиникӣ дар ҳамаи 47 (100,0%) нафари онҳо мушоҳида карда шуд, ки аз онҳо 27 (57,5%) нафарашон гирифтори трихофития ва 20 (42,5%) нафарашон гирифтори микроспория буданд. Давомнокии табобат ба ҳисоби миёна  $18,2 \pm 1,2$  рӯзро ташкил дод, ки ин нисбати табобат бо гризеофулвин 8 рӯз кӯтоҳтар мебошад. Табобат бо тербинафин ба организми шахсоне, ки онро истифода бурданд таъсири гепатотоксикӣ нарасонид. Назорати диспансерӣ дар давоми 3 моҳи пас аз табобат самаранокии баланди тербинафинро нисбати гризеофулвин нишон дод.

**Хулоса.** Ҳамин тариқ ҳангоми табобати комплекси кӯдакони гирифтори трихофитияи зооантропонозӣ бо истифодаи маводи дорувории системавии тербинафин мавҷуд набудани таъсири гепатотоксикӣ ва самаранокии баланд нисбати истифодаи гризеофулвин мушоҳида карда мешавад.

Дар гурӯҳи дуюм, ки дар табобати онҳо тербинафин истифода бурда шуда буд, самаранокии баланди он мушоҳида карда шуд ва дар 100%-и беморон шифои этиологӣ ва клиникӣ ба даст оварда шуд. Дар гурӯҳи якум шифоёбии клиникӣ ва этиологӣ дар 83%-и беморон, яъне 1,2 маротиба камтар мушоҳида карда шуд. Файр аз ин, истифодаи тербинафин ба камтар шудани давомнокии табобат то 7 рӯз ва истифодаи гризеофулвин бошад то 5,5 рӯз боис гардид. Яъне ҳангоми табобати иллатёбии замбурӯгии қисми мӯйдори сар бештар истифодаи антимикотикҳое, ки дар таркибашон тербинафин доранд, тавсия дода мешавад. Тербинафин на танҳо самаранокии баланд дорад, балки ҳамчунин маводи дорувории безарар дар табобати бемориҳои замбурӯгии пӯст дар кӯдакон мебошад. Истифодаи якқарата дар давоми шабонарӯз ва мавҷуд набудани таъсири манфӣ боиси он мегардад, ки тербинафин ҳамчун маводи дорувории интихобӣ барои табобати сирояти замбурӯгии пӯсти кӯдакон истифода бурда шавад.

#### Рӯйхати адабиёт:

1. Абдуллоева, М.А. Клиническая эффективность тербинафин 1% спрей-пены при наружной терапии отрубевидного лишая / М.А. Абдуллоева, П.Т. Зоиров, М.С. Исаева // Сборник материалов XIX Российского национального конгресса «Человек и лекарство». – 2012. – С. 300.
2. Медведева, Т.Ф. Успешный опыт применения гризеофульвина у ребенка первого года жизни с микроспорией / Т.Ф. Медведева // Успехи медицинской микологии. - 2014.-Т.13.- С. 131-133.
3. Ghannoum, M. Fungal Nail Infections (Onychomycosis): A Never-Ending Story? / M. Ghannoum, N. Isham // PLoS Pathog. -2014. -Vol. 10. -P. 104–113.
4. Соколова, Т.В. Антимикотики в практике лечения микозов стоп: частота неэффективности лечения (результаты многоцентрового исследования в РФ) / Т.В.Соколова, Т.А. Малярчук // Успехи медицинской микологии. Материалы юбилейной конференции по медицинской микологии (к 100–139 летию З.Г.Степанищевой). – М.: Национальная академия микологии. - 2013. – С. 148–149.
5. Карабаева, И.Т. Эффективность тербинафина в лечении микоспории / И.Т. Карабаева // Успехи медицинской микологии. - 2013.-Т.11.- С. 138-139.
6. New aspects in the clinical course of pityriasis versicolor / V.M. Framil [et al.] // An Bras Dermatol / - 2011. – Vol.86. – P.1135-40.
7. Опыт применения экифина в этиотропной терапии больных зооантропонозной трихофитией / З.Р. Хисматулина [и др.] // Вестник дерматологии и венерологии. - 2014.- №6.- С. 171-176

## ЛЕЧЕНИЕ ГРИБКОВОЙ АЛОПЕЦИИ У ДЕТЕЙ

Нуралиев М.Д., Косимзода А.М., Гафоров А.А.

Таджикский национальный университет

**Цель работы.** Изучение эффективности системной терапии грибковой алопеции у детей.

**Материал и методы исследования.** Было обследовано 110 пациентов в возрасте 8-15 лет, которые были обследованы на предмет грибкового поражения волос.

**Полученные результаты:** Всем пациентам было проведено микроскопическое и культуральное исследование и были выявлены у 60 (54,5%) грибки рода *Trichophyton ectothrix*, у 40 (36,4%) был высеян грибок *Microsporum canis*. Сравнивали две группы детей с грибковым поражением волос. В первую группу вошло 63 пациента (33 (52,4%) – трихофития; 30 (47,6%) – микроспория), которым назначали препарат гризеофульвин, а во вторую вошли 47 пациентов (27 (57,4%) – трихофития, 20 (42,6%) – микроспория), которые получали препарат Тербинафин. Было выявлено значительное

улучшение после проведенного лечения препаратом тербинафин, так как сроки лечения, по сравнению с группой детей, принимавших гризеофульвин уменьшились на 7 дней. Кроме того, при лечении тербинафином было выявлено изменений со стороны биохимических анализов крови, в то время как при лечении гризеофульвином показатели АСТ и АЛТ через три месяца были увеличены в 1,3 раза.

**Заключение.** Исследование показало, что для лечения алопеции вызванной грибковой инфекцией преимущество отдается препарату тербинафин, который в 1,2 раза чаще приводит к клиническому и лабораторному излечению, а также является безопасным средством для лечения грибковых заболеваний кожи у детей.

**Ключевые слова:** грибковая алопеция, трихофития, микроспория, тербинафин, гризеофульвин

## TREATMENT OF FUNGAL ALOPECIA IN CHILDREN

Nuraliev M.D., Kosimzoda A.M., Gaforov A.A.

Tajik National University

**Purpose of work.** Study of the effectiveness of systemic therapy of fungal alopecia in children.

**Material and research methods.** 110 patients aged 8-15 years were examined, who were examined for fungal infection of the hair.

**Results:** All patients underwent microscopic and cultural examination and were found in 60 (54.5%) fungi of the genus *Trichophyton ectothrix*, in 40 (36.4%) fungus *Microsporum canis* was sown. Two groups of children with fungal hair loss were compared. The first group included 63 patients (33 (52.4%) - trichophytosis; 30 (47.6%) - microsporia), who were prescribed the drug griseofulvin, and the second group included 47 patients (27 (57.4%) - trichophytosis, 20 (42.6%) - microsporia) who

received Terbinafine. There was a significant improvement after treatment with terbinafine, as the duration of treatment, compared with the group of children who took griseofulvin, decreased by 7 days. In addition, in the treatment of terbinafine, there were no changes in biochemical blood tests, while in the treatment with griseofulvin, the AST and ALT values increased by 1.3 times after three months.

**Conclusion.** The study showed that for the treatment of alopecia caused by a fungal infection, the drug terbinafine is preferred, which is 1.2 times more likely to lead to clinical and laboratory cure, and is also a safe treatment for fungal skin diseases in children.

**Keywords:** fungal alopecia, trichophytosis, microsporia, terbinafine, griseofulvin



**Нуралиев Махмадали Дустмуродович** - н.и.т., мудири кафедраи физиологияи патологӣ ва анатомияи патологӣ бо тибби судии Донишгоҳи милли Тоҷикистон; тел. +992-907-83-39-79.

**Нуралиев Махмадали Дустмуродович** - к.м.н., заведующий кафедрой патологической физиологии и патологической анатомии с судебной медициной Таджикского национального университета; тел. +992-907-83-39-79.

**Nuraliev Mahmatali Dustmurodovich** - Candidate of Medical Sciences, Head of the Department of Pathological Physiology and Pathological Anatomy with Forensic Medicine of the Tajik National University; tel. +992-907-83-39-79.

**Қосимзода Азизулло Мирзо**, н.и.т., Сартабиби Муассисаи давлатии “Беморхонаи клиникаи шаҳрии бемориҳои пӯст” ш. Душанбе; тел. +992-935-00-76-79.

**Қосимзода Азизулло Мирзо**, к.м.н., Главный врач Государственного учреждения “Городская клиническая больница кожных болезней” г. Душанбе; тел. +992-935-00-76-79.

**Qosimzoda Azizullo Mirzo**, c.m.s., Chief doctor of State institution “City clinic hospital of skin diseases” c. Dushanbe; tel. +992-935-00-76-79.

**Гафоров Абдугафор Абдулхамидович**, ассистенти кафедраи дерматовенерология МДТ “Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон”; тел. +992-907-19-69-96.

**Гафоров Абдугафор Абдулхамидович**, ассистент кафедры дерматовенерологии ГОУ “Таджикский государственный медицинский университет”; тел. +992-907-19-69-96.

**Gaforov Abdugafor Abdulkhamidovich**, assistant of the department of dermatovenereology of SEI “Avicenna Tajik state medical university”; tel. +992-907-19-69-96.

## ЧАНБАҲОИ ПАТОГЕНЕТИКИИ ИСТИФОДАБАРИИ ИММУНОМОДУЛЯТОРҲО ДАР МУОЛИЧАИ ВАРАЧАИ ТРОПИКӢ ДАР КӢДАКОН

Хочаева Н.М.<sup>1</sup>, Файзуллоев Н.Ф.<sup>2</sup>, Саидмуродова Г.М.<sup>1</sup>.

Кафедраи бемориҳои сироятии кӯдакони (мудири кафедра н.и.т., дотсент Г.М. Саидмуродова)-и МДТ «Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абуалӣ ибни Сино», Академияи миллии илмҳои Ҷумҳурии Тоҷикистон.

**Мухиммият.** Вараҷаи тропикӣ ҳамчун намуди шакли ниҳоят вазнини сирояти вараҷагӣ ба ҳисоб гардида, метавонад бо пайдоиши игмо ва ҷараёни ашадӣ дар оқибат ба марг оварда расонад.

Барангезандаи вараҷаи тропикӣ Р. Falciparum бештар дар 50% ҳамаи беморшудагонӣ дар ҷаҳон муайян карда шуда, 98% он бо оқибати марг анҷом меёбад [1]. Проблемаи зерин барои Ҷумҳурии Тоҷикистон низ актуалӣ мебошад, чунончи манбаҳои минтақавии гузариши сироят бештар дар минтақаҳои, ки бо Афғонистон ҳамсарҳад мебошад ҷой шудаанд [2].

Дар солҳои охир дар адабиётҳо саволҳои, ки оид ба вазифаи механизмҳои имунорегуляторӣ бахшида шуданд, ва ки ҳаяҷоннокии туршшавӣ дар пайдоиши шаклҳои вазнини бемориҳои сироятӣ сабабгор мебошанд, муҳокима карда мешаванд.

Дар бештари ҳуҷайраҳои иммунокомпе-

тентӣ фаъолияти зиёди зиддипаразитарио макрофагҳо, Т-лимфотситҳо ва як қатор ситокинҳои аз онҳо ҷудо шуда ба амал меоранд.

Ситокинҳо байни лимфотситҳо ва фаготситҳо ҳамчун элементҳои афзалиятнок ба ҳисоб мераванд. Ҳамчунин, ситокинҳои Т-хелперҳои назоратӣ, ки ҳуҷайраҳои гуногунро ба мубодилаи иммунӣ ҷалб мекунад, ба онҳо ёрӣ мерасонанд [3,4].

Маводҳои тасдиқшуда оиди истифодаи маводҳои имунотропии таъсирбахшанда, ки дар адабиётҳо оварда шудаанд ва дар корректсияи дигаргуниҳои масъунии дигар бемориҳои сироятии гуногун аз рӯзиҳои аввал истифода бурда мешаванд, муайян карда шудаанд [5].

**Мақсади кор ин** тадқиқоти муосир оиди муоина намудани хусусиятҳои вайроншавии иммунӣ ва дар давраи сирояти вараҷагӣ афзоиши як қатор мубодилаҳои иммунӣ, ки

барои бехтар намудани муолиҷаи патогенетикӣ сабабгоянд мебошад.

**Маводҳо ва усулҳои таҳқиқот.** Дар зер нозорати мо 124 нафаре, ки синну солашон аз 6 моҳа то 14 сола буда, ташҳиси вараҷаи тропикӣ доштанд ва дар беморхонаҳои сироятӣ ш. Душанбе ва Беморхонаҳои марказии ноҳияҳои вилояти Хатлони Ҷумҳурии Тоҷикистон бистарӣ буданд.

Бештари беморон кӯдакони синни мактабӣ (56%) буданд. Дар таҳлили беморшавӣ фасли сол муайян карда шуда, баландтарин нишондодҳо дар моҳҳои июл-август ва дар аввали тирамоҳ (сентябр-октябр) ба қайд гирифта шуданд.

Дар нафароне, ки муоина карда шуда буданд бештар намудҳои сабук ва миёна-вазнини беморӣ бартарият дошта (34 ва 47,6% мутаносибан) буд. Тасдиқномаҳои ташҳиси вараҷа дар асоси нишондодҳои клиникӣ, эпидемиологӣ ва натиҷаҳои микроскопияи маводҳои хунӣ асоснок карда шудааст.

Дар ҳаммаи беморон дар яққоягӣ бо муоинаҳои муқаррарии истифодабаранда, муоинаи як қатор нишондиҳандаҳои статуси масъунӣ: Т-звенои масъунӣ, иммуноглобулинҳои зардобавии се синфи асосӣ, дараҷанокии комплексҳои иммунии муомилот (ДКИМ), С3-комплемент ва аз он ҷумла профили ситокинӣ, ки муоинаи дар зардобаи хун омилҳои некрози осомии-алфа (TNF- $\alpha$ ), интерферони-гамма (IFN- $\gamma$ ), интерлейкинҳои IL-1 $\nu$ , IL-6, IL-2 ва IL-4 дар бар мегирад, муайян карда шудаанд. Муоинаи дараҷанокии интерлейкинҳо дар пг/мл бо усули рақибӣ ва сандвич-ИФА (ELISA) бо истифодаи тест-системаҳои тичоратии фирмаи “ProCon”, Санкт-Петербург; ҷен кардани зичии оптикӣ дар мултискани МСС-340 фирмаи LabSystem, Финляндия гузаронида шудаанд. Аз он ҷумла, ИФН-g бо усули ИФА бо истифодабарии тест-системаи «Biosource» (США) тасдиқ карда шудааст.

**Натиҷаҳои таҳқиқот.** Динамикаи гузариши иммунӣ дар вақти вараҷаи тропикӣ дар ҷадвали №1 пешниҳод шудааст. Чи хеле, ки нишон дода шудааст, дар нафарони бо шакли сабуки беморӣ нишондиҳандаҳои звенои

хунии иммунӣ дар ҳар як давраи беморӣ нисбат ба гурӯҳи назоратӣ ( $p > 0,05$ ) фарқиат надоштанд, лекин индекси назоратии масъунӣ (ИНМ) дар авҷи беморӣ нисбатан паст гашта буд (2,0).

Паст намудани ҳосили зиддихуҷайравии барвактина (IgM) дар давраи аввали беморӣ сабаби паст гаштани индекси антителогенез (ИАА) мегардад.

Сатҳи IgG ва (ИНМ) то давраи сиҳатшавӣ паст мегарданд, лекин дар давраи сиҳатшавии дерина дар вақти нест будани дар хуни канораи онҳо плазмодияҳо, бояд давомоти назоратиро зиёд намоем. Дар давраи авҷебии намуди сабуки вараҷаи тропикӣ дар таркиби (ИНМ) иммуноглобулинҳои синфи G дохил шуда, мумкин ки бо антигенҳои фаъолтари пайваस्तшудаи IgG яке аз детерминантҳои плазмодияи вараҷаи вобаста бошад.

Аслан баландшавии дараҷаи мутлақи мундариҷаи В-хуҷайраҳо дар ин давраи беморӣ ( $30,7 \pm 6,0$  бар зидди  $13,9 \pm 3,5$  %,  $p < 0,05$ ), ки аён вобаста мебошад бо асабонияти В-хуҷайрагии системаи масъунӣ. Маънои С3-и зардобаи хун дар ҳамаи давраҳои беморӣ муқаррарӣ буданд.

Динамикаи нишондодҳои звеноҳои масъунии хуҷайравӣ ва гуморалӣ дар беморони бо шакли сабуки вараҷаи азнавсозии пасти масъунияти организмро нишон дода, шояди асабонияти системаи масъунии паразитарӣ гаштааст. Аён аст, ки аксари вақт пайдоиши ҳодисаҳои такрори беморӣ баъд аз шаклҳои сабуки беморӣ бо вараҷаи тропикӣ вобаста мебошад (77,3%).

Дигаргуншавии статуси масъунӣ дар шаклҳои миёнавазнини вараҷаи тропикӣ аз нишондодҳои зерини шаклҳои сабук фарқ мекунанд.

Бештар, дигаргунҳои аёнӣ ва барқароршавии барвактина дар давраи авҷи беморӣ дида шуда: аслан миқдори комилани Т-лимфоситҳо ва CD4+ паст мегарданд. Дар давраи муайян кардани беморӣ фаъолнокшавии звенои гуморалии масъунӣ дида шуда, ки аслан зиёдшавии консентратсияи IgM ( $1,8 \pm 0,3$  ва  $1,6 \pm 0,58$  г/л мутаносибан бар зидди  $1,02 \pm 0,07$  г/л,  $p < 0,01$ ), IgG ( $22,6 \pm 1,1$  ва



17,0±1,2 г/л, бар зидди 11,2±0,35 г/л дар зери назорат  $p<0,05$ ) ва индекси ИАА (12,6 и 10,9;  $p<0,01$ ) қайд намуда шуда буданд.

Дар фарқияти намуди сабуки беморӣ дар вақти авҷёбии ҷараёни миёнавазнин, дар таркиби комплекси иммунии давргашта (КИД) комплексҳои андозаҳояшон калон ки IgM доранд, афзалиятнок мебошанд.

Перестройкаи масъунии идомакунандаи фаъол дар шакли миёнавазнини беморӣ оқибати бемориро пешаки муайян мекунад, ки инкори ҳодисаҳои такроршавии бемориро ва ташкили ҳомилияти беаломатии паразитиро шаҳодат мекунад.

Шакли вазнини вараҷаи тропикӣ дар амал низ бо дигаргуниҳои микдорӣ-сифатии звенои ҳуҷайравии масъуният хусуснок мебошад, чунончи дар ҳодисаҳои ҷараёни миёнавазнин, лекин пастшавии ИИР дар давраи авҷёбии беморӣ муоина карда шудааст. Нишонаҳои звенои гуморалии масъуният аз нишондодҳои зерини кӯдакони солим фарқ намекунанд, ки дар ин шакли беморӣ ба пастшавии маҳсулотҳои зиддихуҷайраҳои синфи А, М ва G меорад.

Дар давраи авҷёбии беморӣ чунончи дар шаклҳои миёнавазнин амалан зиёдшавии КИД, ки дар таркиби онҳо комплексҳои иммунии калонҳаҷм ки IgM дошанд, голиб омаданд.

Депрессияи омилҳои ҳуҷайравӣ-гуморалии ҳимоякунанда дар заминаи арзишҳои баланди КИД, гузаронидани муолиҷаи ислохкунандаи масъуниятро талаб мекунад.

Ба ғайр аз он, аз тарафи мо қайд карда шудааст ки баландшавии комили мундариҷаи ситокинҳои зиддиилтиҳобӣ дар ҳаммаи давраҳои беморӣ ба тенденсияи пастшавии нишонаҳо дар давраи сиҳатшавии дерина оварда мерасонанд, лекин то маънои назоратӣ намерасиданд ( $p<0,05$ ).

Истисноӣ ташкили IFN-г: дар давраи авҷи беморӣ пастшавии дараҷаи он муайян карда мешавад ( $p<0,05$ ), афзоишҳои хосияти он дар давраи сиҳатшавӣ муайян карда шудааст, ки ҳамчун омилҳои маҳсуросро пешбарӣ ва макрофагҳоро фаъолнок намуда, сабаби саривақт нест кардани макрофагҳо ва барангезандаҳои дохилиҳуҷайравӣ мегардад.

Нишондодҳои ҳосилкарда оиди паст намудани масъуният зидди паразитарӣ дар вараҷаи тропикӣ шаҳодат медиҳанд.

Сатҳи ситокинҳои омӯхташуда бо вазнини беморӣ мутаносиб буда, нишонаҳои баландтарини онҳо дар вараҷаи тропикӣ муоина карда шуда, мумкин ки аз ҳисоби зиёдшавии фаъолнокии монотситҳо/макрофагҳо бошад, ки масъули ҳосилнамоии маҳсулоти зиддиилтиҳобӣ буда ва ҳамчунин сабаби озод кардани радикалҳои реактивӣ мегарданд.

Ҷои маҳсули ин омӯзиш яке аз антагонистҳои ситокинҳои зиддиилтиҳобӣ IL-4, ки аз тарафи ҳуҷайраҳои Th2 ҳосил шудаанд, мебошанд.

Концентратсияи IL-4 нишонаҳои назоратиро дар ҳаммаи давраҳои беморӣ, адади бештари он дар давраи авҷёбии вараҷаи тропикӣ ( $p<0,01$ ), ки дисбаланси механизмҳои имунорегуляториро бо намуди Th2 ифода мекунад, мутаносибан баланд менамояд.

Аз нав муайян кардани Th2 –роҳи ҷавоби масъуният ҳуҷайравӣ дар авҷи беморӣ муайян карда мешавад.

Ба ғайр аз он, дисбаланси байниҳуҷайравӣ ва паст шудани хусусиятҳои ҳосил намудани масъуният оиди паст гаштани идомакунандаи масъуният, дар бораи муфлиси ҷавоби масъуният ба ҷавоби сирояти вараҷагӣ нишон дода шуда, ки бо *P.falciparum* даъват карда шудааст.

Ҳол он ки, фаъолнокии репликативии барангезандаи вараҷаи тропикӣ ҳамчун индуктори интерфероногенез метавонад шавад, лекин аз сабаби фаъолнокии паст доштани ҷавоби иммунологӣ ба стимулҳои гуногун, аз он ҷумла ситокинҳои зиддиилтиҳобии барангезандаҳо ва маводҳои метаболитикии он, ин амал рӯй намедихад.

Ҳаммаи он мумкин ки ба ҷараёни вазнин бо афзоиши оризаҳои вазнин оварда, лекин концентратсияи он ситокинҳо метавонанд ҳамчун предикторҳо пешгӯянда гарданд.

Бояд қайд намуд, ки дисбаланси механизмҳои иммунии насб карда шуда ва дар давраи сиҳатшавӣ ҳукмронии Th1-намуди ҷавобии имунӣ, ки бо миёнаравии ҳосилнамадаи маҳсулоти IFN-г гашта, аз он ҷумла



пастшавии сатҳи ситокинҳои зидди илтиҳобӣ дида шудааст.

Баландшавии концентратсияи IL-4 бештар хусусияти компенсаторӣ дошта, нисбати онҳо хусусияти зиддитанзимии ситокинҳои зиддиилтиҳобиро пайдо намуд, ки дар мубодилаи илтиҳобӣ ҳосияти мӯътадилшавии онро ба амал овардааст.

вии онро ба амал овардааст.

**Хулоса.** Бо якҷоягии хусусиятҳои чудонамудай вазнинӣ ва мунтазамии протсессҳои имунорегулятории ситокинҳо, мақсаднокӣ истифодабарии маводҳои имунотропиро дар муолиҷаи давраи аввали бемории варачаи тропикӣ, муайян кардааст.

#### Адабиёт:

1. Лысенко А.Я., Маляриология / А.Я. Лысенко, А.В. Кондрашин, М.Н. Ежов // Руководство. Копенгаген, 2003. 510 с.
2. Камардинов Х.К., Тропическая малярия в Таджикистане / Х.К. Камардинов, С.П. Алиев // Монография. Душанбе, 2006г., 101 с.
3. Day, N.P., T.T. Hien, T.Schollaardt, P.P.Loc, et.all – 1999. The prognostic and pathophysiologic role of pro-and anti-inflammatory cytokines in severe malaria. J.Infect. Dis. 180: 1288-1297.
4. Pestka, S., C.D. Krause, D. Sarkar et.all. – 2004. Interleukin-10 and related cytokines and receptors. Annu. Rev. Immunol. 22: 929-979.
5. Озерецковская Н.Н. Молекулярные основы патогенеза малярии и возможности их использования в разработке комплексной терапии инфекции / Н.Н. Озерецковская Н.Н. // Мед. паразитология и паразитар. болезни. №4. 1991. С. 3-6.

## ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ПРИМЕНЕНИЯ ИММУНОМОДУЛЯТОРОВ В ЛЕЧЕНИИ ТРОПИЧЕСКОЙ МАЛЯРИИ У ДЕТЕЙ

**Ходжаева Н.М., Файзуллоев Н.Ф., Саидмуродова Г.М.**

Кафедра детских инфекционных болезней (заведующая кафедрой, к.м.н., доцент Саидмуродова Г.М.) ГОУ «Таджикский государственный медицинский университет имени Абуали ибни Сино», Национальная академия наук Республики Таджикистан

**Актуальность.** Тропическая малярия является наиболее тяжелой формой малярийной инфекции, так как может приобретать злокачественное течение, привести к развитию комы и летальному исходу.

Возбудитель тропической малярии *P. falciparum* в настоящее время определяет более 50% всей заболеваемости малярией в мире и 98% всех летальных исходов [1].

Данная проблема актуальна и для Республики Таджикистан, где укоренились ме-

стные очаги передачи инфекции, особенно в приграничных с Афганистаном регионах [2].

В последние годы в литературе широко обсуждаются вопросы, посвященные роли имунорегуляторных механизмов, окислительного стресса в развитии тяжелых и осложненных форм инфекционных заболеваний.

**Ключевые слова.** Дети, тропическая малярия, имунорегуляторные механизмы, инфекционные болезни.

## TREATMENT OF TROPICAL MALARIA IN CHILDREN

**Khodjaeva N.M., Faizulloev N.F., Saidmuradova G.M.**

Department of Pediatric Infectious Diseases (acting head of the Department, PhD, Associate Professor G.M. Saidmuradova) State Educational Administration “Tajik State Medical University named after Abuali ibni Sino”, National Academy of Sciences of Republic of Tajikistan

**Relevance.** Tropical malaria is the most severe form of malaria infection, as it can

acquire a malignant course, lead to the development of coma and death.



The causative agent of tropical malaria, *P. falciparum*, currently determines more than 50% of the total incidence of malaria in the world and 98% of all deaths[1].

This problem is also relevant for the Republic of Tajikistan, where local foci of transmission of infection have taken root, especially in the regions bordering

Afghanistan[2]. In recent years, the literature has widely discussed the role of immunoregulatory mechanisms, oxidative stress in the development of severe and complicated forms of infectious diseases.

**Key words.** Children, tropical malaria, immunoregulatory mechanisms, infectious diseases

*Хоҷаева Нигина Муродовна - д.и.т., дотсент, профессори кафедраи бемориҳои сироятии кӯдакони МДТ «Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абуалӣ ибни Сино», E-mail: nigina51@rambler.ru, тел. +992-000-50-20-20*

*Файзуллоев Нусратулло Файзуллоевич - академики Академияи миллии илмҳои Ҷумҳурии Тоҷикистон, д.и.т., профессор*

*Саидмуродова Гафхар Мирбакоевна - н.и.т., дотсент, иҷроқунандаи вазифаи мудири кафедраи бемориҳои сироятии кӯдакони*

*МДТ «Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абуалӣ ибни Сино», E-mail: gafhar.saidmuradova@mail.ru, тел. +992-907-70-67-44*

*Ходжаева Нигина Муродовна - д.м.н., доцент, профессор кафедры детских инфекционных болезней, ГОУ «Таджикский государственный медицинский университет имени Абуали ибн Сино», E-mail: nigina51@rambler.ru, тел. +992-000-50-20-20*

*Файзуллоев Нусратулло Файзуллоевич – д.м.н., академик Национальной академии наук Республики Таджикистан, д.м.н., профессор*

*Саидмуродова Гафхар Мирбакоевна - к.м.н., доцент, и.о. заведующего кафедрой детских инфекционных болезней ГОУ «Таджикский государственный медицинский университет имени Абу Али ибн Сино». E-mail: gafhar.saidmuradova@mail.ru, тел. +992-907-70-67-44*

*Khojaeva Nigina Murodovna - Doctor of Medical Sciences, Associate Professor, Professor of the Department of Children's Infectious Diseases, SEI "Tajik State Medical University named after Abuali ibn Sino", E-mail: nigina51@rambler.ru, tel. +992-000-50-20-20*

*Fayzulloev Nusratullo Fayzulloevich - Academician of the National Academy of Sciences of the Republic of Tajikistan, Doctor of Medical Sciences, Professor*

*Saidmuradova Gafhar Mirbakoevna - Candidate of Medical Sciences, Associate Professor, Acting Head of the Department of Children's Infectious Diseases of the SEI Institution "Tajik State Medical University named after Abu Ali ibn Sino". E-mail: gafhar.saidmuradova@mail.ru, tel. +992-907-70-67-44*



## БЕҲДОШТ

### БАЪЗЕ ТАВСИЯҲО ОИД БА ОПТИМИЗАТСИЯИ ШАРОИТИ МЕҲНАТ ВА ҲИФЗИ САЛОМАТИИ КОРМАНДОНИ ИСТЕҲСОЛОТИ НОНПАЗӢ

Одинаева Л.Э.1, З.Я., Максудова, 1, Чумаева М.И., 1 Уралов, З.Т.1 Бекназарова Г.М.2  
1-Кафедраи беҳдошт ва экология; 2- оториноларингология, МДТ ба номи Ю.Б.Исҳоқӣ,  
МДТ «ДДТТ ба номи Абуалӣ ибни Сино».

Муҳимият. Пухтупази муосир як системаи босуръат инкишофёбанда мебошад, ки фаъолияти он бо ҳалли як қатор масъалаҳо алоқаманд аст. Ин вазифаҳо иборатанд аз: сохтани маҳсулоте, ки ба талаботи афзояндаи истеъмолкунандагон нисбат ба сифат ва навъҳои нон ҷавобгӯ бошанд, ҳангоми нигоҳ доштани арзишнокии паст; ташкили намудҳои нави маҳсулот, ки ба талаботи муосири илми ғизои сарфакорона ҷавобгӯ бошад; тақмили технологияҳо ва таҳияи дастурҳои маҳсулоти нави нонпазӣ; татбиқи технологияҳои пешрафтаи сарфаи захираҳо бо мақсади истеҳсоли маҳсулоти рақобатпазир. Дарсоҳаинонпазӣшумораи зиёдимутахассисони гуногункормекунанд, ки дар ҷараёни корашон ба омилҳои гуногуни номусоиди муҳити корӣ дучор меоянд, ки ин омӯхтан ва таҳияи намудани ҷораҳои аз ҷиҳати илмӣ асоснокро оид ба пешгирии бемориҳои умумӣ ва касбии коргарон талаб мекунад [1].

Яке аз омилҳои пешбарандаи муҳити корӣ, ки ба организми коргарон таъсири манфӣ мерасонад, шароити номусоиди микроклими ҷои кор мебошад, ки ба фасли сол ва хусусиятҳои раванди технологӣ вобастагии муайян доранд [1,2].

Кор дар соҳаи нонпазӣ ҳалли масъалаҳои гигиенӣ, психофизиологӣ ва касбии патологиро барои таъмини шароити беҳатар ва солими меҳнат, пешгирӣ аз ҳастагӣ, аз ҳад зиёд кор кардан ва кам шудани маҳсулнокии коргаронро талаб мекунад.

Мақсади омӯзиш. Таҳияи ҷораҳои аз ҷиҳати илмӣ асоснокшуда барои оптимизатсияи шароити меҳнат ва ҳифзи саломатии кормандони соҳаи нонпазӣ.

**Мавод ва усулҳои таҳқиқот. Мо омилҳои таъсири шароити меҳнатро ба организми** 345

**корманди соҳаи нонпазӣ омӯхтем. Система-созӣ, коркард ва таҳлили натиҷаҳои ҳангоми таҳқиқот ба дастодада дар кафедраи гигиена ва экологияи Муассисаи давлатии таълимии “ДДТТ ба номи Абуалӣ ибни Сино” гузаронида шуд.**

Таҷқиқоти гигиенӣ хусусиятҳои шароити меҳнати коргарони сеҳҳои асосӣ тавасути омӯзиши хусусиятҳои микроклими минтақаи кор дар фаслҳои зимистон ва тобистони сол гузаронида шуд. Мо хусусиятҳои зерини микроклимиро омӯхтем: ҳарорат (дар<sup>0</sup>С), нами нисбӣ (бо%), суръати ҳаво (бам / с), ҳарорати муассир (дар<sup>0</sup>С) ва иқтидори хунуккунии ҳаво (бо миллик / сония).

Омӯзиши ҳолати функционалии организми коргарон дар сеҳҳои асосии саноати нонпазӣ гузаронида шуд: то оғози басти корӣ (соати 8); пеш аз танаффуси нисфирӯзӣ (соати 12); пас аз танаффуси нисфирӯзӣ (соати 13); дар охири рӯзи корӣ (соати 16).

Гузариши тафтишотҳои гигиенӣ барои маълум гардонидани миқдори ҷанги истеҳсоли дар ҷойҳои кори нонпазон (усули аспириационӣ).

*Натиҷаҳои таҳқиқот ва муҳокимаи он.* **Истеҳсоли маҳсулоти нонпазӣ дар ҳаҷми ҷараёни механиконидашуда, ки дар он марҳилаҳои гуногуни комплексии истеҳсоли маҳсулоти ордӣ гузаронида мешаванд, амалӣ карда мешаванд. Омилҳои асосии зараровари истеҳсоли дар истеҳсоли маҳсулоти ордӣ шароити номусоиди микроклими минтақаҳои корӣ, афзоиши ҳаяҷонҳои мушакӣ ва нейропсихика, мавҷудияти консентратсияи зиёди ҷанг дар ҳавои атроф ва баланд шудани сатҳи садо мебошанд.**

Тибқи натиҷаҳои омӯзиши омилҳои муҳити истеҳсолии истеҳсоли нонпазӣ маълум гардид, ки омилҳои асосии таъсиррасонӣ ба



дараҷаи ҳастагӣ ва қобилияти кори коргарон дар фасли гармо ин иқлими гармидиҳӣ мебошад, ки бо назардошти шароити иқлимии минтақа, фасли сол, инчунин хусусиятҳои раванди технологӣ хос мебошад. Барои омӯхтани ҳолати ҳарорати организми коргарони сеҳҳои асосӣ ҳангоми кор дар фаслҳои гуногуни сол таҳқиқоти ҳарорати бадан ва пӯст, градиенти ҳарорат, соиш аз гармӣ, инчунин арзиши талафоти умумии намӣ дар як басти корӣ гузаронида шуданд (3).

Маълумотҳои ба дастовардашуда нишон медиҳанд, ки ҳарорати организм дар фаслҳои хунук ва гарм дар ҳамаи коргарони пурсида шуда дар давоми тамоми баст дар доираи меъёри физиологӣ боқӣ мондааст ва танҳо дар давраи гармӣ то охири басти корӣ он ба  $37,1 \pm 0,03^{\circ}\text{C}$  расид, ки ин далели қумулятсияи гармӣ дар баданро нишон медиҳад.

Нишондиҳандаҳои ҳарорати пӯст яке аз нишондиҳандаҳои муносиби ҳолати тавозуни гармии организми инсон мебошанд. Материалҳо аз омӯзиши ҳарорати минтақаҳои алоҳидаи пӯсти (пешонӣ, сандуқи сина, ангуштон, зону, кафи пой) кормандони истеҳсолоти нонпазӣ нишон медиҳанд, ки дар давраи тобистон тамоюли афзоиши ҳарорати пӯст дар охири рӯз мушоҳида мешавад. Бояд қайд кард, ки тағйироти асосии ҳарорати пӯст аллакай дар нимаи авали басти корӣ ба қайд гирифта шудааст. Дар нимаи дуюми басти корӣ боз ҳам баланд шудани ҳарорати пӯст ба назар мерасад, алахусус, пазандаҳо ва бастабандҳои сеҳи печенҳо, ки аз шиддати равандҳои терморегуляторӣ гувоҳӣ медиҳад. Ҳарорати пӯсти қисматҳои гуногуни организм дар байни коргарони сеҳҳои асосӣ дар динамикаи басти корӣ низ вобаста ба микроклими ҷои кор ва хусусияти кори иҷрошаванда камее афзоиш ёфт. Дар байни коргарони сеҳи печене ҳарорати ченкардаи миёнаи пӯст дар тобистон то басти корӣ ва пас аз он  $32,7 \pm 0,130^{\circ}\text{C}$  ва  $34,4 \pm 0,130^{\circ}\text{C}$  буд.

Бо баланд шудани шиддатнокии микроклими гармидиҳӣ ва вазнинии кори иҷро-

шуда, миқдори талафоти моеъ аз ҷониби кормандон меафзояд. Ин ба шиддати равандҳои терморегуляторӣ ва дар ниҳоят ба хушкшавии организм оварда мерасонад.

Дар сеҳҳои ҳамирандӣ миқдори чанги орд аз меъёр 2-3 маротиба зиёд буд, ки ин метавонад боиси ба вучуд омадани бемориҳои роҳҳои нафас, аллергия ва бемориҳои пуст гардад.

Бо мақсади беҳтар намудани шароити кор тавсия медиҳем, ки чунин чораҳо андешида шаванд: мунтазам такмил додани раванди технологӣ, автоматикунонӣ ва механиконики равандҳои истеҳсолот, ҷорӣ намудани технологияи нав, таҷҳизоти муосир ва самаранокии техникӣ; таҷҳизотҳои вуруди ҳаво барои ихроҷ ва вуруди ҳаво ва ихроҷкунандаи умумии ҳаво аз коргоҳ.

Барои кам кардани чангу ғубори ҳаво дар ҷойҳои зиёд шудани чамъшавии чанг бояд раванди технологӣ мустақкам кардашуда, таҷҳизоти вакуумӣ истифода шавад.

Ба гурӯҳи тадбирҳои санитарии гигиенӣ истифодаи либоси махсуси корӣ мансуб мешавад: борҷомаҳо, болопӯшҳо, шим ва кулоҳҳо. Файр аз он, гигиенаи шахсӣ, махсусан тозагии дастҳо муҳим аст.

Таъсиси речаи нӯшоқӣ ба шикастани ташнагӣ ба паст шудани ҳарорати бадан ва беҳтар гардидани некӯаҳволии умум мусоидат мекунад.

Аз тадбирҳои муолиҷавӣ – профилактикӣ ва тиббӣ-биологӣ бояд давра ба давра (дар 3 моҳ як маротиба) гузаронидани санчишҳо барои интиқолдиҳандагон, инчунин пешгирии бемориҳои роҳҳои нафасро қайд кард.

Хулоса. Дар асоси таҳқиқоти гузаронидашуда маҷмӯи тадбирҳо оид ба беҳтар намудани шароити меҳнати коргарони истеҳсолоти нонпазӣ таҳия ва татбиқ карда шуданд, ки ин шароити микроклимиро дар ҷойҳои корӣ ба таври назаррас беҳтар намуда, инчунин ҳаяҷонҳои ҷисмонӣ ва эмотсионалии коргаронро коҳиш медиҳад. Тавсияҳо оид ба оптимизатсияи речаи меҳнат ва истироҳат, ин чунин речаи нӯшидан ҳангоми кор дар мавсими гарм ба коҳиш ёфтани бемориҳо мусоидат мекунад.

**Адабиёт:**

1. Ибрагимов И.У. Особенности условий труда работников карамельных и конфетно-шоколадных цехов в условиях жаркого климата/И.У.Ибрагимов, А.Б.Бабаев, З.Я.Юсупов //Вестник Академии Медицинских наук Таджикистана.-2016 - №2.- С.74-79. Рафиев Х.К.,  
2. Рафиев Х.К. Улучшение условий труда работников хлебопекарной промышленности / Х.К. Рафиев, А.Б. Бабаев, С.И. Норматова //Методические рекомендации.-1998.- С.10

**НЕКОТОРЫЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ОПТИМИЗАЦИИ УСЛОВИЙ ТРУДА И ОХРАНЕ ЗДОРОВЬЯ РАБОТНИКОВ ХЛЕБОПЕКАРНОГО ПРОИЗВОДСТВА****Л.Э. Одинаева, З.Я., Максудова, М.И. Чумаева, З.Т. Уралов, Г.М. Бекназарова**

Кафедра гигиены и экологии ГОУ «ТГМУ им. Абӯалӣ ибни Сино»

Современное хлебопекарное производство представляет собой динамично развивающуюся систему, функционирование которой связано с решением различных задач: создание продукции, совершенствование технологий и разработка новых рецептов хлебобулочных изделий, внедрение новых прогрессивных технологий с целью производства конкурентоспособной продукции. На основании проведенных исследований разработаны и внедрены комплекс мероприятий по оздоровлению условий труда работников

хлебобулочного производства, при которых отмечено улучшение условий микроклимата на рабочих местах со снижением физического и эмоционального напряжения работников. Даны рекомендации по оптимизации режима труда и отдыха, а также питьевого режима при работе в жаркое время года.

**Ключевые слова:** хлебопекарное производство, хлебобулочные изделия, неблагоприятные факторы, производственная среда, терморегуляторные процессы, напряжение, охрана здоровья.

**SOME RECOMMENDATIONS FOR OPTIMIZING WORKING CONDITIONS AND PROTECTING THE HEALTH OF BAKERY WORKERS**

Department of Hygiene and Ecology State educational institution “TSMU after Avicenna”

Modern bakery production is a dynamically developing system, the functioning of which is connected with the solution of various tasks: creation of products, improvement of technologies and development of new recipes for bakery products, introduction of new progressive technologies in order to produce competitive products. Based on the research carried out, a set of measures has been developed and implemented to improve working conditions for bakery

production workers, in which the microclimate at workplaces has improved with a reduction in physical and emotional stress among workers. Recommendations have been made to optimise working and rest conditions and drinking habits when working in hot seasons.

**Keywords:** bakery production, bakery products, adverse factors, production environment, thermoregulatory processes, tension, health protection.

*Одинаева Лола Эркенчановна - н.и.т., дотсенти кафедраи гигиена ва экологияи ДДТТ ба номи Абуалӣ ибни Сино, Тел: +992 917 55 65 75, E.mail: lodinayeva@list.ru*

*Максудова Зумрат Якубджановна - н.и.т., дотсенти кафедраи гигиена ва экология, ДДТТ ба номи Абуалӣ ибни Сино, Тел: +992 907 72 53 01, E.mail: zumratm@gmail.com*

*Чумаева Махбуба Икромовна – ассистенти кафедраи гигиена ва экология, ДДТТ ба номи Абуалӣ ибни Сино, Тел: +992 937 64 64 86*

*Уралов Зоир Тоирович – ассистенти кафедраи гигиена ва экология, ДДТТ ба номи Абуалӣ ибни Сино, Тел: +992 918 80 98 87*



**Бекназарова Гулнора Мамадалиевна** – н.и.т., муаллими калони кафедраи оториноларингология, ДДТТ ба номи Абуалӣ ибни Сино, Тел: +992 935 42 95 29, E.mail: gulnora.beknazarova@mail.ru

**Одинаева Лола Эркенджановна** - к.м.н., доцент кафедри гигиены и экологии ГОУ «ТГМУ им. Абӯалӣ ибни Сино», Тел: +992 917 55 65 75, E.mail: lodinayeva@list.ru

**Максудова Зумрат Якубджановна** - к.м.н., доцент кафедри гигиены и экологии ГОУ «ТГМУ им. Абӯалӣ ибни Сино», Тел: +992 907 72 53 01, E.mail: zumratm@gmail.com

**Джумаева Махбуба Икромовна** – ассистент кафедри гигиены и экологии ГОУ «ТГМУ им. Абӯалӣ ибни Сино», Тел: +992 937 64 64 86

**Уралов Зоир Тоирович** – ассистент кафедри гигиены и экологии ГОУ «ТГМУ им. Абӯалӣ ибни Сино», Тел: +992 918 80 98 87

**Бекназарова Гулнора Мамадалиевна** – к.м.н., старший преподаватель кафедры оториноларингологии ГОУ «ТГМУ им. Абӯалӣ ибни Сино», Те: +992 935 42 95 29, E.mail: gulnora.beknazarova@mail.ru

*Odinaeva Lola Erkenjanovna - Candidate of Medical Sciences, Associate Professor of the Department of Hygiene and Ecology of the Tajik State Medical University after Avicenna, cell phone number: +992 917 55 65 75, E.mail: lodinayeva@list.ru*

*Maksudova Zumrat Yakubjanovna - Candidate of Medical Sciences, Associate Professor of the Department of Hygiene and Ecology of the Tajik State Medical University after Avicenna, cell phone number: +992 907 72 53 01, E.mail: zumratm@gmail.com*

*Jumaeva Mahbuba Ikramovna – assistant of the Department of Hygiene and Ecology of the Tajik State Medical University after Avicenna, cell phone number: +992 93 764 64 86*

*Uralov Zoir Toirovich - assistant of the Department of Hygiene and Ecology of the Tajik State Medical University after Avicenna, cell phone number: +992 918 80 98 87*

*Beknazarova Gulnora Mamadalievna – Candidate of Medical Sciences, senior teacher otorinolarinology department SEI «Avicenna TSMU» cell phone number: +992 935429529 , E.mail: gulnora.beknazarova@mail.ru*

## ВАЗЪИ СОҶАИ ТАНДУРУСТИИ ҶУМҲУРИИ ИСЛОМИИ АФҶОНИСТОН: ДАСТОВАРД ВА МУШКИЛОТ

Хурамӣ Мир Оқо

Бемористони хусусии “Марям”, ш. Кобул; Муассисаи давлатии “Пажӯҳишгоҳи тибби профилактикии Тоҷикистон” Вазорати тандурустӣ ва ҳифзи иҷтимоии аҳолии Ҷумҳурии Тоҷикистон

**Муҳиммият.** Тибқи маълумоти коршиносони СММ дар соли 2022 шумораи тахминии аҳолии Афғонистон 42 миллион нафарро ташкил дод, ки қариб 77,0% онҳо дар деҳот зиндагӣ мекунанд. Аз ҳар ҳазор кӯдаки навзод тақрибан 18-20% мефавтанд, ҳангоми таҳқиқот барои соли 2022 умри миёнаи сокинон дар Афғонистон 45 солро ташкил дод [1, 2, 5].

Баъди ба сари ҳокимият омадани ҳаракати “Толибон” дар истифодаи захираҳои соҳаи тандурустии Ҷумҳурии Исломии Афғонистон (ҶИА) таҳрифи ҷиддӣ ба амал омад.

Яке аз масъалаҳои фарогир, ки дар назди соҳаи тандурустии Афғонистон меистад, таъмин набудани амният дар мамлакат аст. Чунин вазъ ба он оварда мерасонад, ки бисёр ноҳияҳои мамлакат барои хизматрасонии тиббӣ дастнорас боқӣ мемонанд ва кормандони тибро хатари қурбонии ҷиноятҳо ва ҳодисаҳои террористӣ таҳдид мекунанд. Бағайр аз ин, авчи ҳолатҳои коррупсионӣ дар соҳаи тандурустӣ вазъро боз ҳам бадтар мегардонад. Соли 2015 Transparency International ба Ҷумҳурии Исломии Афғонистон дар рейтингҳои коррупсия дар ҷаҳон 166 аз 168 мамлакат муносиб донист [11-13].



Афзоиши босуръати эҳтиёҷот барои кумаки тиббӣ, ихтисори маблағгузори хориҷӣ ватан аз зулии қтисодиёт барои дастрасии хизматрасонии тиббӣ ва устувори онҳо масъалаву монетаҳои ҷиддӣ эҷод кардаанд.

Ҳоло дар Афғонистон ҷустуҷӯи воситаҳои мувофиқати оқилонаи бозори хизматрасонии тиббӣ, инчунин танзими системаи тандурустӣ, ҷӣ дар бахши давлатӣ ва ҷӣ дар бахши хусусӣ ба роҳ монда шудааст.

Маълум аст, ки дар доираи амалигардонии “Стратегияи миллии тандурустии Ҷумҳурии Исломии Афғонистон барои солҳои 2016-2020” барои ислоҳоти ёрии амбулаторӣ ва беморхонавӣ ба аҳоли, тақдир додани заминаи қонунгузорӣ кӯшиш ба харҷ дода шуда, имкониятҳои иловагии маблағгузорӣ ҷустуҷӯ карда шуда, технологияҳои нави ташкилӣ ҷорӣ карда шуданд.

Ҳамзамон дар солҳои охир рушди босуръати муассисаҳои тиббии давлатӣ ва хусусӣ ба назар мерасад, ки бо технологияҳои нав ва таҷҳизоти лабораторӣ мучаҳҳаз шудаанд. Тақрибан аксари муассисаҳо, новобаста аз шакли моликиятшон, ба усулҳои нави маблағгузорӣ мегузаранд, ба тиббии хусусӣ гузаштани мутахассисони соҳибхитос ба таври назаррас мушоҳида мешавад, ки ба талаботи рӯзафзуни аҳоли ба хизматрасонии тиббии дастрас ҷавобгӯ мебошад.

Бояд зикр кард, ки рушди тиббии хусусӣ фазои рақобатро ба вучуд оварда, сифат ва дастрасии хизматрасонии тиббиро беҳтар мекунад. Бинобар ин дар шароити боз ҳам амиқ гардондани ислоҳоти ниғаҳдории тандурустӣ ин масъаларо аз нуқтаи назари рушд намудани тиббии хусусӣ ва системаи ниғаҳдории тандурустӣ дар умум ба назар гирифтанд зарур аст.

**Мақсади таҳқиқот.** Таҳлили вазъи соҳаи тандурустии Ҷумҳурии Исломии Афғонистон ва натиҷаҳои “Стратегияи миллии тандурустии Ҷумҳурии Исломии Афғонистон барои солҳои 2016-2020” мебошад.

**Маводи таҳқиқотӣ.** Манбаъҳои тадқиқот дар асоси “Стратегияи миллии тандурустии Ҷумҳурии Исломии Афғонистон ба-

рои солҳои 2016-2020” ва “Стратегияи миллии рушди Афғонистон барои солҳои 2015-2020”, Демографияи Афғонистон, инчунин маълумотномаи “Тандурустии миллии”-и Вазорати тандурустии Ҷумҳурии Исломии Афғонистон ва индикаторҳои варақи омории Бонки ҷаҳонӣ мавриди пажӯҳиш қарор гирифтанд.

**Натиҷаҳои ба дастонидаи муассисаҳои онҳо.** Соли 2020 дар Ҷумҳурии Исломии Афғонистон маблағи ҷудошудаи умумӣ барои соҳаи тандурустӣ тақдир 3,1 млрд доллари ИМА-ро тақдир дод.

Сарфи назар аз натиҷаҳои мусбӣ дар доираи амалигардонии Стратегияи миллии тандурустии Ҷумҳурии Исломии Афғонистон барои солҳои 2016-2020 ба даст омада ва фоизи баланди (9,5%) хароҷоти умумӣ барои соҳаи тандурустии Афғонистон нисбат ба ҳисоби миёнаи хароҷот дар минтақа (4,2%) маблағгузори соҳаи тандурустӣ (5,0%) амали нагардид-ин аз ҳама нишондиҳандаи паст дар минтақа ба ҳисоб меравад [4, 6].

Ҳамзамон яке аз омилҳои асосии таназзули соҳаи тандурустии Афғонистон дар солҳои охир ихтисори маблағгузорӣ аз ҷониби мамлакатҳои хориҷӣ гардид.

Баъди ба сари қудрат омадани ҳаракати “Толибон” иқтисодиёти Афғонистон аз сабаби мучозоти сиёсӣ ва ихтисор гардида ни кумаки аз хориҷа ба таври ҷиддӣ коҳиш ёфт. Ин вазъ ба соҳаи тандурустӣ таъсири амиқ расонид. Ташкилоти умумиҷаҳонии тандурустӣ чунин мешуморад, ки ҳоло дар Афғонистон камтар аз 20% муассисаҳои тандурустӣ фаъолият мекунанд, аз ду се ҳиссаи онҳо бошанд доруҳои лозимиро надоранд.

Дар Афғонистон ҳаҷми маблағи соф ба хар сари аҳоли (бо доллари ҷорӣ) аз ҷониби шарикони рушд (донорҳо) дар байни солҳои 2003 ва 2008 якбора ва бемайлони афзоиш ёфта, аз 1,8 миллион доллари амрикоӣ то ба 110,6 миллион доллари амрикоӣ расидааст, яъне 61,4 маротиба афзудааст. Тамоюли мазкур аз он гувоҳӣ медиҳад, ки дар қиёс бо омори солҳои 2012 ва 2014 ин нишондод мутаносибан 1,5 ва 1,7 маротиба зиёд шу-



дааст. Ин раванд фаъолияти Вазорати тандурустии ҶИА дар самти идоракунии захираҳо ва даҳолати техникӣ тақвият бахшида, эътимоди ин ниҳоди муҳимро дар назди шарикони рушд таъмин менамояд.

Ба ақидаи коршиносони Ташкилоти умумичаҳонии Салиби Сурх соҳаи тандурустии Афғонистон дар ҳолати сукут қарор дорад. Ҳоло зиёда аз 20 ҳазор нафар кормандони тиб дар Афғонистон бекор мебошанд ва ё беамош фаъолият мекунанд. Зиёда аз 7 ҳазор нафари ин шумораро занон ташкил медиҳанд.

Дар Ҷумҳурии Ислонии Афғонистон то охири соли 2020 шумораи умумии духтурон – хизматчиёни давлатӣ 5092 нафар, аз ҷумла 3974 нафар мардон ва 1118 нафар занон ташкил медиҳанд; 3306 нафар – табибони маҳаллӣ, китибқишартнома фаъолият доранд, 1786 нафар – кормандони ташкилотҳои ғайриҳукуматӣ мебошанд. Таносуби ҳамшираҳои шафқат 5305 нафар, 3543 нафар момодояҳо, 681 нафар фармасевтҳо ва шарикони кормандони тиб, ки ба онҳо стоматологҳо, ортопедҳо, лаборантҳо, рентге-

нологҳо ва муҳандисони биотиббӣ дохил мешаванд – 16624 нафар мебошанд (расми 1).



**Расми 1. Захираҳои кадрӣ соҳаи тандурустии Ҷумҳурии Ислонии Афғонистон (омор то охири соли 2020)**

Афғонистон аз рӯи зичии кормандони соҳаи тиб дар минтақаи Баҳри Миёназамини Шарқӣ (EMR) ТУТ дар ҷои дуум аст, ки таносуби 4,8 табиб, ҳамшираҳои шафқат ва момодояҳо ба 10 000 нафарро ташкил медиҳад, ки аз ҳадди ниҳоии норасоии 22-25 мутахассиси соҳаи тиб ба 10 000 нафар хеле пасттар аст. Ин рақам ба 1,8 духтур, 1,9 ҳамшираи шафқат ва 1,1 доя рост меояд, ки ба ҳар 10 000 нафар мерасад (**ниг. ба ҷадвал**).

**Ҷадвал. Хусусиятҳои ҷинсӣ / синну солӣ ва таносуби кормандони соҳаи тиб ба 10000 аҳоли**

Категория кормандони тиб	Хизматчиёни давлатӣ	Мард	Зан	Таносуб ба 10000 аҳоли
Духтурон	5092	3974	1118	1,8
Ҳамшираҳои шафқат	5305	4369	936	1,9
Момодояҳо	3543	0	3543	1,1
Фармасевтҳо	681	562	119	0,2
Шарикони кормандони тиб	16624	8905	7719	5,9

Норасоии шадиди кормандони соҳаи тандурустӣ дар Афғонистон натиҷаи камбудии сармоягузорӣ дар соҳаи маориф ва омӯзиши касбӣ, муҳочират, инфрасохтору таҷҳизот ва маоши ночиз аст.

Музди миёнаи як табиб дар беморхонаи давлатӣ дар як моҳ аз 12 то 15 000 афғониро (151-190 доллар) ташкил медиҳад. Аксари табибон боз дар клиникаҳои хусусӣ, ки музди меҳнат се маротиба зиёдтар аст, фаъолият мекунанд то музди зиёдтаре ба даст оранд.

Бо дастгирии мушовирони байналмилалӣ дар кишвар “Стратегияи системаи тандурустии ҷамъиятӣ дар Афғонистон” омода ва то ба сари кудрат омадани ҳара-

кати “Толибон” оғоз гардида ва ба роҳмонда шуда буд, ки дар он замон Вазорати тандурустии Афғонистон дар заминаи Манбаи маҷмӯаи хизматрасонии тиббӣ ба аҳоли, махсусан табақаҳои осебпазири аҳоли таъсис дода шуда буд. Арзёбии самаранокии стратегияи номбаршуда нишондод, ки ҳангоми татбиқи маҷмӯи хизматрасонӣ ба аҳоли, аз ҷумла ҳам барои маъҷубон ва ҳам барои хонаводаҳои, ки занон сарварӣ мекунанд, инчунин камбизоатон мисли давраҳои қаблӣ ба марказҳои саломатӣ, беморхонаҳо ва муассисаҳои хусусии хизматрасонӣ, ки ҳақи хизмат талаб мекарданд, роҳ намеёфтанд.

Барои беҳтар намудани дастрасӣ ба хиз-

матрасониҳои тиббӣ тадбирҳои гуногун, аз ҷумла тақсими кортҳои радкунӣ ба хонаводаҳои қашшоқ, ки занон сарварӣ мекунанд ва татбиқи озмоишии суғуртаи тиббӣ аз маҳалли истиқомат таҳия карда шудаанд.

Илова бар ин, сиёсати таърихии маҳдуд кардани таҳсили духтарон (дар давраи ҳукмронии “Толибон” да ӯсолҳои 1995-2001 ва соли 2021), ки ба истехсоли қувваи кории соҳаи тандурустӣ таъсир мерасонад, имрӯз махсусан дар беш аз 20 вилояти кишвар эҳсос мешавад ва дучор меояд.

Афғонистон дар Осӣ дорои коэффитсенти умумии аз ҳама баланди таваллудро дорост. Афзоиши босуръати аҳоли, яъне ба ҳисоби миёна ҳамасола 1 миллион нафар, боиси ба вучуд омадани оқибатҳои ҷиддӣ дар масъалаи дастрасии ёрии босифати тиббӣ ба аҳолии Афғонистон гардиданд [1, 2, 5].

Дар айни замон ғавти модарон ба 396 ғавт ба 100 000 кӯдаки зинда таваллудро ташкил медиҳад ва ғавти кӯдакон аз 66 то 112,8 ғавт ба 1000 кӯдаки зинда таваллудро ташкил медиҳад [10, 12]. Дар деҳот ҳар як кӯдаки шашум то синни панҷсолагӣ меғавтад. Сабаби ин вазъи бади санитарӣ, камғизоӣ, ғизои бад ва оби нокифоя ва пастсифати ошомиданӣ, афзоиши бемориҳои сироятӣ ва паразитарӣ мебошад. Бемориҳо, аз қабилӣ вараҷа, бемориҳои шадиди рӯда, аз ҷумла домана ва исҳоли хунин хеле маъмуланд.

То соли 2021 дар минтақаҳои рушдкардаи мамлакат, яъне дар Кобул ва баъзе аз шаҳрҳои бузург беморхонаҳои навсохта ба истифода дода шуданд, ки бо таҷҳизоти навтарини ташхисӣ мучаҳҳаз гардида, дар онҳо бо усулҳои муосиртарини табобат беморон муолиҷа карда мешаванд.

Дар давраи солҳои 2014-2019 дар мамлакат 420 муассисаи нави тиббӣ, аз ҷумла аввалин беморхонаи ҷарроҳии асаб ба истифода дода шуд. Соли 2017 дар шаҳри Қандаҳор, дар ҷануби Афғонистон як бемористони нави муосири бисёр соҳаи дорои 350 бистар сохта шуд.

Сарфи назар аз ин дар системаи ниғаҳдории тандурустӣ, махсусан дар ноҳияҳои

дурдасти ҷумҳурӣ масъалаҳои ҷиддии соҳа ба миён омадаанд ва шумораи онҳо торафт меафзояд.

Дар кишвар зиёда аз 100 беморхонаву амбулаторияҳои давлатӣ ва хусусӣ, инчунин муассисаҳои тиббӣ, ки дар сатҳи байналмилалӣ идора карда мешаванд, амал мекунанд. Дар Кобул ва дигар музофотҳои калон усулҳои муосиртарини муолиҷа ва хизматрасонии мавҷуданд. Беморхонаи кӯдакони ба номи “Индира Ганди” ва филиали Институти тиббии Франция дар Кобул ҳамчун беморхонаҳои пешқадами кӯдакони мамлакат ба ҳисоб мераванд.

Бемористони низомии “Довудхон”, бемористони “Ҷамҳурият” ва “Майванд” се бемористонҳои маъруф дар кишвар ҳастанд, бемористони “Алӣ Ҷинно” дуввумин бемористони калонтарин дар Афғонистон аст. Ба гуфтаи бархе аз коршиносон, мардуми афғонсолона худуди 300 миллион доллар барои муоина ва табобат дар хориҷа масраф мекунанд. Бо вучуди ин ҳама, бисёре аз мардуми афғон барои муоина ва муолиҷаи тӯлонӣ ба Покистон, Ҳинд, Эрон, Олмон, Туркия ва дигар кишварҳо сафар мекунанд.

Ин се муассиса дар тамоми 34 вилояти Афғонистон лоиҳахоро амалӣ намуда, беш аз 2300 муассисаи тиббиро барои идомаи ғайролият дар шароити хеле душвори иқтисодӣ ва низомӣ дастгирӣ намуданд. Бабештар аз 3,1 миллион нафар хизматрасонии тиббӣ, аз ҷумла 1,1 миллион нафар бачагон ва 782 ҳазор нафар занон, ба 2,5 миллион нафар хизматрасонии амбулаторӣ расонида шуд. Илова бар ин, лоиҳа ба пардохти музди меҳнати тақрибан 26 000 корманди соҳаи тиб, аз ҷумла 7300 зан ва хариди доруворӣ, реактивҳои лабораторӣ ва дигар лавозимоти тиббӣ ба маблағи 2,9 миллион доллар мусоидат намуд.

Дар кишвар лоиҳаи «Сихатмандӣ» амалӣ мешавад, ки дар доираи он созмонҳои ғайри ҳукуматӣ ба хизматрасонии тиббӣ ба аҳоли ҷалб гардидаанд, он аз ҷониби Барномаи рушди СММ то моҳи августи соли 2021 ва дар давоми чор моҳи оянда – то моҳи феввали соли 2022 аз ҷониби Ҳазинаи кӯдакони



Созмони Милали Муттаҳид ва Ташкилоти умумичаҳонии тандурустӣ тавассути Фонди марказии воқуниш ба ҳолати фавқулодда маблағгузорӣ шудааст.

Афғонистон дар байни кишварҳои ғирифтори бемории сил дар ҷои 22-юм қарор дорад. Бемории сил як мушкили умдаи беҳдошти ҷомеа дар Афғонистон аст. Ҳама-сола аз 75 то 80 000 мубталоён ба қайд ғирифта мешавад [7-9], 8200 нафар бошад бар асари бемории сил фавтидаанд. Агентии ИМА оид ба Рушди Байналмилалӣ бо усулҳои таботати DOTS (таботат дар таҳти назорати мустақим, курси кӯтоҳмуддат), инчунин иттилоотнокӣ ва пешгирии бемории силро машғул аст.

Дар марҳилаи аввалиин барномаи ктидори ташҳиси бемории сил тавассути таъсиси 50 маркази микроскопии бемории сил ба роҳ монда шуд. Дар давоми солҳои минбаъда иншоотҳо зиёд карда шуда, тибқи барномаи FIDELIS боз 92 маркази микроскопии сил ташкил карда шуд. Барномаи кумак ба мубориза бар зидди бемории сил (CAP) як лоиҳаи дигаре аст, ки аз ҷониби BRAC дар Афғонистон, Ташкилоти умумичаҳонии тандурустӣ ва Management Sciences for Health (MSH) ва бо кӯшиши мубориза бо бемории сил дар Афғонистон амалӣ мешавад.

BRAC Афғонистон ҳамчун ғирандаи асосӣ барои ҷузъҳои Ҳазинаи глобалии зидди вараҷа ва сил интиҳоб шудааст.

BRAC – созмони байналмилалӣ ғайридавлатии рушдаст, ки ба коҳиши камбизо-

атӣ тавассути тавонмандсозии мардуми камбизоат барои беҳтар кардани зиндагии худ тамаркуз мекунад. BRAC Афғонистон дар мусоидат ба Вазорати тандурустии Афғонистон дар татбиқи Бастаи тандурустии асосӣ (BPHS) дар Кобул, Бодғис, Балх ва Нимрӯз иштирок мекунад. Ин амалия асосан аз ҷониби Бонки Ҷаҳонӣ ва USAID-REACH (Агентии ИМА оид ба арушди байналмилалӣ-пахн кардани масъалаҳои тандурустӣ дар сатҳи ҷомеаҳои деҳоти Афғонистон) маблағгузорӣ мешавад.

**Хулоса.** Дар ин марҳила дар Афғонистон дар бахшҳои сиёсӣ, иқтисодӣ ва иҷтимоӣ ба пешрафти соҳаи тандурустӣ ва ҷорӣ намудани технологияҳои нав дар тиб таҳдид мекунад. Бешубҳа, аз тарафи дигар, ин раванҷҳои глобалӣ ба таназзули рушди иқтисодӣ, ихтисори кумаки иқтисодӣ ва гуманитарӣ, паҳншавии ришваситонӣ, коҳиши давомнокии умр, афзоиши фавти модар ва кӯдак, бемориҳои музмин, харочоти хизматрасонии тиббӣ, маҳдуд шудани маблағ, сар задани бемориҳои сироятӣ, дастрасии пасти талаботи аҳоли ба хизматрасонии тиббӣ, норасоии кормандони соҳаи тандурустӣ, коҳиш ёфтани сармоягузорӣ дар соҳаи тиб ва омӯзиши касбӣ, муҳочират, ҳамаи ин масъалаҳоест, ки соҳаи тандурустии Афғонистони мрӯзу фардо бо онҳо рӯ ба рӯ мешавад.

Бо мақсади таъмини ҳаёти солим ва давомнокии умри аҳоли, таъмини амният, тadbирҳои саривақтӣ ва муассири соҳаи тандурустӣ зарур аст.

#### Адабиёт

1. Бюллетень Департамента по экономическим и социальным вопросам ООН: Отдел народонаселения. – 2022. <https://countrymeters.info/Afghanistan>
2. Civilian casualties set to hit unprecedented highs in 2021 unless urgent action to stem violence – UN report. United Nations Assistance Mission in Afghanistan (2021, July 26).
3. Стратегияи миллии рушди Афғонистонбароисолҳои 2015-2020.
4. Стратегияи миллии тандурустии Ҷумҳурии Исломии Афғонистонбароисолҳои 2016-2020”.
5. Демографияи Афғонистон. –2020. –68 с.
6. “Тандурустии милли”-и Вазорати тандурустии Ҷумҳурии Исломии Афғонистон. –2019. –35 с.
7. Индикаторҳои варақи омории Бонки ҷаҳонӣ: Афғонистон. 2021. <http://data.worldbank.org/country/afghanistan>





8. Steinhardt L. C. et al. The effect of wealth status on care seeking and health expenditures in Afghanistan //Health policy and planning. – 2009. – Т. 24. – №. 1. – С. 1-17.
9. World Bank. Afghanistan. Managing Public Finances for Development, vol IV: Improving Public Financial Management: Case studies of selected sectors. ReportNo. 34582-AF, Dec. 22, 2005, p.14.
10. Dalil S. et al. Aid effectiveness in rebuilding the Afghan health system: a reflection //Global public health. – 2014. – Т. 9. – №. sup1. – С. S124-S136.
11. Mirzazada S. et al. Impact of conflict on maternal and child health service delivery: a country case study of Afghanistan //Conflict and health. – 2020. – Т. 14. – №. 1. – С. 1-13
12. Shah KM. The Pashtuns, the Taliban, and America's longest war. Asian Survey. – 2017. – №57(6). – С. 981-1007. doi: 10.1525/as.2017.57.6.981.
13. Trani J.F. et al. Poverty, vulnerability, and provision of healthcare in Afghanistan //Social Science & Medicine. – 2010. – Т. 70. – №. 11. – С. 1745-1755.

## СОСТОЯНИЕ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ИСЛАМСКОЙ РЕСПУБЛИКИ АФГАНИСТАН: ДОСТИЖЕНИЯ И ПРОБЛЕМЫ

Мир Око Хурами

Частная больница “Марям”, г. Кабул; Государственное учреждение «Таджикский научно-исследовательский институт профилактической медицины» Министерства здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан

**Цель исследования.** Анализ состояния системы здравоохранения Исламской Республики Афганистан и результатов «Национальной стратегии здравоохранения Исламской Республики Афганистан на 2016-2020 годы».

**Материалы и методы.** Объектами исследования являлись результаты «Национальной стратегии здравоохранения Исламской Республики Афганистан на 2016-2020 годы» и «Национальной стратегии развития Афганистана на 2015-2020 годы», а также данные бюллетенов Всемирного банка.

**Результаты исследования.** В период 2014-2019 гг. в стране введено в эксплуатацию 420 новых медицинских учреждений, в том числе первая нейрохирургическая больница. В 2017 году в городе Кандагар на юге Афганистана построена новая современная многопрофильная больница на 350 коек. Несмотря на это, ввиду политических потрясений, происходящих в республике, в системе здравоохранения возникли серьёзные проблемы, особенно в отдаленных регионах

страны, и их количество увеличивается. К концу 2020 года общая численность врачей в стране составила 5092 человека, в том числе 3974 мужчины и 1118 женщин; участковых врачей, работающих по контракту – 3306 человек, сотрудники негосударственных организаций – 1786 человек, медсестёр – 5305, акушеров – 3543, фармацевтов – 681, фельдшеров – 16624.

**Заключение.** Исламская Республика Афганистан на данном этапе в политическом, экономическом и социальном секторах угрожает прогрессу систему здравоохранения и внедрению новых технологий в медицину. Для обеспечения здоровой жизни и долголетия населения необходимо обеспечить безопасность, внедрить своевременные и эффективные меры в области здравоохранения.

**Ключевые слова:** сектор здравоохранения, демография, человеческие ресурсы, государственные и частные медицинские учреждения, помощь партнеров по развитию, Исламская Республика Афганистан.



## STATE OF THE HEALTH CARE SYSTEM OF THE ISLAMIC REPUBLIC OF AFGHANISTAN: ACHIEVEMENTS AND PROBLEMS

**MirOkoKhurami**

Private hospital “Maryam”, Kabul; State Institution “Tajik Research Institute of Preventive Medicine” of the Ministry of Health and Social Protection of the Population of the Republic of Tajikistan

**Objective.** Analysis of the state of the healthcare system of the Islamic Republic of Afghanistan and the results of the “National Health Strategy of the Islamic Republic of Afghanistan for 2016-2020”.

**Material and methods.** The sources of the study were the results of the National Health Strategy of the Islamic Republic of Afghanistan for 2016-2020 and the National Development Strategy of Afghanistan for 2015-2020, as well as data from the World Bank Bulletins.

**Results.** In the period 2014-2019 420 new medical institutions were put into operation in the country, including the first neurosurgical hospital. In 2017, a new modern multidisciplinary hospital with 350 beds was built in the city of Kandahar in southern Afghanistan. Despite this, due to the political upheavals taking place in the republic, serious problems have arisen in the healthcare system, especially in remote regions of the country, and

their number is increasing. By the end of 2020, the total number of doctors in the country was 5092 people, including 3974 men and 1118 women; district doctors working under contract - 3306 people, employees of non-governmental organizations - 1786 people, nurses - 5305, midwives - 3543, pharmacists - 681, paramedics - 16624.

**Conclusion.** The Islamic Republic of Afghanistan at this stage in the political, economic and social sectors threatens the progress of the health care system and the introduction of new technologies in medicine. To ensure a healthy life and longevity of the population, it is necessary to ensure safety, timely and effective measures in the field of health care.

**Key words:** health sector, demographics, human resources, public and private medical institutions, assistance from development partners, Islamic Republic of Afghanistan.

*Хурамӣ Мир Оқо* – унвонҷӯйи Муассисаи давлатии “Пажухишгоҳи тибби профилактикии Тоҷикистон” Вазорати тандурустӣ ва ҳифзи иҷтимоии аҳолии Ҷумҳурии Тоҷикистон. E-mail: [miraqakhorami@yahoo.com](mailto:miraqakhorami@yahoo.com)

*Хурами Мир Око* – соискатель ГУ «Таджикский научно-исследовательский институт профилактической медицины» Министерства здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан. E-mail: [miraqakhorami@yahoo.com](mailto:miraqakhorami@yahoo.com)

*Khurami Mir Oko* – applicant for the SI “Tajik Research Institute of Preventive Medicine” of the Ministry of Health and Social Protection of the Population of the Republic of Tajikistan. E-mail: [miraqakhorami@yahoo.com](mailto:miraqakhorami@yahoo.com)

## НЕВРОЛОГИЯ

### ХУСУСИЯТҲОИНИШОНАҲОИ МАНБАВИИ САКТАҲОИ ПАҲНШУДАИ КАМХУНӢ ДАР КӢДАКОН

Исоева М.Б., Точиддинов Т.Б., Рабоева Ш.Р., Зарипов Н.А.

Кафедраи асабшиносӣ, психиатрия ва психологияи тиббӣ ба номи М.Ғ. Фуломов МДТ  
«ДДТТ баноми Абуалӣбни Сино»

**Муҳиммияти мавзӯ.** Сактаҳои мағзӣ – вайроншавии шадиди хунгардиши мағзӣ мебошад, кибо якуякбора дар муддати якчанд дақиқа ё соат ба амал омадани нишонаҳои қитъавӣ ва /ё умумимағзии асабӣ зоҳир мегардад ва зиёда аз 24 соат нигоҳ дошта мешавад ё ин ки дар муддати кӯтоҳ беморро ба марг оварда мерасонад. Сактаҳои мағзӣ дар кӯдакон ҳам ба амал меояд, ки аз синни 1 моҳа то 18 сола вомехӯрад. Муҳимияти омӯзиши сактаҳои мағзӣ дар кӯдакон бо он вобаста мебошад, ки атфоли сакта гузаронда маҷбур аст бо оризаи ба вучудодаи асабӣ ташаккул ёбад ва таъмин кардани талаботи кӯдакони фаъолиятшон маҳдуд, ҳам аз ҷиҳати тиббӣ, педагогӣ ва ҳам иҷтимоӣ гарон аст [1, 2]. Айни замон беморшавӣ бо сакта 2 – 3 ҳолат ба 100 000 кӯдаконро дар як сол ташкил мекунад (дар калонсолон ин нишондод 1 – 5 ҳолат ба 1000 нафари аҳоли рост меояд). Паҳншавии сактаҳои камхунӣ 7,8 ба 100 000 кӯдаконро дар як сол ташкил менамояд, 40% ҳамаи сактаҳо дар кӯдакони то як сола ба амал меояд. Фавти умумӣ аз сактаҳои мағзӣ 12%-ро дар бар мегирад; хатари миёнаи сактаи такрорӣ қариб 20%-ро ташкил мекунад [3, 4]. Аз рӯи нишондодҳои ассоциатсияи зиддисактавии Амрико, қариб аз ним зиёд ҳамаи сактаҳои кӯдакон бо мавҷуд будани камхунии досхуҷайра ва нуқсонҳои модарзодии дил вобаста мебошанд. Дар байни дигар омилҳои хатар – бемориҳои сироятии гардан вас ар, лахтақшавии аномалии хун, осеби мағзу косахонаи сар, вайроншавии аутоиммунӣ қайд менамоянд. Безӯриётии модар дар собиқа, пеш аз мӯҳлат рафта ни оби назди чанин ҳангоми ҳомиладорӣ, презклампсия ва хориоамнионит аз ҳисоби уфунати бактериявӣ - омилҳои мебошанд, ки хатари сар задани сактаро баланд мекунад [2]. Қайд кардан ба маврид аст, ки ҳангоми

сактаҳои мағзӣ вобаста аз вайроншавии ҳавзаҳои шараёнҳои гуногуналоматҳои гуногуни манбавӣ ва инчунин нишонаҳои патологӣ ҳангоми тадқиқоти қарри чашм мушоҳида карда мешавад.

**Мақсади тадқиқот.** Омӯзиши хусусияти нишонаҳои сактаи камхунии паҳншуда дар кӯдакон.

**Мавод ва усули тадқиқот.** Дар шуъбаи асаби кӯдакони МД ММТ Ҷумҳурии Тоҷикистон аз моҳи январ то моҳи сентябри соли 2020 6 нафар кӯдакон бо сактаи камхунӣ ҳаҷми калондошта муоина карда шуд, ки аз онҳо 2 нафар духтар ва 4 нафар писаронро ташкил мекарданд. Синну соли беморон аз 1,5 то 4 солаю 8 моҳаро дар бар мегирифт. Ба ҳамаи беморон тадқиқоти собиқавӣ, клиникӣ, лабораторӣ (таҳлили лахтақшавии хун, таҳлили гематокрити хун), дастгоҳӣ (томографияи магнитӣ-резонансӣ, электрокардиограмма, ташхиси ультрасадоии дил) гузаронида шуд. Беморонро духтури офтальмолог, қалбшиноси кӯдакона ва духтури атфол муоина намудаанд.

**Натиҷаи тадқиқот ва муҳокимаи он.** Дар натиҷаи тадқиқот дар кӯдакон омилҳои хатар ба назар гирифта шуд, аз он ҷумла дар 3 нафар нуқсонҳои модарзодии дил, дар 2 нафар кӯдакон баъди дарунравӣ ҳолати гиповолемӣ ва дар як нафар бемории метгемоглобинемия муайян карда шуд. Вобаста аз иллатҳои ҳавзаҳои шараёнҳои мағзи сар: дар 4 нафар сактаи паҳншудаи камхунӣ дар ҳавзаи шараёнҳои миёна ва пеши мағзи сарӣ дар нимкураи чап; дар 2 нафар дар ҳавзаи шараёнҳои пеш, миёна ва ақиб мағзинимкураи рост ва ноҳияи ақиб мағзии нимкураи чап ба қайд гирифта шуд. Дар 4 нафар фалаҷи нимтан аз тарафи рост, норасоии асабҳои VII ва XII ба таври марказӣ аз тарафи рост ва вайроншавии нутқи сен-



сомоторӣ зоҳир карда шуд. Дар ду нафар бошад фалаҷи нимтан аз ду тараф, бештарафаи чапро дар бар гирифтааст, норасо-

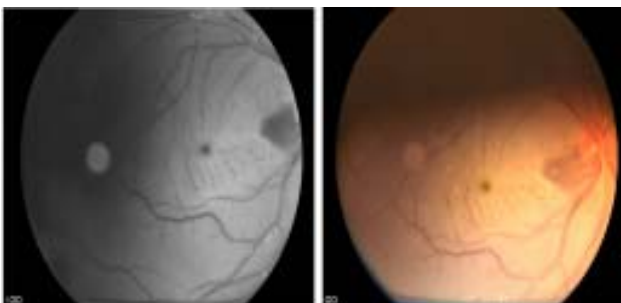
иасабҳои VII ва XII ба таври марказӣ ва вайроншавии нутқ, ҳолати сопорозӣ мушоҳида карда шуд (Расми 1).

**Расми 1. Зоҳиршавии аломатҳои манбавӣ ва нишонаҳои қаъри чашм вобаста аз ҳавзаи вайроншавии гардиши хун.**

Ҳавзаи вайроншавии гардиши хун	Аломатҳои манбавии невролоҷӣ	Вайроншавии хуш	Қаъри чашм
Шараёни пешии мағзи сар	• Фалаҷи нимтан	○ Ҳолати карахтии хуш	• Варами диски асаби босира
Шараёни миёнаи мағзи сар	• Норасоии асабҳои VII ва XII ба таври марказӣ	○ Ҳолати сопорозӣ	• Хунрезии тӯрпарда
Шараёни пеш ва миёнаи мағзи сар	• Вайроншавии нутқи сенсомоторӣ	○ Ҳолати коматозӣ	• Аломати «Донаи олуболу» • Нейропатияи ишемикӣ
Шараёни ақибии мағзи сар	• Нутқи дизартриявӣ		• Тангшавии шараёнҳои қаъри чашм

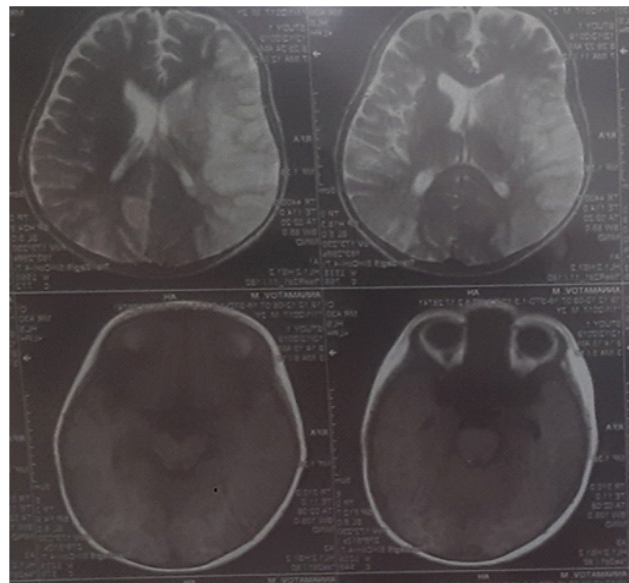
Ҳангоми муоинаи офтальмолог дар қаъри чашми 2 нафар беморе, ки сактаи паҳншудаи ҳаҷми калондошта аломати «Донаи олуболу» мушоҳида карда шуд, ки ин аломат бештар дар бемориҳои ирсии мубодилавии системаи асаб зоҳир мешуд. Фарқияти зоҳиршавии ин аломат аз бемориҳои ирсии мубодилавии системаи асаб дар он аст, ки дар давраи шадида сактаҳо ва инчунин дар сактаҳои паҳншудае, ки ду нимкура дар бар мегирад, мушоҳида карда мешавад ва яктарафа мебошад (расми 2).

**Расми 2. Акси қаъри чашми бемор бо сактаи камхунӣ дар ҳавзаҳои шараёнҳои пеш ва миёнаи мағзӣ аз рост ва ҳавзаи шараёни ақибии мағзӣ аз чап мебошад**



Дар томографияи магнитӣ-резонансии ин беморон сактаи камхунӣ паҳншудаи қисмҳои қишрӣ-зериқишрии ноҳияҳои пешонаю фарқу чаккаи нимкураи рост ва ноҳияи ақибии мағзии нимкураи чап ба қайд

гирифта шуд, ки ҳавзаи се шараёни мағзиро: шараёнҳои пеш, миёна ва ақибии мағзиро дар бар гирифта буд (Расми 3).



Дар натиҷаи табобати патогенетикӣ аломати «Донаи олуболу» оҳиста-оҳиста кам шуда ва ҳолати аввалаи диски асаби босира қисман барқарор шуд.

**Хулоса.** Дар кӯдакон сактаи камхунӣ ҳаҷми бештаре қитъаи мағзи сарро дар бар мегирад, ки боиси зоҳиршавии аломатҳои дағали невролоҷӣ мешавад ва дар ин ҳолат пайдошавии аломати «Донаи олуболу» аз имкон берун нест. Ин аломат фақат дар сактаҳои қитъаашон ва сеъ зоҳир мешавад ва асимметрикӣ мебошад.

## Адабиёт

1. Зыков В.П. Диагностика и лечение артериального ишемического инсульта у детей в остром периоде /В.П. Зыков, И.Б. Комарова, Л.В. Ушакова // Вопросы современной педиатрии. – 2011. - №4. – С. 70-78.
2. Нейрофункциональное состояние головного мозга у детей с хронической церебральной ишемией /Е.В. Шевченко [и др] //Журнал Сибирское медицинское обозрение. – 2018.- №5. С. 31-40.
3. Распределение протромботических полиморфных вариантов генов у детей с ишемическим инсультом / М.А. Колесникова[и др] // Журнал SiberianMedicalSciences. – 2015.- №6. – С.2-12.
4. Эпидемиология и этиология инсультов у детей грудного возраста /О.А. Львова [и др] // Журнал Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. – 2013. - №2. – С. 50-55.

**ОСОБЕННОСТИ ОЧАГОВОЙ СИМПТОМАТИКИ ОБШИРНЫХ ИШЕМИЧЕСКИХ ИНСУЛЬТОВ У ДЕТЕЙ****Исоева М.Б., Таджидинов Т.Б., Рабоева Ш.Р., Зарипов Н.А.**Кафедра неврологии, психиатрии и медицинской психологии имени М.Г. Гулямова  
ГОУ «ТГМУ имени Абуали ибн Сино»

Целью данного исследования является изучение характеристик симптомов обширных ишемических инсультов у детей. Данное исследование проводилось в отделении детской неврологии Национального медицинского центра Республики Таджикистан «Шифобахш» с января по сентябрь 2020 года. В этом исследовании приняли участие шесть детей с обширным ишемическим инсультом. В ходе исследования были выявлены факторы риска у детей, в том числе 3 врожденных порока сердца, 2 детей с гиповолемией после диареи и 1 ребенок с метгемоглобинемией. При осмотре офтальмологом глазного дна у двоих пациентов с обшир-

ным ишемическим инсультом обнаружился признак «косточка сливы», который чаще встречается при наследственных заболеваниях нервной системы. В результате патогенетического лечения симптомы «косточки сливы» постепенно уменьшились и исходное состояние диска зрительного нерва частично восстановилось. У детей ишемия поражает большой объем вещества головного мозга, что приводит к появлению тяжелых неврологических симптомов, в этом случае и возможно появление симптома «косточка сливы».

**Ключевые слова:** инсульт, симптом «косточка сливы», факторы риска.

**FEATURES OF FOCAL SYMPTOMS OF EXTENSIVE ISCHEMIC STROKES IN CHILDREN SEI “ATSMU”****Isoeva M.B., Tojidiinov T.B., Raboeva Sh.R., Zaripov N.A.**

Department of neurology

**Abstract**

The aim of this study is to investigate the characteristics of the symptoms of extensive ischemic strokes in children. This study was conducted at the Department of Neurology of the National Medical Center of the Republic of Tajikistan “Shifobakhsh” from January to September 2020. This study involved six children with ischemic stroke. The study identified risk factors in children, including 3 congenital heart defects, 2 children with hypovolemia after diarrhea and 1 child with methemoglobinemia. When an ophthalmologist examined the fundus

in two patients with extensive ischemic stroke, the sign of “plum seed” was found, which is more common in neurological hereditary diseases. As a result of pathogenic treatment, the symptoms of the “plum seed” gradually decreased and the initial state of the optic nerve was partially restored. In children, ischemia affects a large volume of the brain parenchyma, which leads to the appearance of severe neurological symptoms, in this case, the appearance of the “plum seed” symptom is possible.

**Keywords:** stroke, “plum seed” symptom, risk factors.



## БАЪЗЕ МАСЪАЛАҲОИ ОМИЛҲОИ ХАВФ ВА ПАТОГЕНЕЗИ ГИДРОСЕФАЛИЯИ МОДАРЗОДӢ.

Ҳабибов И.М.

Шуъбаи ҷарроҳии асаби кӯдакон, МД МТ “Истиклол”

**Муҳиммият.** Дар сохтори асосии сабабҳои фаоти перинаталӣ, инкишофи аномалияҳои системаи маркази асаб, аз ҷумла патологияи системаи меъдаҷаҳо ҷойҳои 2-3-юмро ишғол мекунад. Яке аз намоёндагони ин бемориҳо гидросефалияи модарзодӣ мебошад, ки аз руи басомад дар байни дигар нуқсонҳо ҷойи аввалро ишғол менамояд. Басомади бақайдгирии он 20% аз дигар нуқсонҳои модарзодӣ зиёдтар аст. Мушкilotи ташхиси барвақтии нуқсонҳои марказии асаб бо роҳи баррасии ҳалли масъалаҳои зарурати тамдиди минбаъдаи ҳомиладорӣ метавонад ба таваллуди кудаки бемор монӣ шавад.

Ақидаи аксарияти олимони яқдилона аст, ки омилҳои асосии хавфи инкишофи гидросефалияро метавон бо боварии бештар ба патологияи дохилӣ ва перинаталӣ нисбат дод. Дар давраи пеш аз таваллуд, хавфи таъсири омилҳои пайдо мешавад, ки боиси рушди гидросефалия мешаванд. Аз руи вақти пайдоиш гидросефалия ба модарзодӣ ва дар раванди ҳаёт пайдо шуда ҷудо карда мешавад. Дар аксари мавридҳо сабаби гидросефалияи модарзодӣ таъсири бисёр омилҳои номатлуб дар давраи пеш аз таваллуд модарӣ, ҷанинӣ, пласентарӣ ва ғайра ба ҳисоб меравад. Омилҳои, ки бо давраи интранаталӣ алоқаманданд: гипоксияи дохилибатнӣ, асфиксияи ҳангоми таваллуд, аномалияи давраи таваллуд ва ҷараёни давраи аввали неонаталӣ мебошанд. Аксарияти омилҳои дар боло зикр гардида боиси инкишофи вайроншавии гемодинамикаи майнаи сар, хунрезии дар майнаи сар ва сохторҳои он мешаванд.

**Мақсади омӯзиш.** Омӯзиши басомади таваллуди кӯдакони гирифтори гидросефалияи модарзодӣ, омилҳои хавф ва баъзе марҳилаҳои патогенез.

**Усулҳои тадқиқотӣ.** Ҳангоми рамзгузори нуқсонҳои модарзодии системаи маркази асаб “Таснифи байналхалқии бемо-

риҳо, баромади даҳум (МКБ-10)”, “Нуқсонҳои модарзодии системаи маркази асаб гидросефалия” (Q03) истифода шуд. Маводи тадқиқоти мазкур маълумотҳои мониторинги эпидемиологии варақаҳои бақайдгирии оморӣ буд. Феҳристи миллии нуқсонҳои модарзодӣ Ф 32 ва “Ҳисобот дар бораи ёрии тиббӣ ба занони ҳомила ҳангоми таваллуд, ҳомиладорӣ ва навзодон” барои солҳои 2016-2021, ки бо имзои Агентии оморӣ назди Президенти Ҷумҳурии Тоҷикистон №54 аз 11.11.2013 тасдиқ карда шуда аст.

**Натиҷаҳо ва муҳокимаи он.** Гидросефалияи модарзодӣ ба нуқсонҳои дахлдор, хатман бояд ба қайд гирифта шавад, хусусиятҳои эпидемиологии онҳо оварда шуда аст дар (ҷадвали 1). Дар давоми 6 сол дар Ҷумҳурии Тоҷикистон 629 кӯдаки навзод бо гидросефалияи модарзодӣ ба дунё омаданд, ки дар байни онҳо ҳиссаи зиндатоваллудшудагон 66,7% дар ҳоле, ки нишондоди кӯдакони мурдатоваллудшуда бо ин нуқсон 33,2%ро ташкил дод. Дар байни кӯдакони гирифтори гидросефалияи модарзодӣ фарқияти гендерӣ муқаррар карда шуд, аз ин рӯ маълум шуд, ки ин патология бештар дар байни писарон дар таносуби миқдори писарон – 1,2 П:1Д, рух медиҳад, аз ин рӯ хатари нисбии гидросефалия дар писарон зиёд аст.

Рамзи умумии МКБ-10, ки ин намуди бемориҳоеро тавсиф мекунад, ки бо патологияи системаи ликвории майнаи сар барои гидросефалия алоқаманд аст, бо G91 муайян карда мешавад, фарқиятҳо аз намудҳои патология вобастаанд: (G91,0 – гидросефалияи алоқадорӣ, G91,1 – гидросефалияи оклюзионӣ, G91,2 – гидросефалияи фишори муқаррарӣ, G91,3 – гидросефалияи баъдиосебӣ, G91,8 – дигар намудҳои гидросефалия, G91,9 – гидросефалияи мушаххас ношуда).

Дар давоми 6 соли мушоҳидаҳо дар масъалаи шумораи таваллуди кӯдакони гирифт-

тори гидросефалияи модарзодӣ тағйироти назаррас ба қайд гирифта нашудааст, танҳо дар соли 2020 дар муқоиса бо давраи пеш аз Ковид, он аз ҷиҳати омӯри аҳамиятнок буд ( $P < 0,001$ ), зиёдтар кӯдакон бо гидросефалияи модарзодӣ таваллуд шудаанд. Аз маълумоти пешниҳодшуда бармеояд, ки дар этиологияи нуқсонҳои модарзодии системаи марказии асаб – гидроцефалияи модарзодӣ, этиологияи вирусӣ дар мавқеъҳои аввала боқӣ мондааст, эҳтимолан дар ин давра афзоиши басомади сирояти омехта ба назар мерасад. Шакли модарзодии ин патология дар аксари ҳолатҳо бо зухуроти афзоиши миқдори моеъи дохили косахонаи сар, ки сабабҳои он омилҳои давраи инкишоф ё таваллуди кӯдак мебошанд, вобастагӣ дорад. Ин омилҳо ба ду гуруҳи асосии сабабҳо дохил мешаванд; а) сирояти дохилибатнӣ, ки бо вирусҳо ва дигар патогенҳои бемориҳои сироятӣ ва илтиҳобии модар, ки дар аксари ҳолатҳо ба менингоэнцефалит дар ҷанин оварда мерасонад, ки ин вайроншавии инкишофи сохторҳои майнаи сар, ки ҷаббиши моеъи майнаи сар-ро таъмин мекунанд, ба амал меорад; б) осеби таваллудии косахона ва майнаи сар, ки боиси пайдоиши хунрезии дохиликосахонагӣ мешавад. Аз ин рӯ, ҳамаи сабабҳои пайдоиши гидросефалияи модарзодиро ба се шакл ҷудо кардан мумкин аст: 1) аномалияҳои роҳҳои ликворӣ; 2) натиҷаи сирояти дохилибатнӣ; 3) натиҷаи осеби таваллудии косахона ва майнаи сар.

Дар навбати худ, сохтори аномалияи дар инкишофи роҳҳои ликвориро бо назардошти дараҷаи маҳкамшавӣ ба ду гуруҳи асосӣ - пурра ё қисман ҷудо кардан мумкин аст. Аз ин ду шакл, шакли аввали он бисёртар во меҳурад, ки дар он рушди афзоиши бофтаи глиалӣ, ки боиси ташаккули тангшавии кубури майнаи сар мегардад.

Ҳангоми аз меъёр зиёд ҳосилшавии ликвор ё баръакс, дар вақти вайроншавии процесси ҷаббиши он гидросефалияи алоқадорӣ ба вучуд меояд, ки миқдори моеъи мағзи сар бевосита дар меъдаҷаҳои майна ва дар фазои субарахноидалӣ зиёд мешавад. Аммо, бояд қайд кард, ки дар ин ҳолат ҳеч гуна

вайроншавии гузариши моеъи майнаи сар вучуд надорад.

Ҳангоми ин намуди гидросефалия, аз сабаби синтези миқдори зиёди моеъи майнаи сар, баландшавии фишори дохили косахонаи сар ба амал меояд, ки боиси калоншавии интенсивии андозаи косахонаи сар, ҷудошавии дарзҳо, тунук шудани устухонҳо ва ҳамвор шудани асоси боми косахонаи сар мешавад. Равандҳои дар боло зикршуда ба рушди атрофияи моддаҳои майна мусоидат мекунанд, фишурдани синусҳо ба вучуд омада, ба вайрон шудани ҷараёни хун аз рағҳои ковокии косахонаи сар ки дар ниҳояти қор ба зиёд шудани эмиссарҳои венозӣ оварда мерасонад (сӯроҳҳои хурди ғайримукаррарӣ дар устухонҳои устухони косахонаи сар, ки аз онҳо рағҳои эмиссарӣ мегузаранд). Дар баробари ин, васеъшавии рағҳои вариди зери пусти сар мушоҳида мешавад.

Инчунин гидросефалияи модарзодӣ ба ду шакли асосӣ ҷудо мешавад: а) алоқадорӣ ва б) окклюзионӣ. Сабаби пайдоиши он дар аксари мавридҳо набудан ё ташаккул наёфтани сӯроҳҳои Мажанди ва Люшко дар 3-4 моҳи давраи пеш аз таваллуд, мувофиқат бо ҷараёни сеоҳаи аввали ҳомиладорӣ, вақте ки раванди органогенез ба охир мерасад, доништа мешавад. Сабаби дигари дертар маҳкам шудани ин сӯроҳҳои мавҷудият ва ё таъсири равандҳои илтиҳобӣ дар мағзи ҷанин мебошад, ки ба маҳкамшавии кубури Силвиевӣ мерасонад. Натиҷаи ин раванд инкишофи атрофияи майнаи сар дар дараҷаҳои гуногун мебошад, нимкураҳои майнаи сар ба обилаҳои тунукдевордор, ки аз моеъи ҳароммағз пур шудаанд, шабоҳат доранд. Ҳангоми гидросефалияи арезорбтивӣ (ҳангоми аз ҷониби қисмҳои маҳсули майна ҷаббида нашудани моеъи майнаи сар, ки боиси ҷамъшавии он дар системаи меъдаҷаҳо мегардад), фишори дохиликосахонагӣ баланд мешавад. Раванди ташаккули гидросефалия авҷ мегирад, сари кӯдак ба андозаҳои калон мерасад.

Сабаби ба вучуд омадани гидросефалияи окклюзионӣ маҳкамшавии роҳҳои ликворгузар мебошад. Ҷойгиршавии маконҳо ва



сабаби окклюзия метавонад гуногун бошад, зеро он метавонад дар соҳаҳои гуногуни алоқаи моеъи майнаи сар рух диҳад; дар сӯроҳҳои байни меъдачаҳо, дар ковокии меъдачаи сеюм, қад-қади кубури Силвиев, дар сатҳи сӯроҳҳои паҳлӯи ва миёнаи меъдачаи чорум, дар систернаҳои базалӣ, дар фазои субарахноидалӣ метавонад шакли якҷоя дошта бошад. Натиҷаи тамоми протсесс он аст, ки дар минтақаи майнае, ки дар маҳалли маҳкамшуда воқеъ аст, атрофияи бофтаи майна ба вучуд меояд, ки сабаби он фишори баланди дар натиҷаи он ба амалмада мебошад. Аммо сенарияи дигари инкишофи раванд низ имконпазир аст, атрофияи ташаккулёфта, ки ба бофтаҳои рагии меъдачаҳои паҳлӯгии майнаи сар паҳн мешавад, боиси кам шудани синтези ликвор мегардад, ки ин метавонад боиси шакли компенсатории спонтании гидросефалия шавад.

Омили дигари этиологии гидросефалияи модарзодӣ ин малформасия (аномалияи модарзодӣ ё вайрон шудани сохтори рағҳои хунгард) аст. Ин навъи нуқсон метавонад ҷойгиршавии гуногуни системаи рағҳоро дошта бошад дар капиллярҳо, варидҳо, шарёнҳо ё рағҳои лимфагӣ. Малформасия сабаби маъмултарини гидросефалияи пеш аз таваллудӣ (антенаталӣ) мебошад. Бо ин шакли аномалияи инкишоф шумораи зиёди алоқаҳои моеъи майнаи сар дар раванди патологӣ иштирок мекунанд, ба монанди атрезияи суроҳии Монро, стенози кубури Силвиев ва сусти инкишоф ёфтани грануляцияҳои пахионӣ мебошад. Баъзан онҳо метавонанд як қисми синдромҳои гуногун ё шаклҳои дигари нуқсонҳо бошанд - гидроанэнсефалия, голопросенсефалия, дизрафия, синдроми Дэнди-Уокер, малформатсияи Киари, лисенсефалия ё кистаҳои арахноидалӣ (Oietal., 1996).

Дар баъзе шаклҳои малформатсия на танҳо роҳҳои хуруҷи моеъи майнаи сар дар раванди патологӣ иштирок мекунанд, ки дар ниҳоят ба осеби диффузии системаи марказии асаб оварда мерасонад. Ин раванд сабаби генетикӣ ҳам дорад ва дар баъзе ҳолатҳо эҳтимолан вайроншави генҳо, дар на-

тиҷаи пайвастан бо Х-хромосома ҳангоми маҳкамшавии кубури Силвиев, синдроми Уокер-Варбург ва дар баъзе ҳолатҳои голопрозенсефалия, ба амал ояд.

Бояд ба назар гирифт, ки ҳангоми як намуди малформасия робита бо нуқсонҳои ирсӣ дар якҷоягӣ бо омилҳои пайдошуда имконпазир аст, аммо инкор кардан ба ин омил бинобар имконнопазирии муайян кардани этиологияи он хеле душвор аст. Аз ин рӯ, таснифоти генетикии универсалӣ барои ташаккули синдроми малформатсия вучуд надорад.

Маҳз системаи ликвор яке аз ҷузъҳои асосии монсаи гематоэнсефалитики буда, дар системаи формасияҳои морфологии он ҳамчун звенои пайванди шунтӣ хизмат мекунад [10,13,16]. Маълум аст, ки дар просесси ташаккули моеъи майнаи сар бевосита якҷанд системаҳо, аз ҷумла, бофтаҳои рагии меъдачаҳои паҳлӯгии майна, системаи рағҳои майна, нейроғлия ва нейронҳо иштирок мекунанд. Ташаккули моеъи майнаи сар бевосита аз якҷанд омилҳо вобаста аст, аз ҷумла ба омезиши ультрафилтратсияи осмотикӣ аз шабакаи капиллярии майна, суръати интиқоли диффузӣ ва фаъл. Муайян карда шудааст, ки дар фосилаҳои байниҳуҷайраҳо, ки андозаи фосилаи он аз 20 нм зиёд нест, тақрибан 20% миқдори умумии ликвор ҷамъ шудааст. Чунин ақида вучуд дорад, ки зиёда аз 90,0% миқдори асосии ликвор дар бофтаҳои рағӣ ташаккул меёбад [10,13,16]. Мувофиқи маълумоти С. Schrandner-Stumple ва J.P. Fryns (1998), гидросефалияи ирсии ба Х (модарзодӣ) дар 4% ҳамаи ҳолатҳои ба қайд гирифташудаи беморӣ (тибқи маълумоти дигар, дар 5-15% ҳолатҳо), то 40% ҳолатҳои гидросефалия аз ҷиҳати этиологӣ муайян карда мешаванд [8]. Гидросефалия дар синдроми Дэнди-Уокер, синдроми Арнолд-Киари ва ғайра ба амал меояд. Ҳақди ақал 43 мутасияҳои марбут ба шаклҳои ирсии гидросефалия (дар одамон ва ҳайвоноти лабораторӣ) тавсиф карда шудаанд; Дар шароити таҷрибавӣ 9 гени марбут ба ин патологияи майнаи сар пайдо шудааст, дар ҳоле ки дар одамон танҳо як ген вучуд дорад [1-4].

Ҳиссаи хеле зиёди пайдошавии гидросе-



фалияи модарзодӣ бо омилҳои гуногун пайдо гаштаанд, ки дар давраи пеш аз таваллудӣ (антенаталӣ) ба амал меоянд. Ба ин гурӯҳи омилҳо сироятҳои зани хомила, дар аксари ҳолатҳо онҳо токсоплазмаҳо ва TORCH -- сироят, геморагияҳои пренаталӣ дар майнаи сар ва омосҳои модарзодӣ дохил мешаванд (Фернеллетал., 1994). Ин гурӯҳи тамоми ҳолатҳои патологиро калимаи “гидросефалияи дуҷумдараҷаи ҷанин” муттаҳид мекунад (Oietal, 1996). Онҳоро ҳангоми хомиладорӣ ташхис кардан мумкин аст, аммо эҳтимолияти ошкор шудани онҳо дар давраи дертар, яъне дар давраи аввали неонаталӣ вучуд дорад. Омили этиологӣ метавонад бо ташаккули миеломенингоселе ва нуксони Дэнди-Уокер алоқаманд бошад, аммо дар ин гурӯҳи патология, гидросефалия дар давраи баъдтар - пас аз таваллуд оғоз меёбад.

Аксари сабабҳои гидросефалияи ҷанин дар давраи аввали неонаталӣ зоҳир намешаванд; онҳо аксар вақт пас аз таваллуд аломатҳои клиникаро нишон медиҳанд. Бо вучуди ин, шумораи ками сабабҳои гидросефалияи антенаталӣ метавонанд дар навзодӣ ё барвақттар ба марг оварда расонанд. Аксарияти онҳо механизми генетикии рушддоранд. Далели маълум ин аст, ки маҳз қисми фазое, ки дар он моеъи ҳароммағз ҷойгир аст ва дар айни замон ба системаи ягонаи фазои берун аз ҳуҷайра, перикапиллярӣ ва периваскулярии майна ишора мекунад. Ин далели он аст, ки ҳама гуна тағйироте, ки дар системаи марказии асаб ба амал меояд (дегенеративӣ, илтиҳобӣ, мубодилаи моддаҳо) бевосита дар хусусиятҳои таркиби моеъи майнаи сар инъикос меёбад [5,7,9]. Дар байни олимони ақида вучуд дорад, ки гидросефалия дар фаҳмиши пурраи нозологӣ беморӣ нест, аммо аз рӯи маҷмӯи омилҳо ва ҷараёни раванд, онро бештар ва бештар ба синдромҳо ё аломатҳо, ки аз вайроншавии динамикаи моеъи майнаи сар бармеоянд, мансуб медонанд ба гурӯҳи ҳолатҳо, ки генезиси бисёрфакторӣ доранд [2,4,9].

Гидросефалияи авҷгиранда ба тағйироти сохтории морфологии майнаи сар да-

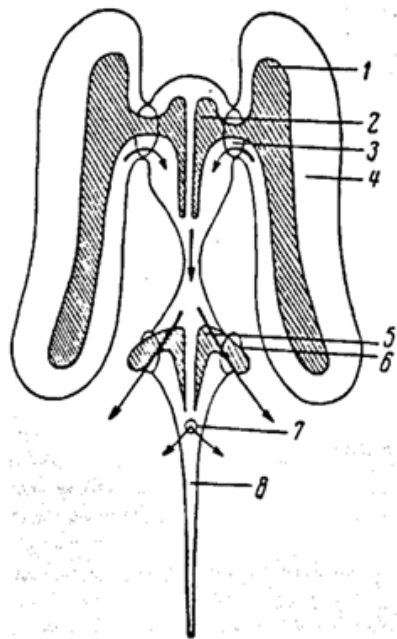
раҷаҳои гуногун оварда мерасонад 1) тунук шудани қишр ва моддаи сафед (то пурра бартараф шудани он); 2) атрофияи бофтаҳои рағӣ; 3) атрофия/субатрофияи ганглияҳои базалии сутуни майна ва мағзча; 4) вайроншавии шадиди гардиши хуни капиллярӣ; 5) ғафсшавӣ ва/ё омехташавии пардаҳои майнаи сар; 6) афзоиши (гипертрофия) бофтаи глиалӣ. Дар ҳолатҳои вазнин метавонад гидранэнсефалия ба вучуд ояд, ки танҳо мавҷудияти танҳо эпендима ва қабасти тунуки пардаи нарми майнаи сар, мушоҳида мешавад.

Ҷараёни гардиши ликвор бо системаи муайяни комуникатсионӣ ба амал меояд, ки схематикӣ чунин менамояд: меъдаҷаҳои паҳлӯӣ 'I' фазои байни меъдаҷаҳо 'I' ковоки меъдаҷаи III 'I' қубури майнаи сар 'I' ковокии меъдаҷаи IV 'I' сӯроҳҳои марказӣ ва паҳлӯӣ 'I' систернаҳои майнаи сар 'I' фазои субарахноидалии майнаи сар ва ҳароммағз.

Барои ташкил додани таснифоти патогенетикии гидросефалияи модарзодӣ маълумотҳои истифода шудаанд, ки ҳосилшавӣ ва истифодаи ликворро дар майнаи сар тавсиф мекунад: 1) навъе, ки бо синтези аз ҳад зиёди ликвор алоқаманд аст - гиперсекреторӣ; 2) навъе, ки ба ҷаббиши ликвор вобаста аст - арезорбтивӣ; 3) навъи патология, ки дар натиҷаи вайроншавии гардиши ликвор ба амал меояд - окклюзионӣ.

Якчанд вариантҳои гидросефалия қабул карда шудаанд, ки дар қадом сатҳ ҷой доштани монеаи ҷараёни ликвор (окклюзия)-ро нишон медиҳанд: (расми 1) ҷойгиршавии монеа як ё ҳарду сӯроҳҳои Монро; 2) Маҳкам шудани ковоки меъдаҷаи III; 3) тангшавӣ ё спазми қубури Силвиев; 4) қисман ё пурра маҳкамшавии меъдаҷаи IV; 5) монеаҳо дар фазои субарахноидалӣ.

Дар давраи навзодӣ яке аз лаҳзаҳои муҳими пайдоиши гидросефалия ба осеби майнаи сар дар давраҳои интра ва / ё перинаталӣ вобаста аст. Аз шумораи зиёди омилҳо, ки метавонанд лаҳзаҳои этиологӣ пайдоиши гидросефалияи модарзодиро дар бар гиранд, ба хусусият ва вазнинии патологияи хомиладорӣ нақши маҳсус дода мешавад.



Расми 1 Схемаи алокаи меъдаҷаҳои майна. 1 - plexus choroideus ventriculi lateralis; 2 - plexus choroideus ventriculi III; 3 - foramen interventriculare; 4 - venticulus lateralis; 5 - plexus choroideus ventriculi IV; 6 - apertura lateralis ventriculi IV; 7 - apertura mediana ventriculi IV; 8 - canalis centralis.

Дар физиологияи моеъи майнаи сар се марҳилаи асосиро чудо мекунад: ҳосилшавӣ, ҷаббидашавӣ ва гардиш. Ҳосилшавии моеъи майнаи сар дар плексусҳои хороидии деворҳои меъдаҷаҳои паҳлӯӣ ва боми меъдаҷаи сеюм ба амал меояд. Плексусҳои чанинӣ-хоридӣ аз эпителияи бофтаи асабӣ пайдо мешаванд. Плексусҳои хороидӣ аз эпэндима ва пардаи нарм иборатанд ва ворсинкаҳои шёткамонанд доранд. Харакати хун дар плексусҳои меъдаҷаҳо тавассути: aa. chorioidei - меъдаҷаҳои паҳлӯӣ; aa. cerebri posterior - меъдаҷаи III; aa. Cerebrellateralis posterior inferior, anterior inferior - меъдаҷаи IV, ба амал меояд.

Ҷаббиши ликвор асосан дар фазои субарахноидалӣ ва ҳуҷайраҳои синуси болоии сагиталӣ, асоси майнаи сар ва решаҳои хароммағзӣ ба амал меояд. Ҷаббидашавӣ аз ҳисоби фарқияти фишор байни моеъи майнаи сар ва дохили синуси венозӣ сурат мегирад. Фишори миёнаи ҷаббидашавӣ 68 мм ст. оби-ро ташкил мекунад. Бо зиёд шудани фишор ҷаббидашавӣ зиёд мешавад. Мубодилаи электролитҳо одатан дар меъдаҷаҳои

майна ба амал меояд; мубодилаи об - дар систернаҳо. 90%-и ликвор аз хун ҳосил мешавад, 10%-и дигар аз ҳисоби оксидшавии глюкоза дар майна ба вуҷуд меояд. Дар калонсолон ҳаҷми моеъи майнаи сар  $120 \pm 130$  мл аст (<25% дар меъдаҷаҳо). Суръати ҳосилшавӣ 0,35-0,4 мл / дақиқа ё тақрибан 0,5 л / рӯз аст, яъне оваршавии пурраи ликвор дар як рӯз 3-4 маротиба рух медиҳад. Микдори моеъи майнаи сар дар навзодон 5-20 мл, дар кудакони ширмак 40-60 мл аст. Да меъёр ҳаҷми моеъи майнаи сар тақрибан 10%, ҳуди майнаи сар - тақрибан 85% ва хун - 5% -и ҳаҷми ковокии косахонаи сарро ташкил медиҳанд. Аз ҳад зиёд чамъ шудани моеъи майнаи сар, боиси пеш аз ҳама ба васеъшавии меъдаҷаҳои майна, яъне вентрикуломегалия оварда мерасонад.

Гардиши моеъи майнаи сар аз меъдаҷаҳои паҳлӯӣ (V1 - меъдаҷаи паҳлӯии чап; V2 - меъдаҷаи паҳлӯии рост) моеъи мағзи сар ба воситаи суроҳии Монро ба меъдаҷаи сеюм (V3), аз он ҷо ба воситаи кубури Силвиев - ба меъдаҷаи чорум (V4) дохил мешавад, сипас тавассути суроҳиҳои паҳлӯии чуфти Люшко ва ночуфти Мажанди ба систернаҳои базали ва фазои субарахноидали сурат мегирад.

Минтақаи аз ҳама фаъоламалкунада ва рағҳои хунгузари перивентрикулярӣ зиёддоштаи майнаи сар аз гипоксия бештар зарар меёбад. Оқибати атрофияи моддаи сафеди перивентрикулярӣ майна ба васеъшавии пасивии системаи меъдаҷаҳо ва инкишофи вентрикуломегалия мебошад. Ҳангоми гидросефалия баъдиосебӣ, равандҳои патологӣ дар майна аз ҷиҳати морфологӣ бо васеъшавии системаи меъдаҷаҳо, вараҳои перивентрикулярӣ ва облитератсияи фосилаҳои субарахноидалӣ тавсиф мешаванд. Облитератсияи роҳҳои моеъи майнаи сар бо омилҳои зерини патогенетикӣ муайян карда мешавад: хунравии субарахноидалӣ, гематомаҳои дохили косахонагӣ, лати манбаъвӣ ва ё диффузии майнаи сар, протсессҳои лиҳомӣ ва атрофӣ (аз ҷумла пас аз краниотомияи васеъ ва трепанатсияҳои резексионӣ), менингоэнсефалитҳо ва вентрикулитҳо. Мӯҳлати инкишофи гидросефа-



лияи баъдиосебӣ (нормотензивӣ, гипертензивӣ ё окклюзионӣ) одатан аз 1 моҳ то 1 солро ташкил медиҳад [1-4, 7].

Таркиби сифатӣ ва миқдории ликвор аз синну соли бемор ва аз тағиротҳои ҳаҷмии системаи меъдаҷаҳо ва фазои субарахноидалӣ вобастааст. Ҳамин тариқ, миқдори шабонарузии ликвор дар калонсолон ба 500 мл ё ки 10-15%-и ҳаҷми худӣ майнаи сар баробар мешавад. Дар организми навзодон бошад ҳаҷми умумии ликвор ба 1 %-и вазни бадан ё 10-25 мл баробар аст. Дар кӯдакони 1 сола миқдори умумии ликвор ба 35-45 мл, кӯдакони 5 сола 55-75 мл ва кӯдакони 10 сола аз 210 мл зиёд намешавад. Дар давоми шабонаруз миқдори ликвор дар калонсолон 3-4 маротиба ва дар кӯдакони синни хурдсол то 7-9 маротиба ивазмешавад.

Муваффақият дар рафти давраи навзодӣ бештар аз мавҷудияти раванди илтиҳобӣ дар майнаи сар ва ё пардаҳои он, инчунин аз шиддатнокии нейроинфексияи дохилибатнӣ, мавҷуд ё набудани нуқсонҳои модарзодӣ дар системаи маркази асаб вобаста аст. Бемориҳои илтиҳобии майна ва пардаҳои

он, инчунин сироятҳои дохилибатнӣ ва нейроинфексияҳо боиси рушди гидросефалия мешаванд. Ҳамчун омили этиологӣ дар аксари ҳолатҳо вирусҳои парагрипп, ситомегаловирусҳо, хламидияҳо ва инчунин токсоплазма шуда метавонанд [4,13,14,15].

Ҳолатҳои гидросефалия, ки бо дисгенезияи майнаи сар, бруселлез, паротит ва дигар сироятҳо, гиперплазияи диффузии ворсинкаҳои плексуси хориоидӣ, аномалияҳои рағҳо, хунравии дохили косаҳои сар ва ғайра алоқаманданд, тавсиф карда шудаанд.

Хулоса. Сабаби гидросефалияи модарзодӣ омилҳои зиёд мебошанд. Флораи вирусӣ ва бактериявӣ модар ба ташаккули гидросефалияи модарзодӣ таъсири назаррас мерасонад. Тағиротҳои гипоксикӣ-травматикӣ майнаи сари ҷанин ҳангоми таваллуд ва давраи барвақтии неонаталӣ дар ҳар 3-юм кӯдак боиси пайдоиши гидросефалия мегардад. Табобати сарвақтӣ метавонад ба эътидол овардани фишори моеъи майнаи сар оварда расонад ва ба ҷуброни нишонаҳои неврологӣ кумак кунад.

#### Адабиёт:

1. Robinson S. Neonatal posthemorrhagic hydrocephalus from prematurity: pathophysiology and current treatment concepts. *J. Neurosurg Pediatr.* 2012;9(3):242-258. <https://doi.org/10.3171/2011.12.PEDS11136>
2. Miyajima M., Arai H. Evaluation of the Production and Absorption of Cerebrospinal Fluid. *Neurol. Med. Chir. (Tokyo).* -2015. -№55. -P.647-656. <https://doi.org/10.2176/nmc.ra.2015-0003>
3. Крюков Е.Ю., Иова А.С., Андрущенко Н.В., Крюкова И.А., Усенко И.Н. Фардикунонии табобати гидроцефалияи постгеморрагикӣ дар навзодон. // Нейрохирургия ва неврологияи кӯдакӣ. -2017. -№3. -А3.58-62. [https://doi.org/neurobaby.ru/files\\_pdf/Neyro-53L](https://doi.org/neurobaby.ru/files_pdf/Neyro-53L)
4. Wright Z., Larrew T. W., Eskandari R. Pediatric Hydrocephalus: Current State of Diagnosis and Treatment. *Pediatr. Rev.* -2016. №37. -P.478-490. <https://doi.org/10.1542/pir.2015-0134>
5. Melo J. R. T., Passos R. K., Carvalho M. L. C. Cerebrospinal fluid drainage options for posthemorrhagic hydrocephalus in premature neonates. *Arq. Neuropsiquiatr.* -2017. -№75. -P.433-438. <https://doi.org/10.1590/0004-282X20170060>
6. Tan A. P., Svrckova P., Cowan F. Intracranial hemorrhage in neonates: A review of etiologies, patterns and predicted clinical outcomes. *Eur. J. Paediatr. Neurol.* -2018. -№22. -P.690-717. <https://doi.org/10.1016/j.ejpn.2018.04.008>
7. Хачатрян В.А., Самочерных К.А., Ким А.В., Николаенко М.С., Сысоев К.В. [ва дигарон]. Трансверостомияи вентрикулозинус дар табобати гидроцефалияи декомпенсатсионӣ дар кӯдакон (натичаҳои санҷиши клиникӣ усул). // Тибби тарҷумонӣ. -2017. -№4. -С.20-28.
8. Wellons J. C., Shannon C. N., Holubkov R. Hydrocephalus Clinical Research Network. Shunting outcomes in posthemorrhagic hydrocephalus: prospective cohort study. *J. Neurosurg. Pediatr.* -2017. -№20. -P.19-29. <https://doi.org/10.3171/2017.1.PEDS16496>



9. Ahya K. P., Suryawanshi P. Neonatal periventricular leukomalacia: current perspectives. Res. Rep. Neonatol. -2018. -№8. –P.1-8. <https://doi.org/10.2147/RRN.S125575>
10. Whitelaw A., Lee-Kelland R. Repeated lumbar or ventricular punctures in newborns with intraventricular haemorrhage. Cochrane Database Syst. Rev. -2017. -№6. –P.4 <https://doi.org/10.1002/14651858.CD000216.pub2>
11. Kim H. M., Kim K. H. Clinical Experience of Infantile Posthemorrhagic Hydrocephalus Treated with VentriculoPeritoneal Shunt. Korean J. Neurotrauma. – 2015.-№11.-P.106-111. <https://doi.org/10.13004/kjnt.2015.11.2.106>
12. Zaben M., Finnigan A., Bhatti M. I., Leach P. The initial neurosurgical interventions for the treatment of posthaemorrhagic hydrocephalus in preterm infants: A focused review. Br. J. Neurosurg. -2016.-№30.-P.7-10. <https://doi.org/10.3109/02688697.2015.1096911>
13. Christian E. A., Melamed E. F., Peck E. Surgical management of hydrocephalus secondary to intraventricular hemorrhage in the preterm infant. J. Neurosurg. Pediatr. -2016.-№17.-P.278-284. <https://doi.org/10.3171/2015.6.PEDS15132>
14. Kulkarni A. V., Sgouros S., Leitner Y. International Infant Hydrocephalus Study (IIHS): 5-year health outcome results of a prospective, multicenter comparison of endoscopic third ventriculostomy (ETV) and shunt for infant hydrocephalus. Childs Nerv. Syst. -2018.-№34.-P.2391-2397. <https://doi.org/10.1007/s00381-018-3896-5>
15. Шамансуров Ш.Ш., Студеникин В.М. Гидроцефалия и модарзодӣ ва пайдошуда. Ч.11. //Дар китоб: Неврологияи синни барвақтӣ. Тошкент: Оқитувчи, -2010.-с.156–164.
16. Студеникин В.М., Шамансуров Ш.Ш. Гидроцефалия и модарзод. Ч.9. Дар китоб: Неврологияи навзодон. //М.: Медфорум, -2014.-с.120–135.
17. Студеникин В.М., Шелковский В.И., Кузенкова Л.М. Гидроцефалия ва синдроми гидроцефаликӣ дар кӯдакон // Doktor.ru. - 2006. № 5.-С.2—5.
18. Студеникин В.М. Гидроцефалия дар кӯдакон: танҳо далелҳо // Табиби муолиҷа -2018.- № 4.- С. 66-69

## НЕКОТОРЫЕ ВОПРОСЫ ФАКТОРОВ РИСКА И ПАТОГЕНЕЗА ВРОЖДЕННОЙ ГИДРОЦЕФАЛИИ

Хабибов И.М.

Отделение детской нейрохирургии ГУ КЗ «Истиклол»

**Цель исследования.** Изучить частоту рождения детей с врожденной гидроцефалии, факторы риска возникновения и некоторые этапы патогенеза.

**Материалы методы исследования.** При кодировании врожденных пороков развития ЦНС использован инструмент «Международная классификация болезней десятого пересмотра (МКБ-10)», «Врожденные пороки развития ЦНС «гидроцефалия» (Q03)».

**Результаты и их обсуждение.** За 6 лет в Таджикистане родилось 629 новорожденных с ВГ из них 66,7% живорожденных, 33,2% мертворожденных. Половое соотношение в пользу мальчиков 1,2М:1Ж. этиология ВГ чаще представлена токсоплазма-

ми и TORCH инфекцией, пренатальными геморагиями в мозг. Причины формирования ВГ разделяются на 5 вариантов 1. Оклюзия одного или обоих отверстий Монро; 2. закупорка полости III желудочка; 3) сужение или спазм силвиева водопровода; 4) частичное или полное нераскрытые отверстий IV желудочка; 5) нарушения связанные с проходимостью по субарахноидальному пространству.

**Заключение.** Более 2/3 родившиеся детей с ВГ живорожденные. Основным этиологическим факторов ВГ является ВУ, вирус ПГ, цитомегаловирусы, хломидий и токсоплазмы. Определенна гендерная зависимость ВГ, в пользу мальчиков 1,2М:1Ж. Процесс



формирования ВГ связано нарушениями тока ликвора на этапах: образование, циркуляцию и всасывание.

**Ключевые слова:** врожденная гидроцефалия, ток ликвора, внутриутробная инфекция, новорожденный.

## SOME QUESTIONS OF RISK FACTORS AND PATHOGENESIS OF CONGENITAL HYDROCEPHALIA

**Khabibov I.M.**

Department of Pediatric Neurosurgery, GA Medical Center «Istiklol»

**Aim.** To study the frequency of birth of children with congenital hydrocephalus, risk factors and some stages of pathogenesis.

**Materials and methods.** When coding congenital malformations of the CNS, the tool “International Classification of Diseases of the Tenth Revision (ICD-10)”, “Congenital malformations of the CNS “hydrocephalus” (Q03)” was used.

**Results.** For 6 years, 629 newborns with CH were born in Tajikistan, of which 66.7% were live births, 33.2% were stillborn. The sex ratio in favor of boys is 1.2M:1F. the etiology of VH is more often represented by toxoplasma and TORCH infection, prenatal hemorrhages in the brain. Causes of VG formation are divided into 5 options: 1. Occlusion of one or both foramina

of Monroe; 2. blockage of the cavity of the III ventricle; 3) narrowing or spasm of the Sylvian aqueduct; 4) partial or complete unopened openings of the IV ventricle; 5) violations associated with patency in the subarachnoid space.

**Conclusion.** More than 2/3 of children born with CH are live births. The main etiological factors of VH are VU, the PG virus, cytomegaloviruses, chlamydia and toxoplasma. The gender dependence of VG was determined, in favor of boys 1.2M:1Zh. The process of formation of SH is associated with disturbances in the flow of liquor at the stages: formation, circulation and absorption.

**Key words:** congenital hydrocephalus, CSF flow, intrauterine infection, newborn.

*Ҳабибов Искандар Махмадович - номзади илмҳои тиб, мудири шуъбаи ҷарроҳии асаби кудонаи МД МТ Истиклол. тел. +992 918 937169 E-mail: [iskandar.khabibov00@mail.ru](mailto:iskandar.khabibov00@mail.ru)*

*Хабибов Искандар Махмадович - к.м.н., заведующий отделением детской нейрохирургии ГУ КЗИстиклол. тел. +992 918 937169 E-mail: [iskandar.khabibov00@mail.ru](mailto:iskandar.khabibov00@mail.ru)*

*Khabibov Iskandar Mahmadvich - C.of M. S. Head of the Department of Pediatric Neurosurgery, GA MC Istiklol. tel. +992 918 937169 E-mail: [iskandar.khabibov00@mail.ru](mailto:iskandar.khabibov00@mail.ru)*



## ОНКОЛОГИЯ

### ИМКОНИЯТҶОИ ТМР ВА ЭХОГРАФИЯИ СЕКАРАТА ДАР ТАШХИСУ ГУРУҶБАНДИ ДАР БЕМОРОНИ ГИРИФТОРИ САРАТОНИ ГАРДАНАКИ БАЧАДОН

Каримова Ф.Н., Туйчибоев Ф.Х., Доутова Л.Р., Юлдошев Р.З.

Кафедраи онкология бо ташхиси шуоии МДТ «ДДТТ ба номи Абуали ибни Сино».

**Муҳиммият.** Дар ҷаҳон саратоии гарданаки бачадон (СГБ) аз ҷиҳати паҳншавии бемориҳои онкологӣ дар байни занҳо пас аз саратоии ғадуди ширӣ дар ҷои дуюм, дар ин маврид нишондиҳандаи фавтият аз ин беморӣ пас аз саратоии ғадуди ширӣ ва саратоии шушҳо дар ҷои сеюм меистад [7]. Тибқи маълумоти Globocan дар соли 2020 ҳамагӣ 604000 ҳолати бори аввал ошкор кардани саратоии гарданаки бачадон ва 341000 ҳолати фавт, дар ин маврид 90%-и ин фавтҳо дар кишварҳои сатҳи даромадашон паст вомеа ба қайд гирифта шуд[4]. Самаранокии табобат аз ташхиси саривактӣ ва гузаронидани табобати муносиб вобаста аст, ки дар навбати худ аз дуруст муайян кардани марҳалаи протсесс вобаста аст. Тибқи маълумоти баъзе муаллифон ғалатҳо ҳангоми гурӯҳбандии клиникӣ то 34-39% мерасад [8].

Дар тамоми дунё системаи гурӯҳбандии саратоии гарданаки бачадон (СГБ) эътироф гардидааст, ки аз тарафи Ассотсиатсияи байналмиллалии акушер-генекологҳо [FIGO] пешниҳод шудааст, ки ҳамзамон бо таснифи байналмиллалӣ оид ба системаи TNM истифода мешавад. Гурӯҳбандии клиникӣ тибқи таснифи FIGO дар навбати аввал дар заминаи маълумотҳои таҳқиқоти комплексии генекологӣ асос ёфтааст. Норасоии муҳими чунин таҳқиқоти клиникӣ аз баҳогузориҳои нокифояи инвазияи параметралӣ ва ҳолати гирехҳои лимфавии кос иборат аст, дар ҳоле ки интиҳоби тактикаи муроқибати беморони дорои саратоии гарданаки бачадон (СГБ) аввалин аз андозаи омос, ҳолати гирехҳои лимфавӣ ва ҷалб шудан ба протсессии омоси параметрияҳо[1-3].

Дар айни замон усули таҳқиқоти ултрасадоӣ (ТУС) дорои ғайриинваревӣ будан,

вучуд надоштани сарбории шуоӣ, имкониятҳои таҳқиқотҳои бисёркарата, ба қадри кофӣ эътимоднок ва ҳам сарфакорона ва оддӣ мебошад.

**Мақсади таҳқиқоти** мазкур омӯхтани имкониятҳои ТМР майдонаш кам(0,5Тл) ва ТУС ҳангоми саратоии марҳалаи мавзеии паҳншудаи саратоии гарданаки бачадон ва натиҷаҳои баҳогузориҳои табобат мебошад.

**Усулҳои таҳқиқот.** Дар таҳқиқоти 103 бемори дорои МР СГБ ташхиси веригенатсионӣ мувофиқи таснифотҳои мувофиқи марҳилаҳои TNM ва FIGO дохил карда шуданд, ки дар онҳо МРТ дар тамографияҳои магнитӣ-резонансии дорои магнети каммайдонии Magnetom CI (Siemens AG, Олмон) бо ангиизиши майдони магнитии 0,5Тл, бо катушкаи саҳти абдоминалӣ иҷро карда шуд. Протоколи оптимизатсионии таҳқиқот чунин тартиботи импулсиро дар бар гирифтааст: Т-2ВИ дар ҳамвории сагиталӣ ва мунҳарифи аксиалӣ, Т2-ВИ дар сатҳи коронарӣ, Т1-ВИ дар сатҳҳои аксиалӣ, сагиталӣ, Т2-ВИ бо маҳв кардани ҷарб дар асоси инверсия-барқароршавии босуръат (TIRM) дар сатҳи коронарӣ. Бариловаи баҳодиҳӣ ба паҳншавии протсессии омосӣ ва ҳолати гирехҳои лимфавии кос ва парааорталӣ дар томограммаҳои ба даст овардашуда андозаи омос ва ҳаҷми он ҳисоб карда шуд. Барои ҳисоб кардани он аз усулҳои маъмулӣ истифода карда шуд, ки дар асоси таҳмин кардани он, ки шакли омос ба шакли эллипс асос ёфтааст, моҳияти методика аз он иборат аст, ки се андозаи омос дар сатҳҳои ортогоналӣ бо қаблан ҳисоб кардани ҳаҷм наздик аст. Барои визуализатсияи оптималии девораи маҳбалпеш аз сар кардани таҳқиқот маҳлули коллоидӣ ворид карда шуд (гел барои ТУС). Барои визуализатсияи гирехҳои лим-



фавӣ иловатан T1-ВИ дар сатҳи аксиларӣ бо сатҳи бифуркатсияи аорта то қаъри кос гузаронида шуд.

Таҳқиқоти ултрасадоии узвҳои коси майда дар дастгоҳҳо гузаронида шуд, ки ибто режими картасозии рангаи доплерӣ, картасозии энергетикӣ (КЭ), экографияи дукарата ва секарата таҷҳизонида шудаанд.

Ба таври эхографӣ бо истифода аз УЗ-ангиография ва реконструксияҳои секаратаи тасвирҳо дар 43 бемор бо ташхиси аз ҷиҳати гистологӣ верификатсияи саратони гарданаки бачадон гузаронида шуданд.

Баҳодихӣ ба параметрҳои босуръати маҷрои хун дар рағҳои минтақаи патологӣ, ҳамчунин рағҳои ба қисмҳои бетағйири гарданаки бачадон наздик дар таҳқиқот бо ёрии доплерометрия бо баҳо додан ба аҳамияти шохиси резистентнокӣ гузаронида шуд.

**Натиҷаҳо ва баррасии онҳо.** Ҳангоми ТМР-и узвҳои коси хурд дар беморони дорои гарданаки бачадон чунин тағйиротҳо ба мушоҳида расид: калон шудани андозаи гарданаки бачадон, ноҳамворӣ дар тарҳи онҳо, гуногун будани сохтори онҳо аз ҳисоби мавҷуд будани сохтори бузург, ки яксон шадид ё кам шадид дар T1 тасвирҳои вазндор ва яксон шадид ва ё фавқушадид дар T2 тасвирҳои вазндор буд.

Тибқии маълумоти ТРМ дар хамаи беморон саратони гарданаки бачадони ба сурати маҳаллӣ густурда (100%) дида шуд.

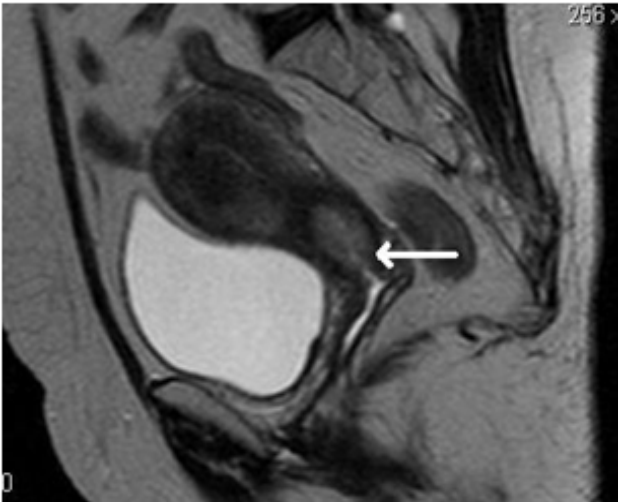
МР-баҳогузори паҳншавии маҳаллии СГБ мувофиқи системи FIGO дар I B марҳалаи вучуд доштани сохтори тарҳаш норавшан, ҳалқаи деформатсияшудаи стромалӣ, ки дар ҷавфи маҳбал афтодаанд; ҳангоми II A- пайдо шудани ғафсиҳои франгментии нобаробари девораи сақфҳои маҳбал дида мешавад; дар II B – паҳншавии омос ба ҳуҷайрабодии параметралӣ аломати ихтилол ва пайдо шудани ноҳамвориҳо дар контурҳои ҳалқаи стромалӣ аст, ки онро пайдо шудани минтақаҳои шаклҳои нодурусти фонашакл дар параметрияҳо ҳамроҳӣ мекунад; дар III A – осеби сеяки поёни маҳбал лонаҳо ё инфилтратҳо пайдо мешаванд, ки паҳн мешаванд ва ё аз массаҳои омосии дар

боло ҷойгиршуда маҳдуд мешаванд. Ихтилоли сохтори деаораҳои маҳбал то сатҳи мувофиқи уретра ба назар мерасад, ки ҳамроҳ бо деформатсияи онҳо ва тағйирёбии шиддати сигнал сурат мегиранд. Ихтилоли сохтори девораи маҳбал то сатҳи баробари уретра ба назар расид, ки онро деформатсия ва тағйироти шиддатнокии сигнал ҳамроҳӣ мекарданд.

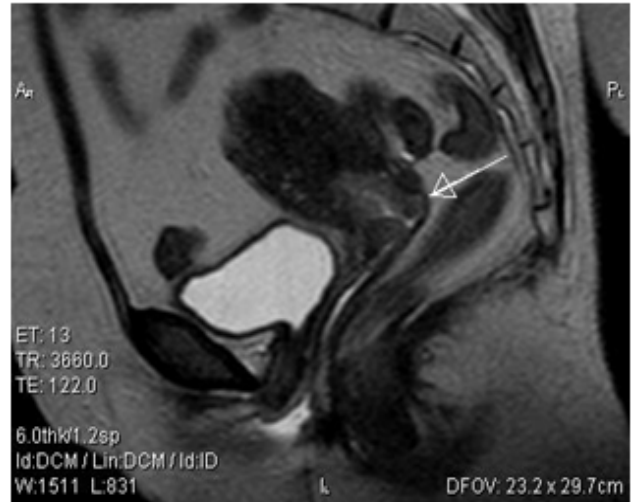
Ҳангоми таҳқиқоти клиникӣ дар 103 бемор чунин марҳалаҳои беморӣ мувофиқи таснифи FIGO ташхис карда шуд: марҳалаи IB - дар 12 (11,7%), II A- дар 29 (28,2%), II B - дар 30 (29,1%), III - дар 24 (23,3%), IV A - дар 8 (7,8%) бемор. Аммо пас аз гузаронидани МР-таҳқиқот аз 3 ҳолти муқарраркардашуда марҳалаи IA- танҳо дар 2 (1,9%) бемор ба қайд гирифта шуд, дар 1 бемор протсеси омос ба марҳалаи IB мувофиқат мекард. Марҳалаи IB ҳангоми МР-таҳқиқот дар 8 (7,8%) бемор аз 12 ҳолат тасдиқ карда шуд. Дар 3 ҳолат МР-акс ба марҳалаи II A ва дар 1 ҳолат ба марҳалаи II B мувофиқат кард. Тибқи маълумоти ТМР марҳалаи II A дар 22 (21,4%) занҳо муайян карда шуд, ҳол он ки тибқи маълумотҳои муоинаҳои гинекологӣ паҳншавии беморӣ ба марҳалаи II A мувофиқат намуд, дар 29 (28,2%) ташхис карда шуд, дар 3 бемор аз ҳисоби онҳое, ки дар онҳо аз ҷиҳати клиникӣ марҳалаи II A муайян карда шуд, тибқи маълумоти ТМР марҳалаи II B муайян карда шуд, дар 3 нафар марҳалаи III стадия, дар 1 - IB муайян карда шуд.

Шакли анатомии рушди омос тибқи маълумоти ТМР дар 103 бемори дорои марҳалаҳои IB-IV A ба таври зерин гурӯҳбандӣ шуд: шакли экзофитӣ - дар 25 (24,3%) ҳолат; шакли эндофитӣ - дар 22 (21,3%); шакли омехта (экзо-эндофитӣ) – дар 37 (35,9%); решӣ—инфилтративӣ - дар 19 (18,4%) зан.

Андозаи омос, ки ҳангоми томографияи магнитӣ-резонансӣ муайян карда шудаанд, бо ҳисобҳои ҳақиқии маълумотҳои МР-таҳқиқот нишон дод, ки дар 70 бемор андозаи миёнаи омос тотабобат дар марҳалаи II a c – 12,89 см<sup>3</sup>, II b – 53,20 см<sup>3</sup>, III - 77,4 см<sup>3</sup> – ро ташкил дод (рас 1,2).



**Расми 1. Бемор Ш.Ш., 53-сола, а/к 2018/12. T2Саg. Ташхис: хосил шудани гарданаки бачадон, ст. Ib. Рушди эндофитӣ.**



**Расми 2. Sag T2 ИП.Бемор К., 42-сола. Ташхис: Омоси гарданаки бачадон (варианти омехта) девораи маҳбалро инфилтратсияи мекунад марҳалаи ПА.**



**Расми 3. T2 ИП sag. Бемор В., 42-сола. Ташхис: СГБ  $T_{2b}N_0M_0$ . Гиреҳи интрамуралии девораи ақиби бачадон.**



**Расми 4. Sag T2 ИП. Б-р.А., 45 -сола. Ташхис: Омоси экзофитии гарданаки бачадон бо сабзиши девораи маҳбал дар хамаи он .  $T_{3a}N_0M_0$  ст.**



При УЗИ в режиме серой шкалы рак шейки матки в большинстве случаев 45 (72,6%) определялся как неоднородный участок, преимущественно гиперэхогенный, в 17(27,4%) - как гипоехогенный. Опухолевый очаг имел неправильную форму и неровные, бугристые контуры(рис.3).

**Рисунок 5. УЗ-исследование б-ной Ш., 33 л. Д-з: С-г шейки матки Ib. В области шейки матки определяется образование эхогенной структуры, границы нечеткие.**





При проведении МР-томографии как и при ультразвуковом исследовании оценивались размеры шейки матки, ее форма, состояние стромы (однородная, неоднородная), эндоцервикса и цервикального канала.

По данным 3D-эхографии ткань опухоли выявлялась у 100% пациенток с раком шейки матки.

Мувофиқи маълумотҳои ТУС, ҳаҷми миёнаи гарданаки бачадон пеш аз табобат дар марҳалаи ПА 27 см<sup>3</sup>, ҳангоми марҳалаи ПВ - 53,20 см<sup>3</sup>, ҳангоми марҳалаи Ш - 77,4 см<sup>3</sup> буд. Дар фосилаи байни курсҳои табобат ҳаҷми миёнаи гарданаки бачадон дар марҳалаи ПА 12,2 см<sup>3</sup>, дар марҳалаи ПВ - 18,7 см<sup>3</sup>, дар марҳалаи - 22,5 см<sup>3</sup> –ро ташкил дод. Шакли гарданаки бачадон дар бештари мавридҳо нодуруст буд. Ҳангоми эхографияи трансвагиналии узвҳои коси майда чунин тағйирот ба мушоҳида расиданд: калон шудани андозаи гарданаки бачадон, тағйир ёфтани шакли он (бочкашакл), ноҳамвор, неровность, раҳна шудани контурҳои он, яхела набудани эхоструктура аз ҳисоби сохторҳои гипо- ё гиперэхогенӣ.

Бо мақсади нисбатан дақиқтар визуализатсия шудани контурҳои гарданаки бачадон, омӯзиши қабат ба қабати сохтори он дар ҳама сатҳҳо ва проексияҳои марҳалаи минбаъдаи таҳқиқоти мо дар 43 бемор гузаронидани эхографияи секамера буд. Ҳаҷми сохторҳои ошкор кардашуда дар марҳалаи IB1 аз 3,5 см<sup>3</sup> то 6,3 см<sup>3</sup>; ар марҳалаи IB2 - аз 7,9 см<sup>3</sup> то 15,3 см<sup>3</sup>.-ро ташкил дод.

Ҳангоми таҳқиқоти 3D ангиография дар ҳамаи беморон стромаи гарданаки бачадон аз ҳисоби рағҳои қачшудаи кутрашон нобаробар шиддатгирии маҳдуди хунравӣ ба мушоҳида расид. Дар ин маврид гипернеоваскуляризатсия бо контури минтақаи гипоехогении минтақаи инвазия маҳдуд мешавад, дар айни замон манзараи доплерографияи стромаи тағйирнаёфта ба меъёр мувофиқат кард.

Бар иловаи ин, дар ҳар як бемор суръати маҷрои хун ба қайд гирифта шуд ва спектри доплерии эхосигналҳо дар шоҳаҳои поёнравии шарёнҳои бачадон таҳлил карда шуд. Суръати маҷрои хун V<sub>max</sub> –то 20 см/с воба-

ста аз дараҷаи инвазия. Ҳангоми коркарди қиматҳои ҳосилшуда муайян карда шуд, ки ИР дар рағҳои омос дар ҳудуди қиматҳои 0,34-0,60, ИР дар рағҳои стромаҳои тағйирнаёфта 0,57-0,73, дар шоҳаҳои поёнравии шарёнҳои бачадон - 0,60-0,81-ро ташкил дод. Маълумотҳои ҳосилшударо таҳлил намуда, чунин қонунмандиро муайян карда шуданд; паст шудани ИР дар рағҳои бофтаҳои омос дар муқоиса аз рағҳои стромаҳои тағйирнаёфтаи гарданаки.

Бо мақсади баҳо додан ба осебҳои метастазии гирехҳои лимфавии қос ҳассосияти эхографияи секарата 70%, махсусият - 88,9%, дақиқият - 78,9%-ро ташкил дод. Ҳассосияти нокифояи ҳангоми муайян кардани метастазҳо дар гирехҳои лимфавӣ, мисли дигар усулҳои ташҳиси муносири шуоии ташҳис ба душвории муайян намудани микрометастазҳо дар гирехҳои лимфавии андозаашон муътадил алоқаманд буд.

Дар адабиёти илмӣ бахшида ба ТМР ҳангоми саратони гарданаки бачадон, ба кам маълумотнокии ин усул ишора мекунаманд. Аммо дар асоси муқоиса кардани натиҷаҳои ТМР бо бозёти интрачарроҳӣ ва натиҷаҳои таҳқиқоти патоморфологӣ мо дар бораи иттилоотнокии баланди ин усул ҳангоми баҳогузорӣ ба паҳншавии протсессии омос ҳулоса бароварда метавонем. ТМР дар муайян кардани инвазияи омоси гарданаки бачадон дар сохторҳо ва узвҳои онро иқоата кардагӣ ҳассосияти баланси дорад. Маълумотҳои интрачарроҳӣ нишон медиҳанд, ки дар бештари ҳолатҳо, вақте ки ҳангоми гурӯҳбандии клиникӣ инфилтрати ламсшаванда дар параметрияҳо муайян карда мешавад, вай табиати ҳақиқии омосро нашофт. Тибқи маълумоти таҳқиқоти мо ҳассосияти ТМР ҳангоми СГБ 100%, махсусият - 92,3% ва ақиқият - 92,8%-ро ташкил дод.

**Ҳамин тавр**, истифодаи ТМР ва эхографияи секамера бо маълумтҳои ангиографияи марҳалабандии клиникӣ дақиқ месозад, ки ин имконияти медиҳад табобати беморон интиҳоб карда шавад. Аз ҷиҳати иттилоотнокии ташҳисӣ усули эхографияи секамера аз ТМР монданӣ надорад, вай алтернативаи нисбатан дастрас мебошад.



### Адабиёт

1. Рубцова Н.А., -СедыхС.А.,НовиковаЕ.Г. Роль МРТ в диагностике, планировании и оценке результатов лечения рака шейки матки.- Сборник тезисов Научно-практической конференции «Высокие технологии» - М., 2009: с. 337.
2. Плетнев В.Ю. Методы визуализации рака шейки матки: современный взгляд на проблему (обзор литературы)/ Плетнев В.Ю.,ПылевА.Л.,Маслов А.Л. //Медицинская визуализация 2017, V. 21 , N2,С.120-130
3. Bray F., SankilaR., FarlayJ.,ParkinD.M..Estimates of cancer incidence and mortality in Europe in 1995.-Eur.J.Cancer.-2002.-v.38.-P.99-106.
4. GLOBOCAN 2020; Cancer incidence, mortality and prevalence worldwide. / J. Ferlay [et al.]. // IARC. - Cancer Base № 5. - Version 2.0 -IARC Press, Lyon, 2020.
5. ParkinDM., Bray F., Chapter 2: The burden of HPV-related cancers. Vaccine.2006 Aug 31;24 Suppl 3: S3/ 11-25
6. JemalA.,Bray F. at al. Global cancer statistics. CA Cancer J.Clin 2011, 61,60-90.
7. International Collaboration of Epidemiological Studies on Cervical Cancer. Comparison of risk factors for invasive squamous cell carcinoma and adenocarcinoma of cervix: Collaborative reanalysis of individual data on 8.097 women with squamous cell carcinoma and 1.374 women with adenocarcinoma from 12 epidemiological studies. IntJCancer.2006; 120: 885- 891.
8. Laparoscopic vaginal radical trachelectomy:a treatment to preserve the fertility of cervical carcinoma patients// D.Dargent, X.Martin.-Sacchetoni A.Cancer.-2000.-Vol.88.-pp.1877-1882.
9. ZolaP., TripodiE., ZanfagninV., VaimaPomaC., PerottoS., ModaffariP., MartraF., FusoL. Лечение раннего рака шейки матки: выживаемость, осложнения и экономические аспекты // Сибирский онкологический журнал. 2012. № 3. С. 14–21.

### ВОЗМОЖНОСТИ МРТ И ТРЕХМЕРНОЙ ЭХОГРАФИИ В ДИАГНОСТИКЕ И СТАДИРОВАНИИ У БОЛЬНЫХ РАКОМ ШЕЙКИ МАТКИ.

**Каримова Ф.Н., Туйчибоев Ф.Х., Доутова Л.Р., Юлдошев Р.З.**

Кафедра онкологии лучевой диагностики, Таджикский государственный медицинский университет им. Абуали ибни Сино

Проведен анализ диагностической ценности МРТ и трехмерной эхографии в определении стадирования опухолевого процесса, выявлены критерии, характеризующие распространение опухоли за пределы шейки матки, что позволило оптимизировать выбор индивидуального алгоритма лечения.

По диагностической информативности метод трехмерной эхографии с ангиографией не уступает магнитно-резонансной томографии, представляя собой более доступную альтернативу.

**Ключевые слова:** рак шейки матки, магнитно-резонансная томография, трехмерная эхография.

### POSSIBILITIES OF MRT AND THREE-DIMENSIONAL ECHOGRAPHY IN THE DIAGNOSIS AND STAGING OF PATIENTS WITH CERVICAL CANCER.

**F. N. Karimova, F. Kh. Tuichiboev, L. R. Doutova, R. Z. Yuldoshev**

Department of Radiation Diagnostics Oncology, Abuali ibni Sino Tajik State Medical University

An analysis of the diagnostic value of MRI and three-dimensional echography in determining the stage of the tumor process was carried out, criteria were identified that characterize the spread of the tumor beyond the cervix, which made it possible to optimize the choice of an individual treatment algorithm.

In terms of diagnostic information, the

method of three-dimensional echography with angiography is not inferior to magnetic resonance imaging, which is a more affordable alternative.

**Keywords:** cervical cancer, magnetic resonance imaging, three-dimensional echography.



**Каримова Ф.Н.**- д.и.т., дотсенти кафедраи онкология таъхиси шуоӣ ва муолиҷаи шуоии МДТ Донишгоҳи давлатии тибии Тоҷикистон ба номи Абуалӣ ибни Сино, E-mail:firuza.k@mail.ru. тел.918-66-52-61

**Туйчибоев Ф. Х.**- доктор PhD, кафедраи онкология таъхиси шуоӣ ва муолиҷаи шуоии МДТ Донишгоҳи давлатии тибии Тоҷикистон ба номи Абуалӣ ибни Сино, Тел. 918 63 53 52.

**Доутова Л.Р.** - кафедраи онкология таъхиси шуоӣ ва муолиҷаи шуоии МДТ Донишгоҳи давлатии тибии Тоҷикистон ба номи Абуалӣ ибни Сино, Тел. 888870084.

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

**Каримова Ф.Н.**, -д.м.н, доцент кафедраи онкологии,лучевой диагностикаи и терапияи ГОУ «ТГМУ им. Абуалӣ ибни Сино»; E-mail:firuza.k@mail.ru.тел.918-66-52-61

**Туйчибоев Ф. Х.**- доктор PhD кафедраи онкологии,лучевой диагностикаи и терапияи ГОУ «ТГМУ им. Абуалӣ ибни Сино»; Тел. 918 63 53 52.

**Доутова Л.Р.**, - аспирант кафедраи онкологии,лучевой диагностикаи и терапияи ГОУ «ТГМУ им. Абуалӣ ибни Сино»;Тел. 888870084.

**Юлдошев Р.З.**- д.м.н. зав.кафедрои онкологии, лучевой диагностикаи и лучевой терапияи ГОУ “Таджикский государственный медицинский университет имени Абуали ибн Сино”; Тел: 918679399.

**Karimova F. N.**, -Doctor of Medical Sciences, Associate Professor of the Department oncology, radiation diagnostics and therapy State Educational Institution “ TSMU im. Абуалӣ ибни Сино»; E-mail:firuza.k@mail.ru. тел.918-66-52-61.

**Tuychiboev F. Kh.**- doctor PhD departments Oncology, radiation diagnostics and therapy State Educational Institution “Abyal ibni Sino TSMU”; Phone: 918 63 53 52.

**Doutova L. R.**, - graduate student oncology, radiation diagnostics and therapy State Educational Institution “ TSMU im. Абуалӣ ибни Сино»;Тел. 888870084

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



## ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГИЯ

### ХУСУСИЯТҲОИ МИНТАҚАВИИ ПАСТШУНаВОЙ ДАР КӯДАКони ВИЛОЯТИ СУҒД

Ахророва З.А., Холматов Ч.И., Бекназарова Г.М.

Кафедраи оториноларингологияи МДТ «ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино».

**Муҳимият.** Норасоии шунавоӣ (НШ) маъмултарин патологияи ҳассос дар кӯдакон аст [16,17, 22, 23]. Пастшунавоӣ бе чуну чаро боиси ихтилоли дуҷумдараҷаи инкишофи малакаҳои психоэмоционалии кӯдак мегардад: талаффузи нутқ, тамаркузи диққат, хотира ва тафаккур [1]. Дараҷаи баланди пастшунавоӣ сабаби маъюбии кӯдак буда, боиси маҳдудият дар муошират, таҳсил, шуғл ва иҷтимоӣ мегардад [8,13,14]. Дар тӯли 20 соли охир дар соҳаи ташҳиси НШ дар кӯдакон ва барқарорсозии шунавоӣ ва нутқи беморони гирифтори пастшунавии сенсоневралӣ тағйироти ҷаҳонӣ ба амал омад. Бино бар рушди тиб ва технология муосир НШ дар кӯдак дарҳол пас аз таваллуд ошкор карда мешавад [2,3,6,17,25]. Ҳамзамон, тасдиқ шудааст, ки зиёда аз 50% кӯдакони гирифтори НШ дорои омилҳои хавф мебошанд, ки дар бисёр кишварҳо, аз ҷумла дар Ҷумҳурии Тоҷикистон ба мақсад мувофиқ будани скрининги универсалии (барои ҳама кӯдакон) аудиоологияи кӯдакони навзодро (СУАКН) асоснок мешуморанд [4, 9,10,15,18,24,30].

Ташҳиси барвақти НШ дар кӯдакон барои таҳияи барномаҳои даҳолати барвақт барои ин тоифаи кӯдакон шароит фароҳам меорад [5, 19, 20,25,30], ки бояд ҳамаҷониба буда, ҷузъҳои тиббӣ, техникаӣ, психологӣ, педагогӣ ва иҷтимоиро дар бар гирад [8,11,12,31]. Моҳияти муҳими нигоҳубини ҳамаҷонибаи кӯдакони гирифтори НШ ин истифодабарии дастгоҳҳои шунавоӣ (ДШ) ва имплантатҳои кохлеарӣ (ИК) мебошад.

Насби ДШ муосир имкон медиҳад, ки ҳатто кӯдакони ношунаво ҳама садоҳоро бишнаванд, ки ин барои инкишофи нутқи онҳо ба таври табиӣ – тавассути дарки шунавоӣ шароити потенциалӣ фароҳам меорад [7,26,29,31,32]. Кӯдаконе, ки дараҷаи IV пастшунавоӣ доранд, мақоми маъюбӣ, нафақаи

хармоҳа ва кӯмакҳои гуногуни иҷтимоии моддӣ мегиранд.

Бо вучуди ин дастовардҳо, байни имкониятҳои мавҷудаи барқарорсозии шунавоӣ ва мавҷудияти ёрии ҳамаҷонибаи тиббӣ, психологӣ ва педагогӣ барои кӯдак ва оилаи ӯ фарқияти назаррас боқӣ мемонад. Барои баҳодихии ҳолати аудиоологӣ ба кӯдакони гирифтори НШ нишондодҳои асосии тиббӣ иҷтимоӣ пешниҳод карда шуданд, аз ҷумла: 1) шумораи навзодони муоинашуда; 2) шумораи кӯдаконе, ки дар синни то 3 моҳагӣ ташҳисгузори шудаанд ва ба онҳо дастгоҳи шунавоӣ насб шудаанд; 3) шумораи кӯдаконе, ки то синни 6-моҳагӣ ба гирифтани ёрии психологӣ ва педагогӣ шурӯъ намудаанд; 4) шумораи кӯдакони ношунаво, ки импланти кохлеарӣ (ИК) истифода мебаранд; 5) шумораи кӯдаконе, ки дар муассисаҳои таълимии оммавӣ таҳсил мекунанд.

**Мақсади тадқиқот.** Таҳлили муқоисавии нишондиҳандаҳои тиббӣ иҷтимоии кӯмаки сурдологӣ ба кӯдакони гирифтори НШ дар минтақаҳои алоҳидаи вилояти Суғд ва таҳияи тавсияҳо барои беҳтар намудани ин кӯмак.

**Мавод ва усулҳои тадқиқот.** Тадқиқотҳо дар заминаи шӯъбаҳои ЛОР-и беморхонаи марказии шаҳри Исфара, Истаравшан ва ноҳияи Айнии Ҷумҳурии Тоҷикистон бо истифода аз усулҳои ғаёол (муоинаи касбӣ дар кӯдакостонҳо ва мактабҳо) ва усулҳои ноғаёол (қабули беморон дар поликлиника) гузаронида шуданд. Ҳамагӣ дар давраи аз солҳои 2017 то 2022, 400 нафар бачагони аз 0 то 6-моҳа, аз 6-моҳа то 1 сол, аз 2 то 6 сол ва аз 7 то 11 сол аз тадқиқот гузаронида шуданд.

Дар марҳилаи аввал натиҷаҳои муоинаи универсалии аудиоологӣ дар ҳар шаҳру ноҳия таҳлил карда шуданд (таносуби кӯдакони навзод, ки дар таваллудхона ё дармон-



гоҳи кӯдакона аз тадқиқоти скринингии шунавоӣ гузаштаанд).

Дар марҳилаи дуҷум маълумотҳои сабти амбулатории ҳамаи кӯдакони гирифтори НШ, ки дар утоқи табибони ЛОР ба қайд гирифта шудаанд, таҳлил карда шуданд. Синну соли тифл, ки дар он ташхиси аудиологӣ гузошта шудааст, синну соли тифл, ки насби ДШ гузаронида шудааст, намуди дастгоҳи шунавоӣ ва навъи ташкилоти таълимӣ, ки кӯдак дар он меҳонад, арзёбӣ карда шуд.

Дар марҳилаи сеюм тадқиқоти скринингии шунавоӣ дар хонандагони синфҳои ибтидоии мактаби таҳсилоти умумӣ (дар муассисаҳои таълимӣ профилактикӣ ба қайд гирифта нашудааст) гузаронида шуд. Тадқиқот дар байни хонандагони синфҳои 1-4, синни 7-11 сола (83 кӯдак) гузаронида шуд.

Намуди тадқиқотамон аз инҳо иборат буд: отоскопия, тимпанометрия, бақайдгирӣ эмпанометрия, аудиометрия лаҳзии ҳаддӣ. Муоина ва санҷиш дар утоқи тиббии мактаб гузаронида шуд. Зимни ошкор намудани нуқсонҳои шунавоӣ, кӯдак ба рои ташхиси тафриқавӣ ва муайян кардани тактикаи минбаъдаи таълим ва барқарорсозии шунавоӣ ба маркази аудиологӣ фирида мешуд.

**Натиҷаи тадқиқот ва муҳокимаи он.** Таҳлили маълумот оид ба татбиқи марҳилаи 1-уми скрининги универсалӣ дар давраи солҳои 2017-2022 муайян намуд, ки дар минтақаҳои номбаршудаи вилояти Суғд дар солҳои гуногуни тадқиқот аз 20 то 39 фоизи кӯдаконро фаро гирифтааст. Зимнан, дар давраи баррасишаванда ҳамасола аз 1 то 5 кӯдак ба ҳар 1000 кӯдаки навзод нуқси шунавоӣ муайян карда мешуд. Муайян карда шуд, ки дар аксари кӯдакони гирифтори НШ, ки дар муассисаи тиббии касбӣ ба қайд гирифта шудаанд, дар 80% кӯдакон аз норасоии музмини шунавоӣ (сенсорӣ) ташхис шудаанд. Шумораи кӯдаконе, ки пастшунавоии кондуктивӣ доштанд, мутаносибан дар минтақаҳои таҳқиқшуда 20% -ро ташкил доданд.

Теъдоди кӯдаконе, ки гирифтори НШ

буданд, ва дар қайди духтури сурдолог қарор доштанд, кӯдакони дорои дараҷаи баланди III-IV пастшунавоӣ бештар буданд. Кӯдаконе, ки дараҷаи I-II –уми пастшунавоӣ доштанд 29,4 фоизи шумораи умумии онҳоро ташкил доданд [13,14,16].

Аз шумораи умумии кӯдакони гирифтори НШ дар поликлиникаҳо, ки ба қайд гирифташуда буданд 19% кӯдакон аз Исфара ва 5,8% кӯдакон аз Истаравшан ва Айнӣ буданд, то синни 3-моҳагӣ ташхисашон муайян шуда буд. Агар дар Исфара 38% кӯдакон ва дар Истаравшан 27% кӯдакон то синни 1 солагӣ ташхис шуда бошанд, дар ноҳияи Айнӣ ин гурӯҳи синнусолӣ ташхис нашуда буданд. Дар ду шаҳри аввал зикршуда, шумораи зиёди кӯдакони гирифтори НШ дар синни мактабӣ ташхис карда шуданд. Ҳамин тавр, дар ҳар ду шаҳр проблемаи дерташхисгузориҳои НШ дар бачаҳо маълум аст. Тартиби умумии ду шаҳр ошкор карда шуд: синни миёнаи ташхис аз дараҷаи пастшунавоӣ вобаста аст ва шумораи он аз кӯдакони пастшунавоии андаке хеле баландтар аст.

Усули самарабахши барқарорсозии шунавоӣ ва нутқи аксари кӯдакони дорои пастшунавоии дараҷаи баланди IV ин ҷароҳии имплантатсияи кохлеарӣ мебошад [20, 32]. Тавре ки таҳлилҳо нишон доданд, дар минтақаҳои Истаравшан ва Айнӣ шумораи кӯдакони ҷарроҳӣ шуда нисбатан кам 4,2% мебошад, тақрибан фоизи бештари 23% кӯдакон дар Исфара буд. Амалиёти имплантатсияи кохлеарии аксари кӯдакон дар синни 1,6 то 13 сола анҷом дода шудааст.

Дар рафти муоинаи скринингии вазоифи шунавоӣ дар кӯдаконе, ки дар мактабҳои таҳсилоти умумӣ таҳсил мекунанд, маълум шуд, ки дар 15-19% шахсони муоинашуда бори аввал эътилолати шунавоӣ ошкор карда шуд. Аз ин шумора пас аз муайян кардани ташхис дар маркази аудиологӣ, дар 3-6% кӯдакон бори аввал бо талафоти доимии шунавоии дараҷаи I-II ташхис шудааст. Илова бар ин, маълум шуд, ки паҳншавии отити экссудативӣ ва гипертрофияи гиреҳҳои аденоидӣ зиёд будааст (8-9%), ва дар 25% ҳолатҳо бе таъбириши дуруст метавонад



боиси илтиҳоби музмини гӯши миёна ва суштавии доимии шунавоӣ гардад.

Таҳлили таҳқиқот нишон дод, ки фоизи ками расонидани кӯмаки аудиоологӣ ба ҳамаи кӯдакони эҳтиҷманд бо як қатор сабабҳо вобаста аст. Якумин, ин ба он вобаста аст, ки баъзе кӯдакон аз марҳилаи 1-уми скрининги универсалии шунавоӣ (СУШ) нагузаштаанд. Ин аз зарурии назорати мунтазами марҳилаи 1-уми СУШ дар таваллудхонаҳо ва поликлиникаҳо, инчунин назорати интиқоли маълумот дар бораи кӯдаконе, ки марҳилаи 1-уми СУШ-ро нагузаштаанд ва дар бораи кӯдаконе, ки натиҷаи мусбии СУШ (эмиссияи отоакустикӣ ба қайд гирифта нашудааст) ба маркази аудиоологӣ хабар дода шудааст. Яке аз роҳҳои муосири ҳалли ин мушкилот таъсиси феҳристи электронии кӯдакони дорои нуқсонҳои шунавоӣ мебошад [25]. Дар баъзе ҳолатҳо, кӯдаконе, ки натиҷаи мусбии СУШ доранд, ба марҳилаи 2-юми скрининг барои ташҳиси шунавоӣ роҳ дода намешаванд. Ин бештар барои кӯдаконе, ки гӯши шунавоӣ доранд, хос аст, зеро волидайн воқунишҳои кӯдакро ба садоҳо, овозҳо мебинанд ва боварӣ доранд, ки кӯдак мушкилоти шунавоӣ надорад. Волидайн фарзанди худро ба муоинаи шунавоӣ хеле дер меоранд, одатан аз сабаби вайроншавии нутқ. Ин далели он аст, ки синни миёнаи ташҳиси пастшунавоии дараҷаи I-II дар кӯдакон назар ба синни ташҳиси гумшавии амиқи шунавоӣ хеле зиёд буда, 5-7 солро ташкил медиҳад.

Илова бар ин, дар 2-3 кӯдак аз 1000 нафар дар давоми 1 соли ҳаёт аз сабаби издивоҷи хешиназдик пастшунавоӣ пайдо мешавад ва аз ин рӯ, ин кӯдакон хатари дерташҳисбӣ доранд [6]. Ба духтурони педиатр ва дигар табибони марбута муҳим аст, ки дар хотир дошта бошанд, ки равандҳои камо-

лоти намояндаҳои кортикалӣ, ядроҳо ва роҳҳои, ки бо шунавоӣ ва нутқ алоқаманданд, то 2-3 солагӣ фаъолтаранд. Барқарорсозии шунавоӣ дар ин давра пешгӯии мусоид барои рушди кӯдакро муайян мекунад, ки барои ҳарчи зудтар ошкор кардани НШ дар кӯдак зарур аст.

**Хулоса.** Таҳлили муқоисавии нишондиҳандаҳои тиббӣю иҷтимоии кӯмаки аудиоологии кӯдакони гирифтори бемории НШ дар вилояти Суғд нишон дод, ки ҳамаи ҷузъҳои ёрии тиббӣ ба тавсияҳои байналмилалӣ мувофиқат мекунанд. Бо вуҷуди ин, камтар аз 10% кӯдакон онро мувофиқи стандарти муваққатии нигоҳубини барвақти «1-3-6» мегиранд, ки муайян кардани НШ дар синни 1 моҳагӣ, ташҳиси НШ дар 3 моҳагӣ, ва дар 6 моҳагӣ насб кардани дастгоҳи шунавоӣ ва ёрии равонӣ-педагогӣ ба кӯдак ва оилаи ӯ. Сабабҳои асосии дер ташҳиси НШ дар кӯдакон ва дар натиҷа, дер оғоз кардани барқарорсозии онҳо ва паст шудани самаранокии он муайян карда шуданд. Барои ҳалли мушкилоти барвақт ошкор кардани НШ дар кӯдакон системаи чораҳо пешниҳод карда мешавад: 1) мониторинги мунтазами мутахассисони Маркази саломатии кӯдакон дар марҳилаи 1-уми скрининги аудиоологии кӯдакони навзод дар таваллудхонаҳо/поликлиникаҳо, ҷадвали аниқии интиқоли маълумот ба маркази аудиоологӣ; 2) ҷорӣ намудани муоинаи иловагии аудиоологӣ барои кӯдакони синни 1-сола ва ҳангоми дохил шудан ба мактаб; 3) баланд бардоштани огоҳии педиатрҳо ва духтурони дигар ихтисосҳо, аҳоли дар бораи сабабҳо, ташҳис ва барқарорсозии НШ дар кӯдакон; 4) амалое, ки ба пешгирии пайдоиши НС дар кӯдакон нигаронида шудаанд (вакцинагузаронӣ, табобати отити миёна, гигиенаи шунавоӣ ва ғайра).

#### Адабиёт

1. Выготский Л. С. Психология. М: Апрель-Пресс, 2000. 1008 с. [Vygotskii L. S. *Psikhologiya*. М: April'-Press, 2000. 1008 p. (In Russ.)]
2. Дайхес Н. А., Гузь Е. В., Дергачев В. С., Пашков А. В. Регистр диагностики и лечения нарушений слуха у жи-телей Российской Федерации. *Российская оториноларингология*. 2007;3(28):16-19.



3. Загорянская М. Е., Румянцева М. Г. Эпидемиологический подход к профилактике и лечению нарушений слуха у детей. *Российская оториноларингология*. 2011;2:82-87.
4. Карпова Е. П., Кисина А. Г. Современные методы ранней диагностики и реабилитации нарушений слуха у де-тей и подростков. *Педиатрия. Журнал имени Г. Н. Сперанского*. 2013;1(92):181-182.
5. Коркунова М. С., Королева И. В. Ранняя помощь детям с нарушением слуха и интернет-технологии. *Дефектология*. 2020;4:49-59.
6. Королева И. В., Ланцов А. А., Подосинникова Г. А. Опыт организации системы раннего выявления и абилитации детей с нарушениями слуха в Санкт-Петербурге. *Вестник оториноларингологии*. 2000;3:23-27.
7. Королева И. В. Реабилитация глухих детей и взрослых после кохлеарной и стволомозговой имплантации. Санкт-Петербург: КАРО, 2016. 872 с.
8. Королева И. В., Кузовков В. Е., Янов Ю. К. Заболевания органа слуха. В кн.: Реабилитация инвалидов: на-циональное руководство; под ред. Г. Н. Пономаренко. М: ГЭО-ТАР-Медиа, 2018:610-638.
9. Королева И. В., Туфатулин Г. Ш., Коркунова М. С. Модель развития региональной системы медико-психолого-педагогической помощи детям с нарушением слуха раннего возраста. *Российская оториноларингология*. 2021;20(1):41-50
10. Таварткиладзе Г. А., Маркова Т. Г., Чибисова С. С., Альшарджаби И., Цыганкова Е. Р. Российский и междуна-родный опыт реализации программ универсального аудиологического скрининга новорожденных. *Вестник оториноларингологии*. 2016;81(2):7-12.
11. Туфатулин Г. Ш., Королева И. В., Артюшкин С. А., Янов Ю. К., Черняховский А. Е. Гидровибрационная стимуля-ция в реабилитации детей с тугоухостью высокой степени. *Российская оториноларингология*. 2020;19(5):83-91.
12. Туфатулин Г. Ш., Королева И. В. Организация сурдологической помощи детям. СПб.: Изд-во СЗГМУ им. И. И. Мечникова, 2021.
13. Холматов И.Б., Холматов Д.И. Состояние сурдологической службы в Согдийской области. Материалы науч. практич. конференции оториноларингологов Республики Таджикистан, посвящ. 80-летию Ю.Б. Исхаки. Душанбе 24.11.2012. стр. 99-103
14. Холматов Д.И., Табарова Ш.Ч. Состояние ушной патологии по Согдийской области и её влияние на тенденцию общей инвалидности, пути реабилитации. Современные вопросы медико-социальной реабилитации больных и инвалидов (сборник статей РНИ-ИЭВТИ). Душанбе 2005. стр. 66-67.
15. Холматов Д. И. с соавт. Скрининговое исследование слуха у детей школьного возраста на современном этапе. Вклад медицинских наук в практическое здравоохранение. Сб. науч. статей 61-ой годич. науч-практич. конференции ТГМУ. Душанбе 2013. Стр.374-376.
16. Холматов Д.И. с соавт. Распространённость тугоухости среди населения Согдийской области. Материалы 70-ой науч. практич. конференции ТГМУ. Том 1. Современная медицина: Традиции и инновации. Душанбе. 2022. стр.233-234.
17. Чибисова С. С., Маркова Т. Г., Алексеева Н. Н., Ясинская А. А., Цыганкова Е. Р., Близнец Е. А., Поляков А. В., Таварткиладзе Г. А. Эпидемиология нарушений слуха среди детей 1-го года жизни. *Вестник оториноларин-гологии*. 2018; 83(4): 37-42.
18. Alam S., Gaffney M., Eichwald J. Improved newborn hearing screening follow-up results in more infants identified. *Journal of Public Health Management and Practice*. 2014;20(2):220-3. doi:10.1097/PNH.0b013e31829d7b57. PMC 4470168. PMID 23803975
19. Bess F. H., Dodd-Murphy J., Parker R. A. Children with minimal sensorineural hearing loss: Prevalence, educational performance and functional status. *Ear Hear*. 1998;19:339-354.
20. Childhood hearing loss: strategies for prevention and care. World Health Organization, 2016. Accessed February 23, 2021. <http://www.who.int/pbd/deafness/world-hearing-day/2016/en/>



21. *Detection and intervention programs. The Journal of Early Hearing Detection and Intervention.* 2019;4(2):1-44.
22. Hilgert N., Smith R. J., Van Camp G. Forty six genes causing nonsyndromic hearing impairment: which ones should be analysed in DNA diagnostics? *Mutat. Res.* 2009;681:189-196.
23. Korver A. M. H., Smith R. J. H., Camp G. V., Schleiss M. R., Bitner-Glindzicz M. A. K., Lustig L. R., Usami S. I., Boudewyns A. N. Congenital hearing loss. *Nat Rev Dis Primers.* 2017;12(3):16094. <https://doi.org/10.1038/nrdp.2016.94>
24. Kholmatov Dzh.I., Skarzynski P.H., Skarzynska M.B., Hatzopoulos A.S. et al. Hearing screening program in children from primary schools in Tajikistan. A telemedicine model. *Medical science monitor/ clinical research New-York* 2016; 22: P. 2424-2430
25. Lammens F., Verhaert N., Devriendt K., Debruyne F., Desloovere C. Aetiology of congenital hearing loss: a cohort review of 569 subjects. *Int JPediatr Otorhinolaryngol.* 2013;77:1385-1391. <https://doi.org/10.1016/j.ijporl.2013.06.002>
26. Newborn and infant hearing screening: Current issues and guiding principles for action (PDF). World Health Organization. Retrieved 6 March 2019.
27. Niskar A. S., Kieszak S. M., Holmes A. et al. Prevalence of hearing loss among children 6 to 19 years of age: The Third National Health and Nutrition Examination Survey. *JAMA.* 1998;279:1071-1075.
28. Rosenfeld R. M., Kay D. Natural history of untreated otitis media. *Laryngoscope.* 2003;113:1645-1657.
29. Rosenfeld R. M., Schwartz S. R., Pynnonen M. A. Clinical practice guideline: tympanostomy tubes in children. *Otolaryngol Head Neck Surg.* 2013;149(1):1-35.
30. The Joint Committee on Infant Hearing. Year 2019 position statement: Principles and guidelines for early hearing
31. Yoshinaga-Itano C. Principles and guidelines for early intervention after confirmation that a child is deaf or hard of hearing. *The journal of deaf studies and deaf education.* 2014 april;19. 2:143-175. <https://doi.org/10.1093/deafed/ent043>
32. Yoshinaga-Itano C., Sedey A. L., Wiggin M., Chung W. Early Hearing Detection and Vocabulary of Children With Hearing Loss. *Pediatrics.* 2017;140.2: e20162964. doi:10.1542/peds.2016-2964. PMC 5595069. PMID 28689189.

## РЕГИОНАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ТУГОУХОСТИ У ДЕТЕЙ СОГДИЙСКОЙ ОБЛАСТИ

Ахророва З.А., Холматов Д.И., Бекназарова Г.М.

Кафедра оториноларингологии ГОУ «ТГМУ имени Абуали ибни Сино»

**Резюме.** Потеря слуха у детей вызывает вторичные нарушения в развитии психоэмоциональных навыков: речевого произношения, концентрации внимания, памяти и мышления. Высокая степень тугоухости является причиной инвалидности ребенка и вызывает ограничения в общении, обучении, трудоустройстве и социализации. За последние 20 лет произошли глобальные изменения в области диагностики тугоухости у детей и реабилитации слуха и речи у пациентов с нейросенсорной тугоухостью. Современная медицина и техника позволяет выявлять у ребенка началь-

ные признаки тугоухости сразу после рождения. В то же время подтверждено, что более 50% детей с тугоухостью имеют факторы риска, обосновывающие проведение всеобщего (для всех детей) аудиологического скрининга новорожденных во многих странах, в том числе и в Республике Таджикистан.

**Цель.** Проведение сравнительного анализа медико-социальных показателей аудиологической помощи слабослышащим детям в отдельных районах Согдийской области и разработка полезных рекомендаций по ее совершенствованию.



**Материал и методы исследования.** Обследовано 150 детей разных возрастных групп. Исследования проводились в условиях ЛОР-отделений центральной больницы Исфара, Истаравшанского и Айнинского районов Республики Таджикистан с использованием активных методов обследования (исследование в условиях детского сада и старшей школы) и пассивных методов обследования (прием пациентов и обследование в поликлинике). На первом этапе тестирования - организация аудиологической помощи детям в регионе, анализировались результаты аудиологического скрининга: охват, частота тугоухости. На втором этапе были проанализированы амбулаторные данные, состоявшие на учете в поликлиниках. Во время теста: возраст ребенка на момент постановки диагноза, возраст на момент подбора слухового аппарата, тип слухового аппарата и учебное заведение, в котором учится ребенок. На третьем этапе мы провели проверку слуха учащихся начальных классов. В комплекс обследования слуха были включены следующие методы: отоскопия, тимпанометрия, запись отоакустической эмиссии и пороговая тональная аудиометрия.

**Результаты исследования.** Анализ исследований показал, что не все компоненты медицинской помощи в регионах соответствуют международным рекомендациям. Менее 10% детей с тугоухостью получают ее по условному стандарту раннего вмешатель-

ства «1-3-6», предполагающему выявление тугоухости в 1-месячном возрасте, диагностику тугоухости в 3-месячном возрасте. Определена причина поздней диагностики тугоухости у детей и позднего начала их реабилитации: большинство детей не прошли 1-й этап всеобщего аудиологического скрининга новорожденных, большинство детей. при положительном результате 1-го этапа проверки не допускаются ко 2-му этапу проверки слуха; Дети со слуховой невропатией часто лишаются от прохождения аудиологического скрининга.

**Выводы.** Для решения проблемы раннего выявления тугоухости у детей следует предложить систему мероприятий: 1) контроль за 1-м этапом аудиологического скрининга новорожденных и предоставление сведений о детях, прошедших обследование на 2-м этапе, в аудиологический центр; 2) введение дополнительного аудиологического обследования детей в возрасте от 1 года и при поступлении в школу; 3) повышение уровня знаний педиатров, неврологов и населения о причинах, диагностике и реабилитации нарушений слуха у детей; 4) должны проводиться мероприятия, направленные на профилактику нарушений слуха у детей (вакцинация, лечение среднего отита, гигиена слуха и др.).

**Ключевые слова.** Нарушения слуха у детей, аудиологический скрининг новорожденных, аудиологический диагноз, реабилитация детской тугоухости.

## REGIONAL FEATURES OF HEARING LOSS IN CHILDREN OF THE SUGHD REGION

Ahrorova Z.A., Kholmatov D.I., Beknazarova G.M.

Department of Otorhinolaryngology, SEI "TSMU named after Abuali ibn Sino"

**Abstract.** Hearing loss in children causes secondary disorders in the development of psycho-emotional skills: speech pronunciation, concentration, memory and thinking. A high degree of hearing loss is the cause of a child's disability and causes restrictions in communication, learning, employment and socialization. Over the past 20 years, there have been global changes in the field of diagnosing

hearing loss in children and rehabilitation of hearing and speech in patients with sensorineural hearing loss. Modern medicine and technology makes it possible to detect the initial signs of hearing loss in a child immediately after birth. At the same time, it has been confirmed that more than 50% of children with hearing loss have risk factors that justify universal (for all children) audiological screening



of newborns in many countries, including the Republic of Tajikistan.

**Objective.** Carrying out a comparative analysis of medical and social indicators of audiological care for hearing-impaired children in certain areas of the Sughd region and developing useful recommendations for its improvement.

**Material and research methods.** 150 children of different age groups were examined. The studies were carried out in the conditions of the ENT departments of the central hospital of Isfara, Istaravshan and Ayni districts of the Republic of Tajikistan using active examination methods (a study in a kindergarten and high school) and passive examination methods (patient admission and examination in a polyclinic). At the first stage of testing - the organization of audiological care for children in the region, the results of audiological screening were analyzed: coverage, frequency of hearing loss. At the second stage, outpatient data registered in polyclinics were analyzed. During the test: the child's age at diagnosis, age at the time of hearing aid fitting, type of hearing aid, and school where the child is studying. At the third stage, we conducted a hearing test for primary school students. The complex of hearing examination included the following methods: otoscopy, tympanometry, recording of otoacoustic emission and threshold tone audiometry.

**Results and its discussion.** An analysis of studies has shown that not all components of medical care in the regions comply with

international recommendations. Less than 10% of children with hearing loss receive it according to the conditional standard of early intervention "1-3-6", which involves the detection of hearing loss at 1 month of age, the diagnosis of hearing loss at 3 months of age. The reason for the late diagnosis of hearing loss in children and the late start of their rehabilitation was determined: the majority of children did not pass the 1st stage of the general audiological screening of newborns, the majority of children. with a positive result of the 1st stage of the test, they are not allowed to the 2nd stage of the hearing test; Children with auditory neuropathy often miss out on audiological screening.

**Findings.** To solve the problem of early detection of hearing loss in children, a system of measures should be proposed: 1) monitoring the 1st stage of audiological screening of newborns and providing information about children who were examined at the 2nd stage to the audiological center; 2) the introduction of an additional audiological examination of children from the age of 1 year and upon admission to school; 3) increasing the level of knowledge of pediatricians, neurologists and the public about the causes, diagnosis and rehabilitation of hearing impairment in children; 4) measures should be taken to prevent hearing impairment in children (vaccination, treatment of otitis media, hearing hygiene, etc.).

**Key words:** Hearing disorders in children, audiological screening of newborns, audiological diagnosis, rehabilitation of childhood hearing loss. Name of tema

*Аҳророва Зарина Асроровна – н.и.т., мудири кафедраи оториноларингологияи ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино; E-mail: [ahrorova.zarina1974@inbox.ru](mailto:ahrorova.zarina1974@inbox.ru), tel: +992-918-48-48*

*Холматов Чамол Исраилович – д.и.т., профессори кафедраи оториноларингологияи ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино; E-mail: [kholmatovji@mail.ru](mailto:kholmatovji@mail.ru), tel: +992-98-104-16-34*

*Бекназарова Гулнора Мамадалшевна – н.и.т., муаллими калони кафедраи оториноларингологияи МДТ «ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино» E-mail: [gulnorabeknazarova@mail.ru](mailto:gulnorabeknazarova@mail.ru), tel: +992-93-542-59-29*

*Аҳророва Зарина Асроровна- к.м.н., заведующая кафедрой оториноларингологии ТГМУ имени Абуали ибни Сино; E-mail: [ahrorova.zarina1974@inbox.ru](mailto:ahrorova.zarina1974@inbox.ru), tel: +992-918-48-48*

*Холматов Джамоли Исраилович – д.м.н., профессор кафедры оториноларингологии ТГМУ имени Абуали ибни Сино; E-mail: [kholmatovji@mail.ru](mailto:kholmatovji@mail.ru), tel: +992-98-104-16-34*



**Бекназарова Гульнора Мамадалиевна** – к.м.н., старший преподаватель кафедры оториноларингологии ГОУ «ТГМУ имени Абуали ибни Сино» E-mail: [gulnorabeknazarova@mail.ru](mailto:gulnorabeknazarova@mail.ru), tel: +992-93-542-59-29

**Ahrorova Zarina Asrorovna** – Candidate of Medical Sciences, Head of the department of Otorhinolaryngologi, TSMU named after Abuali ibni Sino; E-mail: [ahrorova.zarina1974@inbox.ru](mailto:ahrorova.zarina1974@inbox.ru), tel: +992-918-48-48

**Kholmatov Dzhamol Israilovich** – Doctor of Medical Sciences, professor of the department of Otorhinolaryngologi, TSMU named after Abuali ibni Sino; E-mail: [kholmatovji@mail.ru](mailto:kholmatovji@mail.ru), tel: +992-98-104-16-34

**Beknazarova Gulnora Mamadalievna** – Candidate of Medical Sciences, assistant of the department of Otorhinolaryngology, TSMU named after Abuali ibni Sino; E-mail: [gulnorabeknazarova@mail.ru](mailto:gulnorabeknazarova@mail.ru), tel: +992-93-542-59-29

## АФЗАЛИЯТҶОИ ТАБОБАТИ КОНСЕРВАТИВИИ БЕМОРОНИ ГИРИФТОРИ ПАСТШУНОВОИИ СЕНСОНЕВРАЛИИ ШАРАЁНЗОД

Исупова Ш. Ф., Холматов Ч. И., Ахророва З. А.

Кафедраи оториноларингологияи МДТ «ДДТТ ба номи Абуалӣ ибни Сино»

**Муҳимият.** Мувофиқи маълумоти эпидемиологӣ, тақрибан 6% аҳолии ҷаҳон аз пастшунавоӣ ё каригӣ азият мекашанд. Тибқи маълумоти Созмони умумиҷаҳонии тандурустӣ дар саросари ҷаҳон 360 миллион нафар аз пастшунавоии сабабашон гуногун азият мекашанд, дар Федератсияи Россия ин рақам 13 миллион нафарро ташкил медиҳад. Баробари ин, ҳиссаи пастшунавоии сенсоневралӣ 74% ва шумораи беморон бо ин эътилолият пайваста афзоиш меёбад [1-4].

Пастшунавоии сенсоневралӣ (ПС) як шакли нуқси узви шунавоӣ буда, бо осеб ёфтани қисми садоқабулкунандаи узви таҳлилкунандаи сомеа тавсиф мешавад. Корношоямии узви сомеа метавонад дар сатҳи роҳҳои гуногуни он рух диҳад - аз хучайраҳои мӯякии узви сомеа (узви Кортӣ) сар карда то сохторҳои марказии он. ПС хеле паҳнғашта буда шумораи зиёди омилҳои этиологӣ дорад [5-6]. Ин омилҳо:

1. Бемориҳои сироятӣ. Аксар вақт, ПС пас аз сирояти вирус ба амал меояд, зуком, сурхакон, инчунин пас аз табларзаи скарлатина, дифтерия ва сифилис.

2. Таъсири захрнок, аз ҷумла ятрогенӣ: доруҳои ототоксикӣ (аминогликозидҳо, диуретикҳо ва ғайра).

3. Омилҳои ирсӣ - 75% ҳолатҳои пастшунавоии наслиро ташкил медиҳанд.

4. Зарари сутунмӯҳраи гардан, масалан, спондилоз, спондилоартрози сутунмӯҳраи гардан.

5. Эътилолияти узвҳои гардиши хун: фишорбаландӣ, бемории ишемикӣ, ихтилоли гардиши мағзи сар ва ғайра.

ПС аз рӯи якҷанд нишондиҳандаҳо тасниф карда мешавад: дараҷаи пастшунавоӣ, вақти пайдоиш, хусусияти раванд ва тарафи гӯш. 5 дараҷаи пастшунавоӣ вучуд дорад (ниг. ҷадвал).

Аз рӯи вақти пайдоиш ПС ба ногаҳонӣ чудо мешавад (пастшунавоӣ на бештар аз 12 соат пеш рух додааст); шадид (аз 1-3 рӯз то 1 моҳ); нисбатан шадид (аз 1 то 3 моҳ); музмин (зиёда аз 3 моҳ давом мекунад). Пастшунавоӣ метавонад як тарафа ё дучониба бошад [1].

Бинобар гуфтаҳои дар боло зикршуда, мо тасмим гирифтаем, ки табобати маводии намудҳои гуногуни ПС пешкаш намоем.

**Мақсад.** Таҳлили пастшунавоии сенсоневралии шараёнзод (ПСШ) ва афзалияти табобати маводии он.

**Мавод ва усулҳои тадқиқот.** Тадқиқотҳо дар заминаи ЛОР-клиникаи ММТ «Шифобахш» гузаронида шуданд. Хамагӣ дар давраи солҳои 2021 - 2023 - 50 бемори гирифтори ПС - ро аз тадқиқот гузаронидем. Дар ташҳиси ПС, ҷамъоварии салоҳиятноки



шикоятҳо ва собиқаи беморӣ хеле муҳим аст. Ҳангоми чамъоварии шикоятҳо муҳим аст, ки мавҷудият ё набудани тиннитус, ки бо ПС алоқаманд аст ё мавҷудияти аломатҳои вестибулярӣ - ҷарҳ задани сарро муайян созем.

Ҳангоми чамъоварии аломатҳои собиқаи беморӣ мо муайян мекардем, ки бемор чанд муддат пастшунавоӣ дорад ва он бо мурури замон чи гуна тағйир ёфт. Тамоюли ирсӣ ба гум шудани шунавоӣ низ муҳим аст: оё дар оилаи бемор одамоне ҳастанд, ки пастшунавоии модарзодӣ ё бадас-томада доранд ё не.

Пеш аз ҳама, гузаронидани отоскопия ва отомикроскопияро ҳатмӣ мешуморидем. Ташҳиси лабораторӣ - таҳлили пурраи хун, муайян кардани ҳолати гормоналӣ, санҷиши биохимиявии хун, аз ҷумла омӯзиши профили липидҳоро зарур мешуморидем.

Таҳҳиси ПС бидуни омӯзиши натиҷаи шунудсанҷӣ гайриимкон аст. Санҷишҳои камертоналии Ринне ва Вебер ҳатмӣ мебошанд, мо дар тадқиқотҳои худ иловатан озмоиши Веберро тавассути ултрасадо (120 кГц) низ иҷро менамудем, ки он назар ба санҷиши камертоналӣ нишондоди дуруст ва доимиро аён менамуд. Пас аз он бемор ба тадқиқоти аудиологӣ гирифтормешуд. Дар ҳолати зарурӣ, тадқиқот бо васеъ кардани доираи басомадҳои омӯхташуда гузаронида мешуд. Тадқиқоти аудиологӣ мо инчунин импедансметрия ва сабти эмиссияи отоакустикиро дарбар мегирифт. Дар тадқиқотҳоямон, машварати терапевт-кардиолог ва невропатологро ҳатмӣ мешуморидем.

**Натиҷаи таҳқиқот.** Дар тӯли таҳқиқотамон беморони гирифтори шаклҳои гуногуни ПС аз муоинаи ҳамаҷониба, аз ҷумла таҳлили профили липидҳо, реологияи хун ва омӯзиши рағҳои брахиоцефаликӣ гузаронида шуданд. Натиҷаҳои тадқиқот нишон доданд, ки ҳангоми ПС шараёнзод (ПСШ) вайроншавии микросиркулятсия ҳалзун ба амал меояд, ки ин боиси тағйир ёфтани мубодилаи моддаҳои нейроэпителӣ ва нахҳои асаб мегардад, ки боиси корношоҷии ҳуҷайраҳои мӯякии шунавоӣ мегардад. Дар аксари беморони гирифтори

ПСШ мубодилаи липидҳо вайрон шуданд: баланд шудани сатҳи триглицеридҳо (то 5,49 ммол/л), липопротеинҳои зичиаш паст (то 11,52 ммол/л), коэффисиенти атерогенӣ аз арзишҳои муқаррарӣ (2-3) 2,4 маротиба зиёдтар буданд.

Дар натиҷаи санҷиши аудиологӣ ва таҳлили хун, мо ба хулоса омадем, ки табоботи ПСШ дар асоси натиҷаҳои нашршуда бояд ба беҳтар кардани гемореология, мубодилаи ҳуҷайраҳои мағзи сар ва баланд бардоштани равандҳои барқароршаванда равона шуда бошанд.

Дар ПСШ шадид, беморон ҳатман ба ЛОР-клиника бистарӣ карда мешуданд. Усули асосии табобот муолиҷаи инфузионӣ мебошад. Чун қоида, табобот бо истифодаи глюкокортикоидҳои системавӣ гузаронида мешавад. Кортикостероидҳо (дексаметазон) ба дохили варид дар шакли қоҳиш, аз 24 мг сар карда, давомнокии табоботро то 10 рӯз давом медодим. Истифодаи дексаметазонро транстубарӣ ё интратимпаникӣ низ имконпазир мешуморидем, ки шумораи аксуламалҳои системавиро ба ҳадди ақал қоҳиш медод. Баробари дексаметазон, истифодаи кавинтон ва милдранатро зарур мешуморидем.

Пас аз курси муолиҷаи инфузионӣ, гузариш ба шаклҳои таблетии доруҳо аз гурӯҳҳои доруҳои вазоактивӣ, антиоксидантҳо, доруҳои зидди гипоксӣ ва ноотропҳо нишон дода мешавад. Ҳангоми муолиҷаи ПСШ музмин инчунин доруҳои тавсия карда мешаванд, ки мубодилаи ҳуҷайраҳо ва микросиркулятсияи ҳалзунро беҳтар меку-нанд.

**Хулоса.** Ҳамин тариқ, муайян кардани омилҳои хавфи рағҳо барои рушди ПСШ, оғози саривақтии табобот ва муносибати маҷмӯӣ ба муолиҷаи маводӣ хеле муҳим аст. Истифодаи ноотропҳо баробари табоботи инфузионӣ, дар амалияи асаб фаъолон истифода мешавад ва дар барқарорсозии системаи холинергикии мағзи сар ва сигнализатсия тавассути синапс, инчунин ҳосиятҳои нейропротекторӣ фаъолияти баланд дорад.

### Адабиёт

1. Левина М.А., Борзов Е.В., Ястребцева И.П. Кохлеарный синдром у пациентов в раннем восстановительном периоде первичного ишемического инсульта легкой степени тяжести. Вестн. Ивановской мед. академии 2016; 21 (3): 28-31.
2. Морозова С.В. Нейросенсорная тугоухость: основные принципы диагностики и лечения. РМЖ. 2001; 15: 662.
3. Свистушкин В.М., Никифорова Г.Н., Гергиев В.Ф. и др. Эффективность интратимпанального введения дексаметазона в лечении острой сенсоневральной тугоухости. Мед. совет. 2019; 8: 89-93. <https://doi.org/10.21518/2079-701X-2019-8-89-93>
4. Сенсоневральная тугоухость у взрослых. Клинические рекомендации. Национальная медицинская ассоциация оториноларингологов, 2016; с.3-26.
5. Таварткиладзе Г.А. Клиническая аудиология. М.: Медицина, 2013.
6. Тролль В.Г и др. Роль методов баротерапии и интервальной гипоксической тренировки в лечении сенсоневральной тугоухости. Рос. оториноларингология. 2008; 1: 392-5.

### ПРЕИМУЩЕСТВА КОНСЕРВАТИВНОЙ ТЕРАПИИ ПАЦИЕНТОВ С СЕНСОНЕВРАЛЬНОЙ ТУГОУХОСТЬЮ СОСУДИСТОГО ГЕНЕЗА

Исупова Ш.Ф., Холматов Д.И., Ахророва З.А.

Кафедра оториноларингологии ГОУ «ТГМУ имени Абуали ибни Сино»

**Резюме.** По эпидемиологическим данным, сенсоневральная тугоухость (СНТ) особенно распространена в промышленно развитых странах. СНТ также характеризуется большим количеством этиологических факторов и классифицируется по нескольким показателям: выраженности тугоухости, времени возникновения, характеру течения и стороне поражения. Обследование больных с жалобами на снижение слуха включает аудиологическое исследование, исследование липидного профиля, магнитно-резонансную томографию и компьютерную томографию для исключения органического поражения головного мозга. Происхождение СНТ сосудистого генеза широко распространено. Имеются данные о генетической предрасположенности к этиологии тяжелой ИБС, а также о высокой распространенности дислипидемии среди этой группы больных. Ноотропные препараты наряду с инфузионной терапией, действующим веществом которых является холина альфоссерат, активно применяется в неврологической практике и обладает высокой активностью в отношении восстановления холинергической передачи и стабилизации мембран нейронов. Применение этих препаратов при СНТ сосудистого генеза повы-

шает эффективность лечебных мероприятий при данной патологии.

**Цель.** Анализ сенсоневральной тугоухости сосудистого генеза и приоритетность её консервативного лечения.

**Материал и методы исследования.** Обследовано 50 больных разных возрастных групп. Исследования проводились в условиях ЛОР – клиники НМЦ «Шифобахш» с использованием субъективных и объективных аудиологических методов, а также изучение реологических свойств крови. В комплекс обследования слуха были включены следующие методы: отоскопия, импедансометрия, регистрация отоакустической эмиссии и пороговая тональная аудиометрия.

**Результаты исследования.** Анализ исследований показал, что не все компоненты медицинской помощи в регионах соответствуют международным рекомендациям. Определена причина поздней диагностики некоторых наших пациентов и начало их реабилитации: большинство обследованных больных имели III –ю степень СНТ сосудистого генеза. В результате выявленных слуховых нарушений всем больным применили разработанный нами курс «противоневритного» лечения, куда входила инфузионная терапия



с применением препаратов улучшающих реологические свойства крови, улучшающие трофику и микроциркуляцию рецепторного аппарата внутреннего уха. Наше лечение подразумевало поэтапную курсовую терапию 2-3 раза в течение года. В этой связи большинство (70%) наших больных имели положительный результат на втором и третьем курсе консервативной терапии.

**Выводы.** Таким образом, определение факторов развития СНТ сосудистого гене-

за, позволяет своевременно диагностировать и назначить комплексную консервативную инфузионную «противоневритную» терапию с широким применением ноотропов, средств улучшающих трофику головного мозга и микроциркуляцию вертебробазилярного бассейна.

**Ключевые слова.** Сенсоневральная тугоухость, сосудистый генез, ноотропы, нейропротекторы, аудиометрия, импедансометрия.

## BENEFITS OF CONSERVATIVE THERAPY IN PATIENTS WITH VASCULAR SENSORINEURAL HEARING LOSS.

Isupova Sh. F., Kholmatov J.I., Akhrorova Z.A.

Department of Otorhinolaryngology, SEI "ATSMU"

**Summary.** According to epidemiological data, sensorineural hearing loss (SHL) is especially common in industrialized countries. SNT is also characterized by a large number of etiological factors and is classified according to several indicators: the severity of hearing loss, the time of occurrence, the nature of the course and the side of the lesion. Examination of patients with complaints of hearing loss includes an audiological study, a lipid profile study, magnetic resonance imaging and computed tomography to rule out organic brain damage. The origin of SNT of vascular origin is widespread. There is evidence of a genetic predisposition to the etiology of severe coronary artery disease, as well as a high prevalence of dyslipidemia among this group of patients. Nootropic drugs, along with infusion therapy, the active ingredient of which is choline alfosserate, are actively used in neurological practice and have a high activity in restoring cholinergic transmission and stabilizing neuronal membranes. The use of these drugs in SNT of vascular origin increases the effectiveness of therapeutic measures in this pathology.

**Target.** Analysis of sensorineural hearing loss of vascular origin and the priority of its conservative treatment.

**Material and research methods.** 50 patients of different age groups were examined. The studies were carried out in the conditions of the

ENT - clinic of the NMC "Shifobakhsh" using subjective and objective audiological methods, as well as the study of the rheological properties of blood. The complex of hearing examination included the following methods: otoscopy, impedancemetry, registration of otoacoustic emission and threshold tone audiometry.

**Research results.** An analysis of studies has shown that not all components of medical care in the regions comply with international recommendations. The reason for the late diagnosis of some of our patients and the beginning of their rehabilitation was determined: most of the examined patients had III-th degree of SNT of vascular origin. As a result of the identified auditory disorders, all patients received a course of "anti-neuritis" treatment developed by us, which included infusion therapy with the use of drugs that improve the rheological properties of blood, improve trophism and microcirculation of the receptor apparatus of the inner ear. Our treatment implied phased course therapy 2-3 times during the year. In this regard, the majority (70%) of our patients had a positive result in the second and third course of conservative therapy.

**Conclusions.** Thus, the determination of the factors for the development of SHL of vascular genesis makes it possible to timely diagnose and prescribe a complex conservative infusion "anti-neuritis" therapy with the widespread use of



nootropics, agents that improve brain trophism and microcirculation of the vertebrobasilar basin.

**Keywords.** Sensorineural hearing loss, vascular genesis, nootropics, neuroprotectors, audiometry, impedancemetry.

**Исупова Шаҳноза Файзулохоновна** – ассистенти кафедраи оториноларингологияи ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино; E-mail: [shaha.13.12.85@mail.ru](mailto:shaha.13.12.85@mail.ru), tel: +992-00-003-85-85

**Холматов Чамол Исраилович** – д.и.т., профессори кафедраи оториноларингологияи ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино; E-mail: [kholmatovji@mail.ru](mailto:kholmatovji@mail.ru), tel: +992-98-104-16-34

**Ахророва Зарина Асроровна** – н.и.т., мудири кафедраи оториноларингологияи ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино; E-mail: [ahrorova.zarina1974@inbox.ru](mailto:ahrorova.zarina1974@inbox.ru), tel: +992-918-48-48

**Исупова Шаҳноза Файзулохоновна** – ассистент кафедраи оториноларингологияи ТГМУ имени Абӯали ибни Сино; E-mail: [shaha.13.12.85@mail.ru](mailto:shaha.13.12.85@mail.ru), tel: +99-00-003-85-85

**Холматов Дҷамол Исраилович** – д.м.н., профессор кафедраи оториноларингологияи ТГМУ имени Абӯали ибни Сино; E-mail: [kholmatovji@mail.ru](mailto:kholmatovji@mail.ru), tel: +992-98-104-16-34

**Ахророва Зарина Асроровна** – к.м.н., заведующая кафедрой оториноларингологияи ТГМУ имени Абӯали ибни Сино; E-mail: [ahrorova.zarina1974@inbox.ru](mailto:ahrorova.zarina1974@inbox.ru), tel: +992-918-48-48

**Isupova Shahnoza Faizulokhonovna** – assistant of the department of Otorhinolaryngologi, TSMU named after Abuali ibni Sino; E-mail: [shaha.13.12.85@mail.ru](mailto:shaha.13.12.85@mail.ru), tel: +992-00-003-85-85

**Kholmatov Dzhamol Israilovich** – Doctor of Medical Sciences, professor of the department of Otorhinolaryngologi, TSMU named after Abuali ibni Sino; E-mail: [kholmatovji@mail.ru](mailto:kholmatovji@mail.ru), tel: +992-98-104-16-34

**Ahrorova Zarina Asrorovna** – Candidate of Medical Sciences, Head of the department of Otorhinolaryngologi, TSMU named after Abuali ibni Sino; E-mail: [ahrorova.zarina1974@inbox.ru](mailto:ahrorova.zarina1974@inbox.ru), tel: +992-918-48-48

## АСОСНОККУНИИ КЛИНИКИЮ НАЗАРИЯВИИ ИВАЗ НАМУДАНИ АНТИБИОТИКҲО БО ДОРУҲОИ ҶОЛИНУСӢ ДАР АМАЛИЯИ ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГИЯ

Шоев М. Д.

Кафедраи оториноларингологияи МДТ “ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино”  
ш. Душанбе, Тоҷикистон

**Мухиммият.** Бемориҳои ковокии бинӣ, сарфи назар аз пешравиҳои назарраси ринологияи ватанӣ, дар байни патологияи роҳҳои болоии нафас аҳамияти муҳиммияти нигоҳ медоранд [2,4]. Таҳлили маълумоти омории Вазорати тандурустӣ ва ҳифзи иҷтимоии аҳолии Ҷумҳурии Тоҷикистон нишон медиҳад, ки дар амалияи оториноларингология аз ҳама бештар амалёти ҷарроҳӣ ҳангоми қачшавии миёндевори бинӣ ва ринити музмини гипертрофикӣ гузаронида мешавад [3,6,15]. Бояд қайд кард, ки ҳангоми амали ҷарроҳӣ дар ковокии бинӣ ҳангоми деформатсияи миёндевори бинӣ ва ринити музмини гипертрофикӣ, бутунияти луобпардаи бинӣ вайрон меша-

вад ва аз ин рӯ, дар давраи пас аз ҷарроҳӣ бо мақсади сиҳат шудани захм зарурати намноккунии ковокии бинӣ ба миён меояд [1,7,11]. Нисбати доруҳое, ки дар давраи пас аз ҷарроҳӣ дар ковокии бинӣ истифода мешаванд, талаботҳои муайян мавҷуданд: онҳо набояд фаъолияти эпителияи мертсателиро боздорад ва ҳамзамон бояд таъсири зиддиилтиҳобӣ, зиддибактериявӣ, мустаҳкамкунандаи рағҳо ва репаративӣ дошта бошанд [5,8].

Масъалаи зарурати таъин намудани системавии антибиотикҳо бо мақсади профилактикӣ пас аз септопластика ва коррексияи садафаҳои бинӣ ҳалношуда боқӣ мемонад. Одатан, антибиотикҳо барои пешгирии си-



роятҳои дуҷумдараҷа дар давраи пас аз ҷарроҳӣ истифода мешаванд. Нақши антибиотикҳо дар табобати беморӣ, ки аз микроорганизмҳо ба вучуд меоянд, ба ҳама маълум аст [9,10]. Таъсири этиотропии антибиотикҳо самараро муҳофизатии механизмҳои имунӣ зиддимикробӣ илтиҳоби шадидро пурра менамояд. Табобати антибиотикӣ дар ин маврид метавонад ҳам хактери табобатӣ ва ҳам профилактикӣ дошта бошад [10].

Тавре ки сарчашмаҳои адабиёти илмӣ шаҳодат медиҳад, дар баробари муваффақиятҳо ҷанбаҳои манфии табобати системавии антибиотикҳо низ мавҷуданд. Аз инҳо аксуламалҳои алергӣ, афзоиши шумораи беморҳои занбӯруғӣ, таъсири захрнокӣ антибиотикҳо ба организм, маҳв кардани микрофлораи сапрофитӣ ва гарон будани арзиши табобат маълуманд [6,12]. Мумкин аст, ки дисбактериоз, колонизатсияи луобпарда ва пӯст бо штаммҳои сироятҳои беморхонавӣ, инкишофи муқовимати микробҳои патогенӣ ба антибиотикҳо, ташаккули сенсibiliзатсия пайдо гардад [6,8]. Ба ин то андоза истифодаи оммавии антибиотикҳо дар нимаи дуҷуми асри 20, аксар вақт бидуни нишондодҳои кофӣ ҳам аз ҷониби табибон ва ҳам беморон ҳамчун худтабобаткунӣ мусоидат кард. Илова бар ин, таъсири аксари антибиотикҳо ба системаи имунӣ метавонад боиси паст шудани шиддати аксуламали имунӣ мушаххас ва фаготситоз гардад [9,10].

Таҳлили адабиёти илмӣ оид ба масъалаи таҳқиқшаванда як қатор бартарҳои доруҳои гиёҳиро нишон медиҳад: доираи васеи фаъолияти табобатӣ, қариб тамоман набудани аксуламалҳои алергӣ ва дигар таъсироти номатлуб ҳангоми истифодабарии онҳо [8,9,10]. Дар амалияи оториноларингология айни замон доруҳои зиддимикробӣ аслашон растанӣ ба таври васеъ истифода мешаванд. Аз ҷумла, доруҳои шалфейӣ доругӣ ва ҷойкаҳаки баргсӯроҳ дар оториноларингология ҳамчун доруи зиддибактериавӣ, шифобахши захмҳо, зидди илтиҳобӣ ва безаргардонанда, инчунин барои молидан, намноккунӣ ва апликация

пардаи луобии бинӣ ва гулӯ истифода мешаванд [5,6,9].

Дар оториноларингологияи муосир схемаи стандартӣ табобати пас аз ҷарроҳии беморони гирифтори қачшавии миёндевори бинӣ, табобати сатҳи захм, таъиноти ҷузъӣ ва комплекси доруҳо вучуд надорад [1,13,14].

Ҳамин тариқ, таҳлили сарчашмаҳои илмӣ нишон медиҳад, ки айни замон равияи ягона оиди принципҳои табобати беморони гирифтори этилолиятҳои якҷояи ковокии бинӣ дар давраи баъди ҷарроҳӣ вучуд надорад.

Дар адабиёти илмӣ оид ба истифодаи доруҳои ҷолинусӣ дар давраи пас аз ҷарроҳии беморони гирифтори этилолиятҳои муштараки бинӣ маълумоти кам дида мешавад. Барои ҳамин ҳам ҷустуҷӯи усулҳои нисбатан оптималии муолиҷаи пас аз ҷарроҳии беморони гирифтори беморҳои муштараки бинӣ проблемаи мубрами ринологияи ватанӣ маҳсуб мешавад. Гуфтаҳои боло асоси таҳқиқоти мазкурро ташкил медиҳанд.

**Мақсади таҳқиқот.** Асосноккунии иваз кардани антибиотикҳо бо доруҳои ҷолинусӣ дар табобати пас аз ҷарроҳии беморони гирифтори патологияи якҷояи ковокии бинӣ.

**Мавод ва усулҳои таҳқиқот.** Дар шӯъбаҳои гӯшу гулӯ ва бинии Маркази миллии тиббии Ҷумҳурии Тоҷикистон «Шифобахш» аз соли 2018 то 2021 зери назорати мо 150 нафар беморони гирифтори қачшавии миёндевори бинӣ ва ринити музмини гипертрофикӣ қарор доштанд. Синну соли беморон аз 16 то 60-сола буда, аз ин шумора 109 нафар мардон ва 41 нафарашон занон мебошанд. Ташҳиси клиникӣ дар асоси маълумоти риноскопияи пешӣ ва қафӣ, фиброриноскопия, рентгенография ва томографияи компютери бинӣ ва ҷавфҳои наздибинӣ муқаррар карда шуд. Беморон ба се гурӯҳ тақсим шуданд: мутаносибан ду гурӯҳи асосӣ ва як гурӯҳи назоратӣ иборат аз 50 нафарӣ. Ба ғайр аз муоинаи стандартӣ клиникӣ ва лабораторӣ, беморон аз муоинаи функционалии бинӣ пеш аз



чарроҳӣ ва дар давраи пас аз чарроҳӣ, аз чумла ринопневмометрия, олфактометрия, клиренси мукосилиарии луобпардаи бинӣ ва рН-и луоби бинӣ, инчунин таҳлили бактериологии микрофлораи ковокии бинӣ гузаронида шуданд (рас. 1).

#### Натиҷаҳои таҳқиқот ва муҳокимаи онҳо.

Ҳангоми ворид шудан ба беморхона ҳамаи беморон аз вайрон шудани нафаскашӣ бо бинӣ, ихтилоли шомма ва ихроҷот аз бинӣ шикоят карданд. Дар вақти омӯзиши ҳолати функционалии бинӣ дар ҳамаи беморон вайрон шудани функсияҳои нафаскашӣ, муҳофизатӣ ва шомма ошкор гардид. Вайроншавии гузаронандагии роҳҳои бинӣ, пастшавии фаъолияти эпителияи мертсателии пардаи луобии ковокии бинӣ, ихтилоли шомма дар намуди гипосмияҳои гуногундараҷа муайян карда шуд. Тадқиқоти бактериологӣ нишон дод, ки титри баланди бактерияҳо дар ковокии бинӣ ҷой дорад.



Расми 1. Тарзи гирифтани мавод аз ковокии бинӣ барои тадқиқи бактериологӣ

Ба ҳама беморон амали чарроҳӣ - септопластика ва дезинтегрратсияи ултрасадои (УЗД)-и садафаҳои поёнии бинӣ гузаронида шуд. Пас аз чарроҳӣ, дар гурӯҳи назоратӣ давраи пас аз чарроҳӣ тибқи усули стан-

дартӣ (тоза кардани бинӣ, шустани ковокии бинӣ бо маҳлули физиологӣ, чаконидани нафтизин дар бинӣ ва терапияи антибиотикӣ) гузаронида шуд. Дар гурӯҳи асосии якум шустани ковокии бинӣ бо дамбаи шалфейи доругӣ ва дар гурӯҳи асосии дуюм бошад бо дамбаи ҷойкаҳаки баргсӯроҳ дар як рӯз се маротиба аз рӯзи гирифтани фатилаҳои ковокии бинӣ амалӣ карда шуд. Барои шустани ковокии бинӣ конюлаи мукамалнамудаи Маҳмудназаров М.И. (раҷ. предл. №3384/R599) истифода гардид. Дамбаи шалфейи доругӣ ва ҷойкаҳаки баргсӯроҳ бо усули маъмулӣ омода ва истифода карда шуд [8]. Меъёрҳои баҳодихии натиҷаҳои табобати пас аз чарроҳӣ инҳо буданд: эҳсосоти субъективии бемор, тасвири мунтазами эндоскопии ковокии бинӣ, манзараи микробҳои ковокии бинӣ ва нишондиҳандаҳои ҳолати функционалии бинӣ. Дар се рӯзи аввал, мувофиқи эҳсосоти субъективии беморон, байни гурӯҳҳои назоратӣ ва асосӣ фарқияти назаррас вучуд нашофт. Дар рӯзи 7-ум дар гурӯҳҳои асосӣ, дар муқоиса бо гурӯҳи назоратӣ, ки дар он ҷо муолиҷаи пас аз чарроҳӣ ба таври анъанавӣ гузаронида мешуд, шиддати илтиҳоб дар ковокии бинӣ ба таври назаррас коҳиш ёфт. Фарқиятҳои назарраси субъективӣ ва объективӣ дар рӯзи 10-12-уми баъди чарроҳӣ мушоҳида карда шуданд. Дар беморони гурӯҳҳои асосӣ, раванди илтиҳобӣ камтар ба назар мерасид ва барқарорсозии бутунияти луобпардаи ковокии бинӣ нисбат ба беморони гурӯҳи назоратӣ барвақттар рух додааст. Тадқиқотҳои такрорӣ ҳолати функционалии бинӣ 2 ҳафта пас аз чарроҳӣ гузаронида шуд. Дар баробари ин 124 нафар (82,66%) беморони чарроҳишуда натиҷаи хуб ва 26 нафар (17,33%) натиҷаи каноатбахш гирифтанд. Вобаста ба параметрҳои функционалии бинӣ дар ин давра байни гурӯҳҳо баъзе фарқиятҳо ошкор карда шуданд. Масалан, дар гурӯҳи асосии якум дар 88%-и беморон, дар гурӯҳи асосии дуюм дар 90%-и беморон ва дар гурӯҳи назоратӣ бошад, дар 80%-и беморон нафаскашӣ бо бинӣ барқарор гардид. Дар 74,0%-и беморон дар гурӯҳи асосии якум ва 76,0%-и бе-



морон дар гурӯҳи дуҷуми асосӣ барқарор гардидани вазифаи нақлиётӣ эпителияи мер-тсателии бинӣ мушоҳида карда шуд. Ин нишондиҳанда дар гурӯҳи назоратӣ 54,0%-ро ташкил дод. Тадқиқоти такрорӣ бакте-

риологӣ нишон дод, ки концентратсияи мик-рофлораи ковокии бинӣ дар ҳамаи гуруҳҳои беморон коҳиш ёфта, вале дар гуруҳҳои асосӣ бошад ба таври назаррас кам гарди-дааст (ҷадвали 1).

**Ҷадвали 1. Таҳқиқоти бактериологии ковокии бинӣ пеш ва баъд аз табобат**

Бактерияҳои дарёфтшуда	Натиҷаҳои таҳқиқот ва шумораи беморон (%)					
	Гуруҳи якум n=50 (%)		Гуруҳи дуюм n=50 (%)		Гуруҳи назоратӣ n=50 (%)	
	то табобат	баъди табобат	то табобат	баъди табобат	то табобат	баъди табобат
Staphylococcus aureus	15 28,8%	2 3,85%	10 19,2%	1 1,92%	12 24,0%	4 8,0%
Staphylococcus saprophyticus	14 26,92%	3 5,77%	10 19,23%	1 1,92%	14 28,0%	3 6,0%
Candidia	12 23%	3 5,77%	16 30,77%	2 3,85%	12 24,0%	3 6,0%
E-Coli	7 13,46%	1 1,92%	6 11,53%	1 1,92%	3 6,0%	2 4,0%
П. Klebsiella	6 11,53%	1 1,92%	12 23%	2 3,85%	6 12,0%	2 4,0%
Staphylococcus pyogenes	9 17,30%	2 3,85%	10 19,23%	1 1,92%	6 12,0%	3 6,0%
Streptococcus haemolyticus	6 11,53%	1 1,92%	17 32,70%	3 5,77%	14 28,0%	5 10,0%
Staphylococcus epidermidis	17 32,70%	3 5,77%	14 26,92%	2 3,85%	14 28,0%	4 8,0%

Аз ҷадвал бармеояд, ки шумораи микро-бҳо дар ковокии бинӣ, дар заминаи шуста-ни мунтазами ковокии бинӣ бо дамбаи шалфейи доругӣ ва чойкаҳаки баргсӯроҳ дар гуруҳҳои асосӣ хеле кам шудааст. Ма-салан, агар пеш аз табобат Staphylococcus aureus дар 28,8%-и беморони гуруҳи якум ва 19,2%-и беморони гуруҳи дуҷуми асосӣ ош-кор шуда бошад, пас баъд аз 15 рӯзи табо-бат бо дамбаи шалфейи доругӣ ва чойка-ҳаки баргсӯроҳ танҳо дар 3,85%-и беморо-ни гуруҳи якум ва 1,92%-и беморони гуру-ӯҳи дуюм стафилококк пайдо шуд, ки ин аз хусусияти бактерисидии растаниҳои шифо-бахши дар боло номбаршуда шаҳодат ме-диҳад. Он чӣ ба микрофлораи микробӣ дахл дорад, ин аст, ки пас аз табобат ҳолатҳои чудоғонаи ошкор кардани микрофлораи шартӣ-патогенӣ ё патогенӣ ба мушоҳада расид, ки барои пайдо шудани зухуроти ил-тиҳобӣ дар ковокии бинӣ хатарнок набу-данд, ин аз самаранокии доруҳои растанигӣ дар табобати баъдичарроҳии беморони ги-рифтори бемориҳои муштараки сохторҳои

дохили бинӣ гувоҳӣ медиҳад.

Маводҳои доруворӣ омӯхташуда инчу-нин ба тозакунии механикӣ луоб ва калах-шҳо бе хатари хунравӣ мусоидат мекунад, ихроҷоти биниро коҳиш дода, равандҳои эпителизатсия ва барқарорсозии функсияи монеагии луобпардаи ковокии биниро ме-тезонанд.

Ҳамин тариқ, натиҷаҳои таҳқиқоти гуза-ронидашуда объективӣ нишон медиҳанд, ки маводҳои доруворӣ омӯхташуда – дамбаи шалфейи доругӣ ва чойкаҳаки баргсӯроҳ дар вақти истифодаи баъдичарроҳӣ ба тоза кардани бедарди механикӣ луоб ва калах-шҳо, рафъи хатари хунравӣ, коҳиш додани ихроҷоти бинӣ, суръат бахшидан ба равандҳои эпителизатсия ва барқарор кардани функсияи монеагии луобпардаи бинӣ мусоидат мекунад. Истифода намудани дамбаи шалфейи доругӣ ва чойкаҳаки баргсӯроҳ ба барқароршавии зудтари нафас-кашӣ бо бинӣ ва шомма мусоидат карда, ба ин васила самаранокии муолиҷаи пас аз чар-роҳиро дар беморони гирифтори деформат-



сияи миёндевори бинӣ дар якҷоягӣ бо патологияҳои ковокии бинӣ зиёд мекунад.

**Хулоса.** Аз рӯи натиҷаҳои бадастомада ба хулосае омадан мумкин аст, ки истифодаи маводҳои дорувории таҳқиқшуда- дамо-

баи шалфейи доругӣ ва чойкаҳаки баргсӯроҳ дар муолиҷаи баъдичарроҳии беморони гирифтори қачшавии миёндевори бинӣ дар якҷоягӣ бо патологияҳои ковокии бинӣ мақсаднок ва самарабахш мебошад.

#### Адабиёт

1. Болонеза Е.В. Динамика носовой проходимости при различных видах тампонады носа после септумоперации /Е.В. Болонеза/ Российская оториноларингология -2012-№1– С.32-35
2. Влияние кавитированного низкочастотного ультразвука на динамику репаративных процессов в хирургии нижних носовых раковин и перегородки носа /Пустовит О. М.[и др.]/ Российская оториноларингология -2017-№5– С.66–73.
3. Гуломов З. С. Анализ оториноларингологической заболеваемости населения Республики Таджикистан за период 2012–2016 гг /З. С. Гуломов, З. Д. Курбанова, Ф. Х. Адылова / Российская оториноларингология -2018 -№ 3 (94) –С.18-22
4. Добрецов К.Г. Морфологическая оценка слизистой оболочки полости носа у пациентов с хроническим полипозным риносинуситом /К.Г. Добрецов, С.В. Макаревич/ Российская ринология-2016-№ 3 – С.13-16
5. Иригационная терапия в ринологии: в поисках оптимального метода /А.С. Лопатин [и др.]/ Российская ринология -2018 -№ 1–С.46-53
6. Махмудназаров М.И. Хирургическая коррекция деформации носа и носовой перегородки. Душанбе: Ирфон-2016- 115 с.
7. Морфофункциональные особенности клеток назального секрета у больных целиакией с хроническими заболеваниями верхних дыхательных путей /А.А. Карпов [и др.]/ Российская ринология -2018 -№ 1–С.32-37
8. Мусоев С.М., Саидов Н.Д., Краснюк И.И., Саидов Н.Б. Технологии фармасевти. Душанбе-2017. 712 сах.
9. Рахмонов А.У. Лекарственные растения флоры Таджикистана, применяемые в оториноларингологии /А.У. Рахмонов, М.Д. Шоев, С.М. Мусозода, М.И. Махмудназаров, О.С. Шпичак, М.М. Зарипова// Международный научно-практический журнал для фармацевтов и врачей «Рецепт» – 2019, том 22, № 6 – Стр. 913-923.
10. Саламатин, А.А. Кинетика экстракции биологически активных веществ из растительного сырья кипящим растворителем/А.А. Саламатин, Р.Ш. Хазиев, А.С. Макарова, С.А. Иванова // Теорет. основы хим. технологии – 2015. – Том 49, № 2 – С. 200 – 206.
11. Структура и антибиотикорезистентность основных возбудителей заболеваний ЛОР-органов в Екатеринбурге /Х.Т. Абдулкеримов, [и др.]/ Российская ринология -2017-№ 2– С.34-36
12. Assessment of disease control in allergic rhinitis / [Demoly P. et al.]// Clin. Transl. Allergy. – 2013. – Feb. № 18. 3(1). P. 7.
13. Baumann I. Quality of life before and after septoplasty and rhinoplasty [I. Baumann] // Laryngorhinootologie. - 2010. - May. №89. - S. 1. - P. 35-45.
14. Jankowski R. Revisiting human nose anatomy: phylogenetic and ontogenic perspectives. [R. Jankowski] Laryngoscope 2011; 121(11):2461–7.
15. “Mathematical equations to predict positive airway pressures for obstructive sleep apnea: a systematic review,” [M.Camacho [et al.]]Sleep Disorders, 2015. vol. 2015, Article ID 293868, 11 pages.



## КЛИНИКО-ТЕОРИТИЧЕСКОЕ ОБОСНОВАНИЕ ЗАМЕНЫ АНТИБИОТИКОВ ГАЛЕНОВЫМИ ПРЕПАРАТАМИ В ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

Шоев М.Д.

Кафедра оториноларингологии ГОУ “ТГМУ имени Абуали ибни Сино” г. Душанбе, Таджикистан

В рамках исследования 150 больным с искривлением носовой перегородки сочетанное с гипертрофией носовых раковин было проведено хирургическое вмешательство-септопластика и УЗД нижних носовых раковин. В послеоперационном периоде промывание полости носа пациентов основных групп проводили настоями зверобоя продырявленного и шалфея лекарственного. Результаты клинического опыта показывали, что в основных группах не наблюдаются клинические показания для назначения антибиотиков.

Полученные результаты позволяют предположить, что антибиотикотерапия в послеоперационном периоде у больных с искривлением носовой перегородки сочетанное с гипертрофией носовых раковин может быть заменена галеновыми препаратами, в частности настоями зверобоя продырявленного и шалфея лекарственного.

Ключевые слова: искривление носовой перегородки, гипертрофия носовых раковин, галеновые препараты, шалфей лекарственный, зверобой продырявленный.

## CLINICAL AND THEORETICAL SUBSTANTIATION OF REPLACEMENT OF ANTIBIOTICS WITH GALENIC PREPARATIONS IN OTORHINOLARYNGOLOGICAL PRACTICE

Shoev M.D.

Department of Otorhinolaryngology, State Educational Institution “TSMU named after Abuali ibn Sino”, Dushanbe, Tajikistan

As part of the study, 150 patients with curvature of the nasal septum combined with turbinate hypertrophy underwent surgery - septoplasty and ultrasound of the lower turbinates. In the postoperative period, washing of the nasal cavity of patients of the main groups was carried out with infusions of *Hypericum perforatum* and *salvia officinalis*. The results of clinical experience showed that in the main groups there are no clinical

indications for prescribing antibiotics. The results obtained suggest that antibiotic therapy in the postoperative period in patients with a curvature of the nasal septum combined with hypertrophy of the nasal concha can be replaced by galenic preparations, in particular infusions of *Hypericum perforatum* and *salvia officinalis*.

**Key words:** nasal septum curvature, turbinate hypertrophy, galenic preparations, *salvia officinalis*, *Hypericum perforatum*.

**Шоев Манучехр Давроншоевич** – н.и.т. ассистент кафедры оториноларингологии МДТ “ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино”, e-mail: [shoeymd@mail.ru](mailto:shoeymd@mail.ru), ORCID 0000-0001-9244-0203 тел.: 93-400-47-57.

**Шоев Манучехр Давроншоевич** - к.м.н. ассистент кафедры оториноларингологии ГОУ “ТГМУ имени Абуали ибни Сино”, e-mail: [shoeymd@mail.ru](mailto:shoeymd@mail.ru), ORCID 0000-0001-9244-0203 тел.: 93-400-47-57.

**Shoev Manuchehr Davronshoevich** - Ph.D. Assistant of the Department of Otorhinolaryngology, State Educational Institution “TSMU named after Abuali Ibni Sino”, e-mail: [shoeymd@mail.ru](mailto:shoeymd@mail.ru), ORCID 0000-0001-9244-0203 тел.: 93-400-47-57.

## СТОМАТОЛОГИЯ

### ЧАНБАҲОИ ЭПИДЕМИОЛОГИИ ТАКМИЛДИҲИИ ЁРИИ СТОМАТОЛОГИЯИ ОРТОПЕДИ

А.Р.Зарипов, Х.С.Шарипов, М.А.Эсанов

Кафедраи стоматологияи ортопедии МДТ «ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино».

**Муҳиммият.** Аҳамияти тадқиқотҳои эпидемиологӣ имконияти бо ёрии онҳо ба дастории маълумоти объективӣ ва бештар саҳеҳ оиди ҳолат ва эҳтиёҷи ин ё он гурӯҳи аҳоли ба намудҳои гуногуни ёрии стоматологӣ мебошад [1,2,3]. Тадқиқотҳои илмӣ сершумор, ки муаллифон гузаронидаанд ва асоси методии онҳо коркардҳои Ташкилоти умумичаҳонии тандурустӣ мебошад, асосан ба омӯзиши талаботи аҳоли дар намудҳои гуногуни ёрии стоматологӣ [1,3] ва аз он ҷумла ёрии ортопедӣ [2,4] равона шудааст. Далелҳои ба дастамада оиди эҳтиёҷмандӣ дар табобати ортопедии стоматологӣ, доир ба паҳншавии нуқсонҳои қатори дандонҳо миёни аҳолии муоинашуда маълумот медиҳад [5,6].

**Мақсади тадқиқот.** Муайянкунии чанбаҳои асосии тақмилиҳи ёрии стоматологияи ортопедӣ.

**Мавод ва усули тадқиқот.** Барои коркарди муносибати аз ҷиҳати илмӣ асоснок ба табобати ортопедии стоматологӣ мо таҳғиги эпидемиологӣ кариеси дандон ва бемориҳои пародонтро дар аҳолии колонсоли ш.Душанбе гузаронидем. Муоинаи ковокии даҳон дар 1000 нафари синну солашон аз 20 то 60 сола иҷро шуд. Ҳамаи муоинашудагон мувофиқи синну сол чунин гурӯҳбандӣ шуданд: 20-29, 30-39, 40-49, 50-59, 60 сола ва калонсолон.

Барои муайянкунии ҳолати ниёзмандии ҳайати аҳолии муоинашуда ба ёрии ортопедии стоматологӣ маълумот оиди таркиби ҷузъҳои ташкилкунандаи нишондоди КПУ (К – кариес, П- пломбшуда, У - кандагӣ) бештар аҳамият дорад. Аз ин сабаб мо омӯзиши муфассали ҷузъҳои таркибии КПУ («К», «Р», «Х», «П», «У») – ро дар ҳар як гурӯҳи синнусолӣ гузаронидем. Натиҷаҳои ба дастамада нишон доданд, ки фоиз ба бузургии умумии КПУ дар гурӯҳи синнусолии

дахлдор ва вазни хоси асосиро дандонҳои кандашуда («У») ташкил медиҳад.

Бо ҳисоби миёна дар ҳамаи муоинашудагон нишондиҳандаи «У» 45,6% -ро ташкил дод. Лекин, вазни хоси бештари дандонҳои кандагӣ дар синни 60 сола ва калонсолон ҷой дорад, ки бузургии миёнаи ҷузъи таркибии муоинашуда ба 60,3% баробар буд.

Аз ҳама камтар дандонҳои кандагӣ дар гурӯҳи синусолии 20-29 сола (19,1%) ба қайд гирифта шуд. Бузургии нишондоди тадқиқшаванда дар синусолҳои боқимонда ҳолати мобайниро ишғол намуд.

Умуман элементи «У» дар таркиби нишондодҳои КПУ дар байни муоинашавандагон вобаста аз синусол доимо зиёд мешавад, хусусан сермахсулии ҷараён пас аз 40 солагӣ ба қайд гирифта мешавад.

Омӯзиши шиддатнокии кариес дар бурриши ҷузъҳои таркибии КПУ нишон дод, ки ҷойи дуҷумро далелҳо оиди вазни хоси дандонҳои кандашаванда (элементи «Х») ва оризаҳои кариеси дандонҳо ишғол мекунад.

**Натиҷаи тадқиқот ва баррасии он.** **Натиҷаҳои** тадқиқот аз он шаҳодат медиҳад, ки вазни хоси дандонҳои кандашаванда дар гурӯҳҳои синусолии 20-29 сола (7,43%), 30-39 сола (9,93%), 40-49 сола (10,01%), 50-59 сола (8,40%) амалан дар як сатҳ ҷойгиранд. Дар айни замон, ҷузъи таркибии тадқиқшавандаи шиддатнокии кариес дар 60-солагӣ майли баръало ба камшавӣ (5,78%) дорад.

Далелҳои ба дастамада оиди ҷараёни инкишофи ҷузъи таркибии кариеси дандонҳо («К») ва оризаҳои он, ки табобатшавандаанд (элементи «Р») аз он шаҳодат медиҳад, ки нишондодҳои қайдшуда бо зиёд шудани синну сол майли баръало ба камшавӣ доранд. Ҳамин тавр, таркиби синусолии элементи «К» ба фоиз дар бузургии КПУ дар 20-29 сола 35,11%, дар 30-39 сола - 26,05%,



дар 40 - 49 - 18,60%, дар 50-59 – 14,13% ва дар 60 сола ва калонсолон - 9,11%-ро ташкил дод.

Таркиби ташкилкунундаи нишондиҳандаҳои КПУ аз рӯи элементи «Р» дар байни муоинашудагон ба таври муносиб 10,01%, 10,86%, 6,66%, 4,01% ва 3,01% - ро ташкил дод. Ҳамин тавр, чузъҳои таркибии тадқиқшаванда бо зиёд шудани синусоли муоинашавандагон, майли баръало ба камшавӣ доранд. Барои муайянкунии ҳаҷми расонидани ёрии стоматологияи ортопедии минбаъда ба муоинашавандагон мо чунин нишондодро мисли «бебозгашт талафёбии дандонҳо» - ро таҳлил намудем. Нишондоди мазкур аз ҳисоби дандонҳои кандагӣ ва дандонҳое, ки бояд канда шаванд тартиб дода мешавад, яъне аҳамияти умумии элементҳои номбаршуда («У»+«Х»). Мо муқаррар намудем, ки ба ҳисоби миёна дар ҳамаи муоинашудагон нишондиҳандаи умумии мазкур дар таркиби КПУ баландтар аст- 60,6%. Яъне, дар байни муоинашудагон пастшавии баръалои самаранокии хоиш ва вазни хоси калони дандонҳои талафёфта аз рӯи элементҳои номбаршуда ошкор гардид, ки оиди ниёзмандии ниҳоят баланди муои-

нашудагон ба ёрии стоматологияи ортопедӣ шаҳодат медиҳад.

Таҳлили таркибии баргузоргашта имкон медиҳад, ки хулоса барорем, ки далелҳои бо усули клиникӣ-эпидемиологӣ ба дастмадаро духтур-стоматологҳо метавонанд ҳангоми ташкил кардани ёрии стоматологияи ортопедӣ истифода баранд. Аҳамияти асосноккунии клиникӣ-эпидемиологии тақмилдиҳии ёрии стоматологияи ортопедӣ аз он иборат аст, ки стоматолог-ортопедҳо далели ҳақиқӣ ба даст меоранд ва онҳо метавонанд корҳои худро ба нақша гиранд, инчунин дар як дараҷаи муайян пешгӯӣ кунанд.

**Хулоса.** Ҳамин тавр, нуқтаи назари клиникӣ-эпидемиологӣ дар тартиби хизматрасонии стоматологӣ тасаввуроти аёниро оиди ниёзмандии муоинашудагон ба табобати ортопедӣ медиҳад. Чи тавре, ки натиҷаҳои таҳлили баргузоргашта нишон дод, тамоман бештари муоинашудагон ба протезмонии дандонӣ эҳтиёҷ доштанд. Қайд намудан кифоя аст, ки аз 2/3 ҳиссаи муоинашудагон дар синусоли 20 сола ва калонсолон дар ин ё он намуди ёрии стоматологияи ортопедӣ эҳтиёҷ доранд.

#### Адабиёт

1. Ашуров Г.Г. Основные направления развития стоматологии Таджикистана в новых политико-экономических условиях: Автореф. д-ра мед. наук. –М., 1995. – 47с.
2. Гокоева Л.С. Пути совершенствования стоматологических подразделений в новых экономических условиях хозяйствования: Дисс... канд.мед.наук. –М. 1993. –С. 94-113.
3. Розиев И.У. Совершенствование стоматологической помощи военнослужащим, находящимся в условиях чрезвычайного положения: Автореф. Дис...канд. мед. наук. – Душанбе, 2003. – 21с.
4. Зарипов А.Р. Клинико-эпидемиологические и социологические аспекты организации ортопедической помощи населению на основе дентальных имплантатов: Автореф. Дис...канд. мед. наук. – Душанбе, 2005. – 21с.
5. Кукушкин, В.Л. Некоторые эпидемиологические аспекты осложнений кариеса зубов / В.Л. Кукушкин, М.В. Смирницкая, Е.А. Кукушкина // Эндодонтия today. -2014. -№ 1.- С. 3-5.
6. Петрикас А.Ж. Эпидемиологические данные по изучению эндодонтических поражений зубов / А.Ж. Петрикас, Е.Л. Захарова, Ю.Н. Образцов // Эндодонтия today. -2009. -№ 3-4. –С. 35-37.



## ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ ОРТОПЕДИЧЕСКОЙ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ

А.Р.Зарипов, Х.С.Шарипов, М.А. Эсанов

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

Значение эпидемиологических методов лечения заключается в возможности получения объективной и более подробной информации о состоянии и потребности того или иного больного в различных видах стоматологической помощи.

Многочисленные научные исследования, проводимые авторами, методологической основой которых являются работы Всемирной организации здравоохранения, в основном

направлены на изучение потребности населения в различных видах стоматологической помощи, в том числе ортопедической. Полученные данные о необходимости ортодонтического лечения зубов позволяют получить информацию о распространенности дефектов зубного ряда среди обследованного населения.

**Ключевые слова:** ортопедическая стоматология, эпидемиологический аспект показаний КПУ, возрастная группа.

*Зарипов Акбар Рахмонович, номзади илмҳои тиб, дотсент, мудири кафедраи стоматологияи ортопедии ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино, [Zaripov.Dovud.98@bk.ru](mailto:Zaripov.Dovud.98@bk.ru) тел. 93-803-63-29*

*Шарипов Хуршед Саидҷонович, ассистенти кафедраи стоматологияи ортопедии ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино, тел. 918 22 88 08*

*Эсанов Мулоҳасан Абдусаломович, ассистенти кафедраи стоматологияи ортопедии ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино, тел. 918-85-40-61., [babak004@mail.ru](mailto:babak004@mail.ru)*

*Зарипов Акбар Рахмонович, кандидат медицинских наук, доцент, зав. кафедрой ортопедической стоматологии ТГМУ им. Абуали ибни Сино, [Zaripov.Dovud.98@bk.ru](mailto:Zaripov.Dovud.98@bk.ru) тел. 938-03-63-29*

*Шарипов Хуршед Саидҷонович, ассистент кафедры ортопедической стоматологии ТГМУ им. Абуали ибни Сино, тел. 918 22 88 08*

*Эсанов Мулоҳасан Абдусаломович, ассистент кафедры ортопедической стоматологии ТГМУ им. Абуали ибни Сино, тел. 918-85-40-61., [babak004@mail.ru](mailto:babak004@mail.ru)*

*Zaripov Akbar Rakanovic, associate Professor, head. the Department of dental orthopedics of TSMU them. Avicenna, [Zaripov.Dovud.98@bk.ru](mailto:Zaripov.Dovud.98@bk.ru) tel 93-803-63-29*

*Sharipov Khurshed Saidzhonovich, Assistant of the Department of Prosthetic Dentistry, TSMU Abuali ibni Sino, tel. 918 22 88 08*

*Eсанов Mulohasan Abdusalomovich, assistant of the Department of Prosthetic Dentistry, TSMU Abuali ibni Sino, tel. 918-85-40-61 [babak004@mail.ru](mailto:babak004@mail.ru)*

## НИШОНДОДИ ИСТИФОДАИ ПРОТЕЗ БО БАЗИСИ ХУРДКАРДАШУДА ДАР ЧОҒИ БОЛО ҲАНГОМИ АДЕНТИЯИ ПУРРА

Зарипов А.Р., Одинаев И.С., Шарипов Х.С.

Кафедраи стоматологияи ортопедии ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино

**Муҳиммият.** Дар даҳсолаи охир стоматологияи ортопедӣ дар протезмонӣ ҳангоми пурра набудани дандонҳо муваффақиятҳои калон ба даст овард. Ба он омӯзиши ҳаматарафаи бофтаҳои қойи протезии қоғҳои бедандон то ва пас аз протезмонӣ, коркарди усулҳои муоинаи гуногун, гирифтани қола-

би мукамал, истифодаи масолахҳои нави қолабгирӣ ва базисӣ, яъне баландшавии самаранокии таботати ортопедии қоғҳои бедандон мусоидат мекунад [1,2,3]. Аммо бояд қайд намуд, ки самаранокии таботати ортопедӣ дар бештар ҳолатҳо дар беморони дорои шароити мусоиди ковокии даҳон ба даст



омад, дар шахсони дорои чараёни баланди фарсоишӣ, хусусияти патологиии бофтаҳои ҷойи протезӣ, ҳассосияти баланд ҳангоми истифодаи протез масъалаи самаранокии табобат ҳалли худро пурра наёфтааст [4,5]. Аз ин рӯ, табобати ортопедии чунин шахсон то ҳол проблеммаи мубрам буда, диққати бисёр тадқиқотчиён ва стоматолог-ортопедҳо ба худ ҷалб менамояд. Як қатор муаллифон чунин меҳисобанд, ки дар ҳолати мавҷудияти шароити хуб, низ яке аз камбудии асосӣ ҳангоми табобати ортопедии беморон бо ҷоғи болои бедандон пурра пӯшида шудани коми саҳт бо базиси протез мебошад ва он боиси пастшавии ҳисси ҳарорати хӯрок, аксуламал ба ҷисми бегона гашта, баъзан боиси рефлекси қайкунӣ ва пастшавии дарки таъми хӯрок мегардад [1,7].

Барои баргарафсозии зухуротҳои мазкур дар ҷоғи боло тайёркунии протез бо базиси хурдшуда (протези беком) тавсия шуд. Якчанд муаллифон қайд намудаанд, ки устувории чунин протезҳо ҳангоми функсия танҳо дар ҳолати дорои шароити хуб будани ҷойи протезӣ таъмин мегардад [6,8]. Дар ҷоғи боло майдони базис нисбати ҷоғи поён, чун қоида, доимо зиёд аст, дар натиҷа бофтаҳои ҷойи протезии ҷоғи поён зери фишори зиёд қарор мегиранд ва пас аз гузоштани протез зуд-зуд ислоҳкунии он зарур аст [3].

Барои беҳбудӣ ва тақсимои дурусти фишор дар ҷоғи поён қолаби тафриқашуда пешниҳод шуд, ки боиси беҳтаршавии самаранокии табобати ортопедии беморон гардид. Барои пастшавии фишори хоиш ба пардаи луобии ҷоғи поён, чи тавре, ки тадқиқотҳо нишон доданд, дар ҷоғи боло тайёркунии протез бо базиси хурдшуда мувофиқи мақсад мебошад [6]. Дар адабиёти дастрас масъалаҳои мазкур тасвири васеъ наёфтааст. Нишондоди тайёркунии протезро бо асоси хурдшуда дар ҷоғи болои якчанд гурӯҳ беморон коркард намуда, дар назди мо вазифаи ҳалли масъалаи оиди беҳтарсозии устувории чунин протезҳо ҳангоми функсия меистад [8].

**Мақсади тадқиқот.** Беҳтаршавии самаранокии табобати ортопедии беморон бо ҷоғи болои бедандон.

**Мавод ва усулҳои таҳқиқот.** Барои иҷроиши вазифаҳои гузошташуда дар клиникаи кафедраи стоматологияи ортопедии Маркази таълимӣ, илмӣ-клиникии «Стоматология»-и ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино 150 нафар беморон муоина ва 100 нафар барои табобат қабул карда шуд, ки синнашон аз 52 то 75 сола буда, аз онҳо 63 нафар занҳо ва 37 нафар мард буд. Беморонро мувофиқи аломатҳои анатомияи топографияи ҷойи протезӣ ба 5 гурӯҳ ҷудо намудем. Ба гурӯҳи якум 25 бемор бо фарсоиши дараҷаи 1 ва 2 ҷоғи болои бедандон ва дараҷаи 3-4 фарсоиши ҷоғи поён бедандон дохил шуданд. Ба гурӯҳи дуюм 17 нафар бемор бо ҳассосияти баланди дард ва дараҷаи гуногуни фарсоиш, ба гурӯҳи сеюм бошад 18 нафар бемор бо рефлекси баланди қайкунӣ ва фарсоиши дараҷаи 1-2 ҷоғи поён дохил шуданд. Гурӯҳи чорумро 12 нафар бемор бо торуси баръало ва фарсоиши дараҷаи 1-2 ҷоғи болои бедандон ва фарсоиши дараҷаи гуногуни ҷоғи поён ташкил доданд. Ба гурӯҳи панҷум 8 нафар бемор бо афзоиши папилломатозӣ дар коми саҳт ҳангоми фарсоиши дараҷаи 1-2 ҷоғи боло ва фарсоиши дараҷаҳои гуногуни ҷоғи поён дохил шуданд.

Гурӯҳи назоратиро 20 нафар ташкил доданд, ки аз рӯи хусусиятҳои анатомияи топография ба беморони гурӯҳҳои якум ва дуюм мувофиқ буданд ва барои онҳо дар ҷоғи боло протези гирифташавандаи пурра бо сарҳадҳои муқаррарӣ тайёр карда шуд. Объекти тадқиқот беморони дар ҷоғи боло ҳангоми пурра набудани дандонҳо бо фарсоиши дараҷаи якум ва дуҷоғи теғайи шоҳаи алвеолярӣ протези асосаш хурдшуда истифодабаранда ва беморони дар ҷоғи поён ҳангоми фарсоиши дараҷаи 1-4 протези пурраи гирифташаванда бо сарҳадҳои муқаррарӣ истифодабаранда буданд. Ҳангоми таҳқиқот дараҷаи ёзандагӣ ва ҳассосияти дардии пардаи луобии даҳон муайян карда шуд. Дар беморони гурӯҳи якум (25 нафар), инчунин беморони дуюм гурӯҳ (17 нафар) ва бемороне, ки гурӯҳи назоратиро ташкил доданд тобоварии пардаи луобии ҷойи протезӣ муайян карда шуд. Зичшавии сарпӯши дисталии (клапани дисталӣ) про-





тезро мо ба ду усул ба даст овардем. Усули кандакории чукурчаҳо дар намунаҳои гачии чоғҳо ва тарбандии (компрессия) бофтаҳои нарм дар канори дисталӣ ҳангоми гирифтани қолаби функционалӣ. Лекин, дар ҳама ҳолатҳо дараҷаи ёдандагии (податливость) пардаи луобии ковокии даҳон ба инобат гирифта шуд.

Дар ҳолати яқум қолаби функционалӣ аз чоғи боло бо қошуқи инфиродӣ аз гачи суюк ва репин гирифта шуд. Баъд дар намунаи кории гачии чоғ сарҳади камшавии базиси протезро дар маҳали коми сахт ва нишонаҳои нуқтаҳои муайянкунии ёзандагии пардаи луобии ковокии даҳонро қайд намудем. Бо ёрии асбоби махсус чукурчаҳо ба дарозии сарҳади қайдшуда тартиб дода шуд, ки чуқурии он аз 50%-и дараҷаи ёзандагии пардаи луобӣ дар ин ё он маҳали коми сахт зиёд нест. Дар ҳолати дуҷум дар намунаи гачии пешакӣ аз қолаби анатомӣ омодагашта қошуқҳои инфиродии дурушт (аз пластмасса) тайёр карда шуд, ки мувофиқи сарҳади қайдшудаи протези оянда кӯтоҳ карда шуд. Пеш аз гирифтани қолаби корӣ аз чоғи боло ба дарозии сарҳади дисталӣ аз самти дохилӣ лавҳаи мум ё ортокори паҳниаш аз 4 то 5 мм, ғафсиаш бошад на бештар аз нисфи андозаи дараҷаи ёзандагӣ бо равиши сарҳади дисталӣ часпонида шуд. Қолаб аз масолеҳҳои гуногуни қолабгирӣ – гачи моль, репин гирифта шуд.

**Натиҷаи тадқиқот ва таҳлили он.** Натиҷаҳо нишон доданд, ки ҳарду усули тайёркунии протезҳо бо базиси хурдшуда тақрибан фоизи якхелаи аъло, хуб ва қаноатбахш доранд. Як ҳафта пас аз гузоштани протезҳо фарқияти қатъӣ ба қайд гирифта нашуд ва тобоварии пардаи луобии чойи протезӣ ҳам ҳангоми истифодаи протез бо сарҳади

муқаррарӣ, инчунин ҳангоми протезҳои базисашон хурдшуда дар чоғи боло якхела буд. Лекин, пас аз як моҳ фарқияти кам, пас аз 3 моҳи истифодаи протезҳо бошад, фарқияти дақиқ дар дараҷаи тобоварии пардаи луобии чойи протезӣ ҳангоми истифодаи протезҳо бо базиси хурдшуда ба қайд гирифта шуд.

Аз далелҳои дар боло қайдшуда бармеояд, ки камшавии майдони базиси протези чоғи боло дар зиёдшавии тобоварии пардаи луобии шохаи алвеолярии чоғи поёни бедандон таъсири мусоид мерасонад, ки дар навбати худ мутобиқшавии беморро ба протез тезонида, боиси баландшавии самаранокии табобати ортопедӣ мегардад.

Бо мақсади муқоисаи майдони чойи протезии чоғҳои бедандон ҳангоми дараҷаҳои гуногуни фарсоиш дар 30 нафар патсиентҳои гурӯҳи яқум ва дуҷум ченкунии майдони чойи протезӣ гузаронида шуд. Таҳлили далелҳои бадастомада имкон дод, ки ҳулоса барорем, ки бо меъёри тезшавии фарсоиши шохаи алвеолярии чоғи поён фарқият байни майдони чойи протезии чоғи боло аз 28,93 см. дар квадрат то 50,6 см. ҳангоми фарсоиши дараҷаи 5 зиёд мешавад. Кӯтоҳбудани сарҳади протез дар чоғи болои бедандон ҳангоми дараҷаи бештари фарсоиши чоғи поён имкони хеле камшавии сарҳади мазкурро (то 29,58 см) медиҳад.

**Ҳулоса.** Ҳамин тариқ, ҳангоми табобати беморон бо пурра набудани дандонҳо дар ҳарду чоғ, бояд андозаи майдони базиси протезҳо бо ҳам ниҳоят наздик бошанд. Чунин рафтор имкони баробар шудани сарбориро ба бофтаҳои чойи протезӣ таъмин намуда, манбаъҳои душворбартаарафшавандаи ғизлати фишорро зерин базиси протез дар чоғи поён пешгирӣ мекунад.

#### Адабиёт:

1. Калинина Н.В. Протезирование при полной потере зубов /Н.В. Калинина, В.А. Загорский. М.: Медицина, 1990. - 223 с.
2. Моргачев А.В. Оптимизация ортопедического лечения больных с полным отсутствием зубного ряда: Автореф. дис. канд. мед. наук./А.В. Моргачев. М., 1996, -21с.
3. Абулмасов М.Г. «Ортопедическая стоматология»./ М.Г. Абулмасов. // М. - 2013. -563с.
4. Аратюнина С.Д. «Ошибки на этапах изготовления полных съёмных протезов»./ С.Д. Аратюнина // Практическая стоматология. –М. - 2014. -36с.



5. Значение анатомо-топографических особенностей строения беззубой верхней челюсти пациентов при протезировании / И. С. Рединов, О.В. Головатенко, С.И. Метелица [и др.] / Труды Ижевской государственной медицинской академии: сб. науч. ст. - Ижевск, 2017. - С. 116-118.

6. Съёмное протезирование / С.И. Гурина [и др]. // Современные тенденции развития науки и технологий. - 2017. - № 1-3. - С. 18-21

7. Татаурова, А. С. Состояние слизистой оболочки рта пациентов, пользующихся съёмными протезами. Факторы, влияющие на ее здоровье / А.С. Татаурова, А. С. Локтина, Д. А. Останина. - // Молодежь и медицинская наука в XXI веке. Сб. науч. трудов XX Всерос. научной конф. студентов и молодых ученых с Международным участием. - Киров, 2019. - С. 338-339

8. Федорова Н. С. Полная вторичная адентия у пациентов пожилого и старческого возраста / Н.С. Федорова // Актуальные вопросы стоматологии: сб. научных тр. Посвященный основателю кафедры ортопедической стоматологии КГМУ проф. И. М. Оксману. - Казань, 2019. - С. 332-334.

## ПОКАЗАНИЯ ПРИМЕНЕНИЯ ПРОТЕЗ С УМЕНШЕННЫМ БАЗИСОМ НА ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ПРИ ПОЛНОЙ АДЕНТИИ

**А.Р.Зарипов, И.С.Одинаев, Х.С.Шарипов**

Кафедра ортопедической стоматологии ТГМУ им.Абуали ибни Сино

В последние десятилетия ортопедическая стоматология добилась больших успехов в протезировании больных с полным отсутствием зубов. Этому способствовали разностороннее изучение тканей протезного ложа беззубых челюстей до и после протезирования, разработка различных методов обследования, получение полноценных слепков, применение новых слепочных и базисных материалов, а значит, и повышение эффективности ортопедического лечения этой категории лиц. Однако следует отметить что эффективность ортопедического лечения в большинстве своем достигалось у больных

с благоприятными условиями в полости рта, но у лиц с резкими атрофическими процессами, патологическими особенностями тканей протезного ложа, повышенной чувствительностью к пользованию пластичными протезами вопрос эффективности полностью еще не решен. Вот почему ортопедическое лечение у такой категории больных все еще продолжает оставаться актуальной проблемой и привлекает многих исследователей и врачей ортопедов.

**Ключевые слова:** беззубые челюсти, безнёбный протез, атрофия, протезная ложа

## APPLICATION OF INFINITE PROSTHESES IN THE UPPER JAW IN THE COMPLETE ABSENCE OF TEETH.

**A.R.Zaripov, Kh.S.Sharipov, I.S.Odinaev**

Department of Orthopedic Dentistry (Head of the Department, Associate Professor Zaripov A.R.) TSMU named after Abuali Ibni Sino

In recent decades, prosthetic dentistry has achieved great success in prosthetics of patients with complete absence of teeth. This was facilitated by a multifaceted study of the tissues of the prosthetic bed of the edentulous jaws before and after prosthetics, the development of various methods of examination, obtaining full-

fledged impressions, the use of new impression and base materials, and hence an increase in the effectiveness of orthopedic treatment of this category of persons. However, it should be noted that the effectiveness of orthopedic treatment in the majority was achieved in patients with favorable conditions in the oral cavity, but those



with sharp atrophic processes, the pathological features of the tissues of prosthetic bed, a heightened sensitivity to the use of plastic prostheses the question of efficiency has not been fully addressed. That is why orthopedic treatment

in this category of patients still continues to be a pressing problem and attracts many researchers and orthopedic surgeons.

**Keywords:** toothless jaws, non-sinus prosthesis, atrophy, prosthetic bed.

**Зарипов Акбар Рамонович**, номзади илмои тиб, дотсент, мудири кафедраи стоматологияи ортопедии ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино, [Zaripov.Dovud.98@bk.ru](mailto:Zaripov.Dovud.98@bk.ru) тел. 93-803-63-29

**Одинаев Исломиддин Сангович**, номзади илмои тиб, директори МТИК «Стоматология»-и ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино, тел. 93 444 42 28

**Шарипов Хуршед Саидҷонович**, ассистенти кафедраи стоматологияи ортопедии ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино, тел. 918 22 88 08

**Зарипов Акбар Рамонович**, кандидат медицинских наук, доцент, зав.кафедрой ортопедической стоматологии ТГМУ им. Абуали ибни Сино, [Zaripov.Dovud.98@bk.ru](mailto:Zaripov.Dovud.98@bk.ru) тел. 93-803-63-29

**Одинаев Исломиддин Сангович**, номзади илмои тиб, директори МТИК «Стоматология»-и ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино, тел. 93 444 42 28

**Шарипов Хуршед Саидҷонович**, ассистент кафедры ортопедической стоматологии ТГМУ им. Абуали ибни Сино, тел. 918 22 88 08

**Zaripov Akbar Rakanovic**, associate Professor, head.the Department of dental orthopedics of TSMU them. Avicenna, [Zaripov.Dovud.98@bk.ru](mailto:Zaripov.Dovud.98@bk.ru) tel 93-803-63-29

**Odinaev Islomiddin Sangovich**, associate Professor director МТИК «Стоматология» TSMU Abuali ibni Sino, tel.93-4444228

**Sharipov Khurshed Saidzhonovich**, Assistant of the Department of Prosthetic Dentistry, TSMU Abuali ibni Sino, tel. 918 22 88 08

## РЕАБИЛИТАТСИЯИ КӯДАКОН БО РОҒИ ЛАБИ БОЛО ВА КОМ

Қосимов М.М.

МД «Пажӯҳишгоҳи илмию клиникӣи стоматология ва ҷарроҳии ҷоғу рӯй»

**Муҳиммият.** Яке аз намудҳои маъмули инкишофи нуқсонҳои модарзодӣ ин нуқсонҳои модарзодии минтакаи ҷоғу рӯй, мебошанд.

Дар асоси маълумоти адабиётҳо дар солҳои охир дар тамоми ҷаҳон шумораи кӯдакони гирифтори нуқсонҳои модарзодӣ 1:700-1:1000 таваллуд мешавад, ки 90%-и онро кӯдакони гирифтори роғи модарзодии лаби боло ва ком ташкил менамоянд [1-3, 5].

Роғи модарзодии лаби боло ва ком яке аз намудҳои вазнини нуқсони модарзодии минтакаи ҷоғу рӯй мебошад, ки бо хусусиятҳои на танҳо анатомӣ, балки роҳҳои нафаскашӣ, ғизо ва нутқ тавсиф карда мешавад. [1-3, 5, 7, 8].

Усулҳои гуногуни табобати роғи модарзодии лаби боло ва ком мавҷуданд [1-3, 5].

Дар шароити кунунӣ бо ёрии саривақтии тиббӣ - логопедӣ барои инкишофи ҳамаҷонибаи ҷисмонӣ ва равонии кӯдаки дорои роғи модарзодии лаби боло ва ком тамоми шароити заруриро фароҳам овардан мумкин аст [1-3, 7, 8].

Ҳамасола дар ҷаҳон 30 000 кӯдак бо нуқсонҳои модарзодии рӯй, гардан ва косоҳонаи сар таваллуд мешаванд, ки 70%-и онҳо ро нуқсонҳои минтакаи ҷоғу рӯй ташкил медиҳанд [1-3, 8-11].

Тақрибан 70 % онҳо дар 7 рӯзи аввали ҳаёт аллақай дар муассисаҳои акушерӣ ошкор карда мешаванд [1-6, 8, 9].

Роғи модарзодии лаби боло ва ком намудҳои зерин дорад: роғҳои алоҳидаи лаби боло (пинҳон, ноপুরра, пурра), роғи алоҳидаи ком: (пинҳон, коми нарм, нарм ва қисми ақибӣ коми саҳт, роғи пурраи ком) роғи



якчояи лабу ком (яктарафа ва дутарафа).

**Мақсади тадқиқот** таҳлили таваллуд, паҳншавӣ, хусусиятҳои минтақавӣ, зухуроти клиникӣ, ташкили ёрии тиббӣ ба кӯдакони дорои роғи модарзодии лаби боло ва ком ва барқарорсозии онҳо мебошад.

**Натиҷаҳои тадқиқот.** Аз рӯи таҳлилҳо бармеоянд, ки табиб стоматолог дар якчоягӣ бо дигар мутахассисон барои ташхиси барвақтӣ ва барқарорсозии кӯдакон дорои нуқсонҳои модарзодии лаби боло ва ком масъулият бояд зоҳир намоянд. Аз рӯи натиҷаи ташхис (УЗИ) аллакай дар 12 ҳафтаи ҳомиладорӣ нуқсонҳои ҷанин муайян карда мешавад.

Муқаррароти муосири таваллуди кӯдакони бо роғи модарзодии лаби боло ва ком дар кишварҳои хориҷӣ чунин ба роҳ монда шудааст аст, ки ҳангоми таваллуди кӯдак бо нуқсони модарзодии минтақаи чоғу рӯй дар давоми 3 рӯзи аввал ба Марказ ва шубаҳои ҷарроҳии чоғу рӯй огоҳинома фириастода мешавад. Пас аз гирифтани огоҳнома роҳбари Марказ ташрифи ғаврии ҷарроҳ стоматологро барои гузаронидани муоинаи муфассал оиди андешидани чораҳои зарурӣ барои амалӣ намудани ғизои зарурии кӯдак ва табиб ортодонт барои ҳалли масъалаи тайёр кардани обтуратор аз рӯи намуди протези чудошаванда, ташкил менамоянд. Ҳамзамон мутахассисони зерин ба машварат даъват мешаванд:

- сармомодояҳо, неонатолог, табиби кӯдакона, ҷарроҳони стоматолог ва дигар сармутахассисони шаҳру ноҳияҳо;

- мудирони таваллудхонаҳо, шубаҳои неонатологӣ, ҷарроҳони кӯдаконаи муассисаҳои тиббии шаҳру ноҳияҳо;

- дар вақти шабона ва рӯзҳои истироҳат тахти назорати сардорони шубаҳои нишондодхоро табиби набатдори қисмҳои тиббии амалӣ менамоянд.

То омадани ҷарроҳи стоматологӣ кӯдаки навзод бояд аз ҷониби неонатолог (дар ҳолати зарурӣ табиби кудаконаи ноҳиявӣ ё шаҳрӣ) барои ошкор намудан нуқсонҳои дигари таваллуд муоина карда шавад.

Дар ҳолати ошкор гардидани нуқсон табиби кудакона машварати мутахассиси дах-

лдорро ташкил мекунад.

Ҳангоми муоинаи аввал табиб -стоматолог ҷарроҳ ташхиси дақиқро муқаррар намуда, ҳолати инкишофи ҷисмонии кӯдак ва гурӯҳи хавфи инкишофи бемориҳои ҳамрадифро муайян мекунад ва оид ба хусусияту усули ғизо тавсияҳо медиҳад. Дар баробари ин, табиб ба модар тавсия медиҳад, ки кӯдакро ба пистонаш наздик намуда, ҳангоми шир додан кӯдак сабру тоқатро пеша карда ба ӯ бо мақсади дарозтар кардани давраи ширдиҳӣ тарзи истифодаи пасмондаҳои ширро меомӯзонад [1].

Дар ҳолатҳои, ки синамакӣ имконнопазир аст, вай ба кормандони тиб ва модари кӯдак аз эмизак ё қошук (эмизак бояд дароз бошад, ки то нуқсонро маҳкам кунад ва барои макидан шароити хубтар фароҳам оварад, он бояд якчанд сӯроҳиҳо дошта бошад). Агар зарур бошад, пластинкаи чудокунандаро сохтан лозим аст. Табиб стоматолог дар якчоягӣ бо неонатолог, речаи ширхӯрии кӯдаки дорои роғи модарзодии лаби боло ва комро тартиб медиҳад (хӯрондан пас аз 2-2,5 соат 8-10 маротиба дар як рӯз иҷозат дода мешавад), инчунин ба модари кӯдак маслиҳати равонӣ, хусусиятҳои нуқсони модарзодӣ, ширхӯрӣ ва тарзи нигоҳубини кӯдаки дорои нуқсонҳои модарзодии роғи лаби боло ва ком маълумот дода, доир ба зарурати гузаронидани ҷарроҳӣ ва табобати барқароршавӣ дар Марказҳои махсусгардонидашуда ва машварати генетикӣ тавсияҳо медиҳад.

Ҷарроҳи стоматолог ба модар ва кормандони тиббӣ ёддошт медиҳад, ки дар он суроға ва рақами телефони Марказ, рӯзҳои машварат, соати қабул ва муҳлати гузаронидани машварати авалини кӯдак мушаххасан нишон дода шудааст.

Дар вақти баромадан аз таваллудхона сарҳамшира маълумоти кӯдаки навзодро ба консултатсияи бачагонаи ноҳиявӣ мефиристад, ки дар асоси ин маълумот дар дафтар даъвати духтур ба хона қайд карда мешавад. Духтури бачагона ва ҳамшираи тиббии ноҳиявӣ дар рузи якуми баъди баромадан аз беморхона кӯдаки навзодро аёдат мекунад. Дар 3-5 рӯзи аввал пас аз ҷавобшавӣ



кӯдаки дорои роғи модарзодии лаби боло ва ком мудирӣ шуъбаи амбулаторӣ муоина мекунад.

Назорати минбаъдaro табиби кӯдаконаи маҳаллӣ аз руи нақшаи индивидуалӣ дар рузномаи мушоҳидаҳои минбаъда қайд мегузорад. Табиб стоматолог ҳар ҳафта ва ҳамшираи тиббӣ ҳар рӯз ба дидорбинии кӯдаки гирифтори роғи модарзодии лаби боло ва ком меояд. Протоколи табобати барвақтии чарроҳӣ одатан дар Аврупои Ғарбӣ, ИМА ва Канада қабул карда мешаванд. Он ба гуфтаи коршиносони пешбар ба даст овардани натиҷаҳои оптималии косметикӣ ва функционалӣ: шакли табиӣ ва симметрии рӯй, сухани муқаррарӣ ва газиши физиологӣ таъмин мекунанд [1-3, 7, 8].

Мақсад аз муолиҷаи кӯдаки гирифтори нуқсонҳои роғи лаби боло ва ком на танҳо бартараф кардани нуқсон, балки ноил шудан ба шакли идеалии рӯй, нутқи муътадил ва нишон додани қатори зебои дандонҳо мебошад [2, 3, 7].

Протоколи оптималии табобати чарроҳии беморон, ки дар Пажӯҳишгоҳи Вазорати тандурустӣ ва ҳифзи иҷтимоии аҳолии Ҷумҳурии Тоҷикистон барои чунин кӯдакон таҳия шудааст, асосан марҳилаҳои зеринро дар бар мегирад:

1. Хейлоринопластикаи ибтидоӣ (пластикаи лаби боло ва бинӣ) барои ҳама намуди лаб дар синни 1 моҳа.

2. Ҷарроҳии пластикии коми нарм дар синни 6-8 моҳа.

3. Ҷарроҳии пластикии коми сахт дар синни 12-14 моҳа.

4. Пайванди устухони шоҳаи алвеолярии чоғи боло дар синни 8-12 солагӣ.

5. Амалиёти барқарорсозӣ (агар зарур бошад) дар ҳама синну сол.

Дар Пажӯҳишгоҳ тартиби расондани машварати тиббӣ бо кӯдаки гирифтори роғи лаби боло ва ком ба таври зерин таҳия карда шудааст. Пас аз мурочиати волидони кӯдаки дорои роғи модарзодии лаби боло ва ком, мудирӣ шуъбаи чарроҳии чоғу руй ташрифи фаврии чарроҳи стоматологиро барои гузаронидани муоина, муайян кардани доираи чораҳои зарурӣ барои таъмини

ғизои мувофиқи кӯдак ва ортодонт барои ҳалли масъалаи тайёр намудани намуди протези чудошаванда, обтуратор ташкил мекунад.

Кудаки гирифтори нуқсонҳои роғи лаби боло ва ком бояд дар синни якмоҳа муоина карда шавад.

Беморон бояд бо худ маълумотномаи зерин дошта бошанд:

1) роҳхати табиб;

2) маълумотномаи муфассали таваллудхона – шиносномаи тифли навзод, ки дар он маълумоти муоинаи ибтидоӣ ва натиҷаҳои ташхис (агар вучуд дошта бошанд);

3) хулосаи муфассали табиби кӯдакона оид ба динамикаи нишондиҳандаҳои антропометрӣ, инкишофи асаби равонии кудак дар моҳи аввали ҳаёт, маълумоти ташхиси клиникаи лабораторӣ;

4) маълумотнома оид ба ҳолати зани ҳомила дар давраи пеш аз таваллуд бо нишон додани хусусиятҳои рафти ҳомиладорӣ, муоинаҳое, ки хангоми ҳомиладорӣ гузаронида шудаанд ва натиҷаҳои онҳо;

5) маълумотнома дар бораи вазъи саломатии падару модар.

Ҳангоми муоинаи аввалинии кӯдак дар Пажӯҳишгоҳ ба ӯ картаи назоратии диспансерӣ ташкил карда шуда, барномаи инфиродии табобат ва барқароршавии минбаъда тартиб дода мешавад. Барномаро гуруҳи мутахассисон бо назардошти хусусияти нуқсон ва ҳолати умумии кудак тартиб медиҳанд. Он пайдарҳамии табобатро, ки мутахассисон анҷом медиҳанд, бо нишон додани шартҳои воқеии имконпазир барои ҳар як марҳила мушаххас мекунад.

Дар синни 3-6-моҳа ва баъдан дар 6-12-моҳа дар Марказ машварати ҷорӣ гузаронида мешавад, ки баъд аз он тибқи нишондодҳо (вобаста ба намуди роғ) дар беморхона бистарӣ кардани кудак барои табобати чарроҳӣ гузаронида мешавад. Ҳангоми гузаронидани пластикаи ибтидоии лаби боло ва бинӣ зарур аст, ки анатомияи муқаррарии минтақаи лабу бинӣ то ҳадди имкон самараноктар барқарор карда шавад. Ана ҳамин имкон медиҳад, ки кунҷҳои симетрӣ ва хати ростии лаби боло ва бинӣ, ха-



тҳои табиӣ рӯй дар якҷоягӣ бо ифодаи муътадили чехраи он, камони вестибули ковоки даҳон ва тарзи дурусти барқарор кардани минтақаи чоғи боло ба даст оварда шаванд.

Ҳангоми гузаронидани пластикаи ком, коми нарми ҳаракатшаванда ва андозаи муътадили ҳалқро барои самаранок ва беосеб бартараф кардан нуқсони коми саҳт, таъмин намудан зарур аст. Ин барои ташаққули нутқи муътадили кӯдак ва пешгирии пайдоиши нуқсон дар чоғи боло, яъне рӯй ва газиш мусоидат менамояд.

Дар давраи ташаққули газиш зарур аст, ки пайвастагии шоҳаи алвеолярии чоғи болоро тавассути анҷом додани пластикаи ус-тухон бо истифода аз асбобҳои муосири ортодонти қаторай зебои дандонхоро барқарор кардан лозим аст. Қаблан барои омодагӣ дидан ба хейлопластикаи марҳилавӣ, кӯдаки гирифтори нуқсони модарзодии лаби боло ва комро табиби кӯдакони ноҳиявӣ аз ташҳиси амиқи озмоишгоҳии клиникӣ мегузаронад. Дар давраи пас аз ҷарроҳӣ барои пешгирии оризаҳо ва нуқсонҳои дуюмдараҷа: табобати ортодонти, фаъолкунандаҳои эндоназали, машқҳои маҳаллӣ ва умумӣ ва дигар усулҳои физиотерапия чораҳо андешида мешаванд.

Дар синни 1-2-солагӣ кӯдаки гирифтори РМЛБВК дар Марказ дар 6 моҳ як маротиба мушоҳида мешавад, ки пас аз он мувофиқи нишондодҳо кӯдак барои табобати ҷарроҳӣ дар беморхона бистарӣ карда мешавад. Дар ин давра, табиби кӯдакони назорати инкишофи ҷисмонии беморро идора мекунад, ҳамзамон лагопод дарсҳои омӯзишӣ мегузаронад.

Дар синни 2-4 солагӣ ва 5-7 солагӣ назорати диспансерӣ бо ҳамин ҳаҷм ва зиёдшавӣ амалӣ карда мешавад.

Дар як вақт кӯдакро барои тайёр намудан ба боғчаи кӯдакони ва мактаб омода мекунад. Омӯзиши пайдарҳамаи логопедӣ мегузаронад, аз рӯи нишондодҳо дар беморхона барои гузаронидани амалиёти ҷарроҳӣ бистарӣ мекунад. Дар синни 7-15 солагӣ машварати ҷориро дар 1-2 сол як маротиба дар Марказ мегузаронад.

Муҳлат ва усули табобати беморон аз ҳолати саломатии кудак ва инкишофи равонӣ, бемориҳои зиёди ҳамрадиф ва сабабҳои ташкилӣ вобаста аст. Танҳо табобати самараноки саривақтии гузаронидашуда бо кӯмаки волидон ва иштироки мутахассисони алоқаманд имкон медиҳад, ки 80% кӯдакони дар таҷриба барқарор шаванд. Назорати баланд бардоштани савияи дониши волидайн ва самаранокии дарсҳои гуногун (логопедӣ, физикӣ ва ғайра) ва тадбирҳои солимгардониро табиби кӯдакони маҳаллӣ ва мутахассиси Марказ мегузаронад.

Дар муолиҷаи комплекси кӯдакони гирифтори нуқсонҳои роғи лаби боло ва ком пешгирии мушкилиҳои пас аз ҷарроҳӣ, соматикӣ ва умумӣ аҳамияти калон дорад [1, 2].

Баҳогузори накардани ҳолати ибтидоии кӯдак, нодида гирифтани ташҳиси бемориҳои модарзодӣ, ҳамрадиф ё сустҷараён дар давраи пас аз ҷарроҳӣ, чун қоида, раванди бемориро якбора бадтар мекунад, ки бо қисман ё пурра фарқ кардани канори захми ҷарроҳӣ, авҷ гирифтани бемориҳои музмин, пеш аз ҳама узвҳои нафаскашӣ, ЛОР, дилу рағҳо ва масуният зоҳир мегардад. Муваффақияти муолиҷаи ҷарроҳӣ дар аксари кӯдакони гирифтори нуқсонҳои роғи лаби боло ва ком ба сари вақт гузаронидани омӯзиши ҳамаҷонибаи мушоҳидаҳои диспансерӣ вобаста аст [1, 2].

Муваффақияти табобати ҷарроҳӣ ҳангоми омодагӣ дидан барои амалиёти ҷарроҳӣ дар бисёр кӯдакони гирифтори роғи лаби боло ва ком (РМЛБВК) ба ҷорабиниҳои гузаронидашудаи назорати диспансерӣ вобаста аст. Дар ҳалли масъалаи табиби кӯдакони, барои иҷозат додани гузаронидани табобати ҷарроҳӣ масъулият дорад.

Табиби бачагона ҳулосаи худро оиди бемории нуқсонҳои модарзодӣ ё бемориҳои ҳамрадиф бо ҳулосаҳои мутахассисон (кардиолог, нефролог, пульмонолог, эндокринолог ва ғайра) таҳким мекунад. Ҷарроҳи чоғу рӯй, роғбарии қори табибони машваратиро ҳамроҳанг мекунад, вақт ва ҳаҷми табобати ҷарроҳиро муайян намуда, сари вақт ба машварати мутахассисон ва табобати

профилактикӣ фиристодани кӯдаконро назорат мекунад ва якҷоя бо онҳо нишондиҳандаҳои мутлақ ва нисбии ҷарроҳиро муайян мекунад.

Нишондодҳои мутлақ норасоии гардиши хун дар дараҷаи IА ва IIВ мебошад. Нишондодҳои ғайри нисбӣ инҳоянд: тағйироти намоёни дистрофӣ дар миокард, бемориҳои шадиди соматикӣ ва сироятӣ ва на дертар аз 2 моҳи пас аз шифоёбӣ, гипотрофияи дараҷаҳои I-III, рахити дараҷаҳои I-III дар давраи авҷ, дерматити атопикӣ дар марҳилаи шадид, камхунӣ бо миқдори эритроцитҳо камтар аз  $3,5-10^{12}/л$ , гемоглобин камтар аз 120 г/л, нишондиҳандаи ранг камтар аз 0,75, бемориҳои музмин дар давоми 6 моҳи пас аз авҷ гирифтани нефрити музмин бо аломатҳои гурда, дерматит ва экзема дар минтақаи рӯй ва луобпардаи даҳон. Кӯдаконе, ки зидди нишондодҳои нисбӣ доранд, аз муолиҷаи мушаххаси бемориҳои ҳамрадиф (дар амбулаторӣ ё дар беморхонаҳои махсус) мегузаранд ва бо динамикаи мусбӣ ба табобати ҷарроҳӣ иҷозат дода мешаванд.

Вазифаҳои, ки дар назди табибон – мутахассис ва давраҳои асосии мушоҳидаи фаъол:

Табиби кӯдакона: ташкили назорати дифференсиалии тиббӣ, баҳодиҳии нишондиҳандаҳои инкишофи ҷисмонии кӯдак, мониторинги шароити зиндагӣ, ғизо ва нигоҳубини кӯдак (шароити иҷтимоӣ, ғизо, риояи меъёрҳои ҳаррӯза) речаи муқаррарӣ ва гигиенӣ, сатҳи дониши корманд ва волидон, хоҳиши онҳо барои тарбияи кӯдак), банақшагирии роҳҳои асосии солимгардонии кӯдак, пешгирии рахит, камғизоӣ, камхунӣ, бемориҳои сироятӣ, авҷ гирифтани бемориҳои соматикӣ ҳамрадиф, омодагӣ ба ҷарроҳӣ, машварат ва дар ҳолати зарурӣ табобат аз ҷониби мутахассисони дахлдор, пур кардани таърихи инкишофи кӯдак маълумоти муоина ва хулосаи мушовирон, бақайдгирии марҳила ва эпикризи пас аз ҷарроҳӣ, таъмини табобати барқарорсозӣ дар давраи пас аз ҷарроҳӣ.

Ҷарроҳи ҷоғу рӯй: табобати ҷарроҳӣ дар шароите, ки бо хусусияти нуқсонӣ модар-

зодӣ муайян карда мешавад, ислоҳи ҷарроҳии нуқсонҳои дуюмдараҷа ва деформатсияҳо, муқоиса ва таҳлили маълумоти муоинаи дигар мутахассисон, робитаи и доимӣ бо волидони кӯдак, назорати динамикии кӯдакон барои таҳлили натиҷаҳои табобат ва пайваста тағйир додани усулҳои истифодашаванда, ислоҳ ва таҳлили натиҷаҳои табобати комплексӣ ва баҳисобгирии самаранокӣ, инкишоф ва такмил додани шакли усулҳои кори санитария тарбиявӣ, такмил додани системаи муоинаи тиббӣ, ҳамроҳии кори ҳамаи мутахассисоне, ки дар муолиҷа ва барқароркунии кӯдаки гирифтори нуқсонҳои модарзодӣ иштирок доранд. Давраҳои мушоҳидаи фаъол: давраи навзодӣ, соли аввали ҳаёт, 1,5-4 сол, 6-7 сол, 9-12 сол, назорати мунтазам то аз қайди диспансерӣ баровардан.

Ортодонт: таъмин намудани ғизохӯрии пурраи кӯдак (обтураторҳо, пластинкаҳои чудошаванда ва ғ.), табобати пеш аз ҷарроҳӣ ва пас аз ҷарроҳии ортодонти, пешгирии ва табобати деформатсияи дуюмдараҷаи барқарорсозии қатораи дандонҳо. Давраҳои мушоҳидаи фаъол: кӯдакони навзод, пеш аз ҷарроҳӣ ва баъди ҷарроҳӣ, давраи ивазшавии газиш, мушоҳидаи мунтазам то пура ташаккул ёфтани дандонҳои доимӣ.

Логопед: табобати логопедӣ пеш аз уронстафилопластика, омӯзиши скелети мушакҳои коми нарм, девори ҳалқ, инкишофи нафаскашии нутқ, табобати логопедии пеш аз ҷарроҳӣ ва баъд аз ҷарроҳӣ, инкишофи шунавоии фонематикӣ, ташаккули нутқ. Давраи мушоҳидаи фаъол: 1-2 сол, 4-5 сол, 7-13 сол.

Стоматолог муолиҷавӣ: банақшагирии санитарии ковокии даҳон (бо назардошти декомпенсатсияи кариес ва на камтар аз 2 маротиба дар як сол), табобати стоматологӣ дар давраи пеш аз ҷарроҳӣ. Давраҳои мушоҳидаи фаъол: аз лаҳзаи пайдоиши дандонҳои ширӣ.

Оториноларинголог: табобати консервативӣ ё ҷарроҳии бемориҳои ЛОР, назорати шунавоӣ, таъмини саривақтии амалиёти ҷарроҳии ба нақша гирифташуда. Давраҳои мушоҳидаи фаъол: давраи томақтабӣ; дав-



раҳои банақшагирии пеш аз амалиёт; то аз қайди диспансерӣ баровардан.

Табиби физиотерапевт: тахияи барномаи муолиҷавӣ ба ҳолати кӯдак мувофиқ, ки дар он бояд маҷмӯи бемориҳои ҳамради ба назар гирифта шавад, мунтазам гузаронидани ЛФК, машқҳои дарозмуддат бо истифода аз усулҳои махсуси массаж ва машқҳои мушакҳои минтақаи чоғу рӯй, беҳтар кардани фаъолияти узвҳои нафаскашии кӯдак, ба волидон омӯзонидани асосҳои речани беҳдоштӣ, усулҳои асосии массаж ва машқҳои инфиродӣ интихобшуда.

Давраи мушоҳидаи фаъол: 1-12 моҳ; давраҳои пеш аз амалиёти ҷарроҳии ба нақша гирифташуда; 4-5 сол; 7-13 сола; то баровардан аз қайд.

Психоневропатолог: тадбирҳои барқарорсозии тиббию педагогӣ, терапияи ислоҳи доруворӣ, психотерапия. Давраҳои мушоҳидаи фаъол: 4-6 сол (давраи ташаккули нутқи бошуурона), дар ҳамаи марҳилаҳои инкишофи равонию иҷтимоии кӯдак то то баровардан аз қайд.

Генетик: муайян кардани ташхис ва навъи интиқоли ирсӣ (агар вучуд дошта бошад), пешгӯии дараҷаи хатари таваллуди кӯдакони гирифтори нуқсонҳои роғи лаби боло ва ком дар пробанд ё аъзоёни оилаи ӯ. Давраҳои мушоҳидаи фаъол: навзодӣ, балоғат, издивоч.

Дигар мутахассисон. Мувофиқи нишондодҳо, вобаста ба бемории ошкоршуда.

**Хулоса.** 1. Усулҳои асосии муолиҷаи бо-

муваффақият маҷмӯи ҷорабиниҳо, татбиқи тамоми марҳилаҳои асосии табобати ҷарроҳӣ дар синни то 1-солагӣ, мушоҳидаи диспансерӣ дар тӯли 18 сол дар маркази махсусгардонидашуда, дар ин робита бояд барқарорсозии давраи марҳилавӣ ва қори хуб ва ҳамоҳангсозии табибони соҳаҳои гуногун бо роҳбарии мутахассисони шуъбаи ҷарроҳии чоғу рӯйи Пажухишгоҳ. 2. Табобати кӯдакони гирифтори роғи модарзодии лаби боло ва ком бояд аз ҷониби гурӯҳҳои мутахассисони баландихтисос (ҷарроҳи кӯдакони чоғу рӯй, логопед, ортодонт, педиатр, невропатолог, ЛОР, генетик, равоншинос) дар марказҳои махсусгардонидашуда анҷом дода шавад. 3. Зарурати ёрии барвақтии лагопедӣ, барои ташаккули нафаскашии муътадили нутқ ва талафузи дурӯст, ислоҳи монеаҳои талаффузи овозӣ, оҳанги овози бинӣ, назорати мунтазами инкишофи умумии нутқи кӯдак ва сари вақт баргараф намудани ақибмонии нутқ, инкишофи нутқи фразеологӣ, захираи луғавӣ, тайёрӣ ба таълим дар мактаби маълумоти умумӣ кӯмаки бармаҳали логопед зарур аст. 4. Имрӯз, илми тиб бо суръати баланд рушд намуда истодааст, сатҳи баланди технологияи тиббӣ имкон медиҳад, ки кӯдак дар синни барвақт пурра барқарор карда шавад. Усулҳои муосири табобати ҷарроҳӣ, ортодонти ва омӯзиши логопедӣ имкон медиҳанд, ки кӯдак симои идеалии рӯй, гуфтори муқаррарӣ дошта, табассумкунон қатори дандонҳои зеборо нишон диҳад.

### Адабиёт

1. Абдурахмонов А.З. Врожденная расщелина верхней губы и нёба у детей республики Таджикистан за период с 2009 по 2019 г. // Аспирантский вестник Поволжья. - 2020. - Т. 20. - №1-2. - С. 75-79.
2. Антонов О.В. Эпидемиологический мониторинг врожденных пороков развития у новорожденных детей в Омске // Сибирский медицинский журнал. -2016. -№1. -С. 35–38.
3. Андреева О. В. Поэтапная реабилитация детей с врожденной расщелиной верхней губы и неба // Вестник Чувашского университета, 2015. № 3. С. 269-275.
4. Богдан В.Е., Щитова А.В., Тищенко В.Н. Профилактика зубочелюстных аномалий и ортодонтическое лечение в раннем возрасте // Главный врач Юга России, -2013.-Т 37. -№ 6. -С. 4-6.
5. Васильев Ю.А., Редько А.Н., Гуленко О.В., Удина И.Г. Выявление врожденных расщелин губы и неба в ходе пренатального УЗИ-исследования в Краснодарском крае // Российский стоматологический журнал. -2017. -Т21. -№ 4. -С.190-193





6. Гричанюк Д. А., Чуйкин С. В., Давлетшин Н. А., Макушева Н. В. Хирургическое лечение врожденной расщелины верхней губы у детей // Проблемы стоматологии. -2018. – Т. 14, № 1. – С. 99–105.
7. Дмитриенко С. В., Фоменко И. В., Дмитриенко Д. С., Климов Н. Н. Применение «коэффициента эффективности комплексной реабилитации» для анализа результата лечения детей с врожденной односторонней расщелиной верхней губы и неба // Бюллетень Волгоградского научного центра РАМН 2010. №2. С.50-53
8. Егорова М.В. Иванова Е.С. Амхадова М.А. Реализация ранней комплексной реабилитации детей с расщелиной губы и неба на примере Московской области // Стоматология -2020 -Т. 99. -№6. С.10-14
9. Ершова О. Ю., Леонов А. Г., Ткаченко А. Е., Долгополова Г. В. Ком-плексный подход к реабилитации детей с врожденной расщелиной верхней губы и неба в условиях специализированного центра // Системная интеграция в здравоохранении. – 2015. – № 1. – С. 26–35.
10. Инояттов А.Ш., Мукимов И.И., Гафарова С.У. Клиническая характеристика детей с врожденными пороками челюстно-лицевой области // Вестник Совета молодых учёных и специалистов Челябинской области, -2016. -№ 2. -С. 11-14.
11. Митропанова М.Н., Любомирская Е.О. Организация медицинской реабилитации детей с врожденной патологией челюстно-лицевой области в Краснодарском крае // Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований. -2014. -№ 2. -С. 123-126.
12. Митропанова, М. Н. Комплексная реабилитация детей с врожденными расщелинами губы и неба на этапах стоматологического лечения //Стоматология. – 2018. – Т. 97, № 3. – С. 48–53.

## РЕАБИЛИТАЦИЯ ДЕТЕЙ С ВРОЖДЕННОЙ РАСЩЕЛИНОЙ ГУБЫ И НЕБА М.М. Косимов

НКИ Стоматологии и челюстно-лицевой хирургии

**Цель исследования** Оценка рождаемости, распространенности и региональных особенностей организация медицинской помощи детям с ВРГиН для разработнки основ реабилитации.

Организация реабилитационной помощи должно базироваться на основоании популяционной частоты рождения детей с ВРГиН. Иметь комплексный подход с привлечением группы специалистов различного профи-

ля, на уровне родоспосогмтельного учреждения врач неонатолог, специалисты детские стоматологи. Только такой комплексный родход даст возможность своевременно провести хирургическую коррекция и способствовать нормальному восстановлению функции орофациальных органов.

**Ключевые слова:** ВРГиН, новорожденный, детский стоматолог, реабилитация, ортодонт.

## REHABILITATION OF CHILDREN WITH CONGENITAL CLEFT LIP AND PALATE M.M. Kosimov

NCI of Dentistry and Maxillofacial Surgery

**Aim.** Evaluation of the birth rate, prevalence and regional characteristics of the organization of medical care for children with CCHD and N for the development of the foundations of rehabilitation.

The organization of rehabilitation assistance should be based on the population

frequency of the birth of children with CCHD. To have an integrated approach involving a group of specialists of various profiles, at the level of a maternity institution, a neonatologist, pediatric dentists. Only such a complex pathology will make it possible to carry out surgical correction in a timely



manner and contribute to the normal restoration of the function of the orofacial organs.

**Key words:** congenital cleft lip and palate, newborn, pediatric dentist, rehabilitation, orthodontist.

*Косимов Махмадулло Махмадиевич – нит., директори МД «Паҷӯишигои илмию клиникаи стоматология ва ҷарроии чоғу рӯй». тел. +992 931110927 E-mail: [pik-stomanologiya@mail.ru](mailto:pik-stomanologiya@mail.ru)*

*Косимов Махмадулло Махмадиевич – к.м.н., директор ГУ НКИ Стоматологии и челюстно лицевой хирургии. тел. +992 931110927 E-mail: [pik-stomanologiya@mail.ru](mailto:pik-stomanologiya@mail.ru)*

*Kosimov Makhmadullo Makhmadiyevich – Candidate of Medical Sciences, Director of the State Institution NCI of Dentistry and Maxillofacial Surgery. tel. +992 931110927 E-mail: [pik-stomanologiya@mail.ru](mailto:pik-stomanologiya@mail.ru)*

## НУҚСОНҲОИ МОДАРЗОДИИ РҶӢИ, МАСЪАЛАҲОИ ТАӢӢРИИ ПЕШАЗҶАРРОӢӢ ДАР КӢДАКОН

Рахматова Р.А. Аминов Р.С., Зоиров С.Р.

МД «Маркази ҷумхуриявӣ илмӣ-клиникаи педиатрия ва ҷарроии кӯдакон»

**Мубрамият.** Нуқсонҳои модарзодии рӯӣи (НМР) одамон масъалаи мубрам ва ва то охир омӯхтанашудаи тиббиву иҷтимоӣ мебошад. Маълумотҳои адабиёти илмӣ дар солҳои охирафзоиши онҳоро таъкид мекунам, ки ин нороҳатии ҳолати саломатии аҳолиро нишон медиҳанд [2,4].

Дар байни нуқсонҳои модарзодии рӯӣи шикофи лаби болоӣ ва ком нисбатан паҳншудатар ба ҳисоб меравад. Ба ҳисоби миёна ҳамаи муаллифон бар ин ақидаанд, ки таваллудшавии кӯдакони шикофи лаби болоӣ ва комдар Россия ба ҳисоби миёна аз 1:500 то 1:1000 навздро ташкил медиҳад [5]. Аз ҷиҳати паҳншавӣ дар байни нуқсонҳои модарзодии рӯӣи шикофи лаби болоӣ ва ком дар Ҷумҳурии Тоҷикистон дар ҷои 6-ум меистанд [3] ва аз ҷиҳати вазнинии ихтилолҳои анатомӣ ва функционалӣ низ мавқеи махсус дорад [1], дар 25%-и ҳолатҳо ва бо дигар аномалияҳои модарзодӣ синдромҳои вазнин ҳамроҳ мешавад [2,3].

Он далел диққатҷалбкунанда аст, ки дар гурӯҳи кӯдакони дорои нуқсонҳои модарзодии ноҳияи чоғу рӯӣи миқдори навзодони дорои шаклҳои нисбатан вазнин, аз ҷумла шикофи дутарафаи лаби болоӣ, шоҳаи алвеоларӣ, коми нарм ва сахт хеле зиёд шудаанд. Тибқи маълумоти мушоҳидаҳои [4], дар байни кӯдакони дорои шикофи лаби болоӣ ва ком, ки ба шубҳаи ҷарроии чоғу рӯӣи ММ Т ҚТ «Шифобахш» бо нуқсонҳои мо-

дарзодии шикофи лаби болоӣ ва ком, шикофи дутарафаи лаби болоӣ, шоҳаи алвеоларӣ, коми нарм ва сахт дар 22,5% муайян карда шуд ва майли зиёдшавӣ дорад.

Аз ҷиҳати паҳншавӣ дар байни нуқсонҳои модарзодии инкишофи рӯӣи одамон шикофи лаб ва ком дар ҷойи 4-7-ум меистанд ва аз ҷиҳати вазнинии ихтилолҳои анатомӣ ва функционалӣ яке аз ҷойҳои асосиро ишғол мекунам, дар 25% -и ҳолатҳо онҳо бо дигар аномалияҳои модарзодӣ ва синдромҳои вазнин ҳамроҳ мешавад [1].

Дар адабиёти илмӣ ватаниву хоричӣ оид ба таъмини анестезиологӣ кӯдакон иттилооти зиёд ҷамъ шудааст. Аммо дар хусуси кӯдакони синну соли хурд мавод камтар ба назар мерасад. Ин категорияи кӯдакон дар фасли умумии анестезиологияи мавқеи махсусро касб мекунам. Ин, дар навбати аввал, аз хусусиятҳои анатомӣ-физиологияи организми кӯдакон дар марҳалаҳои аввал инкишофи он вобаста мебошад, ки узвҳо ва системаҳо ҳоло ҳам аз ҷиҳати морфологӣ ва ҳам аз ҷиҳати функционалӣ пурра инкишоф накардаанд, гарчанде рушди босуръат ва такмилёбии функционалии онҳо мунтазам ҷараён дорад. Барои ҳамин ҳам, организми кӯдакон дар муҳлатҳои гуногуни як давраи инкишоф ҷорабиниҳои ташхисӣ ё табобатӣ, аз ҷумла анестезияи умумиро ба таври гуногун дарк мекунам.

Тибқи маълумоти ТУТ, басомади таваллудшавии кӯдакон бо бемориҳои модарзо-

дии мавзеи чоғу рӯй ба ҳисоби миёна 1ба 800 навзодро ташкил медиҳад. Роғи модарзодии лабҳо ва ком дар 30%-и ҳолатҳои аз ҷумлаи ҳолатҳои нуқсонҳои инкишофи одамонро, дар 86% -и ҳолатҳо аз ҳама намудҳои бемориҳои мавзеи чоғу рӯйро ташкил медиҳад [2,5]. Проблемаи табобати кӯдакони дорои роғи модарзодии лабҳо ва ком бинобар нокифоя будани ёрии тиббии тахассусӣ ва касбӣ ба кӯдакони гирифтори ин беморӣ, имрӯз низ барои Ҷумҳурии Тоҷикистон ҳамчун проблемаи актуалӣ боқӣ мемонад.

**Мақсади таҳқиқот:** Оптимизатсияи тайёрии пешазҷарроҳии кӯдакони дорои роғи модарзодии лабҳо ва ком.

**Мавод ва усулҳои таҳқиқот:** Дар шӯбаи ҷарроҳии чоғу рӯйи кӯдакон ММТ ҚТ дар давраи солҳои 2017-2020 117 кӯдаки синну соли барвақт дохил шуда, табобат гирифтанд. Наввзодони 28-моҳа (20,4%), аз якмоҳа то яксола 40 (45,1%), аз яксола то 2-сола 43 (34,5%) нафар буданд.

таҳлили натиҷаҳои таҳқиқот ва табобати 117 бемори дорои роғи дутарафаи лабҳо, шоҳаи алвеолярии тқоми саҳт ва мулоим гузаронида шуд. Писарҳо - 71 (60,6%), духтарҳо – 56 (39,4%) нафар буданд. Синну сол аз навзодӣ то 2 сол буд.

Дар давраи солҳои 2017-2020 ба ҳучраи машваратии шӯбаи ҷарроҳии чоғу рӯй барои кӯдакон ва наврасон дар Маркази миллии тиббии Ҷумҳурии Тоҷикистон барои машварат гирифтанд 455 кӯдаки дорои нуқсонҳои гуногуни мавзеи чоғу рӯй мурочиат намудаанд.

Ҳамаи беморон аз усулҳои таҳқиқоти клиникӣ, антропометрӣ, фотометрӣ ва рентгенологӣ гузаштаанд: муоинаи беморон, қолаби чоғи болоӣ ва поёниро гирифтанд, тайёр кардани иҷоғҳои ташхисиву ёрирасон, ворид кардани дастгоҳи ортодонти ва конструксияи ортопед, ортопонтотмография, томографияи компютерӣ тибқи нишондрд. Аз гурӯҳҳои таҳқиқшуда дар лаҳзаи бистарӣ кунонидан дар 55 (47%) бемориҳои ҳамроҳшуда, тағйироти гемодинамика ва метаболизм ба мушоҳида расид ва вобаста аз ин, дар давраи пеш аз ҷарроҳӣ мо тибқи барномаи таҳияшуда бо назардошти хатари

ҷарроҳӣ –анестезиологӣ табобати инфузионӣ-трансфузиониро гузаронидем.

Коркарди оморӣ маълумотҳо бо ёрии барномаи Excel ва Statisticalfor Windows гузаронида шуд.

**Натиҷаҳо ва баррасии онҳо:** натиҷаҳои таҳқиқот нишон доданд, ки давомнокии тайёрии пеш аз ҷарроҳӣ аз мураккаб будани нуқсон, замони дохил шудани кӯдак ба стационар, мавҷуд будани оризаҳо, намоалияҳои таркибии инкишоф ва бемориҳои ҳамроҳшуда вобаста аст.

Аз 117 бемори дорои нуқсонҳои инкишофи рӯй, 25 нафар ҳангоми дохил шудан гемодинамикаи нисбатан устувор доштанд ва пас аз тайёрии кӯтоҳмуддати пеш аз ҷарроҳӣ амалиёти ҷарроҳӣ бо пешакӣ муайян намудани нишондиҳандаҳои умумӣ ва таҳлили биохимиявии хун, коагулограмма анҷом дода шуд.

Дар 84 кӯдак гузаронида шуд. Маводи таҳқиқот таҳқиқоти мунтазами обшӯстаҳои трахеобронхиалӣ, балғам, пешоб, саҳи ҷароҳат дар давоми тамоми давраи дар шӯбаи беморхона будани беморро дар бар гирифт.

Ҳангоми омӯхтани гурӯҳбандии намуҳои микрофлора вобаста аз ҷойи хоричшавии он, монандии таркиби микрофлора ба мушоҳида расид, ки аксаран аз барангезандаи асосии протсесси фасодӣ-илтиҳобӣ хорич мешуд. Таҳқиқоти бактериологӣ спектри динамика, хусусиятҳои микрофлора вобаста аз муҳлатҳои беморӣ, ҳассосияти микроорганизмҳо нисбат ба доруҳои зиддибактериалӣ имконият доданд, ки схемаеро таҳия кунем, ки аллакай то ба даст овардани маълумотҳои таҳлилҳои бактериологӣ истифода мешаванд.

Бемороне, ки дар лаҳзаи бистаришавӣ бемориҳои ҳамроҳшуда доштанд, дар онҳо барои ислоҳкунӣ то гузаронидани гузаронидани воситаҳои анестезиологӣ тағйироти гемодинамика ва метаболизм бо назардошти хатари ҷарроҳӣ- анестезиологӣ ҷорабинҳои комплексӣ анҷом дода шуданд. Дикқати махсус ба баланд бардоштани резистентнокии организм нисбат ба ҷарроҳии дар пешистода нигаронида шуд. Бо ин мақ-



сад хунивазкунандаҳои гуногун, гемостатика, доруҳои антигистаминӣ (тавегил, Са глюконат) ва гормоналӣ (дексаметазон, преднизолон) истифода карда шуд.

Профилактикаи оризаҳои пас аз чарроҳӣ дар системаи нафаскашӣ бо роҳи ингалатсии алафҳои шифой 1-2 маротиба дар кӯдаконе, ки бемории ҳамроҳшуда доштанд (бронхит, бронхопневмония) иҷро карда шуд.

Ҳамин тавр, барои ба даст овардани натиҷаҳои хуб кӯдакони бемори дорои нуқсонҳои инкишофи мавзеи чоғу рӯй баҳогузори

ҳолати беморон то лаҳзаи бистаришавӣ коркарди нақшаи гузаронидани тайёрии пеш аз чарроҳӣ бо назардошти ихтилолҳои мавҷудбуда, ҳаҷми амалиётҳои чарроҳӣ хуб чараён гирифтани ҳама марҳалаҳои бедаркунӣ ва давраи наздиктарини пас аз чарроҳӣ таъмин карда мешавад. Баргузори чорабиниҳои комплексии табобатӣ то ва пас аз амалиёти чарроҳӣ имконият доданд, ки натиҷаҳои хуб ба даст оварда шаванд ва оризаҳои пачс аз чарроҳӣ ҳангоми нуқсонҳои мавзеи чоғу рӯй дар сини барвакти кӯдакӣ кам карда шаванд.

### Адабиёт

1. Андреева, О.В. Поэтапная реабилитация детей с врожденной расщелиной верхней губы и неба / О.В. Андреева // Вестник Чувашского университета. — 2012.—№ 3.—С.269—275.
2. Андреева, О.В. Эпидемиология врожденных аномалий зубочелюстно-лицевой системы среди детского населения Чувашской Республики // Вестник Чувашского университета. — 2011.—№ 3.—С.256—261.
3. Андрианова, Ю.В. Клинико-ситуационный анализ в обосновании алгоритма реабилитации детей с врожденной расщелиной губы и неба, проживающих в регионе с нефтехимической промышленностью: Автореф. дис. канд. мед. наук / Ю.В. Андрианова. — М., 2006. — 20 с.
4. Булгакова, Е.А. Комплексная реабилитация пациентов с расщелинами губы и неба в условиях Кемеровского центра профилактики и лечения детей с врожденной патологией челюстно-лицевой области // Казан. мед. журнал. — 2012.—Т.93, № 6.—С.891—895.
5. Булгакова, Е.А. Оценка эффективности деятельности центра профилактики и лечения детей с врожденной патологией челюстно-лицевой области // Медицина в Кузбассе. — 2013.—Т.12, № 3.— С.19—25.
6. Рахматова Р.А., Набиев З.Н., Шамсов Б.А. Факторы и распространенность врожденных пороков развития в республике Таджикистан // Журн. Таджикистан 2022 №4 22-26.

## ВРОЖДЕННЫЕ ПОРОКИ ЛИЦА, ВОПРОСЫ ПРЕДОПЕРАЦИОННОЙ ПОДГОТОВКИ У ДЕТЕЙ С НЕБА.

Рахматова Р.А. Аминов Р.С., Зоиров С.Р.

**Резюме.** Авторами на основе проведения клинических исследований у детей с пороками челюстно-лицевой области пришли к заключению, что проведение комплексной оценки до проведения хирургических вмешательств можно улучшить результаты лечения при данной патологии. Следовательно, оценка состояния в момент госпитализации, разработки плана проведения предоперационной подготовки с учетом имеющихся нарушений, объема хирургических вмешательств надежно обеспечивает

гладкое течение всех этапов обезболивания и ближайшего послеоперационного периода. Комплексное лечебное мероприятие до и после хирургических вмешательств позволило достичь хорошие результаты и снизить послеоперационные осложнения при пороках челюстно-лицевой области у раннего возраста.

**Ключевые слова.** Врожденные пороки развития, челюстно-лицевая область, расщелина верхней губы и неба, детский организм, новорожденные.



## CONGENITAL MALFORMATIONS OF THE FACE, ISSUES OF PREOPERATIVE PREPARATION IN CHILDREN OF SI PALATE.

Rakhmatova R. A. Aminov R. S., Zoirov S. R.

**Resume.** The authors, based on conducting clinical studies of e in children with maxillofacial malformations, concluded that conducting e comprehensive evaluation prior to performing surgery can improve treatment outcomes for this pathology. Consequently, the assessment of the condition at the time of hospitalization, the development of a plan for preoperative preparation, taking into account those who have a violation, the volume of surgical interventions reliably ensures a smooth course of all stages of anesthesia and the immediate postoperative period. A comprehensive treatment measure before and after surgery allowed to achieve good results and reduce postoperative complications in malformations of the maxillofacial region at an early age.

**Keywords.** Congenital vices maxillofacial region, cleft upper lip and the sky, children's body, newborns.

## СТАТУСИ ПАРОДОНТОЛОГИИ КОРМАНДОНЕ, КИ ТАҶТИ ТАЪСИРИ ОМИЛҶОИ ТЕХНОГЕНИ ИСТЕҶСОЛОТИ АЛЮМИНИЙ ҚАРОР ДОРАНД

Юсупов З.Я.

Пажӯшишгоҳи илмӣ-клиникии стоматология ва ҷарроҳии ҷоғу рӯй,  
ш. Душанбе, Ҷумҳурии Тоҷикистон

**Мухиммият.** Таъсироти номатлуби соҳаи саноат ба ҳолати саломатӣ мумкин аст, ки на танҳо дар коргарони истеҳсолот, балки ба аҳоли низ, ки дар манотиқи индустриалӣ зиндагӣ мекунанд, ба мушоҳида расад. Дар бад шудани вазъи саломатии аҳолии қобилияти корӣ шароити номатлуби кор нақши муҳим дорад, ки сабаби ихтилоли солимии коргарони касбҳои гуногун мешаванд [1, 2].

Шароитҳои гуногуни зарарноки меҳнат ба бофтаҳои ковокии даҳон таъсири манфӣ мерасонанд ва ба ин восита осебҳои нисбатан возеҳу шадиди осебҳои ғайри кариозӣ [3], бемориҳои пародонт [4, 5]-ро ба вучуд меоранд.

Айни замон саноати алюминий яке аз муҳимтарин солҳаҳои иқтисоди Ҷумҳурии Тоҷикистон ба ҳисоб меравад. Ин дар навбати худ, тавсеа ва модернизатсияи истеҳсолоти амлқунанда ва ҷалби контингенти нисбатан зиёди коргаронро пешбинӣ мекунад. Дар ин шароит омилҳои зараррасон сару садо, ларзиш (вибратсия) параметрҳои ноҳуби микроклим, ифлосшавии ҳаво минтақаи корӣ аз гарду ғубори алюминий, меҳнати вазнин ба ҳисоб мераванд. Дар чу-

нин шароит ҳолати узвҳо ва бофтаҳои ковокии даҳони коргарони ин соҳа, ба бовари мо, аз ҷиҳати накардани беҳдошти инфиродии ковокии даҳон ва ҳавасмандӣ надоштан ба пешгирии бемориҳои стоматологӣ мебошанд.

Бо назардошти гуфтаҳои боло, муоинаҳои стоматологӣ, ки дар байни контингенти номбаршуда ташкил карда мешаванд, имконият медиҳанд, ки хусусиятҳо ва таъсири омилҳои техногенӣ истеҳсолоти алюминий ба беморшавии стоматологӣ ба қадри кофӣ ва боэътимод муайян карда шаванд. Ҷанбаҳои ишорашуда мубрам будани таҳқиқоти мазкурро муайян мекунанд.

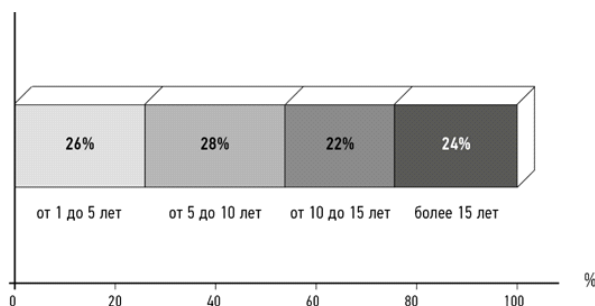
**Мақсади таҳқиқот** — баҳогузорӣ кардан ба таъсири омилҳои алюминий ба ҳолати статуси пародонтологӣ.

**Мавод ва усулҳои таҳқиқот.** Таҳқиқоти комплекси стоматологӣ бо омӯзиши амиқи статуси пародонтологӣ коргарони чинси мард дар заводи алюминии Тоҷикистон (n=250) синну соли аз 30 то 50-сола ва гурӯҳи муқоиса (n=230), аз ҷиҳати аломатҳои чинсӣ-синнусолӣ монанд, ки бо омилҳои зарарноки истеҳсолоти алюминий тамос надоштанд, анҷом дода шуданд. Вобаста аз



дараҷаи тамос бо истеҳсолоти зарарноки алюминий гурӯҳи асосии коргарон ба 2 гурӯҳ ҷудо карда шуданд: гурӯҳи 1- (n=167) дорои сатҳи максималии тамос (тамоси бевоситаи доимӣ бо омилҳои зарарноки истеҳсолӣ дар давоми тамоми сменаи корӣ) буданд; Гурӯҳи 2- (n=83) бо омилҳои зарарноки истеҳсоли алюминий тамос доштанд.

Вобаста аз давомнокии тамос бо омилҳои зарарноки истеҳсоли алюминий 4 зергурӯҳ ҷудо карда шуд: зергурӯҳи 1 - 65 (26,0%) коргари дорои собиқаи кории аз 1 то 5 сол; зергурӯҳи 2 - 70 (28,0%) коргари дорои собиқаи кории аз 5 то 10 сол; зергурӯҳи 3 - 55 (22,0%) коргари дорои собиқаи кории аз 10 то 15 сол; зергурӯҳи 4 - 60 (24,0%) коргари дорои собиқаи кории зиёда аз 15 сол (расми 1).



Расми 1. –Гурӯҳбандии зергурӯҳи асосӣ вобаста аз давомнокии тамос бо омилҳои зарарноки истеҳсолоти алюминий.

Таҳқиқоти клиникӣ пурсиш, ҷамъоварию анамнез ва муоинаро дар бар мегирад. Барои баҳогузорию миқдорию сатҳи беҳдошти ковокии даҳон шохиси содаи ОНHS-ро истифода намуданд. Ба сифати нишондод зарурат ба табобати бемории пародонт шохиси СРITN-ро, ки ташкилоти умумичаҳонии тандурустӣ пешниҳод кардааст, истифода намуданд.

Барои муайян кардани омилҳои асосии хатарӣ пайдошавии бемории пародонт, симптомҳои илтиҳоб (хунравии милкҳои дандонҳо баъди зондгузорию сабук, санги зери милкҳо) ва аломатҳои деструксияи амиқ аз шохиси комплексию периодонталӣ истифода намуданд.

Қоркарди оморӣ натиҷаҳои таҳқиқот бо ёрии маҷмум стандартӣ асбобҳои зами-

маи Microsoft OfficeExcel гузаронида шуданд. Қимати миёнаи арифметикӣ (M) ва ғалати стандартӣ (m) ҳисоб карда шуданд. Аҳамияти омории натиҷаҳои ба даст овардашуда (p) бо истифода аз критерии Студент ва шарҳи он дар асоси ҷадвали стандартӣ қиматҳои ниҳонӣ коэффитсиенти Студент муайян карда шуд. Барои ҳисоб кардани ҳиссаи этиологии хатарӣ беморӣ ба истеҳсолот вобаста хатарӣ нисбиро ҳисоб карданд, ба ҳайси басомади бемории пародонт 1 қабул карда шуд. Дараҷаи вобастагии бемории пародонт бо усули Н.Ф. Измеров муайян карда шуд.

**Натиҷаҳо.** Дар байни коргарони истеҳсоли алюминий баҳоидиҳӣ ба сатҳи беҳдошти ковокии даҳон натиҷаҳои зеринро нишон дод. Дар гурӯҳи асосии одамони таҳқиқшуда, ки бо омилҳои нохуби муҳити истеҳсолот алоқаманд буданд, аҳамияти сатҳи беҳдошти ковокии даҳон «хеле баланд» буд ( $3,19+0,3$ ), дар гурӯҳи муқоиса — меъёрҳои «сатҳи миёна» ҳангоми  $1,56\pm 0,9$  будан доништа мешавад. Баҳогузорию муқоисавӣ ба ҳолати беҳдошти ковокии даҳон нишон дод, ки беҳдошти бади ковокии даҳон дар гурӯҳи муқоисасаванда назар ба гурӯҳи асосӣ 2,3 маротиба камтар ба назар расид. Сатҳи миёнаи шохиси Грин-Вермилон асосан дар гурӯҳи муқоисасаванда ба мушоҳида расид, ки аз ҳамин гунна сатҳи беҳдошти гурӯҳи асосӣ 2,7 маротиба бештар аст. Ҳамин тавр, дар гурӯҳи коргарони истеҳсолоти алюминий сатҳи баланди аҳамияти шохиси беҳдошт ба назар расид, ки аз беҳдошти бади ковокии даҳон ва нокифоя будани дараҷаи ҳавасмандии шахсони таҳқиқшуда барои амалӣ сохтани онҳо дарак медиҳад.

Дар коргарони ба истеҳсолоти алюминий машғулбуда, ҳангоми муоинаи визуалӣ 100% паҳншавии бемории пародонт муайян карда шуд, ҳол он ки аҳамияти ин нишондиҳанда дар шахсони гурӯҳи муқоисасаванда  $89,7+3,76\%$ -ро ташкил дод.

Сохтори шохиси ба табобати бемории пародонт ниёздошта (СРITN) дар гурӯҳи асосӣ натиҷаҳои зеринро нишон дод. Қимати СРITN 1 бе дигар тағйиротҳои патологӣ дар пародонт назар ба гурӯҳи муқоисавӣ 1,9

маротиба камтар ташхис карда шуд. Аз ҷиҳати давомнокии тамос омилҳои зарарноки истеҳсолоти алюминий аломати хунравӣ (CPITN 1) бештар дар коргарони дорои собиқаи кори то 5 сол дар истеҳсолоти алюминий ба мушоҳида расид, ки аз коргарони ҳамин соҳаи истеҳсолоти собиқаи кориашон аз 5 то 10 сол 1,6 маротиба ва аз коргарони собиқаи кориашон зиёда аз 15 сол 7,9 маротиба бештар аст.

Таҳлили гузаронидашуда нишон дод, ки дар гурӯҳи муқоисашаванда вазни ҳолиси симптоми хунравӣ (CPITN 1) баланд тар аст, симптомҳои боқимонда дар шакли мавҷуд будани қабатҳои супра- ва субгингивалии дандонҳо (CPITN 2), кисаҳои патологӣ дандону милқҳо чуқуриашон мутаносибан 4-5 см (CPITN 3) ва зиёда аз 6 мм (CPITN 4) дар гурӯҳи асосӣ дада шуданд. Маводи ба даст овардашуда имконият медиҳанд қайд кунем, ки дар коргарони истеҳсолоти алюминий ҳиссаи шахсоне, ки ба табобати комплекси бемориҳои пародонт эҳтиёҷдоранд, назар ба гурӯҳи муқоисашаванда бештар аст.

Дар гурӯҳи асосӣ қимати шохиси CPITN 3 назар ба гурӯҳи муқоисавӣ 1,2 камтар аст ( $p < 0,05$ ,  $RR = 1,2$ ). Ҳол он ки дар коргарони истеҳсолоти алюминий қимати шохиси CPITN 4 бо кисаҳои пародонталӣ зиёда аз 6 мм аз гурӯҳи муқоисашанда 2 маротиба бештар буда, ҳиссаи бештари сегментҳои пародонталӣ бо кисаҳои 4-5 мм (CPITN 3) ва бештар аз 6 мм (CPITN 4) дар коргарони дорои собиқаи кори максималӣ - 38,7% ва 52,6% буд. Дар байни шахсони таҳқиқшудаи гурӯҳи асосӣ дигар тамоюл ба назар расид. Дар бемороне, ки бо омилҳои зарарноки истеҳсоли алюминий тамоси бевосита доштанд, кисаҳои пародонталии чуқуриашон 4—5 мм ва зиёда аз 6 мм назар ба намояндагони гурӯҳи 2, ки бо омилҳои зарарноки истеҳсоли алюминий тамоси бавосита доштанд, 1,2 маротиба бештар ба мушоҳида расид.

Шохиси комплекси периодонталиро истифода намуда, ба ҳулосае омадем, ки дар коргарони истеҳсолоти алюминий чунбонак шудани дандонҳо назар ба гурӯҳи муқоиса-

шаванда 2 маротиба бештар буд. Ҳиссаи баландтарини чунбонакии дандонҳо дар коргароне, ки зиёда аз 15 сол бо омилҳои зарарноки истеҳсоли алюминий тамоси бевосита доштанд, нишондиҳанда аз коргарони дорои собиқаи кори аз 1 то 5 сол 3,6 маротиба бештар буд.

**Баррасӣ.** Вобаста аз дараҷаи тамос бо омилҳои зарарноки истеҳсоли алюминий чунбонак шудани дагндонҳо бештар дар зергурӯҳи 1-и гурӯҳи асосӣ ташхис карда шуд, ки бо омилҳои зарарноки истеҳсоли алюминий дар тамоми давраи басти кориашон тамоси бевоситаи доимӣ доштанд, ки ин назар ба коргароне, ки бо омилҳои зарарноки истеҳсоли алюминий тамоси бавосита доштанд (зергурӯҳи 2-юми гурӯҳи асосӣ) 1,3 маротиба зиёд буд.

Ҳангоми муқоиса кардани қимати шохиси КПИ дар гурӯҳи асосӣ ва гурӯҳи муқоисашавандаи беморони стоматологӣ дараҷаи миёнаи вазнинии бемории пародонт муайян карда шуд. Аммо дар коргарони истеҳсоли алюминий ин нишондиҳанда 1,4 маротиба бештар дар дарт гурӯҳи бемороне ба қайд гирифта шуд, ки онҳо бо омилҳои зарарноки истеҳсоли алюминий тамоси надоштанд, ки ин далели осеби нисбатан вазнинии бемории бофтаҳои пародонтро дар шахсони гурӯҳи асосӣ тасдиқ мекунад.

Вобаста аз давомнокии тамос бо омилҳои техногении омилҳои зарарноки истеҳсоли алюминий бад шудани вазнинии бемории пародонт ба мушоҳида расид.

Ҳамин тавр, дар коргарони дорои собиқаи кори аз 1 то 5 сол дараҷаи сабуки осебҳои бофтаҳои пародонт дида шуд. Дар айни замон дар коргарони собиқаи кориашон аз 5 то 10 сол дараҷаи вазнинии осеб 1,4 маротиба бештар буд назар ба коргарони собиқаи кориашон аз 1 то 5 сол. Ғайр аз ин, ҳангоми истифода намудани шохиси умумии периодонталӣ дараҷаи вазнинии бемории пародонт дар гурӯҳи шахсони дорои собиқаи кори аз 10 то 15 сол ва бештар аз он дар истеҳсолоти алюминий ташхис карда шуд, ки дар ин ҷо қимати ин шохис боз мутаносибан аз 1,3 то 1,5 маротиба зиёд мешавад.



Ҳангоми баҳогузори муқоисавии паҳншавии бемории пародонт вобаста аз дараҷаи вазнинии ин беморӣ дар гурӯҳи асосӣ ва дар гурӯҳи муқоисашаванда натиҷаҳои зерин ба даст оварда шуданд. Дараҷаи вазнин ва вазнини миёнаи бемории пародонт дар коргарони истеҳсоли алюминий назар ба гурӯҳи муқоисавӣ 1,7-1,9 маротиба бештар ба мушоҳида мерасад ( $p < 0,05$ ). Ва баръакс, ҳиссаи шахсони дорои хатари пайдошавии бемории пародонт ва дараҷаи сабуки вазнинии пародонтит дар гурӯҳи асосӣ мутаносибан аз 1,9 ва 2 маротиба бартарӣ дорад, назар ба гурӯҳи муқоисашаванда.

**Хулоса,** Натиҷаҳои таҳқиқот иртиботи мустақими коррелясионӣ ва аҳамияти омории вобастагии паҳншавии бемории пародонтро аз давомнокӣ ва дараҷаи тамос бо омилҳои техногении истеҳсоли алюминий нишон дод.

Натиҷаҳои ба даст овардашуда метавонанд, ки барои оптимизатсияи системаи мавҷудаи ҳифзи ҷанбаи пародонтологияи солимии кормандони истеҳсолоти алюминий истифода шаванд ва барои коркарди комплекси алгоритмии чорабиниҳои профилактикӣ-табобатии стоматологии коргарони соҳаи истеҳсолоти алюминий асос шаванд.

### Адабиёт

1. Олесов Е.Е. Клинико-экономическое обоснование профессиональной гигиены рта у молодых работников предприятий с опасными условиями труда // Российский стоматологический журнал. 2013. № 6. С. 39-41.
2. Чемикосова Т.С., Гуляева О.А. Обоснование профессиональной обусловленности заболеваний слизистой оболочки полости рта с явлениями дискератоза у рабочих производства хлорфеноксигербицидов // Пародонтология. 2015. № 2 (35). - С. 37-38.
3. Косюга С.Ю. Стоматологический статус школьников промышленного города // Российская стоматология. 2013. № 2. - С. 38-40.
4. Леонова Л.Е., Каменских М.В. Особенности пародонтологического статуса и нуждаемость в лечении у работников локомотивных бригад // Пародонтология. 2014. № 4 (61). - С. 8-11.
5. Сорокоумов ГЛ., Уйба В.В., Рева В.Д. Показатели стоматологического статуса у работников предприятия с радиационно-вредными условиями труда // Стоматология. 2018. № 1. - С. 79-82.

## ПАРОДОНТОЛОГИЧЕСКИЙ СТАТУС РАБОТНИКОВ, НАХОДЯЩИХСЯ ПОД ВЛИЯНИЕМ ТЕХНОГЕННЫХ ФАКТОРОВ АЛЮМИНИЕВОГО ПРОИЗВОДСТВА

**З.Я. Юсупов**

Научно-клинический институт стоматологии и челюстно-лицевой хирургии, г. Душанбе, Республика Таджикистан

**Актуальность.** В настоящее время алюминиевая промышленность является одной из ведущих отраслей экономики Республики Таджикистан. Экологическая обстановка в условиях современной индустриализации и урбанизации оставляет желать лучшего. Вредные условия труда оказывают негативное влияние на ткани полости рта, обуславливая более выраженную интенсивность заболеваний полости рта. Указанные аспекты и определяют актуальность насто-

ящего исследования.

**Цель исследования** - оценить влияние факторов алюминиевого производства на состояние пародонтологического статуса.

**Материал и методы.** Проведено комплексное стоматологическое обследование с углубленным изучением пародонтологического статуса 250 работников мужского пола Таджикского алюминиевого завода ( $n=250$ ) в возрасте от 30 до 50 лет и группы сравнения ( $n=230$ ), аналогичной по возрастному-по-





ловому признаку, не имеющих контакта с вредными факторами алюминиевого производства. При обследовании полости рта использовали стандартную методику ВОЗ.

**Результаты.** Анализ результатов клинико-эпидемиологического обследования рабочих алюминиевого завода позволил выявить высокую распространенность заболеваний пародонта. В основной группе дан-

ный показатель составил 100% при значении 89,7+3,76% в группе сравнения.

**Заключение.** В основной группе отмечен высокий уровень значений индекса гигиены полости рта, что свидетельствует о плохой гигиене и недостаточной мотивации к ее осуществлению.

**Ключевые слова:** пародонтологический статус; алюминиевое производство; профессиональный фактор.

## PERIODONTOLOGICAL STATUS OF WORKERS UNDER THE INFLUENCE OF TECHNOGENIC FACTORS OF ALUMINUM PRODUCTION

Yusupov Z. Ya.

Scientific-clinical institute of dentistry and maxillofacial surgery, Dushanbe, Republic of Tajikistan

**BACKGROUND:** At present aluminum industry is one of leading branches of the economy of the Republic of Tajikistan. The ecological situation in condition of the modern industrialization and urbanization leaves to want best. Bad conditions of the labor render the negative influence upon tissues of the oral cavity, promotes more expressing intensity of the diseases of oral cavity. Specified aspects and define urgency of persisting studies.

**AIM.** The value of the influence of risk's factor of aluminum production on condition of periodontology status.

**MATERIALS AND METHODS:** Conducted the complex dentistry examination with deepened study of periodontology status of 250 workman's male of Tajik aluminum

plant at the age from 30 to 50 years and checking group from 230 persons similar age-sexual sign, not having contact with bad factors of aluminum production. At examination of the oral cavity used the standard method of WHO.

**RESULTS:** Analysis the results of clinical and epidemiological examination of aluminum plant's worker allowed to reveal high prevalence of periodontal diseases. In the main group this factor formed 100% under importance of 89.7±3.76% - in checking.

**CONCLUSIONS:** In the main group established high level of importance of the index hygiene of oral cavity that is indicative of bad hygiene and insufficient level of motivations to its realization.

**Keywords:** periodontal status; aluminum production; professional factor.

*Юсупов Зариф Якубзонович – Институтиишлмӣ-клиникии стоматология ваҷарроҳииҷоғурӯӣ, номзадишлмҳоитиббӣ, ходимишлмӣ. Суроға: 734026, ҶумҳурииТоҷикистон, шаҳри Душанбе, кӯчаиХуҷандӣ, 13. Телефон: (992) 919177239; e-mail:zarif-75@mail.ru*

*Юсупов Зариф Якубджанович – Научно-клинический институт стоматологии и челюстно-лицевой хирургии, к.м.н., научный сотрудник. Адрес: 734026, РеспубликаТаджикистан, г. Душанбе, ул. Худжанди, 13. Телефон: (992) 919177239; e-mail:zarif-75@mail.ru*

*Yusupov Zarif Yakubdzhanovich – Scientific clinical institute of dentistry and maxillofacial surgery, Candidate of Medical Sciences, scientific employee. Address: 734019, Republic of Tajikistan, Dushanbe, 13Khudjandist. Phone: (992) 919177239; e-mail: zarif-75@mail.ru*



## ТИББИ ОИЛАВӢ

### ХУСУСИЯТҲОИ ҶАРАӢНИ ФИШОРБАЛАНДИИ ШАРӢНИ ДАР КӢДАКONI СИННУ СОЛИ МАКТАБӢ

Ҳафиззода Ф.А.

Кафедраи тибби оилавӣ МДТ «ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино», ш. Душанбе.

**Муҳиммият.** Фишорбаландии шарӢнӣ (ФШ) бештар дар аҳолии калонсол ба назар мерасад [1,2]. Дар кӯдакон ва наврасон ин нишондиҳанда дар сатҳи 2,4-18% [3,4,5] қарор дорад. Тибқи маълумоти аксари бештари муаллифон [3,4,5] мавҷуд набудани методикаи стандартии чен кардани фишори шарӢнӣ, персонали тайёр ва меъёрҳои ягонаи баҳодиҳӣ ба сатҳи ФШ дар байни кӯдакон ва наврасон ташҳиси онҳо, назорати самаранокии профилактика ва табобати гузаронидашударо душвор месозад. Бояд қайд кард, ки ин беморӣ дар байни кӯдакон ва клонсолон чандон паҳншуда нест, аммо мубрам боқӣ мемонад, зеро ташаққули бемориҳои дилу рағҳо дар калонсолон дар давраи кӯдакӣ ва наврасӣ сар мешавад.

Мувофиқи таърифи муаллифон [3,4] ФШ дар байни кӯдакон ва наврасон-ин ҳолати патологие мебошад, ки онро дар муқоиса аз фишори меъёрӣ ФШ доимӣ ё даврагӣ ҳамроҳӣ мекунад, ки барои ҷанин 60-70/30-35 мм сут.сим., барои кӯдакони якмоҳа – 85/40 мм сут.сим., 1 сола – 95/50 мм сут.сим. аст. Минбаъд баланд шудани фишори шарӢнии систоликӣ (ФШС) ба ҳисоби миёна 2 мм сут.сим., дар як сол, фишори шарӢнии диастоликӣ (ФШД) – то 0,5-1 сут.сим., буд. ФШ дар байни кӯдакон ва наврасон метавонад, ки аввалия (эссенциали) ё дувумӣ (симптоматикӣ) бошад [4].

Омӯзиши махсусиятҳои ҷараёни ФШ дар синну соли мактабӣ мубрам боқӣ мемонад ва дар фаъолияти амалии табиби оилавӣ, дар баҳши коркарди вариантҳои оптималии табобат ва профилактикаи ин беморӣ дар муассисаҳои кумаки аввалияи тиббӣ-санитарӣ (КАТС) аҳамияти бузург дорад.

**Мақсади таҳқиқот** омӯзиши хусусиятҳои ҷараёни ФШ дар кӯдакони синну соли мактабӣ барои коркарди усулҳои оптималии табобат ва профилактикаи ин беморӣ дар

муассисаҳои кумаки аввалияи тиббӣ-санитарӣ (КАТС).

**Мавод ва усулҳои таҳқиқот.** Муоинаи умумии кӯдакони синну соли аз 7 то 14 – сола баҳодиҳии ҳолати системаҳои дилу рағҳо, нафачкашӣ, ҳозима, пешобхориҷкунӣ асаб ва эндокринӣ, чен кардани қад, вазн барқашидан (дар ҳар як муоина) –ро дар бар гирифт. Мо 500 нафар кӯдакони синну соли мактабии мактаби № 59, ш. Душанберо таҳқиқ намудем.

ФШ кӯдакон ба таври систематикӣ дар ҳарду дасташон бо усули Коротков чен карда шуд. Қайд кардан лозим аст, ки чен кардани ФШ ва ташҳиси ФШ тибқи тавсияи экспертҳои Ҷамъияти илмии умумироссиягии кардиологҳо «Ташҳис, табобат ва профилактикаи ФШ дар кӯдакон ва наврасон» бознигарии дуҷум с. 2009 анҷом дода шуд [4]. Мувофиқи ин тавсияи методии ФШ дар кӯдакон ва наврасон аз синну сол, вазн ва қад, усули ташҳиси ФШ, ки дар одамони > 18-сола ба кор бурда мешаванд, барои ин категорияи беморон қобили қабул нест. Барои ташҳиси ФШ дар кӯдакон ва наврасон сз чадвалҳои махсус истифода шуд, ки дар асоси натиҷаҳои таҳқиқотҳои популятсионӣ бунёд шудаанд [3,4].

Ғайр аз ин, дар ҳамаи беморони дорои гипертонияи симптоматикӣ (ГС) таҳқиқоти комплексӣ гузаронида шуд, ки усулҳои клиникӣ-лабораторӣ (таҳлили умумии хун, пешоб, таҳлили биохимиявии хун) ва инструменталии таҳқиқот (электрокардиография, таҳқиқоти қаъри чашм ва ғ.) иҷро карда шуд.

Шикоятҳои беморон, маълумотҳои анамнези беморӣ ва ҳаёт, натиҷаҳои усулҳои таҳқиқоти объективӣ, лабораторӣ ва инструменталӣ бо назардошти маълумотҳои асноди тиббӣ, на танҳо барои ташҳиси тафриқии ФШ ва шаклҳои он – бемории фишор-

баландӣ ё гипертонияи аввалия ё симптоматикии БФШ хизмат мекунанд.

Бо мақсади ташҳиси тафриқавии ГС омӯзиши ҳаматарафаи анамнез, маълумотҳои клиникӣ ва лабораторӣ, аз ҷумла таҳқиқоти микроскопӣ ва бактериологии дурдаи пешоб, муайян кардани зичии осмотикии пешоб бо усули Зимнитский, филтратсияи клобачавӣ мувофиқи креатинини эндогении экскретсияи шабонарӯзии сафеда бо пешоб анҷом дода шуд. Дар беморон ТУС-и гурдаҳо ва аз рӯйи нишондод-урографияи экскреторӣ иҷро карда шуд. Ҳамчунин аз рӯйи нишондодҳо таҳаммулпазирӣ нисбат ба глюкоза, муҳтавои электролитҳои хун таҳқиқ карда шуд, ТУС-и ғадуи сипаршакл, фавкулгурдаҳо иҷро карда шуда, сатҳи гормонҳои тиреоидӣ муайян карда шуд.

Бо мақсади муайян кардани тағйироти патологӣ дар узвҳо-ҳадафҳо дар ҳамаи беморон таҳқиқоти электрокардиографӣ ва ултрасадоии дил, офталмоскопия гузаронида шуд.

Коркарди оморӣ натиҷаҳои таҳқиқот дар компютери инфиродӣ бо ёрии бастаи барномаи амалии Statistica 7 барои Windows сурат гирифт. Ҳама маълумотҳои миқдорӣ ҳамчун  $M \pm m$  оварда шудаанд, дар ин  $M$  — бузургии миёна,  $m$  — ғалатии стандартии бузургии миёнаро ифода мекунанд. Фарқи яти нишондодҳои миқдорӣ ҳангоми  $< 0,05$  будан аз ҷиҳати оморӣ муҳим ҳисобида шуданд.

**Натиҷаҳои таҳқиқот** нишон доданд, ки аз 500 кӯдакони синну соли мактабӣ, аз онҳо 257 писар ва 243 духтар буданд, ФШ дар 27 нафар муайян карда шуд, ки 5,4 %-ро ташкил дод. Барои ташҳиси тафриқии ФШ ва муқаррар кардани шаклҳои он, пас аз омӯзиши муфассали маълумотҳои анамнез, клиникӣ ва лабораторӣ муқаррар карда шуд, ки дар 60,7%-и кӯдакон гипертонияи симптоматикии такрорӣ ба назар расид. ФШ, гипертонияи аввалия дар 39,3% кӯдак муайян карда шуд.

Маълумотҳои таҳқиқоти мо нишон доданд, ки дар кӯдакони синну соли мактабӣ сабаби ГФШ бемориҳои гурдаҳо 55,4% буданд. Аз онҳо бештар пиелонефрити музмин

ва бемории санги пешоб (БСП) муайян карда шуд.

Бемории эндокринӣ дар 44,6%-и кӯдакон дида шуд, бештар фарбеҳӣ, камтар гипертиреоз ва фиохромоситома дар як бемор муайян карда шуд.

Дар раванди таҳқиқот муқаррар карда шуд, ки шикоятҳои асосӣ дар кӯдакони синну соли мактабӣ инҳо буданд: дарди сар (30,5%), ки пас аз сарбориҳои гуногун ва тағйир ёфтани боду ҳаво зиёд мешавад. Сарчархзанӣ дар 18,6%, таппиши дил дар 19,0%, милт-милти дар пеши чашмон дар 12,1%, дилбеҳузуршавӣ ва қайкунӣ дар 12,7%, варами рӯй субҳ дар 9,0% -и беморон дида шуд. Бояд қайд кард, ки дар ҳамаи як бемор ҳамзамон якчанд симптоми ФШ дида шуд.

Дар лаҳзаи муоина кардан дар ҳамаи беморони дорои ФШ баландшавии устувори ФШ дитда шуд, ки аз меъёри синнусолӣ баланд буд. Ташҳиси ФШ дар вақте, ки фишор мувофиқи тавсияҳои экспертҳои Ҷамъияти илмӣ умумироссиягии кардиологҳо «Ташҳис, табобат ва профилактикаи ФШ дар кӯдакон ва наврасон» бознигарии дуюм с. 2009 баланд буд, анҷом дода шуд с. 2009 [4].

Дар аксари бештари беморон набз устувор ва шиддатнок буд. Ҳангоми палпатсия ва перкуссия дар 12,3% -и онҳо калон шудани сарҳади дил ба тарафи чап дида шуд. Дар 30,7% сарҳади систоликӣ дар қуллаи дил шуднида шуд. Дар 29,4% - аксенти лаҳни II-ба аорта. Дар 28,9% ихтилолҳои гуногун ҳангоми электрокардиография (ЭКГ) ба назар расид: тахикардияи синусӣ дар 24,3%, ихтилоли протсессҳои реполяризация дар 25,4%, аритмия дар 17,8% ба қайд гирифта шуд. Ин ё он ихтилолҳо дар ЭКГ бештар дар беморони дорои ФШ ба назар расид. Муоинаи қаъри чашми беморони дорои ФШ нишон дод, ки дар 34,9% беморони дорои ФШ ретинопатияи гипертоникдида мешавад, Тағйир ёфтани функцияи гурдаҳо дар шакли албуминурияи на чандон зиёд (0,033%) дар 48,2% бемор дида шуд.

Дар бораи бемории худ –ФШ ҳамагӣ 5,7% д-и кӯдакон ва волидони онҳо хабар доштанд. Давомнокии бемории фишорбаландӣ мувофиқи тағйироти рағҳои қаъри чашм (муоинаи қаъри чашм) муайян карда



шуд, ки ин аломати нисбатан боэътимоди бемории фишорбаландӣ аст. Дар 81,4% давомнокии бемории фишорбаландӣ аз 1 то 3-сол ва 18,6% аз 3 то 5 сол дида шуд.

Ҳамин тавр, шикоятҳо дар кӯдакони синну соли мактабии дорои бемории фишорбаландӣ дар маҷмуъ аз ҳамин гуна беморони дорои бемории фишорбаландӣ дар синну соли калонсоли бемории фишорбаландӣ фарқ намекард, аммо гипер аксуламали системаи дилу рағҳо ва шикоятҳои бо онҳо алоқаманд, дар синну соли кӯдакӣ возеҳтар буданд. Шикоятҳои кӯдакони синну соли мактабии дорои бемории фишорбаландӣ аз ҳамин гуна беморони дорои бемории фишорбаландӣ дар синну соли калонсоли бемории фишорбаландӣ фарқ намекард.

Барои табибони оилавӣ ва педиатрҳо бояд аснои кор ФШ дар кӯдакон бо роҳи чен кардани ФШ дар ҳар як муоина муайян кунанд, то ин ки пайдошавӣ ва ва пешра-

вии беморӣ пешгирӣ карда шавад. Барои баҳо додан ба вазнинии бемории фишорбаландӣ дар кӯдакони синну соли мактабӣ муоинаи мунтазам ва комплекси таҳқиқот бо истифода аз усулҳои муосири беинвазивӣ ва бехатар тавсия карда мешавад, ки аз чен кардани ФШ, ЭКГ, эхокардиография, таҳқиқоти қарри чашм, таҳлили умумии пешоб ва хун иборат аст.

**Хулосаҳо** : 1. бемории фишорбаландӣ дар 5,4% -и кӯдакони синну соли мактабӣ дида мешавад. Қойи аввалро аз ҷиҳати басомад дар бемории фишорбаландӣ кӯдакони синну соли мактабӣ ишғол мекунанд ва дҷар тонҳо ГС дар мавқеи аввал меистад.

2. Дар муассисаҳои КАТС, дар мактабҳо барои табибон ва ҳамшираҳои шафқат зарур аст, ки ба таври мақсаднок омилҳои хатари бемории фишорбаландиро бо мақсади пешгирӣ намудани пайдошавӣ ва пщравии беморӣ муайян намоянд.

#### Адабиёт

1. Кадырова Д.А. Первичная профилактика факторов риска у лиц молодого возраста с артериальной гипертонией / Д.А. Кадырова Ф.А. Хафиззода, А. Додочони //Международная научно-практическая конференция (68 – годичная) ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино, посвященная «Годам развития села, туризма и народных ремесел (2019-2021)»: сб. статей, 2020.- С. 108-109
2. Кодирова Д.А. Профилактикаи омилҳои хатар дар шахсони синну соли чавон бо фишорбаландии шарёни дар фаъолияти табибони оилави /Д.А. Кодирова, Ф.А. Хафиззода / Авчи зухал.-2021.- № 1.- С. 77-80
3. Марушко Ю.В. Первичная артериальная гипертензия у детей и подростков: диагностика и терапия /Ю.В. Марушко //MedicalNature- Листопад 2017,-№ 2,22- С. 31-33
4. Рекомендации экспертов Всероссийского научного общества кардиологов (ВНОК) «Диагностика, лечение и профилактика артериальной гипертензии у детей и подростков», второй пересмотр, 2009 г.- 288с.
5. Zimmet P, Alberti KG, Kaufman F, et al. IDF Consensus Group. The metabolic syndrome in children and adolescents – an IDF consensus report. *Pediatr Diabetes* 2007; 8(5): 299-306.

### ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ У ДЕТЕЙ ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА

Хафиззода Фарзонаи Абдуджабор

**РЕЗЮМЕ.** АГ наблюдается у 5,4% детей школьного возраста. Первое место по частоте в структуре АГ у них занимает симптоматическая гипертензия. Семейным врачам и педиатрам в своей работе следует выявлять АГ у детей, путем измерения АД

при каждом осмотре, с целью предупреждения развития и прогрессирования заболевания. Для оценки степени тяжести АГ у детей школьного возраста рекомендуется регулярное наблюдение и комплексное обследование с использованием современных не-



инвазивных и безопасных методов, включающих измерение АД, ЭКГ, эхокардиографию, обследование глазного дна, общий анализа крови и мочи.

**Ключевые слова.** артериальная гипертония, симптоматическая гипертония. эхокардиографию, школьный возраст, измерение АД, особенности течения.

**FEATURES OF THE COURSE OF ARTERIAL HYPERTENSION IN SCHOOLCHILDREN**  
**HafizzodaFarzonaiAbdujabor**

**SUMMARY.** Arterial hypertension is observed in 5.4% of school-age children. Symptomatic hypertension occupies the first place in frequency in the structure of hypertension. Family physicians and pediatricians in their work should identify hypertension in children by measuring blood pressure at each examination in order to prevent the development and progression of the disease. To assess the severity of hypertension in school-

age children, regular monitoring and a comprehensive examination using modern non-invasive and safe methods, including blood pressure measurement, electrocardiography, echocardiography, fundus examination, complete blood and urine analysis, are recommended.

**Key words:** Arterial hypertension, features of the course, children, school-age

*Хафиззода Фарзонаи Абдудҷбор – докторант PhD кафедраи тибби оилави МДТ «ДДТТ ба номи Абуалӣ ибни Сино», Тел: +992907007648 E-mail: farzona\_h94@mail.ru.*

*Хафиззода Фарзона Абдуджабор – докторант PhD кафедраи семейной медицины ГОУ «ТГМУ имену Абуали ибн Сина», Тел: +992907007648 E-mail: farzona\_h94@mail.ru*

*Hafizzoda Farzonai Abdujabor - Ph.D. student, Department of Family Medicine, "Avicenna Tajik State Medical University", Tel: +992907007648 E-mail: farzona\_h94@mail.ru*



## ФАРМАКОЛОГИЯ ВА ФАРМАКОГНОЗИЯ

### ТАЪСИРИ ЧИГАРМУҲОФИЗАТКУНИИ ДАМОБАИ ГАЗНАИ ДУХОНАДОР ҲАНГОМИ ЗАҲРОЛУДШАВИИ ШАДИД АЗ ПАЙВАСТАГИҲОИ ЧОРХЛОРИ КАРБОНИ (CCL<sub>4</sub>) ДАР ҲАЙВОНҲОИ ОЗМОИШӢ

Зубайдова Т.М.,<sup>1</sup> Урунова М.В.,<sup>2</sup> Нуралиев Ю.Н.,<sup>3</sup> Муродова М.Х.<sup>3</sup>

1. МД «Институти Гастроэнтерологияи» ВТва ХИА ҚТ; 2. Кафедраи фармакология ва ОМИТ-и МДТ “ДДТТ ба номи Абуалӣ ибни Сино”, 3. Кафедраи биологияи МДТ “Донишгоҳи Миллии Тоҷикистон”.

**Мухимият.** Вазъи кунунии фармакотерапия дар саросари ҷаҳон давраи навро дар рушди доруҳои табиӣ, ки қисми зиёди онро доруҳои гиёҳташқил медиҳанд, ҳамроҳӣ мекунад. Дар Ҷумҳурии Тоҷикистон доруҳо аз гиёҳҳои шифобахш –иловагиҳои фаъоли биологӣ то ҳол қисми муҳими номенклатураи дорухоро ташқил медиҳанд.

Фитопрепаратҳо спектри васеи фармакологӣдоранд ва дар пешгирӣ ва табобати комплекси бемориҳо бомуваффақият истифода мешаванд. Маводҳои доругӣ ёиловагиҳои фаъоли биологӣ, ки аз гиРҲҳои шифобахш омода мешаванд, дар муқоиса бо дорувории синтетикӣ қобилияти хуби табобатӣ дошта нисбатан беҳавфтар ҳастанд, инчунин қисмати зиёди ин пайвастагиҳои табиӣ аз технологияи ҳосилшавии онҳо низ вобастагӣдоранд. Аммо сатҳи кунунии таҳқиқоти токлиникӣ ва клиникии гиёҳҳои шифобахш нишон медиҳад, ки дар истифодаи онҳо маҳдудиятҳои қиддӣмавҷуданд.

Гиёҳҳои шифобахши дар тибби қадимаи форсу-тоҷикон истифодашаванда барои омӯзиши самаранокии онҳо дар амалияи клиникии муосиробъектҳои муҳим боқӣмонанд. Маводҳои гиёҳии шифобахш, ки барои намудҳои шадид ва музмини бемориҳои гуногун истифода мешаванд, таваҷҷуҳи олимониро ба худ ҷалб кардаанд. Ҳангоми истифодаи дарозмуддати пайвастагиҳои табиӣ реаксияҳои номатлубро ба амал намеоранд. Истифодаи ин гиёҳҳои шифобахши табиӣ ҳамчун манбаи ашёи хом барои фитопрепаратҳо самти таърихан ташаккулёфта ва самти муосири умедбахш ба ҳисоб мераванд [6,7,9].

Газнаи духонадор -(номи латинии он *Urtica diuica*) –растани бисёрсола аз авло-

ди Газна (*Urtica*) мебошад. Номи латинии *dioicus* ду хонадор аст [1,2,4]. Номиин гиёҳ ба забони русӣ крапива двудомная, жегалка, жигалка, стракива, стрекава, стрекучка мебошад [5,8, 10].

**Мақсади таҳқиқот.** Омӯзиши таъсири моддаҳои фаъоли биологӣи дамбаи(настой) гиёҳи газнаи духонадор, ки дар Тоҷикистон мерӯяд дар калламушони сафеди озмоишии бо пайвастагиҳои чорхлори карбони (CCL<sub>4</sub>) захролудшуда тартибаҳо.

**Мавод ва усулҳои таҳқиқот.** Дамбаи газнаи духонадорро (1:10) аз рӯи талаботи Фармакопедии давлатии ФР [3] тайёр намудем. Барои муайян намудани ҳосияти чигармуҳофизаткунии дамбаи (1:10) газнаи духонадор, ки дар Тоҷикистон мерӯяд таҷрибаҳоро дар 40 калламушони сафед дар модели захролудии шадиди чигар бо пайвастагиҳои чорхлори карбони (CCL<sub>4</sub>) дар муддати 1 моҳ гузаронидем. Ба калламушони таҷрибашаванда пайвастагиҳои чорхлори карбони (CCL<sub>4</sub>)-ро омехта бо рағани пахта (1:1) 1 рӯз пас ба меъдаи ҳайвонҳо бо меъёри 2 мл/кг вазн ворид намуда, гепатити шадидро ба вучуд овардем. Барои муолиҷаи онҳо дар муддати 30 рӯз ба дохили меъдаи дамбаи гиёҳи газна (1:10) бо меъёри 2 ва 5 мл/кг вазн ворид карда шуд (1 маротиба дар 1 шабонарӯз). Таъсири чигармуҳофизаткунии дамбаи қиёми газнаро бо доруи маъмули “Карсил” муқоиса намудем. Судмандӣ ва хусусиятҳои муҳофизатии дамбаи газнаи духонадор нисбат ба ҳуҷайраҳои осебдидаи чигар ҳангоми захролудкунии шадид бо пайвастагии чорхлориди карбонро (CCL<sub>4</sub>) аз рӯи нишондодҳои зерин баҳодихӣ намудем:

1. Зинда мондани ҳайвонҳои гуруҳи таҷрибавӣ ва назоратӣ.

2. Ҳолати фаъолияти ферментҳои ҳуҷайраҳои чигарро аз рӯи мубодилаи билирубин, аспартатаминотрансфераза (АсАТ), аланинаминотрансфераза (АлАТ), фосфатазаи ишқорӣ (ФИ) мушоҳида намудем.

Калламушони сафедро ба 5 гурӯҳ ҷудо кардем: гурӯҳи 1-ум – солим, ки дар давоми 30 шабонарӯз дохили меъда оби муқаррариро бо меъёри 5 мл/кг вазн ворид намудем; гурӯҳи 2-ум – калламушони назоратӣ, муоличанашуда бо гепатити шадид (бо пайвастигии чор хлориди карбон (CCl<sub>4</sub>) захролудшуда), ки дар давоми 30 шабонарӯз ба меъда оби муқаррариро бо меъёри 5 мл/кг вазн ворид намудем; гурӯҳи 3- 4 – калламушони захролудшуда бо пайвастигии чорхлориди карбон (CCl<sub>4</sub>), ки дар давоми 30 шабонарӯз бо дамбаи газнаи духонадор (1:10) бо меъёри 2 ва 5 мл/кг вазн муолиҷа ёфтанд ва гурӯҳи 5-ум – муқоисавӣ, ҳайвонҳои бо пайвастигии чорхлориди карбон (CCl<sub>4</sub>) захролудшуда бо доруи “Карсил” бо меъёри 50 мг/кг дохили меъда бо ҳамон нақша муолиҷа ёфтанд.

**Натиҷаҳои таҳқиқот ва муҳокимаи он.**

Дар ҳайвонҳои солим миқдори билирубин 17,0 ±0,6мкм/л, аспартатаминотрансфераза (АсАТ) 49,0±0,7 в/л, аланинаминотрансфераза (АлАТ) 58,0±0,9 в/л фосфатазаи ишқорӣ (ФИ) 245±4,5 в/л-ро ташкил намуд.

Дар гурӯҳи ҳайвонҳои назоратӣ (муоличанашуда) бо гепатити шадид, ки дар давоми 15 рӯз қариб 7-маротиба CCl<sub>4</sub>-ро бо миқдори 2мл/кг вазн вориднамуда будем, миқдори билирубин 21,5±0,6 мкмоль/л (26,4%), АсАТ 235,0±4,0 в/л (375%), АлАТ 285±5,4 в/л (391,4%) ва ФИ 550,±8,5 в/л (124,5%)-ро ташкил намуд, ки нисбат ба ҳайвонҳои солим фаъолнокии ферментҳои зиёд гардидааст. Ин нишонаи ҳалокшавии пуршиддати ҳуҷайраҳои чигар ва ба плазмаи хун гузаштани ферментҳои аминотрансфераза ва фосфатазаи ишқорӣ мебошад.

Гурӯҳи ҳайвоноти **3-юм ва 4-ум**, ки дамбаи газнаи (1:10) духонадори тайёркардашударо бо меъёри 2 ва 5 мл/кг вазн дар давоми 30 шабонарӯз ба меъда ворид намуда будем, фаъолнокии ферментҳои чигар ба монанди нишондиҳандаҳои билирубин – аз 25,6% то 37,2% АсАТ аз 54-то 62,5%, АлАТ – аз 57,8% то 62,1%; фосфатазаи ишқорӣ бошад аз 25,5% то 29% паст шуд. (ҷадвали 1).

Инчунин доруи “Карсил” низ, ки дохили меъда ба миқдори 50 мг/кг ба калламушони бо гепатити шадид ворид карда шуд, ҳосияти муҳофизатии ҳуҷайраҳои чигарро баланд намуда, дар давоми 30 шабонарӯз консентратсияи билирубинро то 34,8%, фаъолнокии ферментҳои АсАТ то 65%, АлАТ то 60,7% ва фосфатазаи ишқорӣ то 34,5% кам кардааст.

**Ҷадвали 1. Таъсири дамбаи гиёҳи газнаи духонадор (1:10) ба фаъолнокии ферментҳои дар калламушҳои сафед, хангоми захролудгардонии шадид бо CCl<sub>4</sub> (дар ҳар як гурӯҳ 7 калламуш).**

Гурӯҳи ҳайвонот ва моддаи омӯхта шаванда бо мл/кг вазн	Нишондодҳои биохимиявии хун			
	Билирубин ниумумӣ мкмол/л	Ас АТ в/л	Ал АТ в/л	Фосфатазаи ишқорӣ в/л
1. Гурӯҳи калламушҳои солим+ оби муқаррарӣ д/м 2мл/кг	17,0 ±0,6 100%	49,0±0,7 100%	58,0±0,9 100%	245,0±4,5 100%
2. Гурӯҳи калламушҳои назоратӣ бо гепатити шадид (CCl <sub>4</sub> ) + оби муқаррарӣ д/м 2мл/кг	21,5±0,6 P* < 0,01 26,4%	235,0±4,0 P* < 0,001 375%	285,0±5,4 P* < 0,001 391,4%	550,0±8,5 P* < 0,001 124,5%
3. Гурӯҳи калламушҳои бо гепатити шадид (CCl <sub>4</sub> ) + ҷӯшобаи газнаи духонадор (1:10) д/м 2 мл/кг	16,0±0,4 P** < 0,01 25,6%	108±2,4 P** < 0,01 54%	120±2,6 P** < 0,01 57,8%	410±6,5 P** < 0,1 25,5%
4. Гурӯҳи калламушҳои бо гепатити шадид (CCl <sub>4</sub> ) + ҷӯшобаи газнаи духонадор (1:10) д/м 5мл/кг	13,5±0,35 P** < 0,01 37,2%	88±2,0 P** < 0,001 62,5%	108±2,3 P** < 0,001 62,1%	390±5,5 P** < 0,01 29,0%
5. Калламушҳои муқоисавӣ бо гепатити шадид (CCl <sub>4</sub> ) + 50мг/кг доруи “Карсил” д/м	14,0±0,4 P** < 0,01 34,8%	93±2,1 P** < 0,001 64%	112±2,4 P** < 0,001 60,7%	360±5,4 P** < 0,01 34,5%

Эзоҳ: M±m P<0,05-0,01\* - Моҳияти P\* барои ҳайвоноти назоратӣ нисбати ҳайвоноти солим дода шудааст ва P\*\* - ҳайвоноти таъбириро нисбати ҳайвоноти назоратӣ муқоиса намудем.



Хамин тариқ, дар асоси таҷрибаҳои гузаронидашуда дамбаи газнаи духонадор (1:10) хангоми захролудкунии шадид бо  $CCl_4$ , ки дар давоми 30 шабонарӯз дохили меъда ворид намудем хосияти муҳофизатӣ ба амал овард ва дар натиҷаи онфаъолнокии ферментҳои АлАТ, АсАТ, фосфатазаи ишқорӣ ва концентратсияи билирубин дар хун паст шуданд.

**Хулоса.** Аз мушоҳидаҳои дар боло зикршуда чунин хулоса баровардан мумкин аст, ки дамбаи газнаи духонадор дар мавриди гепатити шадиди чигар хусусияти муҳофизатиро ба амал меорад. Газнаи духонадор, ки дар Тоҷикистон мерӯяд хосияти гепатопротекториро доро аст.

#### Адабиёт

1. Абуалиибни Сино. Канон врачевой науки. / Абуалиибни Сино. - Душанбе: Дониш, Т. 2, 2012 с. – 810 саҳ.
2. Азонзод, Ҷ.А. Рустаниҳои шифоӣ ва ғизоӣ (Асосҳои фармаконутрисиология) / Ҷ.А. Азонзод. - Д.: “Адиб”, 2010. – Саҳ. 229-232
3. Государственная Фармакопея Российской Федерации. XIV издание. - Том IV. Москва, - 2018. – Саҳ. 6343-6350
4. Губанов, И.А. Дикорастущие полезные растения России / И.А. Губанов. - СПб.: СПХФА, 2001. - 663 саҳ.
5. Губанов, И. А. и др. *Urtica dioica* L. Крапива двудомная // Иллюстрированный определитель растений Средней России. В 3 т. - М.: Изд-во науч. изд. КМК, Ин-т технолог. исслед., Покрытосеменные (двудольные: раздельнолепестные), Т. 2, 2003 с. - Саҳ. 40.
6. Крапива-статья из Толкового словаря живого великорусского языка Владимира Даля.
7. Нуралиев Ю.Н. Авестийская медицинская система / Ю.Н. Нуралиев. Пажухиш дар фарҳанги бостон аз дирӯз то имрӯз, 2019 с. Саҳ. 129-141
8. Нуралиев, Ю.Н., Масъуди Миршоҳӣ. Систематизация авестийской медицины в книге «Зороастризм и его значение в развитии цивилизации Востока». / Ю.Н. Нуралиев, Масъуди Миршоҳӣ. – Д.: - 2003. – 357 саҳ.
9. Ишанкулова Б.А., Урунова М.В., Юлдашева У.П. Влияние листьев в шелковицы белой и крапивы двудомной на основные патогенетические звенья метаболического синдрома. / Б.А. Ишанкулова ва ҳаммуаллифон // В журнале «Проблемы Гастроэнтерологии», № 2, 2021 с. - Саҳ. 49-52.
10. Урунова М.В., Юлдашева У.П., Ходжаева Ф.М. «Влияние настоя листьев крапивы двудомной на процессы перекисного окисления липидов у белых крыс». Дар маҷмуи конференсиҳои амалии байналмиллалии V-умин, бахшида ба 88-солагии донишгоҳи тиббии Курск, 85-солагии кафедраи фармакология ва 10-солагии Институти байналмиллалии донишгоҳи тиббии Харбинск. 18-19 октябр, 2022 с. Саҳ. 196-200.

### ГЕПАТОПРОТЕКТОРНОЕ ДЕЙСТВИЕ НАСТОЯ КРАПИВЫ ДВУДОМНОЙ ПРИ ОСТРОМ ОТРАВЛЕНИИ С ЧЕТЫРЕХХЛОРИСТЫМ УГЛЕРОДОМ ( $CCl_4$ ) У ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНЫХ ЖИВОТНЫХ.

Зубайдова Т.М., Урунова М.В., Муродова М.Х.

ГУ «Институт Гастроэнтерологии» МЗ и СЗН РТ, Кафедра фармакологии ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино», Кафедра биологии ГОУ «Национальный университет Таджикистана».

**Цель.** Изучение гепатопротекторных свойств настоя листьев крапивы двудомной, произрастающей в Таджикистане при токсическом гепатите с четыреххлористым углеродом ( $CCl_4$ ) у белых крыс в эксперименте.





**Материал и методы исследования.** Настой листьев крапивы двудомной (1:10), произрастающая в Таджикистане готовили в соответствии с требованиями Государственной Фармакопеи РФ (2018). Экспериментальные исследования проводились на 40 белых крысах на модели острого гепатита с четыреххлористым углеродом (CCL<sub>4</sub>). Животным внутрижелудочно(в/ж) вводили CCL<sub>4</sub> в смеси с хлопковым маслом (1:1) в дозе 2 мл/кг массы тела через день в течение 1-го месяца. Препаратом сравнения был выбран известный гепатопротектор “Карсил”. Животные были разделены на 5 серий: 1-я – интактные, получавшие в/ж дистиллированную воду в дозе 5 мл/кг массы тела в течение 30-ти дней; 2-я – контрольные (нелеченные) с токсическим гепатитом (CCL<sub>4</sub>), в/ж получавшие дистиллированную воду в объеме 5 мл/кг массы тела в течение 30 дней; 3- и 4-я серия – опытные крысы, пораженные с CCL<sub>4</sub> леченные с настоем листьев крапивы двудомной (1:10) в дозе 2 и 5 мл/кг массы тела по той же схеме; 5- серия – опытные животные с токсическим гепатитом (CCL<sub>4</sub>) леченные с препаратом “Карсил” в дозе 50 мг/кг массы в/ж по той же схеме. О гепатопротекторном эффекте настоя листьев крапивы двудомной судили по активности ферментов как аспаратаминотрансфераза (АсАТ), аланинаминотрансфераза

(АлаТ), щелочная фосфатаза, билирубин в сыворотке крови, а также выживаемость животных.

**Результаты.** У контрольных крыс с токсическим гепатитом (CCL<sub>4</sub>) отмечался повышение ферментативной активности в сыворотке крови по сравнению с интактной серией: билирубин на  $21,5 \pm 0,6$  ( $17,0 \pm 0,6$  мкм/л, 26,4%), АсАТ на  $235,0 \pm 4,0$  ммоль/л ( $49,0 \pm 0,7$  мкмоль/л -375%, ( $P < 0,001$ )), АлАТ на  $285 \pm 5,4$  ммоль/л ( $58,0 \pm 0,9$  -391,4% ( $P < 0,001$ )) и ЩФ на  $550, \pm 8,5$  ммоль/л ( $245 \pm 4,5$  – 124,5% ( $P < 0,001$ )). У опытных крыс с токсическим гепатитом CCL<sub>4</sub> (3 и 4-я серия), леченных настоем листьев крапивы двудомной (1:10) в дозе 2 и 5 мл/кг массы тела в течение 30-ти дней активность ферментов в сыворотке крови снижался, составляя: общий билирубин от 25,6% до 37,2%, АсАТ от 54% до 62,5%, АлАТ от 57,8% до 62,1% и щелочная фосфатаза от 25,5% до 29%. Известный препарат Карсил также оказывал гепатопротекторное действие, снижая ферментативную активность в сыворотке крови у опытных животных.

**Заключение.** Полученные результаты доказывают, что настой листьев крапивы снижает активность ферментативной системы при токсическом гепатите. Крапива двудомная, произрастающая в Таджикистане обладает гепатопротекторными свойствами.

## HEPATOPROTECTIVE EFFECT OF NETTLE INFUSION IN ACUTE POISONING WITH CARBON TETRACHLORIDE (CCL<sub>4</sub>) IN EXPERIMENTAL ANIMALS

Zubaidova T.M., Urunova M.V., Nuraliev Y.N., Murodova M.Kh.

SR of “Institute of Gastroenterology” of the Ministry of Health and Social Protection of the Republic of Tajikistan. Department of Pharmacology, State Educational Institution “TSMU named after A.I. Abuali ibn Sino. Department of Biology SEI “National University of Tajikistan”

**Target.** The study of the effect of an infusion of the leaves of stinging nettle, growing in Tajikistan, in toxic hepatitis with carbon tetrachloride (CCL<sub>4</sub>) in white rats in the experiment.

**Material and research methods.** An infusion of stinging nettle leaves (1:10), growing in Tajikistan, was prepared in accordance with the requirements of the State Pharmacopoeia of the

Russian Federation (2018). To identify the hepatoprotective effect of the studied infusion, experiments were carried out on 40 white rats on a model of acute hepatitis with carbon tetrachloride (CL<sub>4</sub>). Animals were injected intragastrically (i.v.) with CCL<sub>4</sub> mixed with cottonseed oil (1:1) at a dose of 2 ml/kg of body weight every other day for 1 month. The well-known hepatoprotector Karsil was chosen as



the reference drug. Animals were divided into 5 series: 1st - intact, treated with intravenous distilled water at a dose of 5 ml/kg of body weight for 30 days; group 2 - control (untreated) with toxic hepatitis (CCL4), i.v. treated with distilled water in a volume of 5 ml/kg of body weight for 30 days; 3rd and 4th series - experimental rats affected with CCL4, treated with an infusion of stinging nettle leaves (1:10) at a dose of 5 ml/kg of body weight according to the same scheme; Series 5 - experimental animals with CCL4 lesions, treated with the drug "Karsil" at a dose of 50 mg/kg body weight IM according to the same scheme. The hepatoprotective effect of nettle leaf infusion was judged by the activity of enzymes such as aspartate aminotransferase (AsAT), alanine aminotransferase (AlaT), alkaline phosphatase, bilirubin in the blood serum, as well as the survival rate of animals.

**Results.** In control rats with toxic hepatitis (CCL4), there was an increase in enzymatic activity in the blood serum compared to the intact series: bilirubin by  $21,5 \pm 0,6$  ( $17,0 \pm 0,6 \mu\text{mol/l}$ , 26,4%), AsAt by  $235,0 \pm 4,0 \text{ mmol/l}$  ( $49,0 \pm 0,7 \mu\text{mol/l}$  - 375% ( $P < 0,001$ )), ALT by  $285 \pm 5,4 \text{ mmol/l}$  ( $58,0 \pm 0,9 - 391,4\%$  ( $P < 0,001$ )) and ALP by  $550 \pm 8,5 \text{ mmol/l}$  ( $245 \pm 4,5 - 124,5\%$  ( $P < 0,001$ )). In experimental rats with toxic CCL4 hepatitis (series 3 and 4) treated with an infusion of stinging nettle leaves (1:10) at a dose of 2 and 5 ml/kg of body weight for 30 days, the activity of enzymes in the blood serum decreased, amounting to : total bilirubin from 25,6% to 37,2%, AST from 54% to 62,5%, ALT from 57,8% to 62,1% and alkaline phosphatase from 25,5% to 29%.

**Conclusion.** The results obtained prove that the infusion of nettle leaves, which grows in Tajikistan, by reducing the activity of the enzymatic system, has a hepatoprotective effect.

*Зубайдова Тоҷинисо Маҳмудовна – н.и.т., корманди калони илмии МД “Институтути гастроэнтерология”-и ВТ ва ҲИА ҚТ,*

*Урунова Муҳаббат Ваҳобовна – мудири кафедраи фармакологияи МДТ “ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино”, н.и.т., дотсент: [muhabbat-urunova@mail.ru](mailto:muhabbat-urunova@mail.ru)*

*Муродова М.Х. – кафедраи биологияи МДТ “Донишгоҳи милли Тоҷикистон”*

*Зубайдова Тоҷинисо Маҳмудовна – к.м.н., старший научный сотрудник ГУ «Институт Гастроэнтерологии» МЗ и СЗН РТ*

*Урунова Муҳаббат Ваҳобовна – заведующая кафедрой фармакологии ГОУ “ТГМУ им. Абу-али ибни Сино”, к.м.н., доцент: [muhabbat-urunova@mail.ru](mailto:muhabbat-urunova@mail.ru)*

*Муродова М.Х. – кафедраи биологияи МДТ “Донишгоҳи милли Тоҷикистон”*

*Zubaidova Tojiniso Mahmudovna - N.I.T., Head of Science Department, MD “Institute of Gastroenterology”,*

*Urunova Muhabbat Vahobovna – Head of the Department of Pharmacology and MDT “ATSMU after Abūalī ibni Sino”, N.I.T., dotsent: [muhabbat-urunova@mail.ru](mailto:muhabbat-urunova@mail.ru)*

*Murodova M.Kh. – Department of Biology and MDT “Donishgoi Milli Tojikisiton”*

## ХОСИЯТҲОИ ЗАҲРНОКӢ, ГЕМОЛИТИКӢ ВА АНТИОКСИДАНТИИ РАВҒАНҲОИ ЭФИРИИ РАСТАНИҲОИ БУРҒОНӢ МУҚАРАРӢ ВА ТАРХУН

Салимов А.М.

Институтути химияи ба номи В.И.Никитини Академияи миллии илмҳои Тоҷикистон,  
Муассисаи илмӣ-таҳқиқотии «Маркази инноватсионии Хитою Тоҷикистон оид ба  
маҳсулоти табиӣ-и» Академияи миллии илмҳои Тоҷикистон

**Муҳиммият.** Явшон - (*Artemisia*) яке аз растаниҳои бошиддат тадқиқшаванда башумор меравад. Ин аз он гувоҳӣ медиҳад, ки ҷустуҷӯи навъҳои нави ашёи растаниҳои

шифой, пеш аз ҳама дар байни намудҳои ба ҳамдигар наздики растаниҳо ояндадор мебошад. Аз ин лиҳоз, оилаи явшон (*Artemisia L.*) бо гуногунрангӣ, миқдори паҳншавӣ ва



захираҳои ашғӣ ҷолиби диққат мебошад.

Явшон (*Artemisia L.*) ба оилаи растаниҳои мураккабгулон дохил мешавад, ки онҳо дар Тоҷикистон зиёда аз 49 намуди гиёҳ ва буттаҳо ташкил медиҳанд. Дар миёни ин растаниҳо як қатор растаниҳои доругӣ низ ҳастанд, ки дорои фаъолияти васеи биологӣ мебошанд [1].

Ҳамчунин, омӯзиши бурғон (*Artemisia annua L.*) тархун (*Artemisia dracuncululus L.*) бо суръат идома дорад. Бинобар маълумотҳо [2] чӯзҳои асосии рағанҳои эфирии бурғон (*Artemisia annua L.*) камфоа (то 32,5), 1,8 ценеол (то 17,8), мирцен, (то 3,3), камфен (то 8,7) ва тархун (*Artemisia dracuncululus L.*) метилхавикол (то 21,4), 1-фенил-2,4-гексадин (то 22,2), п-симол (то 8,7), метилевгенол (то 5,4), лимонен (то 3,5), спатчуленол (то 3,6) – ро ташкил медиҳанд. Новобаста аз он, ки омӯзиши ин навъи яшон муддатҳои тӯлонӣ идома дорад, дар адабиётҳои оиди фаъолнокии биологии рағанҳои (*Artemisia annua L.*) тархун (*Artemisia dracuncululus L.*), ки дар Тоҷикистон мерӯяд, тақрибан ягон маълумот мавҷуд нест.

Қаблан [3] мо оиди таркиби кимиёвии рағанҳои эфирии бурғон (*Artemisia annua L.*) тархун (*Artemisia dracuncululus L.*) маълумот дода будем.

Мақсади кори мазкур баррасии натиҷаҳои омӯзиши ҳосиятҳои захрнокӣ, гемолитикӣ ва фаъолияти антиоксидантии рағанҳои эфирии бурғон (*Artemisia annua L.*) тархун (*Artemisia dracuncululus L.*), ки дар Тоҷикистон мерӯянд, мебошанд.

**Муайян кардани захрнокии рағанҳои эфирӣ.** Маҳлули рағанҳои эфирӣ дар ғализатҳои гуногун дар оби баҳрӣ бо усули омехтакунии дукарата тайёр карда шудааст. Тухми *Artemia salina* дар оби баҳрӣ (маҳлули 3,3% - и намақоби баҳрӣ) кишт карда шуда, тухми киштшуда дар ҳарорати хона ба муддати 24-48 соат дар ҷойи торик гузошта шуд. Баъдан, *Artemia salina* чамъ карда шуда, дар чуқуричаҳо бо рағанҳои эфирии сероб омехта карда шуданд. Бо гузашти 24 соат аз кишткунӣ дар ҳарорати хона миқдори *Artemia salina* мурда дар ҳар як чуқурича бо ёрии заррабин (микроскоп) муайян карда

шуд. Тест такроран ду маротиба гузаронида мешавад. Ҷоизи талафот аз рӯи миқдори *Artemia salina* мурда дар ҳар як чуқурича дар муқоиса бо миқдори умумии онҳо муайян карда шудааст. Дар асоси он консентратсияи 50% ( $LC_{50}$ ) талафшудаи рағанҳои эфирӣ муайян карда шудааст. Маҳлули рағанҳои эфирӣ, ки дар 1000 мкг/мл ҳосиятҳои захрнокӣ зохир накардааст, захрнок ҳисобида намешаванд.

**Фаъолияти гемолитикии рағанҳои эфирӣ.** Фаъолияти гемолитикӣ бо роҳи инкубатсиякунии 20 мкл маҳлули силсилаи маҳлулҳои эфирӣ дар PBS (400, 200, 50, 25, 12,5, 3,12 мкл/мл.) 80 мкл суспензияи 5%-и хучайраҳои сурхи хунин (одам  $O^+$ ) дар муддати 1 соат ва ҳарорати  $37^{\circ}C$  дар дастгоҳи аналитикӣ омӯхта шудааст. Рекасия ҳангоми иловаи 200 мкл PBS суфт шуда, баъдан суспензияро бо суръати 1000 гардиш/дақиқа ба муддати 10 дақиқа сетрифуга карда шуд. Мавҷуд набудани гемолиз (санчиш) ва ё гемолизи пурра (санчиши мусбат) бо ивазкунандаи маҳлули рағани эфирӣ PBS дар ҳаҷми баробар ва ё мутаносибан бо оби муқаттар муайян карда шудааст. Натиҷаҳои ҳосилшуда аз рӯи ҷоизи гемолиз дар муқоиса бо санчиши мусбат (гемолизи 100%) муайян карда шуда, таҷриба такроран се маротиба гузаронида шудааст.

Муайянкунии фаъолияти актиоксидантии рағанҳои эфирӣ ва чӯзҳои он

Таҳлили муҳосираи радикалҳои озоди ДФПГ (2,2-дифенил-1-пикрилгидразил)

100 мкл экстрактро (дар метанол омехта кардашударо дар фосилаи консентратсияи аз 7,8 то 1000 мкг/мл) бо 100 мкл 0,2 мМ ДФПГ дар метанол омехта карда, дар чуқуричаҳои лавҳаи 96 чуқуричадор мегиранд. Лавҳачаро ба муддати 15 дақиқа дар ҷойи торик нигоҳ дошта, сипас зичии оптикӣ маҳлулро дар дарозии мавҷи 515 нм бо дастгоҳи Biochrom ASYSUVM 340 ҳисобкунаки лавҳача чен мекунанд. Тайёркунии мувофиқи маҳлулҳо (метанол) ва стандартҳо (кислотаи аскорбин дар метанол) дар як вақт оғоз карда шуданд. Фаъолнокии ингибиторҳо (бо %) бо формулаи зерин ҳисоб карда шудааст:



$$\text{Фаъолнокши ингибиторӣ (\%)} = \frac{100 \times [(\text{фурӯбарии намуна} + \text{DPPH}) - (\text{фурӯбарии санҷиши})]}{[(\text{фурӯбарии DPPH}) - (\text{фурӯбарии метанол})]}$$

Дар ин чо, ифодаи IC<sub>50</sub> ҳамчуни микдори экстракти лозимӣ барои монъешавии радикалҳои ДФПГ 50%-а муайян карда шудааст.

**Таҳлили бандшавии радикалҳои озоди АБТС (2,2'-азинобис 3- этилбензо-тиазолин-6-сульфонат).** АБТС•+ радикали озодро бо роҳи ҳалкунии 38 мг реагенти АБТС дар 10 мл оби муқаттари деионизатсиякардашуда (концентратсияи ниҳой 7,0 мМ) ҳосил карда шудааст. Сипас, ба маҳлули АБТС • + 6,5 мг персулфати калий илова карда шуда, барои гузаштани реаксия ва ҳосилшавии катион-радикали АБТС • + устувор 16 соат манъ карда шуд (Рас. 2.4). Ба маҳлули АБТС • + барои ба даст омадани нишондиҳандаи ниҳойи коэффитсиенти фурӯбарии байни 2,0 ва 2,4 ҳангоми 645 нм иловатан об ҳамроҳ мекунад. Маҳлули 20 мМ Тролокс дар спирти этаноли абсолютӣ (мутлак) ба сифати таҳлили назоратӣ тайёр карда мешавад. Ба микролаваҳаи 96-чуқуричадор 100 мкл экстракт (дораи концентратсияаш 7,8-1000 мкг/мл) ва ё Тролокс ё ин ки об гирифта, онро ба 100 мкл маҳлули АБТС • + илова мекунад. Зичии оптикӣ маҳлул бо дастгоҳи ҳисобкунии микролаваҳаҳои тамғай Biochrom ASYS UVM 340 (ширкати Biochrom) дар дарозии мавҷи 645 нм чен карда мешавад. Фаъолияти ингибиторӣ ҳамчун таҳлили ДФПГ ҳисобида шудааст.

**Усули баҳодихӣ аз рӯи барқароршавии антиоксидантҳо бо оҳан (FRAP).**

20 мкл рағғани озмоиши аз рӯи намунаи стандартӣ дар ДМСО обкардашударо бо 180 мкл реагенти FRAP дар лавҳаи 96

чуқуричадор омехта карда, ба муддати 6 дақиқа мегузоранд ва баъдан нурфурӯбарии онро дар дарозии мавҷи 595 нм дар дастгоҳи маҳсуси ченкунии барои микролаваҳаҳо чен мекунад. Реагенти FRAP тоза тайёр карда шуда, бо роҳи омехтакунии 300 мМ маҳлули буферии сирко бо рН-и 3,6, 10 мМ маҳлули трипиридилтриазин дар 40 мМ HCl ва 20 мМ FeCl<sub>3</sub> • 6H<sub>2</sub>O дар таносуби ҳаҷми 10:11 омода карда мешавад. Маҳлули кории FRAP дар ҳарорати 37°C ба муддати 30 дақиқа гарм карда мешавад. FeSO<sub>4</sub> (1200 мкМ - 6,25 мкМ) барои бадаст овардани қачхатаи кунҷии стандартӣ истифода бурда шудааст. Нишондиҳандаи FRAP ҳамчун мкМ Fe (II)/мг ифода карда шудааст.

**Баррасии натиҷаҳо.** Бузургии LD<sub>50</sub> барои фаъолияти захрнокии рағғанҳои эфирӣ *A. annua*, *A. dracunculus* муайян карда шудааст, ки мутаносибан ба: 0,21; 0,55 мг/мл баробар мебошад (ҷадв. 1).

Бузургии IC<sub>50</sub> барои фаъолияти гемолитикии рағғанҳои эфирӣ *A. annua* ва *A. dracunculus* низ муайян карда шудааст, ки он мутаносибан ба 0,25; 0,94 мг/мл баробар аст (ҷадв. 1). Таҳлили маълумоти адабиётҳои оиди фаъолияти гемолитикии рағғанҳои эфирӣ нишон медиҳад, ки рағғани эфирӣ тадқиқотӣ фаъолияти баланд зоҳир мекунад. Тавре, ки Собринхо ва ҳаммуаллифон қайд мекунад, фаъолияти гемолитикии рағғанҳои эфирӣ растании навъи *Baccharis trinervis* ба 63,33 мг/мл баробар аст [4]. Дигар муаллифон [5] фаъолияти гемолитикии рағғани эфирӣ *Alpinia guinanensis-po* муайян намуда, ошкор карданд, ки бузургии IC<sub>50</sub> дар рағғани он ба 2,5 мг/мл баробар мебошад.

**Ҷадвали 1. Фаъолияти гемолитикӣ ва захрнокии рағғанҳои эфирӣ**

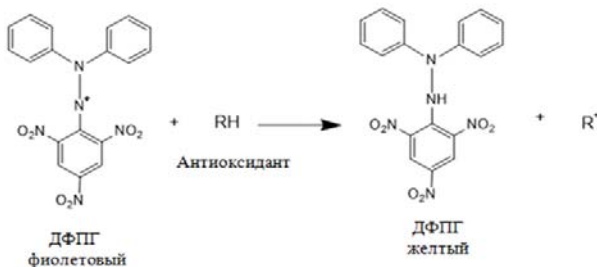
Рағғанҳои эфирӣ	Гемоллиз, IC <sub>50</sub> мг/мл	Токсичность, LD <sub>50</sub> мг/мл
<i>A. annua</i>	0,25	0,21
<i>A. dracunculus</i>	0,94	0,55

Тавре аз маълумотҳои бадаст омада дидадан мумкин аст, рағғани эфирӣ бурғон (*Artemisia annua* L.) тархун (*Artemisia dracunculus* L.) фаъолияти нисбатан зиёди гемолитикӣ ва захнокӣ ва нисбатан камтар бошад – бурғон муқаррарӣ (*A. annua*)

зоҳир менамояд. Ғайр аз ин, робитаи мустақими байни фаъолияти гемолитикӣ ва захнокиро мушоҳида намудан мумкин аст, яъне ҳар қадаре, ки фаъолияти гемолитикӣ зиёд бошад, ҳамон қадар захнокӣ низ баланд мебошад.

Равғанҳои эфирӣ дорои иқтидори антиоксидантӣ мебошанд [6,7]. Илова бар ин, равғанҳои эфирӣ метавонанд ҷараёнҳои ҳудоксидшавиро боздоранд ва муҳлати нигоҳдории маҳсулотҳои хӯроқвориро дароз намоянд [8]. Барои омӯзиши фаъолнокии антиоксидантҳо як чанд усул истифода бурда мешаванд. Усули ДФПГ номи кӯтоҳкардашудаи ҳангоми таҳлил радикали дифенилпикрил гидразила — 2,2-дифенил-1-пикрил гидразил ( $C_{18}H_{12}N_5O_6$ ,  $M = 394,33$ ) - ро гирифтааст, ки дар метанол ҳал карда шуда, ба сифати намунаи антиоксиданд аз рӯи нақшаи  $ДФПГ^* + АН \rightarrow ДФПГ-Н + А^*$  воқуниш нишон медиҳад.

Дар натиҷаи барқароршавии ДФПГ бо антиоксидантҳо ранги кабудии пурпурии ДФПГ дар метанол пастшуда, реаксия бошад бо ҷенкунии зичии оптикӣ дар 514 нм бо усули спектрофотометрия иоддиназораткарда мешавад. Нишондиҳандаи натиҷаҳо бо ёрии нишондиҳандаи параметрҳои  $IC_{50}$  – консентратсияи экстракти тадқиқшаванда ифода карда мешавад, кидаронҳолат 50% - и радикалҳо иозоди ДФПГ муҳосира (ихота) мегардад.

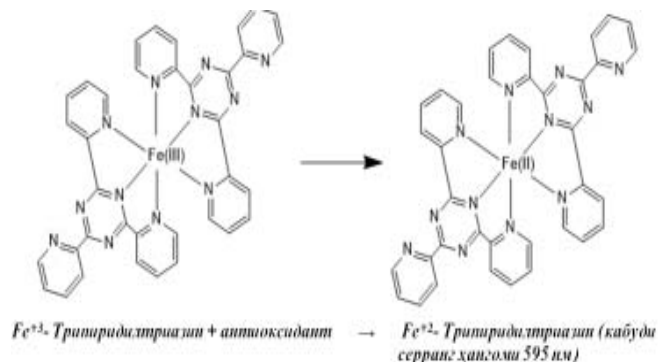


Рас. 1. Механизми таъсири ДФПГ бо антиоксидантҳо

Усули дигари фотометрӣ (ФТС) бо фотокolorиметрияи комплексҳои тиосионатӣ оҳан асос ёфтааст [8]. Аз рӯи ин усул намунаро бо 0,12 мл метанол, 2,88 мл маҳлули 2,51%-и кислотаи линолеат дар этаноли 80%-а омехта намуда, ба ҳаҷми омехта 12 мл маҳлули 40мМ-и фосфати буферӣ ( $pH=7,0$ ) илова мекунамд. Омехта дар ҳарорати  $40^\circ C$  инкубатсия карда шуда ва дар фосилаҳои муайян консентратсияи гидропероксидҳо бо усули оҳан-сианат муайян карда мешавад. Барои ин ба як алиқвотаи

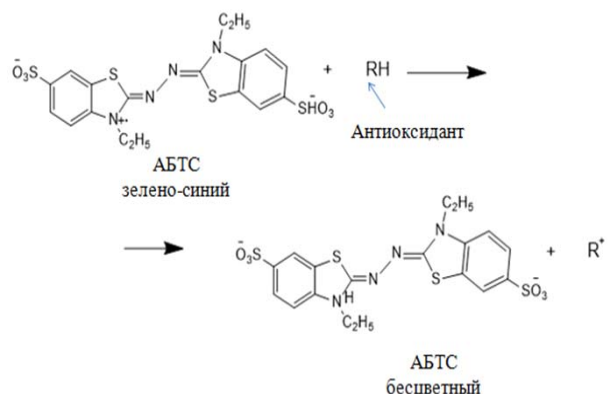
омехта 0,2 мл маҳлули 20 мМ  $FeCl_3$  ва 30%-и  $NH_4CNS$  илова карда, зичии оптикӣ онро дар дарозии 500 нм ҷен мекунамд.

Ба сифати усули дигар (FRAP) барқароркунии антиоксидантҳо бо оҳан истифода мешавад: (ferricreducing/ antioxidant power-FRAP) [9]. Ин усул имкони мустақиман ошкоркунии антиоксидантҳои хурдмолекула-ро фароҳам меорад. Ҳангоми pH-и паст барқароршавии комплекси  $Fe(III)$ -трипиридилтриазин дар комплекси  $Fe(II)$  пайдоиши ранги кабудии интенсивиро ба вуҷуд меорад. Ин усул дар заминаи мавҷуд будани қобилияти антиоксидантҳо барои паҳш намудани таъсири оксидкунии заррачаҳои реаксионӣ, ки дар омехтаи реаксионӣ тавлид мешаванд, асоснок карда шудааст.



Рас. 2. Нақшаи антиоксидантҳо бо оҳан: (ferricreducing /antioxidant tpower-FRAP)

Яке аз усулҳои дигаре, ки барои пайдошавии радикалҳо дар кислотаи 2,22 -азинобис-(3-этилбензтиазолино-6-сулфоно истифода бурда мешавад, усули АБТС номдорад.



Рас. 3. Механизми таъсири АБТС ба антиоксидантамҳо



Ҳангоми инкубатсияи АБТС бо пероксидазой ва пероксидигидроген катион-радикали устувори АБТС+, бо дараҷаи фурубарии 414 нм дар спектри нурҳои электромагнитӣ ҳосил мешавад. Ҳангоми мавҷудияти антиоксидантҳо [9] давраи индуксионӣ пеш аз пайдоиши ранг ошкор мешавад. Антиоксидантҳои хурдмолекула пайдошавии рангро ба андозаи ҳиссаи худашон бозмедоранд.

Усулҳои умумии омӯзиши фаъолнокии антиоксидантӣ (ФАО) аз рӯи навъи манбаъҳои оксидшавӣ, пайвастагиҳои оксидшаванда ва усули ченкунии пайвастагиҳои

оксидшуда аз ҳамдигар фарқ мекунанд. Ин усулҳо диоираи васеи натиҷаҳои тадқиқотро фароҳам меоранд, ки онҳоро дар алоҳидагӣ истифода намудан манъ мебошад, вале натиҷаҳо бояд бо эҳтиёт шарҳ дода шаванд.

Вобаста ба ин, фаъолнокии антиоксидантии равғанҳои эфирӣ бо усулҳои ДФПГ, АБТС, FTC, FRAP омӯхта шудааст.

Аҳамияти фаъолнокии антиоксидантии равғанҳои эфирӣ дар чадвали 2 оварда шудааст. Рағани бурғон (*Artemisia annua* L.) тархун (*Artemisia dracunculus* L.) фаъолнокии антиоксидантии нисбатан баланд зоҳир мекунад.

**Ҷадвали 2. –фаъолнокии антиоксидантии равғанҳои эфирии явшон**

Намуна	ДФПГ IC <sub>50</sub> , мг/мл	АБТС IC <sub>50</sub> , мг/мл	FRAP мкМFe (II)/мг образца	FTS, %; C <sub>50</sub> = 0.9 mg/ml
<i>Artemisia annua</i>	1,35	0,87	338,9	33,3
<i>Artemisia dracunculus</i>	7,91	0,25	74,2	17,6
Кислотаи аскорбин	0,002	0,005	1900	65,5

Иқтидори антиоксидантии равғанҳои эфирӣ аз таркиби онҳо вобастагӣ дорад. Фенолҳо ва метаболитҳои дуумдараҷа бо бандҳои дучандаи пайваस्तкунанда одатан ҳоси-

ятҳои муҳими антиоксидантӣ зоҳир мекунанд [10]. Дар қисми зиёди равғанҳои эфирӣ монотерпенҳои ооксидшуда: спиртҳо, кетонҳо ва эфирҳои мураккаб мавҷуд аст.

### Адабиёт

1. M.Q., Khan M.A. et al. –Ethnobotany, 2010, №4, p.147
2. Атажанова Г.А. Эфирные масла растений рода *Artemisia* L. свойства и применение // Развитие фитохимии и перспективы создания новых лекарственных препаратов: сб. ст. – Караганда, 2006. – С.18-37.
3. Sharopov F.S., Salimov A., Numonov S., Bakri M., Sangov Z., Habasi M., Aisa H.A., Setzer W.N. Phytochemical study on the essential oils of tarragon (*Artemisia dracunculus* L.) growing in Tajikistan and its comparison with the essential oil of the species in the rest of the world // 2020.- Natural Product Communications Volume 15(12): 1–7
4. Antonio Carlos Nogueira Sobrinho, Elnatan Bezerrade Souza, Marcos Fbio Gadelha Roch, Maria RoseJane Ribeiro Albuquerque, Paulo Nogueira Bandeir, Нйлcio Silvados Santos, Carolina Sidrimde Paula Cavalcante, Samuel Souza Oliveira, Priscila Rodrigues Araggo, Selene Maiade Moraes, Raquel Oliveirados Santos Fontenelle, Chemical composition, antioxidant, antifungal and hemolyticactivitieso fessentialoilfrom Baccharistrinervis (Lam.) Pers. (Asteraceae), Industrial Crops and Products 84 (2016) 108–115
5. An effective method for fast determination of artemisinin in *A.annua* L. by high performance liquid chromatography with evaporative light scattering detection. / C.Z. Liu [et al.] // Analytica Chimica Acta 2007, 581 298–302
6. О.Е. Челпаченко [и др.] // Влияние лекарственных препаратов на выражение персистентных свойств уропатогенных штаммов энтеробактерий. Журнал микробиологии, эпидемиологии и иммунобиологии. -1996. - №3.- С. 84-86.;
7. Тарасевич А.В. Регуляция антилизоцимной активности энтеробактерий эндогенными факторами желудочно-кишечного тракта и разработка рациональных подходов и диагностике и коррекции дисбиоза кишечника: дис. ... Дис канд. мед. наук - Оренбург, 2004. - 18с.



8. О.Л. Карташова [и др.] // Влияние фитосубстанций, обладающих антиоксидантной активностью, на персистентные свойства микроорганизмов Антибиотики и химиотерапия. - Т.54. - 2009. - №9-10. - С. 16-18.
9. Effects of Wild Artemisia herba-alba Essential Oil on Biofilm-Forming Bacteria / Al-Shuneigat [et al.] // British Journal of Pharmaceutical Research 4(19):, 2014
10. Liu, C.H., Zou, W.X., Lu, H., Tan, R.X., 2001. Antifungal activity of Artemisia annua endophyte cultures against phytopathogenic fungi. // J. Biotechnol. - 88 (3), - 277–282.

## ТОКСИЧЕСКИЕ, ГЕМОЛИТИЧЕСКИЕ И АНТИОКСИДАНТНЫЕ СВОЙСТВА ЭФИРНЫХ МАСЕЛ ПОЛЫНИ ОДНОЛЕТНЕЙ И ЭСТРАГОН

Салимов А. М.

Институт химии им. В.И.Никитина Академии наук Таджикистан.

Приводятся данные о токсических, гемолитических и антиоксидантных свойствах эфирных масел полыни однолетней и полыни эстрагон, произрастающих в Таджикистане. Токсические свойства определяли против яиц *Artemiasalina*. Гемолитическую активность определяли по стандартной методике. Антиоксидантную активность определяли с методами ДФПГ, АБТС, и FRAP. Величина  $LD_{50}$  для токсической активности эфирного масла *A. annua*, *A. dracunculus*

была определена равной 0,21; 0,55 мг/мл соответственно. Величина  $IC_{50}$  для гемолитической активности эфирных масел *A. annua*, *A. dracunculus* и была определена равной 0,25; 0,94 мг/мл соответственно. Эфирное масло полыни однолетней проявило большую антиоксидантную активность.

**Ключевые слова:** токсичность – гемолитичность – антиоксидантная активность – эфирное масло – полынь однолетняя – полынь эстрагон.

### toxic hemolytic and antioxidant properties of essential oils *a. annua*, *a. dracunculus*

Salimov A. M.

Institute of chemistry by name of V.I.Nikitin of the Academy of Sciences of Tadjikistan.

the data on toxic, hemolytic and antioxidant properties of essential oils of wormwood and tarragon growing in tajikistan are presented. toxic properties were determined against artemia salina eggs. hemolytic activity was determined according to the standard method.

antioxidant activity was determined using dppg, abts, frap and fts methods. the value of  $ld_{50}$  for the toxic activity of essential oils *a.*

*annua*, *a. dracunculus* was determined to be 0.21; 0.55 mg / ml, respectively. the value of  $ic_{50}$  for the hemolytic activity of essential oils *a. annua*, *a. dracunculus* and was determined to be 0.25; 0.94 mg / ml, respectively.

the essential oil of wormwood has shown great antioxidant activity.

key words: toxicity - hemolyticity - antioxidant activity - essential oil - wormwood - tarragon wormwood

**Салимов Аминхон Мухуддинович**, аспиранти Институти химияи ба номи В.И.Никитини Академияи миллии илмҳои Тоҷикистон, тел: +992901104346

**Салимов Амнджон Мухуддинович**, аспирант: Институт химии им. В.И.Никитина Академии наук Таджикистан тел: +992901104346

**Salimov Aminjon Muhuddinovic**, aspirant, Institute of chemistry by name of V.I.Nikitin of the Academy of Sciences of Tadjikistan, tel. +992901104346



## ТАҲЛИЛИ МИҚДОРИИ РАВҒАНИ ЭФИР ДАР ҚИСМҲОИ ГУНОГУНИ РУСТАНИИ *NERETATYTHANTHARÖJARK* – ГУРБАГИЁҲИ МАЙДАГУЛ

Ҳайдарова М. А.

Кафедраи фарматсияи Коллеҷи давлатии тиббии шаҳри Ваҳдат.

**Муҳимият.** Яке аз манбаҳои асосии таҳия ва коркарди нави доруҳо ин рустаниҳои шифобахш мебошанд. Дар ҷумҳурии Тоҷикистон тибқи адабиётҳо қариб 5000 намуд рустаниҳои шифобахш мерӯянд. Дар инраванд омӯзиши авлоди рустании *Nepeta*-гурбагиёҳо бо назардошти таркиби бои кимиёвии онҳо аҳамияти калони илмӣ дорад (1-2).

Ба гуруҳи мазкури рустаниҳо қариб 250 намуд дохил мешавад, ки онҳо дар Аврупо, Осиё ва Амрико мерӯянд. Дар собиқ кишварҳои иттиҳоди Шӯравӣ зиёда аз 83 намуд ва дар Ҷумҳурии Тоҷикистон 32 намуди онҳо мерӯянд. Аз 32 намуди гуруҳи *Nepeta*, 25 намуди он бисёрсола ва 7 намуди он яксола мебошанд. Ин рустаниҳо дар кишвари мо дар баландии аз 600 то 4900 метр аз сатҳи баҳр мерӯянд. Аз 32 намуде, ки дар Ҷумҳурии Тоҷикистон мерӯянд, 9 намуди он эндемик мебошанд: *Nepetabadakhshanica* Kudr, *Nepeta Ladanales* Lipsky, *Nepetatythantha* Rojark, *Nepetaodorifera* Lipsky, *Nepetamaussarifi* Lipsky, *Nepetaschugnanica* Lipsky, *Nepetasubhastata* reged, *Nepeta Gontscharovii*, *Nepetaconsanguinea* Rojark (3-5).

Бояд қайд намуд, ки рустаниҳои авлоди *Nepeta* дорои хосиятҳои гуногуни фармакологӣ ба монанди хосиятҳои оромбахшкунанда, дардпаस्तкунанда, зиддиилтиҳобӣ, зиддимикробӣ, зиддиоксидантӣ ва зиддивирӯсӣ дошта, дар тибби халқӣ барои табобати бемориҳои гуногун аз он ҷумла, ҳангоми газидани мор, табобати бемориҳои дил, кирми меъда, гулӯдард ва ғайраҳо васеъ истифода бурда мешаванд (6-12).

Рустаниҳои авлоди мазкур дар таркиби худ моддаҳои фаъоли биологӣ бисёре доранд, ки онҳо метавонанд вобаста ба намуди алоҳидаи онҳо ҳам аз ҷиҳати миқдорӣ ва ҳам аз сифатӣ аз якдигар фарқ кунанд. Тибқи маълумотҳо дар таркиби ин гуруҳи рустаниҳо моддаҳои гуногуни кимиёвӣ ба

монанди равғанҳои эфирӣ, карбогидратҳо, флавоноидҳо, кумаринҳо, сапонинҳо, иридоидҳо, стеролҳо тритерпеноидҳо ва пектинҳо моддаҳои даббоғӣ ва зиёда аз 27 элементҳои кимиёвӣ, доранд. Дар байни моддаҳои кимиёвии дар таркиби рустаниҳои авлоди *Nepeta* буда, қорҳои зиёде ба омӯзиши равғанҳои эфирӣ бахшида шудааст. Дар 36 намуди рустании *Nepeta* миқдори равғани эфирӣ муайян ва дар 21 намуди онҳо бошад, таркиби равғани эфирӣ онҳо бо пуррагӣ омӯхта шудааст. Тибқи маълумоти адабиётӣ як намуди рустании ин гуруҳ метавонад вобаста аз баландӣ ва мавқеи ҷойгиршавӣ миқдори гуногуни равғани эфир дошта бошад, барои мисол миқдори равғани эфирӣ қисмати болозаминии *Nepeta Cataria* аз Кавкази Шимолӣ чамъоварӣ шуда, нисбати вилояти Ленингради Федератсияи Россия чамъоварӣ шуда, 1,1 ва 2,3 маротиба зиёд мебошад (6-8, 12-13).

Дар адабиётҳои дастрасшуда маълумот дар бораи миқдори равғанҳои эфирӣ рустании *Nepeta*, ки дар Ҷумҳурии Тоҷикистон мерӯянд, хело кам оварда шудааст, ба истиснои *Nepetaalata* vica (0.5%), *Nepetanuda* (0.3%) ва *Nepeta Olga* Regel (1.3%) нисбати миқдори эфирҳои равғани *Nepetatythantha* Rojark бошад, умуман дар адабиётҳо маълумот нест, гарчанде, ки ин рустаниҳои дорои хосиятҳои хуби зиддиоксидантӣ мебошад (5,14).

**Мақсади кор.** Муайян намудани миқдори равғани эфирӣ дар қисмҳои гуногуни рустании гурбагиёҳи майдагул - *Nepetatythantha* Rojark ҳамчун рустании эндемики Тоҷикистон.

**Мавод ва усули тадқиқот.** Қисмҳои гуногуни рустании гурбагиёҳи майдагул - *Nepetatythantha* Rojark аз он ҷумла, қисмати болои заминӣ, гул ва барг аз ноҳияи Варзоби Ҷумҳурии Тоҷикистон дар нимаи аввали рӯз дар марҳилаи гулкунии пурра моҳи июни соли 2022 чамъоварӣ ва хушк карда



шудааст. Муайян намудани намнокии қисмати болозаминӣ, гул ва барги рустании *Nepetatythantha* Pojark тибқи усули фармакопеви Федератсияи Россия гузаронида шуд. Одатан барои миқдоран муайянкунии равғани эфир дар ашёи рустании доругӣ усулҳои фармакопеии дар Фармакопеияи Аврупоӣ, Фармакопеяҳои Федератсияи Россия, Қазоқистон ва Украина истифода бурда мешавад. Усули истифоданамудаи мо аз Фармакопеияи Федератсияи Россия мебошад ва он дар поён оварда шудааст.

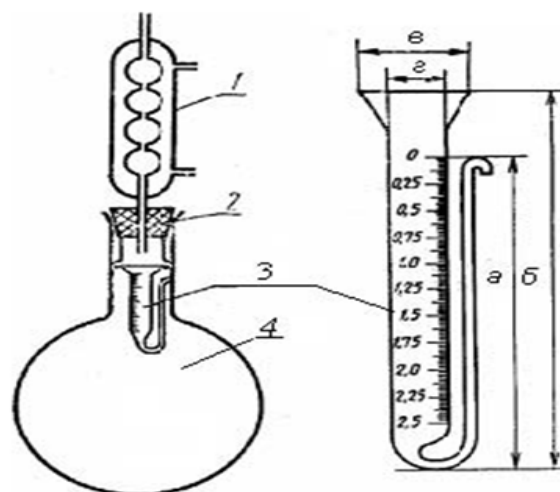
Барои муайян намудани миқдори равғани эфирӣ дастгоҳеро, ки дар расм нишон дода шудааст, истифода бурда мешавад. Қисми муайяни ашёи хоми растанигӣ ё маводи доругии растанигиро, ки дар мақолаи умумии фармакопеягӣ ё дигар ҳуҷҷатҳои меъёрӣ дарҷ гардидааст, дар колбаи куррашакли ҳаҷмаш 1000 мл ҷой намуда, ба болои он 300 мл оби тоза ё муқаттар илова карда, сарпӯши резинии онро тавассути яхдони баргардандаи сақодор маҳкам мекунад. Чамъкунаки равғани эфириро бо об пур намуда онро тавассути сими метали дар сарпӯши резини насб намуда, дохили колбаи курашакл овозен намуда ҷоймекунад, ки қисмати охири яхдони баргарданда дар қисмати болои иқтифони намуди чамъкунак наздик бошад, то ин ки конденсат ҳо, ки аз яхдони даргарданда ҷорӣ мешаванд дохили чамъкунаки равғани эфирӣ шорида ворид шавад. Чамъкунаки равғани эфирӣ бояд дар гардани колба ва ба девораҳои колба озодона ҷой шавад ва аз сатҳи обнакамтар аз 50 мм боло бошад. Қисмати тақсими қисми градиенти қабулкунанда 0,025 мл аст.

Колба бо маҷмуи дар дохилаш буда дар печи электрикӣ бо спирали пӯшида ва танзимгари қувваи гармидиҳанда ё бо истифода аз гармкунаки махсуси колбагармкунак дар муҳлати дар мақолаи умумии фармакопеягӣ ё дигар ҳуҷҷатҳои меъёрии ашёи хоми растанигӣ ё маводи доругии растанигӣ дарҷ гардида, тафсонда ё ҷӯшонидани мешавад.

5 дақиқа пеш аз ба охир расидани раванди буғронӣ дастраскунии об қатъ карда мешавад, ин амал бо мақсади пурра аз девораҳои яхдони баргардандаи шишагин шо-

рида вориди чамъкунак шудани равғани эфирӣ гузаронида мешавад.

Ҳаҷми равғани эфирӣ дар қисми андозадори чамъкунаки равғани эфирӣ пас аз анҷом додани буғронӣ ва то ҳарорати хона хунук карда шудани дастгоҳ чен кард амал мешавад. Пас аз 6-8 маротиба муайянкунӣ, яхдони баргарданда ва чамъкунакӣ равғани эфирӣ бояд пай дар пай тавассути атсетон ва об шӯста шавад.



Расми 1 – Дастгоҳ барои муайян кардани равғани эфирӣ бо усули 1

1 – яхдони баргардандаи сақодор; 2 - сарпӯшӣ резинӣ;

3 – чамъкунаки равғани эфирӣ (андоза ҳо-бомиллиметр додашудаанд):

а — 55-80; б — 70-95; в - 18-21; д - 6-10;

4 - колбаи даҳонвасеъ.

Мавҷудияти равғани эфирӣ дар ашёи хоми комилан хушк бо формулаи масса-ҳаҷм (X) бо формулаи зерин ҳисоб карда мешавад:

$$X = \frac{V \cdot 100 \cdot 100}{a \cdot (100 - W)}$$

V – ҳаҷми равғани эфирӣ, мл; а – вази муайяни ашёи хоми растанигӣ /маводи доругии растанигӣ, г; W – намнокии ашёи хоми растанигӣ /маводи доругии растанигӣ, %.

**Натиҷа ва баррасии онҳо.** Натиҷаҳои миқдоран муайянкунии равғани эфирӣ дар қисмҳои гуногуни рустании гурбагиёҳи майдагул - *Nepeta tythantha* Pojark аз ноҳияи Варзоб чамъоваришуда дар чадвал оварда шудааст.



### Микдори рағғани эфирӣ дар дар қисмҳои гуногуни рустани гурбағиёҳи майдагул

№	Қисмҳои рустани	Масса, (грамм)	Намнокӣ, (%)	Ҳаҷми рағғани эфир, (мл)	Микдори рағғани эфирӣ, (%)
1	Қисми болоии навҷамъоваришуда	1008	44,67	0,27	0,048
2	Қисми болоизаминӣ	610	7,1	0,25	0,034
3	Гул	243	14,11	0,06	0,029
4	Барг	720	16,7	0,2	0,033

Бояд қайд кард, ки вақти тақтиркунӣ, масса ва микдори оби дистиллятсионии истифодашуда ва микдори рағғани эфирӣ дар қисмҳои гуногуни рустани гурбағиёҳи майдагул - *Nepeta tythantha* Rojark аз ҳамдигар фарқ мекунад.

Чи хеле ки аз нишондиҳандаҳои чадували мазкур бармеояд, микдори рағғани эфир дар рустани зери таҳлил қарорёфта, нисбат ба гулу баргҳои он аз ҳама зиёд дар қисмати болозаминии он ба назар мерасад.

Агар дар муқоиса ба маълумоти дар адабиёт овардашуда нисбати дигар рустаниҳои ҳамин гуруҳ - *Nepetalatavisa* Lipsky

(0.5%), *Nepetanuda*(0.3%) ва *Nepeta Olgae* Regel (1.3%) гирем, микдори рағғани эфир дар *Nepetythantha* Rojark камтар мебошад.

**Хулоса.** Бо усули фармакопейявӣ дар қисмҳои гуногуни рустани - *Nepetythantha* Rojark – гурбағиёҳи майдагул, ки аз ноҳияи Варзоби Ҷумҳурии Тоҷикистон ҷамъоварӣ шуда буд, бори аввал микдори рағғани эфирӣ муайян карда шуд, ки он аз 0,029 то 0,048 фоизро ташкил медиҳад. Таҳлили муқоисавӣ нишон дод, ки микдори рағғани эфирӣ дар рустани мазкур нисбат ба баъзе рустаниҳои гуруҳи мазкур кам ва нисбати баъзеи дигарашон зиёд мебошад.

#### Адабиёт

1. Ходжиматов М. Дикорастущие лекарственные растения Таджикистана, Душанбе: Гл. науч. ред. Тадж. сов. энцикл., 1989. - 364 с.
2. Буданцев А.Л. Конспект рода *Nepeta* (Lamiaceae) Ботан. журн. - 1993. - Т 78, - № 1. - С. 93-107.
3. Флора Таджикской ССР, том VIII, издательство «Наука», Ленинградское отделение, Ленинград, 1975. -С. 104-142.
4. Белозубровская Г.А., Гончаров М.Ю., Жохова Е.В. и др. Большой энциклопедический словарь лекарственных растений, // Санкт-Петербург, ООО издательство «Спецвит», 2012. -С. 281-282.
5. Юсуфи С.Дж, Джаборова С.С., Хайдарова М.А, Сатторов С., Сакипова З.Б. Антиоксидантная активность корней и корневищ родиолы разнозупчатой и травы котовника не крупноцветкового произрастающей в таджикистане. Журнал здравоохранение Таджикистана от 2022 года, №2, 99 - 104стр.
6. Фармакопейное сырьё растительного и животного происхождения в России и Китае, Москва. -2008. -С. 140-141.
7. Хачирова Ф.С. Фармакогностическое изучение Котовника крупноцветкового (*Nepeta grandiflora* BIGB) флоры Карачаево-Черкесской Республики. Пятигорск, Диссертации на соискание ученой степени кандидата фармацевтических наук. 2009, 109 стр.
8. НгуенТхи Хай Иен, Разработка унифицированных критериев стандартизации травы котовника кошачьего (*Nepeta catarial*) в рамках требований надлежащей фармакопейной практики (GPhP) и фармакопей стран ЕАЭС. Диссертации на соискание ученой степени кандидата фармацевтических наук. Санкт-Петербург-2018, 144 стр.
9. Adiguzel, A Antimicrobial and antioxidant activity of the essential oil and methanol extract of *Nepeta cataria* /. // Polish Journal of Microbiology. – 2009. 58. - №.1. – P/ 69-76.
10. Aydin, S. Nepetalactone: a new opioid analgesic from *Nepeta caecarea* Boiss/ S. Aydin, R/ Bies, Y.Ozturk et al. // Journal of Pharmacy and Pharmacology. -1998 - Vol. 50.- №.7 – P. 813-817.



11. Duda, S. Overview Regarding the Bioactivity of *Agastache foeniculum* and *Nepeta cataria* Species / S. Duda, L. A. Marghitas, D. Dezmirean // Bulletin of the University of Agricultural Sciences & Veterinary Medicine Cluj-Napoca. Animal Science & Biotechnologies. – 2015. – Vol. 72. -№ 1. –P. 24-31.
12. Девятов А.Г., Лапшин Г.С., Бабаева Е.Ю., Матина Е.А., Звездина Е.В., Вандышев. Изучения плодов котовника кошачьего (*fructus nepetae catariae*) как перспективного лекарственного растительного сырья, журнал фармация и фармакология, 2019, выпуск 3, том 7, стр 120-128
13. Работягов, В.Д., Аксенов Ю.В. Компонентный состав эфирного масла видов рода *Nepeta* L. Фармация и фармакология.-2014. – Т.7 - №.6. – С 25-28.
14. Nilufar Z. Mamadalieva, Farukh S. Sharopov, Prabodh Satial, Shanoz S. Azimova and Michael Wink. Chemical Composition of the Essential Oils of Some Central Asian *Nepeta* Species (Lamiaceae) by GLC-MS, Natural Product Communications 2016 Vol.11 No.12 1891-1893

### КОЛИЧЕСТВЕННЫЙ АНАЛИЗ ЭФИРНЫХ МАСЕЛ В РАЗНЫХ ЧАСТЯХ КОТОВНИКА НЕКРУПНОЦВЕТКОВОГО

Хайдарова М. А.

Кафедра и фармация, Государственный медицинский колледж, г.Вахдат, Таджикистан.

**Цель исследования:** Определить количество эфирных масел в разных частях Котовника некрупноцветкового.

**Материал и методы исследования:** Было определено количественное содержание эфирных масел в разных частях Котовника некрупноцветкового, собранного в период массового цветения, в июне 2022 года в Варзобском районе Республики Таджикистан фармакопейным методом.

**Результаты исследования и их обсуждение:** Количественное содержание эфирных масел в

разных частях Котовника некрупноцветкового составляет от 0,029 до 0,048%. Определено, что в траве Котовника некрупноцветкового содержится больше эфирных масел, чем в листьях и цветках данного растения.

**Вывод:** Фармакопейным методом определено количественное содержание эфирных масел в разных частях Котовника некрупноцветкового и выявлено его низкое содержание, чем в Котовнике Ольги, Липского и венгерского.

**Ключевые слова:** Котовник, эфирное масло, количественное определение.

### QUANTITATIVE ANALYSIS OF ESSENTIAL OILS IN DIFFERENT PARTS OF NEPETA TYTHANTHAROJARK - SMALL-FLOWERED CATNIP

Khaidarova M. A.

**The purpose of the study:** To determine the amount of essential oils in different parts of Kotovnik not large-flowered.

**Material and research methods:** The quantitative content of essential oils in different parts of Kotovnik not large-flowered, collected during the mass flowering period, in June 2022 in the Varzob district of the Republic of Tajikistan, was determined by the pharmacopoeial method.

**Research results and their discussion:** The quantitative content of essential oils in different

parts of Kotovnik is from 0.029 to 0.048%. It has been determined that the grass of the small-flowered Kotovnik contains more essential oils than the leaves and flowers of this plant.

**Conclusion:** The pharmacopoeial method determined the quantitative content of essential oils in different parts of the small-flowered Kotovnik and revealed its lower content than in Olga's Kotovnik, Lipsky and Hungarian.

**Key words:** Kotovnik, essential oil, quantitative determination

*Хайдарова М.А. – ассистент кафедры фармации Коллежи давлатии тиббии шаҳри Вахдат, Тоҷикистон.*

*Хайдарова М.А. – ассистент кафедры фармации Государственный медицинский колледж г. Вахдат, Таджикистан.*

*Khaidarova M. A.- Assistant of the Department of Pharmacy, Vakhdat State Medical College, Tajikistan.*



## ЧАРРОҲӢ

### ТАЪСИРИ ГЕРНИОПЛАСТИКА БА ҲОЛАТИ ФУНКЦИОНАЛИИ ХОЯҲО ВА СПЕРМАТОГЕНЕЗ ДАР БЕМОРОНИ ЧИНСИ МАРДИ ГИРИФТОРИ ЧУРРАИ ҚАДКАШАК

Гадоев И.С., Набиев М.Х., Баротов Х.Х.

Кафедраи чарроҳии умумии №2 МДТ “ДДТТ ба номи Абуалӣ ибни Сино”, ш. Душанбе, Тоҷикистон.

**Мубрамӣ.** Дар марҳилаи муосири рушди технологияҳои чарроҳӣ герниопластика дармавзеи қадкашак як амалиёти муқаррарӣ маҳсуб меёбад ва қариб дар ҳама ҷо, аз ҷумла дар шароити амбулаторӣ анҷом дода мешавад, ки ба ин тақмили пайвастаи техникаи чарроҳии чурра мусоидат мекунад [7,8]. Дар айни замон, усулҳои зиёди герниопластикаи қадкашакӣ мавҷуданд, ки ҳар кадоми онҳо нишондод ва зиднишондод, афзалиятҳо ва нуқсонҳои худро дорад. Ҳама усулҳои чарроҳӣ оид ба бартарафсозии ЧҚ ба навъҳои зерин ҷудо мешаванд: герниопластикаҳои кашишӣ (аутопластика), навъҳои ғайрикашишӣ ва лапароскопии герниопластика [3]. Усулҳои кашишии герниопластика муддати тӯлонӣ дар чарроҳӣ истифода мешуданд ва усулҳои аз ҳама омӯхташудаи табобати чарроҳии ЧҚ мебошанд [9]. Дармаҷмуъ усулҳои кашишии герниопластика ба чарроҳии пластикии девораи пеш ё паси канали қадакашак тақсим мешаванд. Ду навъи дигари герниопластика бештар истифода мешаванд, зеро онҳо усулҳои нисбатан боэтимодтари табобати чарроҳии ЧҚ доништа мешаванд ва барояшон ҳиссаи нисбии камтари ретсидивҳои беморӣ хос мебошад [2]. Аммо ба ҷойи аввал сифати зиндагии беморони чарроҳишуда баромад. Синдроми дарди музмин ба ҳисоби миёна дар 8-15% беморон инкишоф ёфт ва дар баъзе тадқиқотҳо басомади он ба 40% мерасид [4,5]. Мувофиқи маълумоти бархе муаллифон, басомади оризаҳо пас аз герниопластикаи кушодаи чурраи қадкашак ба 5-7% ва ҳангоми даҳолати такрорӣ ба 30% мерасад [6-7]. Айни замон дар муолиҷаи чурраи девораи шикам бо роҳи чарроҳӣ мавқеи пешсафиро усулҳои ғайрикашишӣ бо истифода аз эндопротезҳои тӯрӣ, ки им-

кон медиҳанд фишори дохили шикам ва суръати такроршавиҳо коҳиш дода шаванд, ишғол кардаанд [1,8]. Истифода аз даҳолатҳои лапароскопӣ дар солҳои охир вусъати торафт бештар пайдо карда, ҳаққан як боби нав дар чарроҳӣ ҳисобида мешаванд. Онҳо, ки сатҳи пасти осебрасонӣ ва самаранокии нисбатан баланд доранд, дар бисёр ҳолатҳо, аз ҷумла дар герниология, алтернативаи усулҳои анъанавии чарроҳӣ шудаанд [9].

**Мақсади таҳқиқот.** Омӯхтани таъсири усулҳои гуногуни герниопластикаҳои қадакашакӣ ба ҳолати гардиши хун дар танобаки нутфа, тухм ва сперматогенез.

**Мавод ва усулҳои тадқиқот.** Дар маҷмааи тандурустии «Истиклол»-и шаҳри Душанбе 65 бемори гирифтори чурраи қадкашак таҳти назорати мо қарор доштанд. Синну соли беморон аз 18 то 30-сола буд. Маълумоти адабиёт ва ҳуди мо нишон медиҳанд, ки зимни ЧҚ дар оқибати тухмро фишурдани ҳалтаи чурра муддати тӯлонӣ ишемияи музмин тухм бо вайрон шудани микросиркулятсия дар он дида мешавад. Вазъият боз ҳам дар ҳолате бадтар мешавад, ки рағҳо ҳангоми чарроҳӣ осеб ёбанд ё фишурда шаванд, инчунин агар пас аз чарроҳӣ оризаҳо пайдо шаванд, ҷузъҳои танобаки нутфа ва тухмро гематома, бофтаи хадшавӣ фишурад. Ҳама мавридҳои болозикр ба ихтилоли гардиши хун дар танобаки нутфа ва тухм аз сабаби ишемияи зухурёфта сабаб мегарданд. Инкишофи ишемия, маъмулан, ба ғуншавӣ ва афзоиши микдори эндотоксинҳои оксидантӣ оварда мерасонад, ки ба фаъолияти тухмҳо таъсири манфӣ мерасонад. Ба сифати усули ғайриинвазивии иттилоӣ барои омӯзиши нишондиҳандаҳои гардиши хун дар рағҳои танобаки нутфа ва тухм сканкунии дуплексии рангаи шарёнҳо ва варидҳои танобаки

нутфа дар сканери ултрасадоии “ToshibaNewino 580” гузаронида шуд. Нишондихандаҳои зерини суръати гардиши хуни шарёни омӯхта шуданд: куллави систоликӣ (қс), суръати миёнаи маҷрои хун (см), индекси муқовимат (RI) ва андозаҳои суръати гардиши хуни варида: суръати ҳаракати хун (схх). Коркарди оморӣ бо истифода аз бастваи Statistica 6.0 (Statsuft Inc., ИМА) анҷом дода шуд. Ҳисоб бо нишондихандаи сифатӣ дар шакли ҳиссаҳо (%), бо нишондихандаи миқдорӣ дар шакли арзиши миёна ва

хатои он ( $M \pm m$ ) иҷро гардид. Таҳлили дисперсиявӣ бо усули Вилкоксон гузаронда шуд. Тафовутҳо дар ҳолати  $p < 0.001$  будан аҳамияти оморӣ доштанд.

**Натиҷаҳои таҳқиқ ва баррасии онҳо.** Натиҷаҳои вариантҳои гуногуни герниопластикаҳои қадкашакӣ ошкор карданд, ки вобаста ба хусусиятҳои даҳолати иҷрошуда нишондихандаҳои суръати маҷрои шарёнии хун дар шарёнҳои танобаки нутфа дар муқоиса бо тарафи солим поёнтар буданд (ҷадвали 1).

### Ҷадвали 1.-Нишондихандаҳои маҷрои шарёнии хун тариқи рағҳои танобаки нутфа пас аз вариантҳои мухталифи герниопластикаҳои қадкашакӣ (n=65)

Нишондиханда	То чарроҳӣ (n=20)	Пас аз усулҳои анъанавии кашишӣ (n=25)		Пас аз усулҳои «ғайрикашишӣ» (n=25)		Пас аз усулҳои видеолароскопӣ (n=15)	
		Солим	Иллатнок	Солим	Иллатнок	Солим	Иллатнок
Оғоз, с+м/с	34,21±6,04	34,23±7,52	31,40±5,6	33,31±4,21	32,08±6,04	34,51±6,66	33,12±6,11
Меан, см/с	11,26±2,31	13,88±2,03	12,76±2,4	13,64±2,03	11,62±2,92	13,89±2,11	12,48±2,69
RI	0,91±0,24	0,82±0,1	0,83±0,11	0,85±0,15	0,83±0,1	0,83±0,1	0,83±0,12
Сваридҳо, см/с	11,42±3,75	11,79±2,41	11,43±3,12	11,82±2,47	11,10±3,3	11,85±3,03	11,35±2,85

Дар гурӯҳи бемороне, ки дар мавриди онҳо усулҳои кашиши анъанавӣ ба кор бурда шуданд, куллаи суръати гардиши хуни шарёни дар тарафи иллатнок  $31,40 \pm 5,6$  см/сония, дар тарафи солим  $34,23 \pm 7,52$  см/сония буд. Суръати миёнаи маҷрои хуни шарёни дар рағҳои танобаки нутфа дар тарафи иллатнок  $12,76 \pm 2,4$  см/сония ва дар тарафи солим  $13,88 \pm 2,03$  см/сонияро ташкил дод. Индекси муқовимат дар тарафи иллатнок ва солим  $0,82 \pm 0,1$  см/сония ва  $0,83 \pm 0,11$  см/сония буд. Суръати ҳаракати хуни варида дар тарафи иллатнок  $11,43 \pm 3,12$  см/сония, дар тарафи солим  $11,79 \pm 2,41$  см/сонияро ташкил дод. Ба ҳисоби миёна нишондихандаи норасоии чараёни хуни шарёни  $8,2\%$ -ро ташкил дод, ки ин назар ба давраи пеш аз чарроҳӣ  $11,6\%$  кам аст. Дар давраи баъди чарроҳӣ дар тарафаи иллатнок  $1,49$  см/сония зиёд шудани суръати ҳаракати хуни шарёни ба мушоҳида расид. Фарқи байни суръатҳои миёнаи ҳаракати хуни шарёни дар тарафи иллатнок ва солим, ки пеш аз чарроҳӣ  $2,76$  см/сония буд, то  $1,11$  см/сония, яъне ду маротиба кам шуд. Дар муқоиса бо нишондихандаи то чарроҳӣ, индекси муқовимат пас аз герниопластика  $0,08$  коҳиш

ёфт, ки ин аз пастшавии муқовимати ҳаракати хуни канорӣ шаҳодат медиҳад.

Дар гурӯҳи бемороне (n=25), ки герниопластикаҳои ғайрикашиширо паси сар карданд, нишондихандаҳои суръати гардиши хун ба таври назаррас баланд буданд, ки ин зоҳиран аз сабаби камшавии басомади бавучудоии мушкilotи компрессионӣ аз ҳисоби пластикаҳои протезкунанда рӯй дод. Ба ин тариқ, суръати баландтарин ё куллави ҳаракати хуни шарёни дар тарафи иллатнок  $32,08 \pm 6,04$  см/сония, дар тарафи солим  $31,40 \pm 5,6$  см/сония буд. Суръати миёнаи ҳаракати хуни шарёни дар танобаки нутфа  $11,62 \pm 2,92$  см/сония ва дар тарафи солим  $13,64 \pm 2,03$  см/сонияро ташкил дод. Индекси муқовимат дар тарафи иллатнок ва тарафи солим мутаносибан  $13,64 \pm 2,03$  ва  $0,85 \pm 0,15$  буд. Суръати ҳаракати хуни варида дар тарафи иллатнок  $11,10 \pm 3,3$  см/сония, дар тарафи солим  $11,82 \pm 2,47$  см/сонияро ташкил дод. Ба ҳисоби миёна пас аз герниопластикаҳои ғайрикашишӣ норасоии маҷрои хун  $15,49\%$ -ро ташкил дод, ки нисбат ба давраи пеш аз чарроҳӣ  $4,23\%$  камтар аст. Дар давраи пас аз чарроҳӣ суръати миёнаи ҳаракати хуни шарёни дар тарафи иллатнок нисбат ба ни-



шондихандаҳои то чарроҳӣ 0,36 см/сония зиёд шуд. Суръати миёнаи ҳаракати хуни шарёнӣ дар тарафҳои иллатнок ва солим, ки пеш аз чарроҳӣ 2,9 см/сония буд, то 2,11 см/сония коҳиш ёфт. Индекси муқовимат дар тарафи иллатнок дар муқоиса бо нишондихандаҳои пеш аз чарроҳӣ пас аз герниопластика бо истифода аз усули ғайрикашишӣ дар тарафи иллатнок 0,08 коҳиш ёфт, ки ин аз коҳиши муқовимати ҳаракати хуни канорӣ шаҳодат медиҳад.

Омӯзиши хусусиятҳои гардиши хуни шарёнӣ дар беморон пас аз герниопластикаи видеолапароскопӣ (n=15) нишон дод, ки суръати қуллавии ҳаракати хун дар тарафи иллатнок 33,12±6,11 см/сония ва дар тарафи солим -34,51±6,6 см/сония буд. Суръати миёнаи гардиши хуни шарёнӣ дар рағҳои танобаки нутфа дар тарафи иллатнок 12,48±2,69 см/сония ва дар тарафи солим 13,89±2,11 см/сония буд. Индекси муқовимат дар тарафи зарардида ва солим мутаносибан 0,83±0,12 ва 0,83±0,1-ро ташкил дод.

Суръати ҳаракати хуни варидӣ дар тарафи иллатнок 11,35±2,85 см/сония, дар тарафи солим 11,85±3,03 см/сония буд. Ба ҳисоби миёна пас аз герниопластикаи видеолапароскопӣ норасоии хуни ба шарёнҳо воридшаванда 9,67% -ро ташкил дод, ки ин нисбат ба давраи пеш аз даҳолати чарроҳӣ 9,82% камтар аст, суръати миёнаи гардиши хун дар тарафи иллатнок нисбат ба нишондодҳои пеш аз чарроҳӣ 1,1 см/сония афзуд. Фарқи байни суръати миёнаи ҳаракати хуни шарёнӣ дар тарафҳои иллатнок ва солим, ки пеш аз чарроҳӣ 2,76 см/сония буд, то 1,32 см/сония коҳиш ёфт. Дар муқоиса бо нишондихандае, ки пеш аз муолиҷаи чарроҳӣ ҷой дошт, индекси муқовимат пас аз герниопластикаи видеолапароскопӣ дар тарафи иллатнок аз ҳисоби кам шудани муқовимати гардиши хуни канорӣ ба 0,09 коҳиш ёфт. Усулҳои муносири герниопластикаи қадкашакӣ ба нишондихандаҳои гардиши хун дар паренхимаи тухм низ таъсири мусбат расонданд (ҷадвали 2).

**Ҷадвали 2.- Нишондихандаҳои гемодинамика дар паренхимаи тухм пас аз вариантҳои гуногуни герниопластика (n=65)**

Нишондиханда	Солим (n=20)	Пас аз герниопластикаҳои кашишӣ (n=25)	Пас аз герниопластикаҳои ғайрикашишӣ (n=25)	Пас аз усулҳои видеолапароскопӣ (n=15)
Vmaxist см/сония	10,74±0,7	9,08±0,17	10,45±0,16	10,24±0,18
Vmaxdiastсм/ сония	4,16±0,05	3,94±0,12	4,12±0,07	4,11±0,06
IR	0,61±0,07	0,83±0,07	0,63±0,08	0,64±0,08

Эзоҳ: Тавре аз ҷадвали пешкашгардида бармеояд, пас аз даҳолатҳои протезкунанда ва видеолапароскопӣ нишондихандаҳои суръати систоликии гардиши хун дар паренхимаи тухм дар тарафи иллатнок 10,45±0,16см/сония ва 10,24±0,18см/сонияро, нишондихандаҳои суръати диастоликӣ бошанд, мутаносибан 4,12±0,07 см/сония ва 4,11±0,06см/сонияро ташкил доданд. Арзиши индекси муқовимат мутаносибан 0,63±0,08 ва 0,64±0,08 буд.

Беҳшавии гардиши хун дар узвҳои ҳоядон минбаъд ба беҳбудии нишондихандаҳои сперматогенез дар беморон дар шабонарӯзи 4-5-уми пас аз чарроҳӣ мусоидат намуд (ҷадвали 3).

Дар давраи пас аз чарроҳӣ аз ҳисоби беҳшавии гардиши хун дар узвҳои ҳоядон, беосебии чарроҳӣ ва коҳиши оризаҳои компрессионӣ пас аз герниопластикаи ғайрикашишӣ ва видеолапароскопӣ хеле беҳбудӣ ёфтани нишондихандаҳои спермограммаи беморон мушоҳида шуд. Чунончи, ҳаҷми эякулят (3,7±0,06 мл ва 3,8±0,04 мл) ва миқ-

дори сперматозоидҳо (141,2±22,4 млн/мл ва 146,7±21,5 млн/мл) зиёд шуд. Дар ин гурӯҳи беморон афзоиши боэътимоди шаклҳои ҳаракаткунандаи сперматозоидҳо (54,1±0,5% ва 55,4±1,6%) ва камшавии шаклҳои патологӣ (мутаносибан 23,4±2,1% ва 25,9±2,6%) муайян гардид.

Зимни табобати чарроҳии ЧҚ, тавре ки аллақай қайд карда шуд, тактикаи дифференсиалӣ риоя мешуд, ки ба меъёрҳои таҳияшуда ва дар адабиёт мавҷуд асос меёфт. Доир ба самаранокии табобати чарроҳии ЧҚ бо истифода аз усулҳои аутопластикӣ (боф-

**Чадвали 3.- Нишондиҳандаҳои спермограмма дар беморон пас аз истифодаи усулҳои гуногуни герниопластикаи қадкашакӣ (n=55)**

Нишондиҳандаҳо	Навъи герниопластика		
	Усулҳои анъанавии кашӣшӣ (n=25)	Усулҳои ғайрикашишӣ (n=25)	Усулҳои видеолапароскопӣ (n=15)
Ҳачми эякулят, мл	3,2±0,1	3,7±0,06	3,8±0,04
Ғализӣ, см	0,4±0,008	0,2±0,04	0,3±0,003
Туршӣ, (pH)	7,3±0,1	7,6±0,1	7,6±0,2
Миқдори сперматозоидҳо дар 1 мл (x0,6)	35,4±4,2	36,8±4,4	38,6±5,8
Миқдори умумии сперматозоидҳо дар эякулят (x0,6)	132,4±18,5	141,2±22,4	146,7±21,5
Ҳаракатнокии сперматозоидҳо, %			
А) ҳаракатҳои зуд ва ростии пешраванда	15,2±2,2	24,3±1,1	26,1±2,3
Б) ҳаракати оҳистаи пешраванда	20,4±3,2	26,3±1,4	28,4±2,8
С) ҷой надоштани ҳаракати пешраванда (лапишӣ)	23,3±2,7	14,2±2,5	13,2±1,9
Сперматозоидҳои беҳаракат	38,4±2,2	31,2±2,1	30,4±1,8
Сперматозоидҳои ҳаракаткунанда (a+b)	35,7±2,2	54,1±2,5	55,4±1,6
Сперматозоидҳои зинда %	69,7±2,4	74,08±2,5	78,4±2,8
Сперматозоидҳои мурда %	29,2±3,1	22,1±2,4	21,6±2,2
Сперматозоидҳои меъёрӣ %	65,2±2,6	71,2±3,1	74,2±3,2
Сперматозоидҳои патологӣ %	34,5±3,1	23,4±2,1	25,9±2,6
А) патологияи сарак	17,2±1,1	12,1±1,5	11,2±1,7
Б) патологияи бадан	8,6±1,3	7,8±1,3	6,4±1,2
В) патологияи думак	8,4±1,2	7,2±1,1	6,8±0,6
Миқдори лейкоцитҳо	0,64±0,08	0,63±0,02	0,62±0,04

таҳои худӣ) ва протезҳои муосири синтетикӣ маҳалли баъдичарроҳӣ мушқилиҳои гуногун муайян карда шуд, ки ба онҳо дар давраи бар- хамроҳӣ мекунад (чадвали 4).

**Чадвали 4. - Оризаҳои бармаҳалли баъдичарроҳӣ пас аз герниопластикаҳои қадкашакӣ.**

Оризаҳо	Усулҳои герниопластика		
	Аутопластикӣ (n=25)	Усулҳои «ғайрикашишӣ» (n=25)	Видеолапароскопӣ (n=15)
Варами ҳоядон ва тухм	2		
Серомаҳо	2	2	
Фасодгирии чароҳат	1		1
Орхити осебӣ (травматикӣ)	1		
Орхоэпидидимит	1		
Инфилтрат	2	2	1
Хунравӣ аз чароҳат	1		
Ҳамагӣ	10	4	2

Тавре аз чадвали пешниҳодшуда дида мешавад, оризаҳои бармаҳалли баъдичарроҳӣ бештар аз ҳама (n=10) пас аз татбиқи усулҳои аутопластикӣ, яъне ҳангоми истифода бурдани бофтаҳои худӣ ба назар мерасиданд ва моҳиятан онҳо кашӣшӣ буданд. Пас аз татбиқи усулҳои «ғайрикашишӣ» бо истифода аз усулҳои таҳияшуда ва такмилифта оризаҳои баъдичарроҳӣ дар 4 (6,1%) ҳолат ва пас аз усулҳои видеолапароскопӣ танҳо дар 2 бемор мушоҳида шуданд. Давомнокии миёнаи мудохилаи чарроҳӣ ҳан-

гоми иҷрои усулҳои аутопластикии «кашишӣ» мувофиқи Бассини, Шолдайс ва Кукуҷонов ба ҳисоби миёна 57,4 ± 3,95 дақиқаро ташкил дод. Давомнокии герниопластика пас аз усулҳои «ғайрикашишӣ» ба ҳисоби миёна 48,4±2,8 дақиқа ва пас аз герниопластикаи видеолапароскопӣ 53,7±3,7 дақиқа буд. Бояд гуфт, ки давомнокии амалиёт фарқи бозътимод надошт, зеро ин на танҳо ба шароити инфиродии чарроҳӣ, интиҳоби усули пластика, балки ба маҳорат ва таҷрибаи чарроҳ ҳам вобаста буд.



Оризаҳои бармаҳалли баъдичарроҳӣ дар беморон бо аутопластикаи канали қадкашак дар 10 бемор (15,3%) ҷой доштанд ва асосан аз сабаби хатоҳои техникӣ ва тактикӣ ҳангоми интихоби усул ва методи герниопластика ба вучуд омада, дар 10 ҳолат боиси пайдо гардидани мушкилиҳои компрессионӣ (варами хоядон ва тухм, орхити травматикӣ ва орхиэпидемит) ва захмҳо (гематомаҳои зерипӯстӣ, серома, гематомаи хоядон, хунравӣ аз чароҳат ва инфилтратҳо) шудаанд. Дар 4 ҳолат ҳангоми татбиқи усулҳои «ғайрикашишӣ» серомаҳо (n=2) ва инфилтратҳо (n=2) қайд карда шуданд, ки пас аз табобати маҷмуии консервативӣ аз байн рафтанд. Зимни 2 мушоҳида пас аз герниопластикаи эндоскопӣ фасод

гирифтани захмҳои троакарӣ (n=1) ва инфилтрат (n=1) қайд карда шуд. Ҳангоми фасод гирифтани захм (n=2) пас аз герниопластикаи анъанавӣ ва видеолапароскопӣ табобати маҳаллии захмҳои фасоддор анҷом дода шуд. Дар беморони гирифтори варами тухм, хоядон (n=2), инфилтратҳои зерипӯстӣ (n=2), серома (n=2), орхит (n=1), орхиэпидемит (n=1) тактикаи консервативӣ бо магнитотерапияи маҳаллӣ самаранок истифода шуда, натиҷаи мусбат дод. Динамикаи тағйироти мусбат дар нишондиҳандаҳои спермограмма ва зиёдшавии ҳаҷми тухмҳо дар ҳама беморон возеҳ мушоҳида гардид, аммо дар бемороне, ки натиҷаҳои ғайриқаноатбахш нишон доданд, он бадтар буд (ҷадвали 5).

**Ҷадвали 5.- Нишондиҳандаҳои спермограммаро беморони гирифтор ба ЧҚпас аз 3-5 сол (n=20)**

Нишондиҳандаҳо	Пас аз герниопластикаи кашишӣ (n=11)	Пас аз герниопластикаи ғайрикашишӣ (n=11)	Герниопластикаи видеолапароскопӣ (n=8)
Ҳаҷми тухм, мл	14,2±0,16	17,6±0,22	12,4±0,4
Ҳаҷми эякулят, мл	3,6±0,6	3,8±0,1	3,2±0,2
Ғализӣ, см	9,8±0,2	10,0±0,08	9,4±0,2
Туршӣ, (рН)	7,8±0,1	7,67±0,3	7,2±0,4
Миқдори сперматозоидҳо дар 1 мл (x0,6)	36,4±5,8	38,8±4,6	32,6±5,8
Миқдори умумии сперматозоидҳо дар эякулят (x0,6)	132,5±18,2	146,3±21,2	121,3±18,6
Харакатнокии сперматозоидҳо, %			
А) ҳаракатҳои зуд ва ростӣ пешраванда	15,8±2,4	28,6±2,4	13,8±1,8
Б) ҳаракатҳои оҳистаи пешраванда	24,5±2,1	28,2±3,2	29,3±3,2
С) ҷой надоштани ҳаракати пешраванда (лаппишӣ)	18,4±2,2	14,1±2,3	22,2±1,9
Сперматозоидҳои беҳаракат	31,3±2,4	30,2±9,9	40,6±4,5
Сперматозоидҳои ҳаракаткунанда (а+в)	53,2±2,2	55,7±2,4	34,3±2,9
Сперматозоидҳои зинда %	70,8±2,1	78,4±2,4	58,4±2,7
Сперматозоидҳои мурда %	29,2±2,2	21,6±2,2	11,6±3,1
Сперматозоидҳои меъёрӣ %	65,8±3,1	74,2±3,4	57,3±2,7
Сперматозоидҳои патологӣ %	28,3±2,2	25,1±2,2	35,8±3,1
А) патологияи сарак	14,2±2,1	12,4±1,4	17,4±2,1
Б) патологияи бадан	7,1±2,1	6,4±1,2	8,8±1,3
В) патологияи думак	7,0±0,8	6,7±0,6	8,4±1,1
Миқдори лейкоцитҳо	0,62±0,03	0,60±0,03	0,64±0,08

Пас аз герниопластикаи кашишӣ дар 5 бемор ихтилоли функсияи репродуктивӣ бо да-

раҷаи гуногуни зухурёбӣ мушоҳида гардид, ки баъдтар муоина ва табобати махсусро та-



лаб карданд. Бояд гуфт, ки аз 5 бемор дар давраи бармаҳалли пас аз ҷарроҳӣ 3 нафар ба оризаҳои узвҳои ҳоядон дучор буданд.

Невралгияҳои баъдичарроҳии қадкашаку узвҳои таносул дар 9 ҳолат пас аз герниопластикаи кашишӣ ( $n=7$ ) ва “ғайрикашишӣ” ( $n=2$ ) мушоҳида шуд. Барои табобати невралгияи қадкашаку узвҳои таносул дар рафти як мушоҳида аз терапияи УББ (УВЧ) бо таъйини доруҳои зиддиинфeksiонӣ ва дар 3 ҳолат блокадаи спирти-новокаинӣ истифода шуд. Мувофиқи алгоритми таҳияшуда барои беморони синни фертилӣ (то 50-сола) бо тағйироти ночизи деструктивии девораи пушти канали қадкашак, ки инчунин ҳалқаи дохилии қадкашакшон то 3 см андоза дошту патологияи ҳамроҳ надоштанд, ҷарроҳии интиҳобӣ герниопластикаи бо истифода аз бофтаҳои маҳаллӣ мебошад. Дар сурати зиёда аз 3,0 см вайрон шудани девораи ақиби ҳалқаи дарунии қадкашак, мавҷудияти патологияи ҳамроҳ ва синни аз 50-сола калон амалиёти интиҳобӣ протезгузорӣ, усули ғайрикашишӣ мебошад.

Ба ин тариқ, усулҳои “ғайрикашишӣ” ва видеолапароскопии герниопластикаи тавасути коҳиш додани осеби ҷарроҳӣ ва оризаҳои “компрессионӣ” ба гардиши хун дар танобаки нутфа ва паренхимаи тухм, ҳамчунин ба сперматогенез таъсири мусбат мерасонанд.

#### Хулосаҳо

1. Норасоии тестикулярӣ дар беморони гирифтор ба чурраи қадкашак пеш аз ҳама ба мавҷудияти чурраи дарозмуҳлат, чурраҳои уреби қадкашаку ҳоядон, иштибоҳҳои тактикӣ ва техникӣ, инчунин инкишофи оризаҳои баъдичарроҳӣ вобаста аст.

2. Натиҷаҳои бевосита ва дарозмуддати герниопластикаи видеолапароскопӣ ба андозаи назаррас дар қиёс бо усулҳои дигар беҳтар мебошанд.

3. Усулҳои герниопластикаи ғайрикашишӣ ва видеолапароскопӣ ба нишондиҳандаҳои гардиши хун дар танобаки нутфа ва паренхимаи тухм, инчунин ба сперматогенез аз ҳисоби коҳиши осеб аз ҷарроҳӣ ва кам шудани оризаҳои компрессионӣ таъсири мусоид мерасонанд.

#### Адабиёт

1. Алиев Р.А., Одишелашвили Г.Д. Исследование объема брюшной полости у больных с вентральными грыжами до и после герниопластики. *Кубанский научный медицинский вестник*. 2015;2:7-9.
2. Бушнин, С.С. Лапароскопическая герниопластика методом «вставки» или герниопластика по Лихтенштейну в лечении косых паховых грыж/ С.С. Бушнин, Е.И. Кропачева, С.Н. Качалов // Дальневосточный медицинский журнал. – 2009. – № 2. – С.26-28.
3. Nguyen DK, Amid PK, Chen DC. Groin Pain After Inguinal Hernia Repair. *Adv Surg*. 2016; 50(1):203-220
4. Andresen K, Rosenberg J. Open preperitoneal groin hernia repair with mech: A qualitative systematic review. *AmJSurg*. 2017;213(6):1153-1159 .
5. Использование современных технологий в лечении больных с ущемленными грыжами передней брюшной стенки/ О.В. Ооржак [и др.] // Главный редактор. – 2014. – Т. 9, № 1. – С. 54 - 57.
6. Секерская, М.Н. Сравнительная оценка лапароскопической и открытой герниопластики паховых грыж/ М.Н. Секерская, И.А. Абашин // Вестник Смоленской государственной медицинской академии. – 2014. – Спец. вып. – С. 138.
7. Сажин А.В., Климиашвили А.Д., Кочияй Э. Лапароскопическая трансабдоминальная преперитонеальная и тотальная экстраперитонеальная паховая герниопластика, преимущества и недостатки. *Российский медицинский журнал*. 2015;21(6):46-49.
8. Михин И.В., Кухтенко Ю.В., Панчишкин А.С. Большие и гигантские послеоперационные вентральные грыжи: возможности хирургического лечения (обзор литературы). *Вестник*



тник ВолгГМУ. 2014;2:8-16.

9. Черных, А.В. Биомеханические особенности аутогерниопластики паховых грыж с различными послабляющими разрезами передней стенки влагалища прямой мышцы живота/ А.В. Черных, Е.И. Закурдаев, Ю.В. Малеев // Человек и его здоровье: Курский научно-практический вестник. – 2015. – №3. – С.105-109.

## ВЛИЯНИЕ ГЕРНИОПЛАСТИКИ НА ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ ЯИЧЕК И СПЕРМАТОГЕНЕЗ У ПАЦИЕНТОВ МУЖСКОГО ПОЛА ПРИ ПАХОВЫХ ГРЫЖАХ

Гадоев И.С., Набиев М.Х., Баротов Х.Х.

Кафедра общей хирургии №2 ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибн Сино»

**Актуальность** В настоящее время существует множество способов паховой герниопластики, каждый из которых имеет свои четкие показания и противопоказания, преимущества и недостатки. Все методы хирургического устранения ПГ делятся на: натяжные виды герниопластики (аутопластика), ненатяжные и лапароскопические виды герниопластики[4].

**Цель исследования.** Изучить влияние различных методов паховой герниопластики на состояния кровообращения в семенном канатике, яичке и сперматогенезе

**Материал и методы исследования.** В комплексе здоровья «Истиклол» г. Душанбе под нашим наблюдением находились 65 больных с паховыми грыжами. Возрастной спектр больных колебался от 18 до 30 лет. Данные литературы и собственные данные показывают, что при ПГ вследствие сдавления яичка грыжевым мешком длительное время наблюдается хроническая ишемия яичка с нарушением микроциркуляции в нем. Положение еще больше усугубляется, когда во время операции повреждаются либо сдавливаются сосуды, а также вследствие возникновения послеоперационных осложнений элементы семенного канатика и яичка подвергаются компрессией гематомой, рубцовой тканью. Все вышеуказанное приводит к нарушению кровообращения в семенном канатике и яичке по причине выраженной ишемии. Развитие ишемии, как правило, приводит к накоплению и увеличению содержания оксидантных эндотоксинов, негативно влияющих на функцию яичка. В качестве неинвазивного информатив-

ного метода исследования показателей кровотока по сосудам семенного канатика и яичка проводилось цветное дуплексное сканирование артерий и вен семенного канатика на УЗ-сканере «ToshibaNewino 580». Исследовались скоростные показатели артериального кровотока: пиковая систолическая (пск), средняя скорость кровотока (сск), индекс резистентности (RI) и скоростные показатели венозного кровотока: линейная скорость кровотока (лск).

**Результаты исследования.** Результаты различных вариантов паховых герниопластик, показали, что в зависимости от характера выполненного вмешательства показатели скорости артериального кровотока по артериям семенного канатика по сравнению со здоровой стороной оказались ниже. В группе больных (n=25), перенесших «ненатяжную» паховую герниопластику, скоростные показатели кровотока в значительной степени были результативные, что обусловлено, очевидно, снижением частоты компрессионных осложнений за счет протезирующей пластической операции. Так пиковая скорость артериального кровотока на стороне поражения составила  $32,08 \pm 6,04$  см/сек., на здоровой стороне -  $31,40 \pm 5,6$  см/сек. Средняя скорость артериального кровотока по сосудам семенного канатика составила  $11,62 \pm 2,92$  см/сек и  $13,64 \pm 2,03$  см/сек на здоровой стороне. Индекс резистентности на стороне поражения и здоровой стороне составил, соответственно,  $13,64 \pm 2,03$  и  $0,85 \pm 0,15$ . Скорость венозного кровотока на стороне поражения составила  $11,10 \pm 3,3$  см/сек, на здоровой стороне -  $11,82 \pm 2,47$  см/сек. В среднем

после «ненатяжных» герниопластик дефицит кровотока составил 15,49%, что на 4,23% меньше, чем до оперативного вмешательства. Изучение характера артериального кровотока у пациентов после видеолaparоскопической герниопластики (n=15) показало, что пиковая скорость артериального кровотока на стороне поражения составила  $33,12 \pm 6,11$  см/сек и на здоровой стороне -  $34,51 \pm 6,6$  см/сек. Средняя скорость артериального кровотока по сосудам семенного канатика составляла  $12,48 \pm 2,69$  см/сек на пораженной стороне и  $13,89 \pm 2,11$  на здоровой стороне. Индекс резистентности на пораженной и здоровой стороне составил соответственно  $0,83 \pm 0,12$  и  $0,83 \pm 0,1$ . Скорость венозного кровотока на стороне поражения составила  $11,35 \pm 2,85$  см/сек, на здоровой стороне  $11,85 \pm 3,03$ . В среднем после видеолaparоскопической герниопластики недостаточность артериального притока составила 9,67%, что на 9,82% меньше, чем до оперативного вмешательства в послеоперационном периоде, средняя скорость артериального кровотока

на пораженной стороне возросла на 1,1 см/сек по сравнению с дооперационными показателями. Разница между средней скоростью артериального кровотока на пораженной и здоровой стороне, которая до операции составила 2,76 см/сек уменьшилась до 1,32 см/сек. Современные методы паховой герниопластики благоприятно влияли и на показатели кровотока паренхимы яичка

**Заключение.** Таким образом, «ненатяжные» и видеолaparоскопические методы герниопластики благоприятно влияют на показатели кровотока в семенном канатике и паренхиме яичка за счет снижения травматичности операции и снижения «компрессионных» осложнений. Улучшение кровообращения в органах мошонки в дальнейшем способствовало улучшению показателей сперматогенеза у больных на 4-5 сутки послеоперационного периода

**Ключевые слова:** паховые грыжи, оперативное лечение, линейное скорости кровотока, герниопластика, видеолaparоскопическая.

## INFLUENCE OF HERNIOPLASTY ON THE FUNCTIONAL STATE OF THE TESTICLES AND SPERMATOGENESIS IN MALE PATIENTS WITH INGUINAL HERNIAS

Gadoev I.S., Nabiev M.Kh., Barotov Kh.Kh.

Department of General Surgery №2, TSMU named after Abuali ibn Sino

**Relevance.** Currently, there are many methods of inguinal hernioplasty, each of which has its own clear indications and contraindications, advantages and disadvantages. All methods of surgical elimination of PG are divided into: tension types of hernioplasty (autoplasty), tension-free and laparoscopic types of hernioplasty [4].

**Purpose of the study.** To study the effect of various methods of inguinal hernioplasty on the state of blood circulation in the spermatic cord, testis and spermatogenesis.

**Material and research methods.** In the health complex “Istiklol” in Dushanbe, 65 patients with inguinal hernia were under our supervision. The age spectrum of patients ranged from 18 to 30 years. Literature data and our own data show that in IH due to compression of the testicle by

the hernial sac, chronic testicular ischemia with impaired microcirculation in it is observed for a long time. The situation is even more aggravated when the vessels are damaged or compressed during the operation, and also due to the occurrence of postoperative complications, the elements of the spermatic cord and testicle are subjected to compression by hematoma, scar tissue. All of the above leads to impaired blood circulation in the spermatic cord and testicle due to severe ischemia. The development of ischemia, as a rule, leads to the accumulation and increase in the content of oxidative endotoxins, which negatively affect testicular function. As a non-invasive informative method for studying blood flow parameters in the vessels of the spermatic cord and testis, a color duplex scanning of the arteries and veins of the spermatic cord was



performed on an ultrasound scanner “Toshiba Newino 580”. The arterial blood flow velocity parameters were studied: peak systolic (psc), mean blood flow velocity (cc), resistance index (RI) and venous blood flow velocity indicators: linear blood flow velocity (lsc).

**Research results.** The results of various variants of inguinal hernioplasty showed that, depending on the nature of the intervention performed, the indicators of arterial blood flow velocity in the arteries of the spermatic cord were lower compared to the healthy side. In the group of patients (n=25) who underwent “non-stretch” inguinal hernioplasty, the speed indicators of blood flow were largely effective, which was obviously due to a decrease in the frequency of compression complications due to prosthetic plastic surgery. Thus, the peak velocity of arterial blood flow on the side of the lesion was  $32.08 \pm 6.04$  cm/sec, on the healthy side -  $31.40 \pm 5.6$  cm/sec. The average speed of arterial blood flow through the vessels of the spermatic cord was  $11.62 \pm 2.92$  cm/sec and  $13.64 \pm 2.03$  cm/sec on the healthy side. The resistance index on the affected side and the healthy side was  $13.64 \pm 2.03$  and  $0.85 \pm 0.15$ , respectively. Venous blood flow velocity on the affected side was  $11.10 \pm 3.3$  cm/sec, on the healthy side -  $11.82 \pm 2.47$  cm/sec. On average, after “non-stretch” hernioplasty, the blood flow deficit was 15.49%, which is 4.23% less than before surgery. The study of the nature of arterial blood flow in patients after videolaparoscopic hernioplasty (n=15) showed that the peak arterial blood flow velocity on the affected side was  $33.12 \pm 6.11$  cm/s and on the

healthy side -  $34.51 \pm 6.6$  cm/s. The average speed of arterial blood flow through the vessels of the spermatic cord was  $12.48 \pm 2.69$  cm/sec on the affected side and  $13.89 \pm 2.11$  on the healthy side. The resistance index on the affected and healthy side was  $0.83 \pm 0.12$  and  $0.83 \pm 0.1$ , respectively. The velocity of venous blood flow on the side of the lesion was  $11.35 \pm 2.85$  cm/sec, on the healthy side  $11.85 \pm 3.03$ . On average, after videolaparoscopic hernioplasty, arterial inflow insufficiency was 9.67%, which is 9.82% less than before surgery in the postoperative period, the average arterial blood flow velocity on the affected side increased by 1.1 cm/sec compared to preoperative indicators. The difference between the mean velocity of arterial blood flow on the affected and healthy sides, which was 2.76 cm/sec before surgery, decreased to 1.32 cm/sec. Modern methods of inguinal hernioplasty had a positive effect on the parameters of the blood flow of the testicular parenchyma.

**Conclusion.** Thus, “tension-free” and videolaparoscopic methods of hernioplasty have a positive effect on blood flow in the spermatic cord and testicular parenchyma by reducing the invasiveness of the operation and reducing compression complications. Improvement of blood circulation in the scrotum further contributed to the improvement of spermatogenesis in patients on the 4th-5th day of the postoperative period.

**Key words:** inguinal hernia, surgical treatment, linear blood flow velocity, hernioplasty, videolaparoscopic.

*Гадоев И. С. – унвонҷӯйи кафедраи ҷарроҳии умумии №2, МДТ “Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абуалӣ ибни Сино. тел.: +992 918 48 – 81 – 81.*

*Набиев М.Х.- н.и.т., дотсент, мудири кафедраи ҷарроҳии умумии №2, МДТ “Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абуалӣ ибни Сино Телефон: +992 987 25 60 60; E-mail: muzaffar.nabiev.2017@mail.ru*

*Баротов Х.Х.- н.и.т., дотсенти кафедраи ҷарроҳии умумии №2, МДТ “Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абуалӣ ибни Сино. тел.: +992 888802051.*

*Гадоев И. С.- соискатель кафедры общей хирургии №2, ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино», Телефон: +992 918 48 – 81 – 81.*

*Баротов Х.Х.- к.м.н., доцент кафедры общей хирургии №2, ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино», Телефон: +992 888802051.*



**Набиев М.Х.**- к.м.н., заведующий кафедрой общей хирургии №2, ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино», **Телефон: +992 987 25 60 60; E-mail: muzaffar.nabiev.2017@mail.ru**

**Gadoev I. S.**- candidate of the department General Surgery No. 2, Abuali Ibni Sino State Medical University, **Telephone: +992 918 48 – 81 – 81.**

**Barotov H. H.**- Candidate of Medical Sciences, Associate Professor departments General Surgery No. 2, Abuali Ibni Sino State Medical University, **Telephone: +992 888802051.**

**Nabiev M. X.**- candidate of Medical Sciences, Head of the Department of General Surgery No. 2, Abuali Ibni Sino State Medical University, **Phone: +992 987 25 60 60; E-mail: muzaffar.nabiev.2017@mail.ru**



## ШАРҲИ АДАБИЁТ

### МУҲИМТАРИН ҶАНБАҲОИ ТАШХИС ВА ПЕШГИРИИ ОРИЗАҲОИ ТРОМБОЭМБОЛИКИИ ВАРИДӢ ҲАНГОМИ ШИКАСТАГИҲОИ УСТУХОНҲОИ АНДОМҲОИ ПОӢНИ

Махмудов Д. Ш.

Кафедраи травматологияёортопедия ва ҷаррҳии ҳарбӣ-саҳроии МДТ “Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абуалӣ ибни Сино”

**Муқаддима.** Оризаҳои варидии тромбоемболикӣ (ОВТЭ), ки тромбози варидҳои сатҳӣ (ТВС) ва тромбози варидҳои амиқӣ (ТВА) андомҳои поёни ва тромбоемболияи шарёнҳои шуш (ТЭШШ)-ро дар бар мегирад, айни замон дар байни сабабҳои асосии маъюбшавию фавтияти аҳолии яке аз ҷойҳои асосироишғол карда меояд [1-4]. Дар генези онҳо омилҳои зиёд нақш доранд, ки дар байни онҳо садама ва шикастагиҳои устухонҳои андомҳои поёни (ШУАП) мавқеи махус доранд [1-4]. Мувофиқи маълумотҳои эпидемиологӣ, бинобар зиёд шудани садамаҳои ситеҳсолӣ ва маишӣ, ҳамчунин ҳодисаҳои роҳу нақлиёт тамоюли афзудани миқдори осебдидагон аш ШУАП ба назар мерасад [1, 4, 5].

Миқдори зиёди садамаҳо, вайрон шудани бутунии устухонҳои рон ва соқ бо мақсади тасбитаи устухонпорчаҳо, иммобилизатсияи тӯлонии андомҳои осебдида, муддати дуру дароз маҳдуд кардани ҳаракатҳои фаъол, ҳамчунин ҳолати вазнини шоки осебдидагон предикторҳои (пешхабарҳои) асосии пайдошавии ОВТЭ ба ҳисоб мераванд [5, 6]. Вобаста аз ин, дар ҳама протоколҳои клиникӣ гузаронидани табобати профилактикии антикоагулянтӣ ва антиагрегантӣ бо таҳқиқоти мунтазами ултрасадоии системаи варидҳои андоми осебдида тавсия карда мешавад [1-4]. Аммо, ба гузаронидани чорабиниҳои профилактикӣ нигоҳ накарда, пурра халос шудан аз ОВТЭ номумкин аст, махсусан дар байни осебдидагонӣ дорои анамнези вазнин, заминаи коморбидӣ ва шикастагиҳои омехтаи шарёнҳо ва варидҳо [5, 6].

Таҳлили маълумотҳои адабиётҳо нишон медиҳад, ки басомади ТВА ва ТЭШШ дар одамони дорои ШУАП мутаносибан дар

худуди 0,39%-34,9% ва 0,43%-21,74% қарор доранд [7-18].

Ташхиси ТВА андомҳои поёни ҳангоми ташаккул ёфтани манзараҳои клиникаи патологияи мушкilotи зиёде надоранд [3, 17, 35]. Аммо дар бештари беморон тромҳои назди девораҳо ба назар мерасад, ки аломатҳои клиникашон зоҳир намешаванд ва ҳангоми сканиркунии рангаи дуплексии (СРД) яқум тасодуфан ошкор карда мешаванд [13, 36]. Қайд кардан лозим аст, ки скрининг барои ТВА бо ёрии СРД бояд барои ҳамаи осебдидагонӣ ШУПП, ҳам дар вақти бистарӣ кунонидан ва ҳам пас аз гузаронидани амалиётҳои ҷарроҳӣ иҷро карда шавад [2, 7, 8, 36].

Аз сари вақт ташхис кардани ТВА тақдири бемор ҳал мешавад, чунки ҳангоми тромҳои ташхиснашуда беморро пайдо шудани оризаҳои тромбоемболикӣ, дар ҳолатҳои гипердиагностика бошад – пайдо шудани ҳама оризаҳои имконпазири табобати антикоагулянтӣ ва тромболитикӣ таҳдид мекунанд [13].

Аломатҳои клиникаи ТВА дар беморони дорои ШУПП хусусиятҳои махсус доранд. Аввал ин, ки дар аксари мутлақи онҳо вай мавқеи дисталӣ дорад ва аксар вақт протсессии тромбозӣ маҳз аз яке аз варидҳои амиқӣ соқ сар мешавад, ки дар сурати окклюзияи вай маҷрои хун чандон зарар намебинад ва аломатҳои возеҳи клиникӣ ба мушоҳида [8, 9, 11, 12, 15]. Ҳамин гуна механизми пайдошавии осебҳои тромбозӣ бо далели маҳдуд шудани ҳаракати андоми осебдида ва ба қадри зарурӣ кашиш нахӯрдани мушакҳои соқ, ҳамчунин сохтори синусоидалии варидҳои мушакии соқ рух медиҳанд [11, 15]. Дуюм, дар як қисми беморон протсессии тромбозӣ хусусияти болора-



вандаро касб менамояд ва осебҳои вари-  
дҳои зери зону, рон ва тигигоҳ ба амал ме-  
оянд, гардиши хуни варидии субкомпенсат-  
сионӣ ва декомпенсатсионӣ пайдо мешавад  
[8, 12]. Ҳангоми осеб дидани сегментҳои про-  
ксималии варидаҳои манзараи пурраи клини-  
кии тромбоз дида мешавад ва хатари инки-  
шоф ёфтани оризаҳои тромбоэмболикӣ  
зиёд мешавад [13, 27]. Ва ниҳоят, ҳангоми  
ШУПП ҳамеша омос, дар два маҳдуд шуда-  
ни ҳаракат дида мешавад, ки инҳо ба ТВА  
низ хос мебошанд, ки вобаста аз ин ташхи-  
си клиникаи тромбози саршудаи впрӯдӣ  
аксаран душвор мешавад [8, 13].

Бояд қайд кард, ки на дар ҳама ҳолатҳо  
дақиқ ва сари вақт ташхис кардани осебҳои  
тромбозии системаи варидии андомҳои  
поёнӣ имконпазир аст, беморӣ то пайдо  
шудани декомпенсатсияи хунгардиши ва-  
ридӣ ва ё оғоз ёфтани ТЭШШ, асосан бе  
симптом мегузарад [13]. Дар чунин ҳолатҳо  
оистифодаи СРД хеле арзишманд аст, вай  
мувофиқи маълумотҳои ҳама тавсияҳои  
клиникӣ исботҳои дараҷаи баладро доранд  
[1-4, 13]. Дар чунин ҳолатҳо флебография  
магнитӣ-резонансӣ (ФМР) ва флебогра-  
фияи рентгеноконтрастӣ (ФРК), иттилоот-  
нок мебошанд ва ҳассосияти олий доранд [1-  
4]. Инҳо бинобар хусусияти инвазивӣ дош-  
танашон дар фаъолияти ҳамаҷузайи клиникӣ  
кам истифода мешавад [2]. Чунин ҳассосия-  
ти баланд ин ду усули шуоии таҳқиқот ҳан-  
гоми ташхиси тромбозҳои бесимптом иваз-  
нашаванда мебошанд [1, 3, 4, 13].

Бояд қайд кард, ки ҳангоми тромбозҳои  
назди девораи сегменти илеокавалӣ имко-  
ниятҳои ФРК назар ба ФМР камтар аст [1,  
2]. Ғайр аз ин, ФРК дастгоҳҳо, асбобҳои  
маҳсури талаб мекунад, контрасти ворид-  
кунанда метавонад, ки ба қобилияти филт-  
ратсионии гурдаҳо маҳсусан дар гурӯҳи бе-  
морони дорои камхунии постгеморрагӣ ва  
ҷарроҳҳои бузурги травматологиро аз сар-  
гузаронида таъсири манфӣ мерасонад [2, 4].  
Чунин ориза мумкин аст, ки бинобар пай-  
до шудани обструксия дар сегменти нави  
варидӣ ва ҳам аз сабаби инсидод дар сегмен-  
ти нави варидӣ ба амиқ шудани аксулчара-  
ёни варидӣ оварда расонад [2].

Мувофиқи тавсияҳои аксари муҳаққиқон  
воситаи асосии скрининги ТВА дар бемор-  
рони гирифтори амрози травматологӣ бояд  
СРД бошад, ки ҳассосияти он мувофиқи як  
гурӯҳи маълумотҳо 98% [1-4], гурӯҳи дигар  
– 34% -ро ташкил медиҳад [36]. Ғайриинва-  
зивӣ, дастрасии умумӣ, набудани сарбории  
шуоӣ, имконпазирӣ якҷанд маротиба исти-  
фода намудан бартариҳои асосии СРД  
мебошанд. Ин усул имконият медиҳад, ки  
ҷойгиршавӣ ва сарҳади паҳншавии протсес-  
си тромбозӣ муайян, қисми апикалии тромб  
тавсиф, ҳамчунин протсесси пешравӣ ё рег-  
ресси он мушоҳида карда шавад.

Дар муқоиса аз СРД дараҷаи ҳассосияти  
ФМР баландтар аст (аз 65 то 100%) ва бар  
иловаи ҷойгиршавии анатомии тромб, им-  
коният медиҳад, ки морфология ва «синни»  
вай, яъне дараҷаи болигии тромб ва муҳла-  
ти пайдошавии он низ омӯхта шавад [1, 3,  
4]. Аммо маҳдудияти дастраскунӣ норасоии  
асосии ин усули таҳқиқот ба шумор мера-  
вад, аз ҳамин сабаб вай танҳо дар ҳолатҳои  
мураккаб ба кор бурда мешавад [2, 3].

Ҷанбаи дигари ТВА ҳангоми ШУПП бо  
ёрии усулҳои шуоии таҳқиқот баҳодихӣ ба  
эмбологенияти тромб ва хатари пайдо шу-  
дани ОВТЭ мебошад [6, 12, 13]. Мувофиқи  
маълумоти баъзе муҳаққиқон критерияҳои  
асосии эмбологенияти тромб сараки даро-  
зи шиновар, дараҷаи фиксатсияи он ва му-  
таҳаррикии он, намуди фиксатсияи он дар  
девораи варидаҳои (печмонанд ва ё сегмен-  
тарӣ) ва дар он мавҷуд будани маҷрои му-  
тамаркази хун маҳсуб мешаванд [4, 13, 36].  
Ақидаи муаллифони дигар чуни насту, ки  
хатари оризаҳои тромбоэмболикӣ аз да-  
раҷаи фиксатсияи тромб ва муҳлати прот-  
сесси тромбоз вобаста аст [36]. Дар роиби-  
та аз ин, имрӯз оид ба критерияҳои тромби  
эмбологенӣ фикри ягона мавҷуд несту [4].

Қайд кардан лозим аст, ки бо ёрии усу-  
лҳои дар боло зикршудаи таҳқиқот тром-  
бҳои аллакай дар ҷавфи рағҳо ташаккулёф-  
та ошкор карда мешаванд. Дар навбати худ,  
ташхиси тромбҳои назди девора ё ҳолати  
гиперкоагулятсионӣ, ки барои ташаккул  
ёфтани тромбҳо замина ба шумор мера-  
вад, вазифаи мураккаб дониста мешаванд,



ки амалӣ кардани онҳо аз чониби усулҳои шуоии таҳқиқот на ҳамеша имконпазир аст [36]. Дар чунин ҳолатҳо усулҳои лаборатории таҳқиқоти системаи гемостаз аҳамияти беандоза доранд, ки дар байни онҳо муайян кардани сатҳи D-димера мавқеи маҳсус дошта, ҳангоми ташҳиси таъчилии ҳолатҳои тромбозӣ ва пеш аз тромбозӣ ҳассосияти баланд ва махсусиятҳои хос дорад [37-39].

Дар асоси муайян кардани D-димера дарачаи хатари тавлидшавии тромбҳо дар беморони дорои ШУПП баҳогузорӣ кардан мукин аст. Чунончи, баланд шудани консентратсия аз гиперкоагулятсия, мавҷуд будани тромбҳо ё фаъолшавии протсессҳои деградацияи (таназзули) фибрин дарак медиҳад [38, 39]. Ҳамин тавр, тибқи маълумоти ба наздикӣ нашршудаи Zhang W et al (2019), ҳассосият ва махсусияти D-димера барои ташҳиси ТВА мутаносибан дар давраи пеш аз ҷарроҳӣ 71,3% ва 44,83%, дар давраи пас аз ҷарроҳӣ – 63,9% ва 70,51% -ро ташкил дод [38].

Баланд шудани сатҳи D-димера дар байни беморони солхӯрдаи дорои заминаи коморбидӣ ва бо массаи барзиёди бадан низ дида мешавад [23, 27]. Дар робита аз ин, баъзе муҳаққиқон махсусият ва ҳассосияти паси ин усули таҳқиқотро дар ташҳиси осебҳои тромбозӣ қайд кардаанд [39].

Масалан, тибқи маълумоти Bakhshi H et al (2012), дар байни беморони синну соли ҷавон сатҳи D-димера зиёда аз 1000 нг/мл дорои 100% ҳассосият ва 71% -и махсусият барои ошкор намудани ТВА-и пас аз ҷарроҳӣ буд [40].

Қайд карда шудааст, ки сатҳи D-димера бо муҳлати вазнинии осеби гирифташуда ҳамбастагии мустақим дорад [37]. Масалан, тибқи маълумоти баъзе муҳаққиқон, дар 3-5 шабонарӯзи аввали шикастани устухонҳо муҳтавои D-димера зиёд мешавад, ки дар мавриди имконпазирии тромбтавлидшавӣ хусусияти мусбати козиб дорад [41, 42]. Huang W et al (2013) ҳангоми таҳқиқ кардани хуни 127 беморони солхӯрдаи дорои шикастагии гарданаки рон зикр кардаанд, ки дар ибтидо қимати ибтидоии фибрино-

ген ва D-димера дар ҳудуди меъёр қарор доштанд. Баъди 96 соати шикастагӣ, аллакай дар 26,7%-и осебдидагон баланд шудани сатҳи онҳо ба қайд гирифта шудааст. Вобаста аз ин, муаллифон қайд мекунанд, ки шикастагии гарданаки рон дар беморони солхӯрда ба системаи лахтабандии хун, сатҳи фибриноген ва D-димера мустақиман таъсир мерасонанд [41].

Нишон дода шудааст, ки зиёда аз нисфи ОВТЭ дар се шабонарӯзи аввали садама бардоштан ё ҷарроҳии гузаронидашуда, дар натиҷаи вучуд доштани талафи хун, шок ва ё маҳдуд будани фаъолнокии осебдидагон пайдо мешавад [42]. Мувофиқи маълумотҳои Yang Y et al (2017), дар давраи пас аз ҷарроҳӣ мунтазам баланд шудани сатҳи D-димера дар беморони ҷавонтар аз 50-солаи дорои шикастагиҳои андомҳои поёнӣ ва ҳам дар одамоне, ки дар анамнезашон набудани ОВТЭ ба назар мерасад. Вобаста аз ин, барои ташҳис ва пешгӯии ОВТЭ муаллифон истифодаи ҳадди останаи D-димера – зиёда аз 3 мг/л.-ро тавсия мекунанд, ки ҳассосият ва махсусияти он, тибқи маълумоти муаллифон, мутаносибан 88,37% ва 96,96% -ро ташкил медиҳанд [42].

Бо дар назардошти гуфтаҳои боло, барои ташҳиси ТВА баъзе муаллифон таҳқиқоти комплексиро бо истифодаи васеи усулҳои шуоиву лаборатории таҳқиқот тавсия мекунанд [43]. Чунончи, тибқи маълумотҳои Lin C et al (2020), ҳангоми таҳқиқи 10775 нафари дорои шикастагиҳои гуногуни устухонҳо барои пешгӯӣ кардани ОВТЭ панҷ омили муҳим буд (синну сол, D-димер, фибриноген, сафедаи C-реактивӣ ва холестерин липопротеинҳои зичиашон баланд). Дар баробари ин, мувофиқи маълумоти муаллифон махсусиятҳои фибриноген назар ба D-димера бештар буд, дар ҳассосияти фибриноген назар ба D-димера камтар буд. Вобаста аз ин, истифодаи васеи комбинатсияи «фибриноген – D-димер»-ро барои беҳтар шудани сифати ташҳиси саривактии ОВТЭ-и бесимптомро тавсия мекунанд [43].

Ҳамин гуна маълумотро Liu C et al (2016) меоварад, вай хеле баланд шудани сатҳи D-димера ва фибриногенро дар беморони до-



рои шикастагии устухонхоро қайд кардааст. Ҳамчунин муаллифон ассотсиатсияи баланди онҳоро бо сатҳи шикастагии устухонҳо таъкид мекунанд, мувофиқи маълумоти онҳо D-димер дар байни осебдидагони дорои шикастагии устухонҳои рон бештар аст, назар ба шахсони дорои шикастагиҳои устухонҳои соқ [44].

Ҳамин тавр, ташхиси клиникии осебҳои тромбозии варидҳои андомҳои поёни баъзан бинобар амиқ ҷойгир шуданашон ва ҳам бинобар варами андомҳо, ки дар ҳолатҳои ШУПП дида мешаванд, душвор аст.

Дар хусуси гузаронидани табобати антикоагулянтӣ барои пешгирӣ намудани ОВТЭ ҳангоми ШУПП имрӯз консенсуси ягонаи ҷомеаи байналмилалӣ вучуд надорад [1-4]. Тибқи маълумоти аксари муаллифон табобати антикоагулянтӣ ҳамчун табобати профилактикӣ ва ҳам ба сифати табобати ОВТЭ бояд танҳо пас аз ба даст овардани гемостази пурра гузаронида шавад [1-4, 34, 45]. Оид ба интиҳоби намудҳои гуногуни антикоагулянтҳо як гурӯҳи олимони тарафдори истифодаи гепаринанд [1-4, 34], дигарон – истифодаи антикоагулянтҳои нави пероралиро тавсия мекунанд [23, 26].

Самаранокии истифода кардани кислотаи атсетилсалитсилӣ (КАС) барои профилактикаи ОВТЭ дар беморони гирифтори бемориҳои травматологӣ ҳоло ҳам мавзӯи баҳс қарор дорад, гарчанде дар баъзе нашрияҳо нақши он дар паст кардани сатҳи хатари оризаҳои тромбоэмболикӣ нишон дода шудаанд [45]. Чунончи, дар таҳқиқи Brill JB et al (2016) таъкид шудааст, ки истеъмоли КАС то садама бардоштан миқдори ОВТЭ (ОШ 0,17; 95% ДИ: 0,04-0,68;  $p=0,012$ ) –ро дар муқоиса аз шахсоне, ки онро истеъмомол накардаанд, хеле кам кардааст. Дар баробари ин, муаллифон қайд кардаанд, ки КАС танҳо ҳангоми яқҷоя бо гепарин истеъмомол шудан назар ба истеъмоли алоҳидаи он самаранокии бештар дорад (ОШ 0,35; 95% ДИ: 0,13-0,93;  $p=0,036$ ) [46].

Аз ҳама препаратҳои антикоагулянтӣ дастрас дар ҳатти аввал дар беморони бистаришуда гепарин мебошад, ҳам дар шаклҳои нефракционишуда ва ҳам [1-4]. Мувофиқи

маълумоти аксари мутлақи муҳаққиқон, истифода кардани гепарини пастмолекулярӣ (ГПМ) ҳам бо мақсади профилактикӣ ва ҳам табобатӣ имконият дод, ки миқдори ОВТЭ дар беморони дорои ШУПП хеле кохиш дода шуд [1-4, 34, 45, 47]. Чунончи, мувофиқи маълумоти Bethea A et al (2018), нишон дода шудааст, ки дар доираи протоколи IMPACT-IT QI Project, ки дар моҳи октябри соли 2015 татбиқ шудааст, истифодаи ГПМ (эноксапарин) барои хеле кам шудани миқдори ТЭШШ симптоматикӣ аз 2% то 0,9% ( $p=0,009$ ) ва ТВА –аз 2,8% то 0,9% мусоидат тнамуд ( $p=0,040$ ). Муаллифон таъкид карданд, ки дар амалия татбиқ намудани эноксапарин метавонад, ки дар дигар муассисаҳои табобатӣ низ самаранок [48].

Чунин ақида дар шарҳи систематикӣ ба наздикӣ нашршудаи Aziz HA et al (2018) низ инъикос ёфтааст, дар ин фармакопрофилактика ҳам басомади ТВА (аз 10,7% то 8,2%;  $p<0,0001$ ), ва ҳам ТЭШШ (аз 1,9% то 1,2%;  $p=0,005$ ) –ро кам кардааст. Муаллифон қайд кардаанд, ки тромбопрофилактикаи механикӣ барои ба таври назаррас паст кардани басомади пайдошавии ТВА (10,2% дар муқобили 11,5%;  $p=0,298$ ) ва ТЭШШ (1,7% дар муқобили 1,6%;  $p=1,0$ ) мусоидат накардааст [22].

Zhang Z et al (2018) проведение двойной профилактикии дукаратаи антикоагулянтӣ ро тавсия кардаанд. Ҳамин тавр, муаллифон ҳангоми муқоиса кардани самаранокии гирудин дар яқҷоягӣ бо ГПМ (45 бемор) ва истифодаи ҷудогонаи ГПМ (51 бемор) дар 96 бемори дорои шикастагиҳои байнивертелии устухони рон, хеле кам шудани миқдори пайдошавии ТВА-и дисталиро қайд кардаанд ( $p=0,043$ ). Дар ҳарду гурӯҳ гипокоагулятсияи назаррас ҷой дошт, миқдори ҳолатҳои тромбоситопения дар байни гурӯҳҳо пас аз ду ҳафтаи табобат фарқ намеркард. Муаллифон ба ҳулосае омаданд, ки комбинатсияи гирудини табиӣ бо ГПМ назар ба алоҳида таъйин кардани ГПМ самараноктар аст, аз ҷиҳати бехатарӣ ва хатари пайдо шудани хунравӣ ва оқибатҳои марговар фарқ намекунанд [49].



Kingdon LK et al (2019) хангоми баҳогузори мукоисавии самаранокии ривароксабан ва эноксапарин дар профилактикаи ВТЭО дар байни гурӯҳҳо фарқияти назаррасро ошкор накард (1,3% дар гурӯҳи ривароксабан ва 1,3% дар гурӯҳи эноксапарин;  $p=1,0$ ). Хангоми таҳлили алоҳида низ аз ҷиҳати басомади пайдошавии ҳам ТВА ва ҳам (0,9% дар гурӯҳи ривароксабан ва 1,1% дар гурӯҳи эноксапарин) ва ҳам дар ТЭЛА (0,6% дар гурӯҳи ривароксабан ва 0,2% дар гурӯҳи эноксапарин;  $p>0,05$ ) фарқият ба мушоҳида нарасид. Аммо муаллифон муайян карданд, ки давомнокии бистарикунонӣ ва фавтият дар гурӯҳи эноксапарин дар мукоиса аз ривароксабан хеле зиёд буд (мутаносибан 1,0% дар муқобили 0%;  $p<0,001$ ) [50].

Тибқи маълумоти Zhang C et al (2018), хангоми баҳогузорӣ ба самаранокии ривароксабан (200 бемор; синну соли миёна  $70,20\pm 9,16$  сол) бо адропарин (199 бемор; синну соли миёна *средний возраст*  $69,90\pm 8,87$  сол) барои бартараф намудани ТВА дар бемороне, ки артропластикаи ронро аз сар гузаронидаанд, ба мушоҳида расид, ки ТВА ба ҳисоби миёна дар шабонарӯзи 12 –уми пас аз ҷарроҳӣ дар гурӯҳи ривароксабан ба амал омад, ҳол он ки дар гурӯҳи надропарин вай ба ҳисоби миёна дар шабонарӯзи 5-ум ба амал омад ( $p<0,001$ ). Ҳамчунин муаллифон таъкид карданд, ки басомади ТВА дар ду ҳафтаи муоина дар гурӯҳи надропарин назар ба ривароксабан (мутаносибан 19,7% ва 6,8%;,  $p<0,001$ ) аст. Хулоса бароварда шуд, ки ривароксабан бо хеле кам шудани миқдори пайдошавии ТВА назар ба надропарин вобаста аст [52].

Мувофиқи маълумотҳои Barrera LM et al (2013), профилактикаи фармакологӣ назар ба усулҳои механикӣ барои кам кардани хатари ТВА хеле самаранок буд (ОШ 0,48; 95% ДИ: 0,25-0,95). Дар навбати худ, хангоми истифода намудани ГПМ хатари пайдошавии ТВА дар мукоиса аз ГНФ хеле кам аст (ОШ 0,68; 95% ДИ: 0,50-0,94). Дар баробари ин, муаллифон ибраз медоранд, ки баргузори тромبوпротектикаи механикӣ ва ё фармакологӣ ба камшавии фавт ё

ТЭШШ таъсири назаррас боқӣ нагузошт [45].

Pan Y et al (2019) басомади пайдошавии ТЭШШ-ро вобаста аз сатҳи протсесси тромбозӣ дар соқ таҳлил намуда, муайян карданд, ки вай таъсири назаррас надошт. Мувофиқи маълумотҳои муаллифон, эмболияи шушҳо хангоми тромбози варидҳо поён ва боло аз зону дар 2,08% (24 аз 1154 бемор) ва 3,17% (29 аз 916 осебдида) –и муоинаҳо мутаносибан фарқияти назаррас надоштанд ( $p<0,05$ ) [53].

Пажӯҳишҳои сершумор тасдиқ мекунанд, ки тромбопротектикаи фармакологӣ бояд ҳатман ба тари инфиродӣ гузаронида шавад, бо назардошти ҳама имконпазирҳои омилҳои хатар, ҳамчунин ҳаҷм ва вазнинии садама, дараҷаи шок ва талафи хун, ҳамчунин миқёси ҷарроҳии ба нақша гирифташуда [1-4, 46-50]. Исботи ин натиҷаҳои ба наздикӣ гузаронидаи шарҳи систематикӣ Pandor A et al (2019) мебошад, дар ин ҷо муаллифон самаранокии клиникӣ тромбопротектикаи фармакологиро дар шахсони дорои имобилизатсияи андомҳои поёнӣ ва дақиқии шубҳаноки пешгӯйикунии дар айни замон мавҷудбудаи шкалаҳои гуногуни баҳодиҳии пайдошавии ОВТЭ-ро таъкид кардаанд [54]. Новобаста аз баргузори чорабинҳои профилактикӣ механикӣ ва ҳам фармакологӣ пурра аз байн бурдани хатари пайдошавии ОВТЭ то имрӯз муяссар нагаштааст. Ин зарурати боз ҳам тамиқтар омӯхта ни патогенези бемориҳои травматикӣ, коркарди усулҳои нава ва такмилёфтаи ташхис ва табобати ОВТЭ-ро дар осебдидагони дорои шикастагиҳои устухонҳои дарози андомҳо-ро тақозо мекунанд.

**Хулоса.** Таҳлили маълумотҳои адабиёт нишон медиҳанд, ки ба баргузори васеи чорабинҳои профилактикӣ нигоҳ накарда, ОВТЭ дар осебдидагони дорои шикастагиҳои устухонҳои дарози андомҳо дида мешавад. Дар ташхиси протсесси тромбоз нақши муҳимро усулҳои лабораторӣ ва шуоии таҳқиқот ишғол мекунанд, ки дараҷаи гуногуни ҳасосият ва маҳсусият доранд. Аммо то имрӯз ягонтои он дақиқияти мутлақи ташхисӣ надоранд. Яқҷоя истифода карда-



ни тромбoproфилактикаи механикӣ ва доруй хатари пайдошавии ОВТЭ-ро хеле кам мекунад, ҳамчунин давомнокии истифодаи онҳо баҳснок боқӣ мемонад ва муаллифони гуногун равишҳои гуногуни профилактика ва табобатро пешниҳод мекунанд. Разными авторами предлагаются различные подходы к профилактике и лечению.

#### Адабиёт

1. Liew NC, Alemany GV, Angchaisuksiri P, Bang SM, Choi G, DE Silva DA, et al. Asian venous thromboembolism guidelines: updated recommendations for the prevention of venous thromboembolism. *Int Angiol.* 2017;36(1):1-20. Available from: <https://doi.org/10.23736/S0392-9590.16.03765-2>
2. Schъnemann HJ, Cushman M, Burnett AE, Kahn SR, Beyer-Westendorf J, Spencer FA, et al. American Society of Hematology 2018 guidelines for management of venous thromboembolism: prophylaxis for hospitalized and nonhospitalized medical patients. *Blood Adv.* 2018;2(22):3198-225. Available from: <http://doi.org/10.1182/bloodadvances.2018022954>
3. Бокерия ЛА, Затевахин ИИ, Кириенко АИ, Андрияшкин АВ, Андрияшкин ВВ, Арутюнов ГП, и др. Российские клинические рекомендации по диагностике, лечению и профилактике венозных тромбозов и тромбоэмболических осложнений. *Флебология.* 2015;9(4-2):1-52.
4. Konstantinides SV, Meyer G, Becattini C, Bueno H, Geersing GJ, Harjola VP, et al. 2019 ESC Guidelines for the diagnosis and management of acute pulmonary embolism developed in collaboration with the European Respiratory Society (ERS). *Eur Heart J.* 2020;41(4):543-603. Available from: <http://doi.org/10.1093/eurheartj/ehz405>
5. Садриев ОН, Ахмаджонов ЗС. Сочетанные костно-сосудистые повреждения нижних конечностей. *Наука молодых.* 2015;1:67-73.
6. Султанов ДД, Усманов НУ, Курбанов УА, Баратов АК, Курбанов НР. Хирургическая тактика при травматических повреждениях артерий голени. *Ангиология и сосудистая хирургия.* 2003;9(2):111-7.
7. Zhang BF, Wei X, Huang H, Wang PF, Liu P, Qu SW, et al. Deep vein thrombosis in bilateral lower extremities after hip fracture: a retrospective study of 463 patients. *Clin Interv Aging.* 2018;13:681-9. Available from: <http://doi.org/10.2147/CIA.S161191>
8. Fu YH, Liu P, Xu X, Wang PF, Shang K, Ke C, et al. Deep vein thrombosis in the lower extremities after femoral neck fracture: A retrospective observational study. *J Orthop Surg (Hong Kong).* 2020;28(1):2309499019901172. Available from: <http://doi.org/10.1177/2309499019901172>
9. Xing F, Li L, Long Y, Xiang Z. Admission prevalence of deep vein thrombosis in elderly Chinese patients with hip fracture and a new predictor based on risk factors for thrombosis screening. *BMC Musculoskelet Disord.* 2018;19(1):444. Available from: <http://doi.org/10.1186/s12891-018-2371-5>
10. Bengoa F, Vicencio G, Schweitzer D, Lira MJ, Zamora T, Klaber I. High prevalence of deep vein thrombosis in elderly hip fracture patients with delayed hospital admission. *Eur J Trauma Emerg Surg.* 2020;46(4):913-7. Available from: <http://doi.org/10.1007/s00068-018-1059-8>
11. Wang P, Kandemir U, Zhang B, Wang B, Li J, Zhuang Y, et al. Incidence and risk factors of deep vein thrombosis in patients with pelvic and acetabular fractures. *Clin Appl Thromb Hemost.* 2019;25:1076029619845066. Available from: <http://doi.org/10.1177/1076029619845066>
12. Niikura T, Lee SY, Oe K, Koh A, Koga T, Dogaki Y, Okumachi E, Kurosaka M. Incidence of venous thromboembolism in pelvic and acetabular fractures in the Japanese population. *J Orthop Sci.* 2012;17(3):233-8. Available from: <http://doi.org/10.1007/s00776-012-0203-2>
13. Moed BR, Miller JR, Tabaie SA. Sequential duplex ultrasound screening for proximal deep venous thrombosis in asymptomatic patients with acetabular and pelvic fractures treated operatively. *J Trauma Acute Care Surg.* 2012;72(2):443-7. Available from: <http://doi.org/10.1097/TA.0b013e318241090d>



14. Kim JW, Oh CW, Oh JK, Baek SG, Lee BJ, Hong HP, Min WK. The incidence and the risk factors of venous thromboembolism in Korean patients with pelvic or acetabular fractures. *J Orthop Sci.* 2014;19(3):471-7. Available from: <http://doi.org/10.1007/s00776-014-0553-z>
15. Luksameearunothai K, Sa-Ngasoongsong P, Kulachote N, Thamyongkit S, Fuangfa P, Chanplakorn P, et al. Usefulness of clinical predictors for preoperative screening of deep vein thrombosis in hip fractures. *BMC Musculoskelet Disord.* 2017;18(1):208. Available from: <http://doi.org/10.1186/s12891-017-1582-5>
16. Park SJ, Kim CK, Park YS, Moon YW, Lim SJ, Kim SM. Incidence and factors predicting venous thromboembolism after surgical treatment of fractures below the hip. *J Orthop Trauma.* 2015;29(10):e349-54. Available from: <http://doi.org/10.1097/BOT.0000000000000336>
17. MacDonald DRW, Neilly D, Schneider PS, Bzovsky S, Sprague S, Axelrod D, et al. Venous thromboembolism in hip fracture patients: A subanalysis of the FAITH and HEALTH Trials. *J Orthop Trauma.* 2020;34:S70-S75. Available from: <http://doi.org/10.1097/BOT.0000000000001939>
18. Lowe JA, Mitchell SM, Agarwal S, Jones CB. The incidence of venous thromboembolism following pelvic and lower extremity trauma despite adherence to modern prophylactic protocols. *J Orthop Trauma.* 2020;34(8):418-21. Available from: <http://doi.org/10.1097/BOT.0000000000001790>
19. Xia ZN, Xiao K, Zhu W, Feng B, Zhang BZ, Lin J, et al. Risk assessment and management of preoperative venous thromboembolism following femoral neck fracture. *J Orthop Surg Res.* 2018;13(1):291. Available from: <http://doi.org/10.1186/s13018-018-0998-4>
20. Niikura T, Lee SY, Oe K, Koh A, Koga T, Dogaki Y, Okumachi E, Kurosaka M. Venous thromboembolism in Japanese patients with fractures of the pelvis and/or lower extremities using physical prophylaxis alone. *J Orthop Surg (Hong Kong).* 2012;20(2):196-200. Available from: <http://doi.org/10.1177/230949901202000212>
21. Van Gent JM, Zander AL, Olson EJ, Shackford SR, Dunne CE, Sise CB, et al. Pulmonary embolism without deep venous thrombosis: De novo or missed deep venous thrombosis? *J Trauma Acute Care Surg.* 2014;76(5):1270-4. Available from: <http://doi.org/10.1097/TA.0000000000000233>
22. Aziz HA, Hileman BM, Chance EA. No correlation between lower extremity deep vein thrombosis and pulmonary embolism proportions in trauma: A systematic literature review. *Eur J Trauma Emerg Surg.* 2018;44(6):843-50. Available from: <http://doi.org/10.1007/s00068-018-1043-3>
23. Wang Z, Xiao J, Zhang Z, Qiu X, Chen Y. Chronic kidney disease can increase the risk of preoperative deep vein thrombosis in middle-aged and elderly patients with hip fractures. *Clin Interv Aging.* 2018;13:1669-74. Available from: <http://doi.org/10.2147/CIA.S174691>
24. Kapoor CS, Mehta AK, Patel K, Golwala PP. Prevalence of deep vein thrombosis in patients with lower limb trauma. *J Clin Orthop Trauma.* 2016;7(Suppl 2):220-4. Available from: <http://doi.org/10.1016/j.jcot.2016.07.003>
25. Khan MA, Pal S, Chinoy MA, Ahmed SK. The frequency of deep vein thrombosis in patients with hip fractures. *J Pak Med Assoc.* 2019;69(Suppl 1)(1):S21-S24.
26. Whiting PS, Jahangir AA. Thromboembolic disease after orthopedic trauma. *Orthop Clin North Am.* 2016;47(2):335-44. Available from: <http://doi.org/10.1016/j.ocl.2015.09.002>
27. Magetsari R, Dewo P, Nugroho AS, Lanodiyu Z. Deep vein thrombosis in elderly patients following surgery for fracture of the proximal femur. *Malays Orthop J.* 2014;8(3):7-10. Available from: <http://doi.org/10.5704/MOJ.1411.002>
28. Guay J, Parker MJ, Gajendragadkar PR, Kopp S. Anaesthesia for hip fracture surgery in adults. *Cochrane Database Syst Rev.* 2016;2(2):CD000521. Available from: <http://doi.org/10.1002/14651858.CD000521.pub3>
29. Chen DX, Yang L, Ding L, Li SY, Qi YN, Li Q. Perioperative outcomes in geriatric patients undergoing hip fracture surgery with different anesthesia techniques: A systematic review and

- meta-analysis. *Medicine (Baltimore)*. 2019;98(49):e18220. Available from: <http://doi.org/10.1097/MD.00000000000018220>
30. O'Donnell CM, McLoughlin L, Patterson CC, Clarke M, McCourt KC, McBrien ME, et al. Perioperative outcomes in the context of mode of anaesthesia for patients undergoing hip fracture surgery: systematic review and meta-analysis. *Br J Anaesth*. 2018;120(1):37-50. Available from: <http://doi.org/10.1016/j.bja.2017.09.002>
31. Desai V, Chan PH, Prentice HA, Zohman GL, Diekmann GR, Maletis GB, et al. Is anesthesia technique associated with a higher risk of mortality or complications within 90 days of surgery for geriatric patients with hip fractures? *Clin Orthop Relat Res*. 2018;476(6):1178-88. Available from: <http://doi.org/10.1007/s11999-0000000000000147>
32. Tung YC, Hsu YH, Chang GM. The effect of anesthetic type on outcomes of hip fracture surgery: A nationwide population-based study. *Medicine (Baltimore)*. 2016;95(14):e3296. Available from: <http://doi.org/10.1097/MD.00000000000003296>
33. Гаибов АД, Садриев ОН, Джуракулов ЭС, Султанов ДД. Важнейшие аспекты диагностики и лечения острого варикотромбофлебита. *Вестник Авиценны*. 2016;3:95-103.
34. Hickey BA, Watson U, Cleves A, Alikhan R, Pugh N, Nokes L, Perera A. Does thromboprophylaxis reduce symptomatic venous thromboembolism in patients with below knee cast treatment for foot and ankle trauma? A systematic review and meta-analysis. *Foot Ankle Surg*. 2018;24(1):19-27. Available from: <http://doi.org/10.1016/j.fas.2016.06.005>
35. Гаибов АД, Садриев ОН, Калмыков ЕЛ, Султанов ДД, Камолов РС. Острый илеофemorальный венозный тромбоз. *Кардиология и сердечно-сосудистая хирургия*. 2016;9(5):63-8. Available from: <http://doi.org/10.17116/kardio20169563-68>
36. Michiels JJ, Moosdorff W, Maasland H, Michiels JM, Lao MU, Neumann HA, et al. Duplex ultrasound, clinical score, thrombotic risk, and D-dimer testing for evidence based diagnosis and management of deep vein thrombosis and alternative diagnoses in the primary care setting and outpatient ward. *Int Angiol*. 2014;33(1):1-19.
37. Lippi G, Cervellin G, Franchini M, Favalaro EJ. Biochemical markers for the diagnosis of venous thromboembolism: The past, present and future. *J Thromb Thrombolysis*. 2010;30(4):459-71. Available from: <http://doi.org/10.1007/s11239-010-0460-x>
38. Zhang W, Huai Y, Wang W, Xue K, Chen L, Chen C, Qian A. A retrospective cohort study on the risk factors of deep vein thrombosis (DVT) for patients with traumatic fracture at Honghui Hospital. *BMJ Open*. 2019;9(3):e024247. Available from: <http://doi.org/10.1136/bmjopen-2018-024247>
39. Niikura T, Sakai Y, Lee SY, Iwakura T, Nishida K, Kuroda R, Kurosaka M. D-dimer levels to screen for venous thromboembolism in patients with fractures caused by high-energy injuries. *J Orthop Sci*. 2015;20(4):682-8. Available from: <http://doi.org/10.1007/s00776-015-0711-y>
40. Bakhshi H, Alavi-Moghaddam M, Wu KC, Imami M, Banasiri M. D-dimer as an applicable test for detection of posttraumatic deep vein thrombosis in lower limb fracture. *Am J Orthop (Belle Mead NJ)*. 2012;41(6):E78-80.
41. Huang W, Xu LY, Shao SY, Yao L, Wang TB. Impact of hip fracture on coagulation function in elderly patients. *Beijing Da Xue Xue Bao Yi Xue Ban*. 2013;45(5):742-4.
42. Yang Y, Zan P, Gong J, Cai M. D-dimer as a screening marker for venous thromboembolism after surgery among patients younger than 50 with lower limb fractures. *Clin Appl Thromb Hemost*. 2017;23(1):78-83. Available from: <http://doi.org/10.1177/1076029615588784>
43. Lin C, Chen Y, Chen B, Zheng K, Luo X, Lin F. D-dimer combined with fibrinogen predicts the risk of venous thrombosis in fracture patients. *Emerg Med Int*. 2020;2020:1930405. Available from: <http://doi.org/10.1155/2020/1930405>
44. Liu C, Song Y, Zhao J, Xu Q, Liu N, Zhao L, et al. Elevated D-dimer and fibrinogen levels in serum of preoperative bone fracture patients. *Springerplus*. 2016;5:161. Available from: <http://doi.org/10.1186/s13052-016-0161-1>



[doi.org/10.1186/s40064-016-1817-1](https://doi.org/10.1186/s40064-016-1817-1)

45. Barrera LM, Perel P, Ker K, Cirocchi R, Farinella E, Morales Uribe CH. Thromboprophylaxis for trauma patients. *Cochrane Database Syst Rev.* 2013;(3):CD008303. Available from: <http://doi.org/10.1002/14651858.CD008303.pub2>
46. Brill JB, Calvo RY, Wallace JD, Lewis PR, Bansal V, Sise MJ, et al. Aspirin as added prophylaxis for deep vein thrombosis in trauma: A retrospective case-control study. *J Trauma Acute Care Surg.* 2016;80(4):625-30. Available from: <http://doi.org/10.1097/TA.0000000000000977>
47. Холов СК, Рахматуллаев Р, Гулмурадов ТГ, Авгонов УМ, Камолов АН. Особенности диагностики и лечения острых венозных тромбозов нижних конечностей. *Здравоохранение Таджикистана.* 2017;4:51-8.
48. Bethea A, Adams E, Lucente FC, Samanta D, Chumbe JT. Improving pharmacologic prevention of VTE in trauma: IMPACT-IT QI Project. *Am Surg.* 2018;84(6):1097-104.
49. Zhang Z, Li Z, Li J, Liu L. Effects of natural Hirudin and low molecular weight Heparin in preventing deep venous thrombosis in aged patients with intertrochanteric fracture. *Sci Rep.* 2018;8(1):8847. Available from: <http://doi.org/10.1038/s41598-018-27243-1>
50. Kingdon LK, Miller EM, Savage SA. The utility of Rivaroxaban as primary venous thromboprophylaxis in an adult trauma population. *J Surg Res.* 2019;244:509-15. Available from: <http://doi.org/10.1016/j.jss.2019.06.079>
51. Bruntink MM, Groutars YME, Schipper IB, Breederveld RS, Tuinebreijer WE, Derksen RJ; PROTECT study group. Nadroparin or fondaparinux versus no thromboprophylaxis in patients immobilised in a below-knee plaster cast (PROTECT): A randomised controlled trial. *Injury.* 2017;48(4):936-40. Available from: <http://doi.org/10.1016/j.injury.2017.02.018>
52. Zhang C, Xu B, Liang G, Zeng X, Yang C, Zhang F, et al. Rivaroxaban versus nadroparin for preventing deep venous thrombosis after total hip arthroplasty following femoral neck fractures: A retrospective comparative study. *J Int Med Res.* 2018;46(5):1936-46. Available from: <http://doi.org/10.1177/0300060518762281>
53. Pan Y, Mei J, Wang L, Shao M, Zhang J, Wu H, et al. Investigation of the incidence of perioperative pulmonary embolism in patients with below-knee deep vein thrombosis after lower extremity fracture and evaluation of retrievable inferior vena cava filter deployment in these patients. *Ann Vasc Surg.* 2019;60:45-51. Available from: <http://doi.org/10.1016/j.avsg.2019.02.027>
54. Pandor A, Horner D, Davis S, Goodacre S, Stevens JW, Clowes M, et al. Different strategies for pharmacological thromboprophylaxis for lower-limb immobilisation after injury: Systematic review and economic evaluation. *Health Technol Assess.* 2019;23(63):1-190. Available from: <http://doi.org/10.3310/hta23630>

## ВАЖНЕЙШИЕ АСПЕКТЫ ДИАГНОСТИКИ И ПРОФИЛАКТИКИ ВЕНОЗНЫХ ТРОМБОЭМБОЛИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ ПЕРЕЛОМАХ ДЛИННЫХ КОСТЕЙ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

Махмудов Д.Ш.

Кафедра травматология, ортопедия и военно-полевая хирургия, Таджикский государственный медицинский университет им. Абуали ибни Сино».

Проведён обзор литературы, касающийся важнейшим аспектам диагностики и профилактики венозных тромбоэмболических осложнений (ВТЭО) при переломах длинных костей нижних конечностей (ПДКНК). Литературные данные показывают, что, несмотря на широкое проведение профилак-

тических мероприятий при ПДКНК, полностью избежать ВТЭО не всегда представляется возможным. В диагностике тромботического процесса существенную роль играют лабораторные и лучевые методы исследования, ни один из которых не обладает абсолютной диагностической точностью.



Комплексная тромбопрофилактика значительно снижает риск развития ВТЭО, однако выбор типа и дозировки антикоагулянтов, а также продолжительности их применения остаются дискуссионными. В связи с этим, проведение научных исследований, направленных на раннюю диагностику и профилактику ВТЭО с использованием современ-

ных диагностических тестов и антикоагулянтов нового поколения, является актуальным и позволяет нивелировать риск развития летальных исходов.

**Ключевые слова:** перелом бедренной и берцовых костей, венозный тромбоз, тромбоз эмболия лёгочной артерии, диагностика, профилактика.

## KEY ASPECTS DIAGNOSIS AND PREVENTION OF VENOUS THROMBOEMBOLIC COMPLICATIONS IN FRACTURES OF THE LONG BONES OF THE LOWER EXTREMITIES

**Makhmudov D. Sh.**

Department Traumatology, Orthopedics and Military Field Surgery, Abuali ibni Sino Tajik State Medical University”.

A review of the literature on the most important aspects of the diagnosis and prevention of venous thromboembolic complications (VTE) in fractures of the long bones of the lower extremities (PDKN) was conducted. Literature data show that, despite the widespread implementation of preventive measures for PDKN, it is not always possible to completely avoid VTE. Laboratory and radiological methods of investigation play a significant role in the diagnosis of the

thrombotic process, none of which has absolute diagnostic accuracy. Complex thromboprophylaxis significantly reduces the risk of VTE, but the choice of the type and dosage of anticoagulants, as well as the duration of their use, remains controversial. In this regard, conducting scientific research aimed at early diagnosis and prevention of VTE using modern diagnostic tests and new generation anticoagulants is relevant and makes it possible to level the risk of death.

*Махмудов Д. Ш.- Унвонҷӯйи кафедраи травматологияё ортопедия ва ҷаррҳии ҳарбӣ-саҳроии МДТ “Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абуалӣ ибни Сино” Researcher ID: ABD-4323-2020 ORCID ID: 0000-0002-7779-5732 SPIN-код: 3303-0157 Author ID: 1089344E-mail: [mdavrondzhon@bk.ru](mailto:mdavrondzhon@bk.ru)*

*Махмудов Д. Ш.- соискатель кафедры травматологии, ортопедии и военно-полевой хирургии, Таджикский государственный медицинский университет им. Абуали ибни Сино, Researcher ID: ABD-4323-2020 ORCID ID: 0000-0002-7779-5732 SPIN-код: 3303-0157 Author ID: 1089344E-mail: [mdavrondzhon@bk.ru](mailto:mdavrondzhon@bk.ru)*

*Makhmudov D. Sh.- Candidate of the Department of Traumatology, Orthopedics and Military Field Surgery, Abuali Tajik State Medical University ibni Sino, Researcher ID: ABD-4323-2020 ORCID ID: 0000-0002-7779-5732 SPIN-code: 3303-0157 Author ID: 1089344E-mail: [mdavrondzhon@bk.ru](mailto:mdavrondzhon@bk.ru)*

## САҲМИ ОЛИМОНИ ТОҶИК ДАР ҲАЛЛИ МУШКИЛОТИ ТАШХИС ВА ТАБОБАТИ САРАТОНИ ПЎСТ

**Зикирёхоҷаев Д.З., Сайфутдинова М.Б., Юлдошев Р.З.**

Кафедраи онкология, ташхиси шуой ва муолиҷаи шуоии МДТ «ДДТТ ба номи Абуалӣ ибни Сино»

Саратони пӯст ба мавқеъгирии берунии омосҳои бадзот мансуб буда, дар байни аҳолии ҷумҳуриҳои Осиёи Марказӣ васеъ

пахн шудааст. Тоҷикистон истисно нест. Солҳои 60-80-уми асри гузашта нишондиҳандаҳои гирифторшавӣ ба саратони пӯст



дар Ҷумҳурии Тоҷикистон зиёд буда, дар маркази таваҷҷуҳи саратоншиносони ҷумҳурӣ қарор дошт. Беморӣ дар байни омосҳои бадзот ҷои аввалро ишғол кард.

Соли 1970 Пинхасов Д.М. рисолаи номзадиашро барои дарёфти унвони илмии номзади илмҳои тиб дар мавзуи “Ҷарроҳии ибтидоии пластикии пӯст ҳангоми саратони пӯст” дифоъ кардааст. Интихоби ин самти кори илмӣ ба он вобаста буд, ки шумораи зиёди беморони гирифтори саратони пӯст дар марҳилаҳои пешрафта дар Тоҷикистон ба гузаронидани амалиёти шумораи зиёди ҷарроҳӣ ниёз доштанд. Зарурати таъҷилан қор карда баромадани усулҳои барҳам додани нуқсонҳои калон баъди бартараф кардани варамҳои пӯст ба миён омад. Дар он вақт андешаи нотавон будани истифодаи мудохилаҳои онкопластикӣ барои саратони пӯст аз сабаби хатари пайдоиши такроршавӣ ва решадавонӣ пас аз табобат ба миён омада буд.

Ҷарроҳии пластикии ибтидоии пӯст ҳангоми саратони пӯст дар зиёда аз 100 бемор, ки натиҷаҳои хуби дарозмуддат дод, дар амалияи бисёр клиникаҳои саратоншиносии собиқ ИҚШС бомуваффақият ҷорӣ карда шуданд.

Бо дарназардошти хусусиятҳои ҷараёни клиникии саратони пӯст, ки аз захмҳо ба вучуд омадаанд, дотсенти кафедраи онкологияи Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абуалӣ ибни Сино Ятсенко К.Д. (1975) равишҳои методологии табобати ин намудҳои патологияро коркард намудааст. Ӯ ҳамчун ҷарроҳ-саратоншиноси баландихтисос ин гурӯҳи беморонро, бо дарназардошти хусусиятҳои фарқкунандаи морфологии саратони пӯст, ки аз захмҳо ба вучуд омадаанд, ба контингенти махсуси одамоне ворид кард, ки ба муносибатҳои дигари методологӣ эҳтиёҷ доранд. Дар асоси натиҷаҳои бадастовардашуда рисолаи номзадиашро ҳимоя намуд, ки он аз тарафи саратоншиносон эътирофи васеъ карда шуд.

Пас аз 40 сол (соли 2016) Орипов Б.М. дар тадқиқоти худ дар мавзуи «Саратони пӯст, ки аз захмҳо ба вучуд омадааст» боз ин

масъаларо ба миён гузошт. Рушди технологияи тиббӣ, пайдоиши равишҳои прогрессивии табобати саратони пӯст водор намуданд, ки масъала аз нуқтаи назари нав бади баромада шавад. Вай дар бораи инкишофи саратони пӯст аз захмҳои андешаҳои навро ба миён гузошта, натиҷаҳои дигари боварибахши табобати якҷоя ва комплексиро, сарфи назар аз давраи беморӣ, пешниҳод намуд. Ба шарофати тадқиқоти гузаронидашудаи усули ташхис ва табобати саратони пӯст дар захми сӯхтаи сандалӣ «Патент»-и Ҷумҳурии Тоҷикистон дар мавзуи «Усули табобати шуоии саратони пӯст, ки дар захмҳои пас аз сӯختани сандалӣ пайдо шудааст» гирифта шуд.

Дар таҳияи равишҳои нави табобати саратони пӯст як қатор қорҳои илмии профессор Базаров Н.И. ҷойи намоёнро ишғол менамояд. Дар доираи рисолаҳои номзадӣ (соли 1990), докторӣ (соли 2007) то ба имрӯз дар як давраи тӯлонӣ тадқиқоти илмӣ оид ба ташхис ва табобати омосҳои минтақаи ҷоғ, рӯ ва гардан анҷом дода, дар рушди он саҳми арзанда дорад. Бояд таъкид кард, ки зиёда аз 57% омосҳои пӯст дар минтақаи сар ва гардан инкишоф меёбанд. Наздикии анатомияи узвҳои ҳаётан муҳим, хусусиятҳои функционалии минтақаи сар ва гардан интихоби усулҳои мувофиқи табобатро хеле душвор мегардонанд. Натиҷаҳои тадқиқоти бадастомадаро нашрияҳои сершумори муаллиф то имрӯз тасдиқ мекунанд.

Ба таври умум эътироф шудааст, ки саратони пӯст дар кӯдакон руҳ намедихад. Академик Л. Дурнов дар солҳои 80-90-уми асри гузашта дар давоми 40 соли охир дар Федератсияи Россия тақрибан 13 ҳолати пайдоиши саратони пӯстро дар кӯдакон исбот карда буд.

Дар ҳамин давра зиёда аз 50%-и аҳолии Ҷумҳурии Тоҷикистонро кӯдакон ва ҷавонони то 16-сола ташкил медоданд. Громов Г.Б. ба тадқиқоти илмӣ оғоз карда, дар доираи рисолаи докториаш нишон дод, ки дар Ҷумҳурии Тоҷикистон гирифтори бемории саратони пӯст аксаран дар кӯдакон мушоҳида мешавад (с.1999). Таҳлили ҳамачонибаи беш аз 60 ҳолати саратони пӯст дар





кӯдакон ба таври боварибахш нишон дод, ки беморӣ дар онҳо асосан дар пӯсти тағйирёфта инкишоф меёбад. Масалан, дар заминаи ксеродерма<sup>1</sup> ҳолати генетикии беморӣ дар кӯдакон исбот шуда, усулҳои эҳтиёткорона барои табобат бо дарназардошти хусусиятҳои ҷисми кӯдак таҳия карда шудаанд. Рисолаи докторӣ дифоъ кардааст.

Соли 2000-ум корманди кафедраи саратоншиносии ДДТТ ба номи Абуалӣ ибни Сино Нишонов Д.Қ. ҳамин мушкилотро таҳқиқ намуда, ба ҷустуҷӯи роҳҳои гузаронидани ҷарроҳии барқароркунанда ҳангоми муолиҷаи омосҳои пӯст ва бофтаҳои нарми кӯдакон шуруъ намуд. Вай муносибатҳои нави усулҳои рафъи нуқсонҳои пӯсти пас аз ҷарроҳии кӯдаконро бо дарназардошти синну соли бемор, ҷойгиршавӣ, андоза ва сохтори морфологӣ омосҳо пешниҳод кард. Дар асоси маълумоти бадастовардаи тадқиқот ӯ нишондодҳо ва муқобилиятҳоро барои амалиёти барқарорсозӣ дар синни кӯдакӣ муайян намуд.

Дар ҳалли мушкилоти саратони пӯст дар Ҷумҳурии Тоҷикистон тадқиқоти илмӣ доктори илмҳои тиб Сангинов Д.Р. ҷойи махсусро ишғол менамояд, ки ба хусусиятҳои ҷараёни клиникӣ, ташхис ва табобати саратони пӯст бахшида шудааст. Кори калони илмӣ, ки натиҷаҳои муолиҷаи зиёда аз 2000 ҳолати клиникӣ саратони пӯстро ҷамъбаст мекунад, имкон дод, ки хусусиятҳои рафти клиникӣ беморӣ арзёбӣ карда, роҳҳои мақсадноки интихоби усулҳои самараноки табобати беморӣ бо дарназардошти синну соли беморон, ҷойгиршавии омосҳо ва сохтори морфологӣ марҳилаи инкишоф нишон дода шавад.

Вариантҳои гистологӣ саратони бадзоти пӯст ва дараҷаи таъсири онҳо ба пешгӯии беморӣ бо дарназардошти хусусиятҳои минтақавӣ иқлимӣ ҷуғрофӣ муайян карда шуданд.

Натиҷаҳои бадастомада ҳамчун асос барои таҳия ва қабули Барномаи миллии мубориза бо саратон хизмат карданд. Соли 2001 рисолаи докторӣ барои дарёфти унвони доктори илмҳои тиб бомуваффақият дифоъ карда шудааст. Соли 2004 монографияи

пураҳаммияти «Саратони пӯст»-ро яқчо бо академикон Н. Трапезников ва М. Алиев нашриёти «Ирфон» нашр кард.

Соли 2004 дар доираи ҳамкориҳои илмӣ кафедраҳои саратоншиносӣ ва бемориҳои пӯст (мудирӣ кафедра, профессор Зоиров П.Т.) оид ба мушкилиҳои бемориҳои пешазсаратонии пӯст ва замимаҳои он пажӯҳиш ба роҳ монда шуд. Роҳбарии таҳқиқро аспиранти кафедраи бемориҳои пӯст Бахиров Д.М. ба уҳда дошт. Кори илмӣ ҷустуҷӯӣ ба омӯзиши механизмҳои ба саратон гузаштани бемориҳои пешазсаратонии пӯст ва муайян намудани омилҳои, ки боиси пайдоиши омосҳои шадид мегарданд, коркарди усулҳои оқилонаи табобат ва пешгирии беморон бахшида шудааст.

Роҳҳои мақсадноки ташхиси клиникӣ беморони гирифтори бемориҳои пешазсаратонӣ тавассути ташкили гурӯҳҳои хавф муайян карда шуданд. Аломатҳои барвақт, ки ба тағйирёбӣ ва шадидии омос ишора мекунанд, муқаррар карда шудаанд. Натиҷаҳои бадастомада бо ҳимояи рисолаи номзадӣ анҷом дода шудааст.

Дар ин солҳо (солҳои 2001-2011) дар доираи Барномаи миллии оид ба шаклҳои гуногуни морфологӣ саратони пӯст, ки ба назари мо, ба пешгӯии беморӣ таъсири кулӣ мерасонад, таҳқиқот оғоз гардид.

Кори номзодии доктори илмҳои тиб Ҳусейнзода З.Ҳ. (соли 2004) ба хусусиятҳои ҷараёни клиникӣ ва роҳҳои оптимизатсияи муолиҷаи ҳучайраҳои сатҳии саратони пӯсти сар ва гардан бахшида шудааст. Бори аввал баҳодихии муқоисавӣ самаранокии истифодаи усулҳои гуногуни муолиҷаи ҳучайраҳои сатҳии саратони пӯсти сар ва гардан бо дарназардошти давомнокии ремиссияи клиникӣ ва сифати зиндагии беморон дода шудааст. Зиндагии умумӣ яқсола, 3-сола ва 5-солаи беморон вобаста ба усулҳои гуногуни табобати беморон баҳо дода мешавад. Бояд таъкид кард, ки Ҳусейнзода З.Ҳ., инчунин дар ҷумҳурии аввалин шуда дар муолиҷаи варамҳои пӯст аз усули ҷарроҳии радиомавҷӣ истифода намудааст. Вай дар амалияи ҳаррӯзаи хадамоти саратоншиносӣ усули радиочарроҳии муолиҷаи



омосҳои пӯстро бо ёрии дастгоҳи «Сургетрон», ки онро ширкати ИМА «ELLMAN International Inc» истеҳсол кардааст, бомуваффақият қорӣ намудааст.

Таботати бомуваффақияти радиочарроҳии саратони пӯст асос барои истифодаи он дар беморони мавқеии дигари омосҳои шадид дар клиника махсуб меёбад. Давоми бомуваффақияти ин ғоя кори номзодии Баротов З.З. (соли 2011) мебошад, ки ба масъалаҳои оптимизатсияи ташхис ва таботати саратони дорой ҳучайраҳои базалӣ бахшида шудааст. Ба саратоншинос-чарроҳи пуртаҷриба имконият фароҳам буд, ки маводи зиёди клиникаи аз таҷрибаи худ гузаштaro оид ба мушкилоти пешбинишуда чамбоварӣ намояд. Маълумоти омории 20-25 соли охир нишон медиҳад, ки дар Ҷумҳурии Тоҷикистон аз омосҳои бадзоти пӯст 40%-ашро саратони ҳучайраҳои базалӣ ташкил медиҳанд. Дар асоси маводи муҳимми клиникӣ хусусияти канорӣ доштани ин беморӣ дар Тоҷикистон исбот карда шуд. Нишондодҳо ва муқобилиятҳо барои истифодаи усули радиочарроҳӣ ҳангоми саратони пӯсти ҳучайраи базалӣ таҳия карда шуданд. Барои таклифу пешниҳодҳои ратсионализаторӣ оид ба усулҳои муолиҷае, ки муаллиф тартиб додааст, як қатор шаҳодатномаҳои гирифта шуданд. Баротов З.З. ба табибони клиникӣ ва саратоншиносон усулҳои нави бастании бистари донорро пас аз буридани пардаи пӯсти ҷудошуда пешниҳод карданд. Пас аз буридани пардаи пӯсти ҷудошуда, бофтаи зерини пӯсти бемори бистарӣ бо корди барқӣ бурида шуд ва кунҷҳои захм бо дарзҳои кандашуда саҳт дӯхта шуданд ва ба ин васила андозаи захми пас аз чарроҳиро ба таври қобили мулоҳиза кам кард ва муҳлати будубоши беморон дар беморхона ихтисор гардид. Пешниҳоди Баротов З.З. дар амалияи ҳозираи саратоншиносӣ бомуваффақият истифода бурда мешавад.

Муҳиммияти нигоҳ доштани шаклҳо ва функсияҳои анатомӣ ва физиологӣ дар минтақаи пӯст, ки дар он даҳлати чарроҳӣ анҷом дода шудааст, аз ҳад зиёд арзёбӣ кардан душвор аст. Нигоҳ доштани маълумоти мавҷудаи анатомӣ, ақаллан қисман, дар бе-

морони гирифтори саратони пӯст тақдирӣ чарроҳони баландихтисос мебошад. Беморон ҳамеша кӯшиш мекунанд, ки маълумоти косметикиро пас аз чарроҳӣ нигоҳдоранд. Амалиёти онкопластикӣ ба таври ҷиддӣ ва идеалӣ таҷрибаи бузурги чарроҳӣ, донишмандони принсипҳои даҳлати саратоншиносӣ, азхудкунии нозуқиҳои абластикӣ ва антибластикиро талаб мекунад.

Рисолаи доктории Ҷабибуллоев Ш.З. (соли 2016) ба чарроҳии сохторӣ-барқарорсозӣ ҳангоми дар сатҳи маҳаллӣ пешрафтаи саратони сар ва гардан бахшида шудааст.

Таҷрибаи зиёди саратоншинос-чарроҳ, ки маводи зиёди клиникиро дастрасӣ дорад ва давраи назарраси мушоҳидаи беморон ба ӯ имкон дод, ки бори аввал таснифоти нуқсонҳои бофтаро пас аз амалиёти омехта таҳия кунад. Вобаста ба ҷойгиршавӣ ва намуди нуқсонии захм навҳои гуногуни плаستيкуи одӣ ва омехта бо истифода аз пораҳои мураккаби пӯстӣ-равғанӣ ва пӯстӣ-мушакии артериалишудаи педикалӣ пешниҳод карда мешаванд.

Усулҳои нисбатан қобили қабули гузаронидани амалиёти бозсозӣ ва барқарорсозӣ мушаххасан барои ҳар як бемор муайян карда шуданд. Усули муайян кардани мувофиқати функционалӣ ва эстетикӣ мутобиқати натиҷаҳои чарроҳии пластикӣ дар давраҳои пайгирии наздик ва дарозмуддат пешниҳод шудааст.

Дар тӯли даҳсолаҳо, дар адабиёт дар бораи пайдоиши омосҳои пӯст аз бофтаи захм баҳс идома дорад. Бо вучуди ин, хусусиятҳои ташаккул ва механизмҳои патологияи онҳо пурра омӯхта нашудааст. Мушкилоти пайдоиши омосҳо дар пӯсти аз ҷиҳати патологӣ тағйирёфта ба пуррагӣ ҳал нагардадааст.

Тадқиқоти асосии д.и.т. Муҳаммадиева К.М. (соли 2012) дар мавзӯи «Пешгири ва таботати захмҳои пӯст дар минтақаҳои гуногуни иқлимӣ ва ҷуғрофӣ Тоҷикистон» ба бисёр масъалаҳои ҳалношудаи соҳаи пӯст, бахусус саратоншиносии пӯст ҷавоб доданд. Саратоншиносон аз ҳолатҳои пайдоиш ва рушди саратони пӯст дар натиҷаи инкишофи захмҳои таботатнашудаи паса-

зчарроҳӣ огоҳ мебошанд. Вай диққати асо- сии мутахассисонро ба интихоби усулҳои сарфакоронаи мудохила ба марҳилаи пеша- зчарроҳӣ бо дарназардошти тамоми хусу- сиятҳои организми бемор равона намуд. Табобати захмҳои келоидҳои пасазчарроҳӣ бо истифода аз муолиҷаи иммуномодуля- торӣ, кислотаи гликолӣ, ки ба кам кардани ҳаҷм ва хусусияти ҷароҳатҳо нигаронида шудааст, пешниҳод карда шудааст. Бояд қайд кард, ки хусусияти мақсадноки пешги- рикунандаи тадқиқоти гузаронидашуда бар зидди табдил ва бадшавии ҷароҳатҳои пӯст ба омоси бадсифат гузаронида шуданд.

Тадқиқоти аз ҷониби Ҳабибулоев Ш.З. гузаронидашуда нисбатан муосиртар буда, мушкилоти мураккаби саратоншиносии

клиникии минтақаи сару гарданро ҳал ме- кунад.

Маълумоти дар боло овардашударо ҷамъбаст намуда, бояд нақши махсус ва бе- баҳои устои мо, профессор Б.П. Аҳмадов- ро дар ҳалли ин масъалаҳо махсус зикр на- мудан ба маврид аст. Он кас идеологи ҳамаи тадқиқотҳои илмии номбаршуда мебошанд. Он кас шахсан солҳои зиёд ҷарроҳҳои му- раккабро дар беморони гирифтори сарато- ни пӯст анҷом дода, дар ҷарроҳии пласти- кии пӯсти амалияи саратоншиносии ҷумҳ- урӣ асос гузоштанд.

Аз ҷониби олимони тоҷик оид ба ҳалли мушкилоти саратони пӯст 5 рисолаи док- торӣ ва 8 рисолаи номзадӣ анҷом дода шу- дааст.

**Ҷадвал. Тадқиқоти илмии олимони Тоҷикистон, ки ба мушкилоти ташҳис ва табобати саратони пӯст бахшида шудааст(Footnotes)**

Насаб, ном ва номи падар	Номи корҳои диссертсионӣ	Дарёфти дараҷаи илмӣ	Соли химоя
Пинхасов Давид Моисеевич	Ҷарроҳии аввалияи пластикии пӯст хангоми саратони пӯст	Номзади илмҳои тиб (Боку)	1970
Ятсенко Константин Денисович	Саратони пӯст аз ҷароҳатҳо	Номзади илмҳои тиб (Москва)	1975
Базаров Негмат Исмаилович	Ташҳис ва арзёбии самаранокии омоси минтақаи чоғу рӯй	Номзади илмҳои тиб (Киев)	1990
Базаров Негмат Исмаилович	Клиника, ташҳис ва оптимизатсияи муолиҷаи омосҳои минтақаи чоғу рӯй ва гардан	Доктори илмҳои тиб (Душанбе)	1997
Громов Геннадий Борисович	Саратони пӯст дар кӯдакон (клиника, ташҳис, муолиҷа)	Доктори илмҳои тиб (Москва)	1999
Нишонов Дилмурод Кузйбаевич	Имкониятҳои ҷарроҳии барқарорсозӣ хангоми муолиҷаи омосҳои пӯст ва бофтаҳои нарм дар кӯдакон	Номзади илмҳои тиб (Душанбе)	2000
Сангинов Ҷумабой Раҳматович	Хусусиятҳои рафти клиникӣ, ташҳис ва муолиҷаи саратони пӯст дар Тоҷикистон	Доктори илмҳои тиб (Душанбе)	2001
Баҳиров Диловар Назирҷонович	Бемориҳои пӯсти пешазса-ратонӣ (рафти клиникӣ, басомади пайдоиш, масъалаҳои муолиҷа)	Номзади илмҳои тиб (Душанбе)	2004
Хусейнов Зафарҷон Ҳабибуллоевич	Хусусиятҳои ҷараёни клиникӣ ва роҳҳои оптимизатсияи муолиҷаи ҳуҷайраҳои сатҳии саратони пӯсти сар ва гардан	Номзади илмҳои тиб (Душанбе)	2004
Баротов Заробуддин Зайнуддинович	Хусусиятҳои ҷараёни клиникӣ ва роҳҳои оптимизатсияи муолиҷаи саратони ҳуҷайраҳои базалии пӯсти сар ва гардан	Номзади илмҳои тиб (Душанбе)	2011
Ҳабибуллаев Шараф Зухурович	Ҷарроҳии сохторӣ-барқа-рорсозӣ хангоми дар сатҳи маҳаллӣ пешрафтаи саратони сар ва гардан	Доктори илмҳои тиб (Ростови лаби Дон)	2016
Мухаммадиева Кибриёҳон Мансуровна	Пешгирӣ ва табобати захмҳои пӯст дар минтақа-ҳои гуногуни иқлимӣ ва ҷуғрофӣ Тоҷикистон	Доктори илмҳои тиб (Новосибирск)	2012
Орифов Бахтиёр Мирҳакимович	Саратони пӯст, ки дар захмҳо ба вучуд омадааст	Номзади илмҳои тиб (Душанбе)	2016



Натиҷаҳои таҳқиқоти анҷомёфта на та-  
нҳо дар Тоҷикистон, балки дар клиникаҳои  
кишварҳои ИДМ татбиқ карда мешаванд.  
Дар доираи ҳамкорӣҳои Ассотсиатсияи ди-  
ректорони пажӯҳишгоҳҳои саратоншиносӣ  
ва рентгению радиологияи ИДМ ва Авру-  
сиё онҳо дар таҳияи протоколҳои муолиҷаи  
саратони пӯст истифода мешаванд. Маво-  
ди клиникӣ асоси монографияи академикҳо  
Н. Блохин, Н. Трапезников ва Алиев Д.  
«Қарроҳои пластикӣ ҳангоми омосҳои ша-  
диди пӯст» (Москва, 1979), академик Н.Н.  
Трапезников ҳамроҳи Зикирёҳочаев Д.З. ва  
Сангинов Қ.Р. «Саратони пӯст» (Душанбе,  
2004) гардиданд.

Олимони Тоҷикистон зиёда аз 260 мақо-  
лаи илмӣ chop карда, барои ихтироот, так-  
лифҳои ратсионализаторӣ патент гирифт-  
танд.

Таҳлили ҳамҷонибаи тамоми таҳқиқо-  
ти бемории саратони пӯст дар Ҷумҳурии  
Тоҷикистон нишон дод, ки ба муолиҷаи  
шуой ҳамчун чузъи асосии табобат диққа-  
ти бояду шояд дода намешавад. Нақш ва  
аҳамияти монотелегамматерапия баҳо  
дода нашудааст. Равшан аст, ки дар бораи  
нақши муолиҷаи шуой вобаста ба марҳи-  
лаҳои беморӣ тадқиқоти кофӣ вучуд надо-  
рад.

Дар тадқиқотҳои гузаронидашуда баҳо-  
диҳии умумии пешгӯии табобати якҷоя ва  
комплексии саратони пӯст оварда шудааст  
ва дар хулосаҳои корҳо аҳамияти муо-  
лиҷаи шуой мавқеи худро гум кардааст. Дар  
ин тадқиқотҳои зикргардида он ба таври  
возеҳу кофӣ вучуд надорад ё тавсифи муш-  
килот, пешгирӣ ва табобати онҳо оварда  
нашудааст. Зиндагии беморон пас аз муо-  
лиҷаи шуой, пешгӯӣ ва сифати беморон  
омӯхта нашудааст.

Айни замон, дар доираи тадқиқоти ил-  
мии Муассисаи давлатии “Маркази ҷумҳу-  
риявии илмии саратоншиносӣ” ва Муасси-  
саи давлатии таълимии “ДДТТ ба номи  
Абуалӣ ибни Сино” оид ба масъалаҳои му-  
раккаби истифодаи муолиҷаи шуой ҳанго-  
ми табобати саратони пӯст дар Ҷумҳурии  
Тоҷикистон корҳои илмӣ-тадқиқотӣ идома  
доранд.

Зиёда аз 20 мақолаи илмӣ ба таъб раси-  
да, 3 патенти Ҷумҳурии Тоҷикистон оид ба  
усулҳои табобати беморони гирифтори са-  
ратони пӯст, пешгирии мушкилиҳои пас аз  
шуоъгузаронӣ ва пешгирии онҳо гирифта  
шудааст.

Донишмандони тоҷик муборизаро бо  
саратони пӯст идома дода, дастовардҳои  
навро пешниҳод мекунанд.

#### Адабиёт

1. Васильев, А. Ю. Анализ данных лучевых методов исследования на основе принципов доказательной медицины [Текст]: учебное пособие / А. Ю. Васильев, А. Ю. Малый, Н. С. Серова. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2008. - 32 с.
2. Вожановаи тиббӣ, чилди I / тартибдиҳандагон У. Қурбон, А. Раҷабзод. – Д.: Сарредаксияи илмии Энциклопедияи миллии Тоҷик, 2014. – 808 саҳ.
3. Вожановаи тиббӣ, чилди II / тартибдиҳандагон У. Қурбон, А. Раҷабзод. – Д.: Сарредаксияи илмии Энциклопедияи миллии Тоҷик, 2014. – 808 саҳ. / тартибдиҳандагон У. Қурбон, А. Раҷабзод. – Д.: Сарредаксияи илмии Энциклопедияи миллии Тоҷик, 2014. – 816 саҳ.
4. Зикирёҳочаев, Д.З., Сайфудинова М.Б., Юлдошев Р.З. Онкология (китоби дарсӣ). Душанбе, 2021. – 416 саҳ.
5. Зикирёҳочаев, Д.З., Сайфудинова, М.Б., Юлдошев Р.З. Фарҳанги русӣ-тоҷикии истилоҳоти саратоншиносӣ, Душанбе, 2016
6. Зикирхонҷаев, Д.З., Зоиров, П.Т., Сангинов, Д.Р. Диагностика и лечение рака кожи в Таджикистане (Методические рекомендации). Душанбе, 2004. – 12 с.
7. Зикирёҳочаев, Д.З., Сайфудинова, М.Б. ва дигарон. Лечение рака шейки матки. Душанбе, 2021. – 144 с.
8. Илясова, Е. Б. Лучевая диагностика [Текст]: учебное пособие / Е. Б. Илясова, М. Л. Чехонацкая, В. Н. Приезжева. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 280 с.



9. **Обидов, Ф.Ф.** Применение Гамма-излучений в медицине/Ф.Ф.Обидов, М.Б.Сайфутдинова//Илми тиб:имкониатҳои нав. Маводи конф.илми-амалии ДДТТ ба номи Абзали ибни Сино. Ҷ.2. 27 апрели с.2018.-Душанбе,2018.-С.263
10. **Овчинников, В.А.** Методические указания к практическим занятиям по лучевой диагностике и лучевой терапии для студентов3-го курса медико-психологического факультета/В.А.Овчинников; Гродненский ГМУ;Курс лучевой диагностики и лучевой терапии.-Гродно,2015.-24с.
11. **Оптимизация доз** облучения пациентов в лучевой диагностике/С.Е.Охрименко [и др.]// Гигиена и санитария. -2019. -№ 98 (12).-С. 91-99
12. **Основы лучевой** диагностики и терапии: национальное руководство / под ред. С. К. Тернового. “ М.: ГЭОТАР-Медиа, 2012. “ 992 с.
13. **Сайфутдинова, М.Б.** Лучевое лечение рака шейки матки стадии T3NXM0 с использованием крупного фракционирования в перилд пандемии COVID-19 в Республике Таджикистан/М.Б.Сайфутдинова, Д.З.Зикирияходжаев, Н.Б.Самадова//Короновирусная инфекция в Респуб-лике Таджикистан: эпидемиология,диагностика и современные возможности лечения. Материалы научн.-практ.конф.19.12.2020.-Душанбе,2020.-С.179
14. **Сайфутдинова, М.Б.** Стадирование и мониторинг лечения больших раком шейки матки Ib стадии, используя возможности лучевой диагностики/М.Б.Сайфутдинова//Вестник АМН Таджикистана.-2016.-№3.-С.36-40
15. **Сайфутдинова, М.Б.** Фарҳанги тафсирии истилоҳоти радиологияи тиббӣ. Душанбе, 2022. – 216 с.
16. **Самадова, Н.Б.** Лучевая терапия больных с опухолями головного мозга в период пандемии в Республике Таджикистан/Н.Б.Самадова, М.Б.Сайфутдинова, Н.Н.Абиджанова// Короновирусная инфекция в Респуб-лике Таджикистан: эпидемиология, диагностика и современные возможности лечения. Материалы научн.-практ.конф.19.12.2020.-Душанбе,2020.-С.258
17. **Труфанов Г.Е.** и др. Лучевая диагностика / Под ред. Г.Е. Труфанова.-М.:ГЭОТАР-Медиа,2013.-режим доступа:
18. **Труфанов, Г. Е.** Лучевая терапия [Текст]: учебник. Т. 2. / Г. Е. Труфанов. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2007. - 192 с.
19. **Шанин, А.П.** Опухоли кожи. Их происхождение, клиника и лечение. Л.: Медгиз, 1969, с.196-207.
20. **Юлдошев, Р.З.** ва дигарон. Саратони меъда. Душанбе, 2021. – 52 сах.
21. **Юлдошев, Р.З.** ва дигарон. Саратони сурхрӯда. Душанбе, 2021. – 64 сах.

## ВКЛАД ТАДЖИКСКИХ УЧЕНЫХ В РЕШЕНИЕ ЗАДАЧ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЕ РАКА КОЖИ

**Зикирѳходжаев Д.З., Сайфутдинова М.Б., Юлдошев Р.З.**

Кафедра онкологии, лучевой диагностики и лучевой терапии Государственного учреждения «ТГМУ им. Абу Али ибн Сино»

Статья посвящена вкладу таджикских ученых в решение проблем диагностики и лечения рака кожи. В нем всестороннему анализу подверглись 5 докторских и 8 кандидатских диссертаций таджикских ученых, посвященных различным вопросам рака

кожи, а результаты их научных работ широко используются в практике лечения рака кожи.

**Ключевые слова:** рак кожи, диагностика и лечение, злокачественный опухоль, рак кожи развившихся из рубцов.



## THE CONTRIBUTION OF TAJIK SCIENTISTS TO SOLVING PROBLEMS OF DIAGNOSTICS AND SKIN CANCER TREATMENT

**Zikirekhodzhaev D.Z., Saifutdinova M.B., Yuldoshev R.Z.**

Department of Oncology, Radiation Diagnostics and Radiation Therapy of the State Institution "TSMU named after Abu Ali ibn Sino"

The article is devoted to the contribution of Tajik scientists to solving the problems of diagnosis and treatment of skin cancer. It comprehensively analyzed 5 doctoral and 8 Ph.D. theses of Tajik scientists on various issues

of skin cancer, and the results of their scientific work are widely used in the practice of treating skin cancer.

**Key words:** skin cancer, diagnosis and treatment, malignant tumor, skin cancer developed from scars.

**Сайфутдинова М.Б.**- номзади илми тиб, ассистенти кафедраи онкология, таъхис ва муолиҷаи шӯиш МДТ «ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино»; E-mail:detochka1984@bk.ru, тел. 918-66-52-61

**Сайфутдинова М.Б.** - к.м.н., ассистент кафедраи онкологии,лучевой диагностики и терапии ГОУ «ТГМУ им. Абӯалӣ ибни Сино»; E-mail:detochka1984@bk.ru, тел. 918-66-52-61

**M.B.Saifutdinova.**- Candidate of Medical Sciences, Department of Oncology, Radiation Diagnostics and Therapy ATSMU.

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

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

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

**Зикирҷоҳаев Д.З.**- д.и.т., профессори кафедраи онкология, таъхис ва муолиҷаи шӯиш МДТ «ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино».

**Зикирҷоҳаев Д.З.** –д.м.н., профессор кафедраи онкологии,лучевой диагностики и терапии ГОУ «ТГМУ им. Абӯалӣ ибни Сино»;

**Zikiryakhodzhaev D. Z.** –Doctor of Medical Sciences, Professor of the Department of Oncology, Radiation Diagnostics and Radiation Therapy of the State Educational Institution "Tajik State Medical University named after Abu Ali Ibni Sino:

## ТИББИ НАЗАРИЯВӢ

### МУАЙЯН КАРДАНИ ФАЪОЛНОКИИ ТРАНСАМИНАЗАҲО ҲАНГОМИ БЕМОРИҲОИ ГУНОГУН

Асоев А.,<sup>1</sup> Гулов М.К.,<sup>1</sup> Чумаев Б.Б.,<sup>1</sup> Амонов Б.П.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Кафедраи биохимияи МДТ «Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абуалӣ ибни Сино»; <sup>2</sup>Озмоишгоҳи Муассисаи давлатии Маркази тиббии шаҳрии №2

**Мухиммият.** Ферментҳоро дар соҳаҳои гуногуни хоҷагии халқ ба монанди коркарди пӯст, хурокворӣ, дорусозӣ ва тибб, хоҷагии қишлоқ истифода карда истодаанд. Самаранокии таъсири ферментҳо назар ба дигар катализаторҳои химияви якҷанд маротиба баланд мебошад, аммо истифодаи саноатии онҳо бо сабаби ноустувориашон ҳангоми нигоҳ доштан, таъсири ҳарорат, ҷудо намудани онҳо аз таркиби маҳсулоти реаксияи химияви маҳдуд мебошад. Дар тибби амали маводҳои ферментативиро ба таври васеъ барои ташхис ва табобат, ва ғайра истифода мебаранд(1,2). Махсусан барои гузоштани ташхиси пешаки муайян намудани миқдор ва фаъолнокии ферментҳои-аспаргатаминотрансфераза (АСТ), аланинаминотрансфераза (АЛТ), амилаза, g-глутамилтранспептидаза (ГГТ), креатинкиназа (КК), лактатдегидрогеназа (ЛДГ) фосфатазаи ишқорӣ (ФИ) ва кислотагӣ (ФК) биниоят муим ва саривақти мебошад( 1,2). Дар аксарияти бофтаҳо ду намуди изоферменти АСТ- митохонриявӣ (АСТ-м) ва ситоплазмавӣ (АСТ-с) муайян карда шуда аст. Муайян намудани фаъолнокии АСТ ва АЛТ барои ташхиси бемориҳои гуногуни ҷигар, дил, гурда, ангоми бемории шадиди илтиоби ғадуди зерӣ меъда, холесистит, бемориҳои сироятӣ, псориоз, сухтани ягон узв истифода бурда мешавад(2,3,4). Инчунин баландшавии фаъолнокии АЛТ-ро дар зардоби хуни одамони солим, ангоми парези сафедагӣ ё мавҷудияти 25-30% сахароза ва доноро метавон мушоида намуд. Фаъолнокии АСТ дар таркиби хун ангоми бемории сили шушо, гепатити вирусӣ, омосӣ низ муайян карда мешавад. Аммо фаъолнокии ферментҳои мазкур ангоми гирифтӣ шуданд ба бемории вараҷа, давраи омиладорӣ паст мешавад. Хангоми гирифтӣ бемории эмбо-

лияи илтиоби шуш, абсессҳои шуш, тарбоди ревматоидӣ фаъолнокии ин ферментҳо дар зардоби хун тағйир намеёбад(3,4). Фаъолнокии на он қадар баланди ферментҳои АСТ ва АЛТ дар зардоби хуни организмҳои солим муайян намуданд. Фаъолнокии амилаза таркиби пешобро дар қудакон барои гузоштани ташхиси бемории илтиобии ғадуди назди гӯш истифода мебаранд. Муайян намудани фаъолнокии а-амилаза дар таркиби зардоби хун, амчун тест барои ташхиси бемории илтиоби шадиди ғадуди зерӣ меъда, (баъди гузаштани аз 3 то 12 соат ба нуқтаи ниҳоӣ ва пас аз гузаштани 20 соат ва дар давоми 4 рӯз ба бузургии меъёри баробар мешавад) аамияти амалӣ дорад(5,6).

Аз амин лиоз омӯзиш ва аз худ намудани усули муайян намудани фаъолнокии як қатор ферментҳо (изоферментҳо) ва истифодаи онҳо барои ташхис ва табобати бемориҳои гуногун яке аз масъалаҳои муҳим ва муим ба исоб меравад. Фаъолнокии ферментҳои асосиро дар таркиби зардоби хун, пешоб, луоби даон ва дигар моеъҳои биологӣ муайян намуда оноро барои гузоштани ташхис дар қатори гузаронидани талили умумии хун, пешоб, луоби даон ва дигар моеъҳои биологӣ истифода бурдан дорӣ аамияти муим ва дақиқ мебошад.

**Мақсади таҳқиқот.** Омӯзиши трансминазаҳо ҳамчун тести ташхисӣ ҳангоми бемориҳои гуногун.

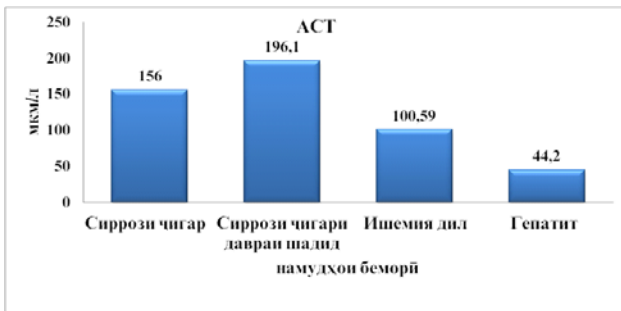
**Мавод ва усулҳои таҳқиқот.** Дар озмоишгоҳи Муассисаи давлатии Маркази тиббии шаҳрии №2, ш. Душанбе, 60 нафар беморони синну соли гуногун (аз 20 то 80-сола) (15 нафар бо бемории ишемияи дил (БИД), 15 нафар бо бемории сиррози ҷигар ва 15 нафар бо бемории сиррози ҷигари давраи шадид) таҳқиқи трансминазаҳо бо ташхиси эътимоднок гузаронида шуд. Фаъ-



олнокии АЛТ ва АСТ дар зардоби хун бо усули кинетикӣ тавассути истифода намулдани спектрометрии Mindray BA-80 (Олмон-Чин) бо истифодаи маводои химиявии Numen муайян карда шуд.

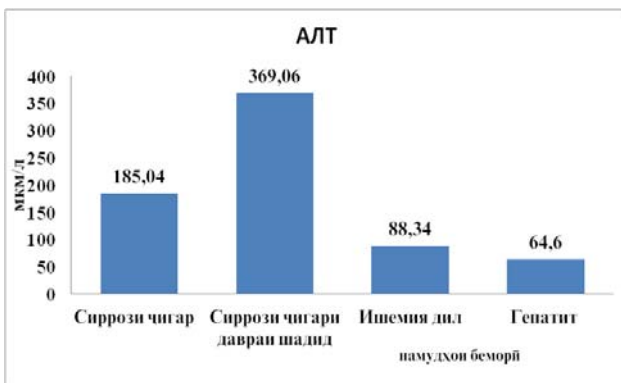
**Натиҷаҳо ва муҳокимаи таҳқиқот.**

Натиҷаҳои таҳқиқоти муайянкунии фаъолнокии ферменти аспарагинаминотрансфераза (АСТ) дар зардоби хуни маризони бо бемориҳои гуногун дар расми 1 нишон дода шудааст.



**Расми 1.- Муайян кардани фаъолнокии АСТ дар зардоби хуни маризони бо бемориҳои гуногун (меъёр: АСТ 0,1-0,45 мкм/л)**

Аз маълумотҳои дар таҳқиқот ҳосилшуда маълум гардид (расми 1), ки фаъолнокии баланди АСТ дар зардоби хуни маризони дорои бемории сиррози чигари давраи шадид мушоҳида мешавад, ки 196,1 мкм/л-ро ташкил медиҳанд. Дар зардоби хуни маризони дорои бемории гепатит нисбатан паст буда 44,2 мкм/л баробар мебошад. Ин нишондианда 4,4 маротиба аз нишондиандаи фаъолияти ин фермент бо бемории сиррози давраи шадид паст мебошад. Дар зардоби хуни маризони бо бемории сиррози



**Расми 2.- Муайян кардани фаъолнокии АЛТ дар зардоби хуни маризони бо бемориҳои гуногун (меъёр: АЛТ 0,1-0,68 мкм/л)**

чигар, фаъолнокии ферменти АСТ 156 мкм/л баробар аст. Вале дар маризони дорои бемории ишемияи дил фаъолнокии ин фермент 100,59 мкм/л-ро ташкил дод, ки аз фаъолнокии АСТ-и бемории гепатит 2,3 маротиба паст мебошад. Яъне фаъолнокии баланди ферменти АСТ дар маризони дорои бемории сиррози чигари давраи шадид мушоида шуда, фаъолнокии пастии он дар зардоби хуни маризони дорои бемории гепатит мушоида карда мешавад.

Аз натиҷаҳои таҳқиқоти илмӣ дар расми 2 нишон дода шуда, маълум мегардад, ки фаъолнокии баланди АЛТ дар зардоби хуни маризони дорои бемории сиррози чигари давраи шадид мушоҳида гардида, 369,06 мкм/л -ро ташкил медиҳанд. Дар зардоби хуни маризони дорои бемории гепатит нисбатан паст буда мутаносибан ба 64,6 мкм/л, баробар мебошад ки аз фаъолиятнокии АЛТ-и бемории сиррози чигари давраи шадид 5,7 маротиба паст мушоида карда мешавад. Дар зардоби хуни маризони бо бемории сиррози чигар, фаъолнокии ферменти АЛТ ба 185,04 мкм/л баробар аст. Вале дар маризони дорои бемории ишемияи дил фаъолнокии ин фермент 88,34 мкм/л -ро ташкил дод, ки аз фаъолнокии ин фермент бо бемории сиррози чигар қариб 2,1 маротиба фаъолнокии паст мушоида карда мешавад.

Бояд қайд кард, ки баландшавии фаъолнокии ферментҳои трансаманаз аз шиддати беморӣ ва аз асебёбии миқдори бофтаи вобастагӣ дорад.

Аз маълумоти адабиёти илмӣ маълум мегардад, ки фаъолнокии АЛТ дар зардоби хуни беморони мубталои бемории сиррози чигар, дар омилагон, мардое, ки ба нӯшокии спиртӣ, тамоқӯкашӣ майл доранд, бемории зарпарвин, кори вазнини ҷисмонӣ ё варзиш садамаи гуногуни мушако, чамъшавии чарбо дар чигар, фарбешавӣ баланд мешавад. Дар бемориҳои сиррозии гепатити А ва В фаъолияти баланди ин фермент мушоида карда шуда, вале дар бемории гепатити С сати фаъолияти ферментҳои АЛТ ва АСТ метавонад муддати тӯлонӣ дар сати меъёрӣ қарор дошта бошанд. чунки беморӣ





давомнок буда, оиста-оиста амалӣ мегардад (3,4,6).

Хамин тавр муайян карда шуд, ки фаъолиятнокии ферментои АЛТ ва АСТ дар зардоби хуни маризони дорои бемории сиррози чигарии давраи шаддид (мутаносибан 369,06мкм/л ва 196,1 мкм/л) ва бемории сиррози чигар (мутаносибан 185,04мкм/л ва 156 мкм/л) баланд мушоида карда шуда, фаъолнокии пасти ин ферменто дар бемории гепатит (мутаносибан 64,6 мкм/л, ва 44, мкм/л) зоир гардид.

**Хулоса.** Фаъолнокии баланди ниоии трансaminaзаои АЛТ ва АСТ дар маризони дорои бемории сиррози чигарии давраи шаддид ва бемории сиррози чигар мушоида карда шуда, фаъолияти пасти ин ферменто дар маризони дорои бемории гепатит мушоида карда шуд. Муайян кардани фаъолияти трансaminaзао, амчун тести ташхисӣ барои муайян кардани беморио истифода мешаванд.

#### Адабиёт

1. Березов Т.Т., Коровкин Б.Ф. Биологическая химия: Учебник.-3-е изд., перераб. и до.- М.: Медицина, 2004.-704с.(Учеб. лит. Для студентов мед. вузов).
2. Биохимия: Учебник/ Под ред. Е.С. Северина.-4-е изд., испр.- М.:ГЭОТАР - Медиа,2006.-784с.
3. Рослый И.М., Абрамов С.В., Покровский В.И.. Ферментемия- адаптивный механизм или маркер цитолиза?/Вестник Российской Академии Медицинских наук.М.: Медицина,2002 г.№8.с.3-8.
4. Ферменты клинической диагностики. Учебники - Биология Лекции по биологии – часть 4. Пензенский государственный педагогический университет им. В.Г. Белинского, Пенза, 2009. С.67-69.
5. Клиническая биохимия: учебное пособие/ под ред. В.А.Ткачука- 3-е изд., исп. и доп.- М.: ГЭОТАР-Медиа,2008.-264с.
6. Нейрохимия. Учебник для биологических и медицинских вузов под ред. акад. РАМН И.П. Ашмарина и проф. П.В. Стукалова. Москва: Издательство Института биомедицинской химии РАМН. 1996 г. с. 401-406.

#### ОПРЕДЕЛЕНИЕ АКТИВНОСТИ ТРАНСАМИНАЗЫ ПРИ РАЗЛИЧНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ

<sup>1</sup>Кафедра биохимии ГОУ «Таджикский государственный медицинский университет имени Абуали ибни Сино», <sup>2</sup>Лаборатория Государственного учреждения медицинского городского центра №2

В статье приводятся результаты определения активности трансaminaзы в сыворотке крови при различной патологии. Показано, что высокое содержание АЛТ и АСТ наблюдается у больных с цирроз печени острых фазах и цирроз печени, а самая низкая концентрация трансaminaзы наблюдается у больных с гепатита. Определения ак-

тивности трансaminaзы в сыворотке крови больных может быть диагностическим тестом при постановке диагноза.

**Ключевые слова:** Аланинаминотрансфераза, (АЛТ), аспарагинаминотрансфераза (АСТ), сыворотка крови, гепатит, цирроз печени, диагностический тест.

#### DETERMINATION OF TRANSAMINASE ACTIVITY IN VARIOUS DISEASES

<sup>1</sup>Biochemistry Department, ATSMU. <sup>2</sup>Laboratory of the State Institution of the Medical city center № 2

The article presents the results of determining the activity of transaminase in the blood serum

in various pathologies. It has been shown that a high content of ALT and AST is observed in



patients with acute phases of liver cirrhosis and liver cirrhosis, and the lowest concentration of transaminase is observed in patients with hepatitis. Determining the activity of transaminase in the blood serum of patients can

be a diagnostic test when making a diagnosis.

**Key words:** alanine aminotransferase (ALT), aspartic aminotransferase (AST), blood serum, hepatitis, liver cirrhosis, diagnostic test.

<sup>1</sup>**Асоев Абдусалом асанович** -магистри соли дуюми кафедраи биохимияи МДТ «Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абӯалӣ ибни Сино», ш. Душанбе, хиёбони Рӯдакӣ 139 Тел: (992) 988-37-01-01

<sup>1</sup>**Гулов Маҳмали Ӣодирович**-н.и.б., дотсенти кафедраи биохимия МДТ «Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абӯалӣ ибни Сино», ш. Душанбе, хиёбони Рӯдакӣ 139 Тел: (992); 919-63-22-85; E-mail: gulov60@inbox.ru

<sup>1</sup>**Ҷумъаев Бахшullo Боқиевич**-д.и.б узви вобастаи АМИТ профессори кафедраи биохимия МДТ «Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абӯалӣ ибни Сино», ш. Душанбе, хиёбони Рӯдакӣ 139 Тел: (992); 935-02-03-95 ; E-mail: bahshullo@mail.ru

<sup>2</sup>**Амонов Бегиҷон Пулодович**-н.и.б., мудири озмоишгоҳи Муассисаи давлатии Маркази тибби шаҳрии №2 , ш. Душанбе, хиёбони Рӯдакӣ 139 ,Тел: (992); 918-18-89-55; E-mail: amonov67@mail.ru

<sup>1</sup>**Асоев Абдусалом Хасанович** - магистр второго года обучения кафедры биохимии ГОУ «Таджикский государственный медицинский университет имени Абуали ибни Сино» г. Душанбе, проспект Рудаки 139, Тел: (992) 988-37-01-01

<sup>1</sup>**Гулов Маҳмали Кодирович**-к.б.н., доцент кафедри биохимии ГОУ «Таджикский государственный медицинский университет имени Абуали ибни Сино» г. Душанбе, проспект Рудаки 139 Тел: (992); 919-63-22-85; E-mail: gulov60@inbox.ru

<sup>1</sup>**Джумъаев Бахшullo Боқиевич**-д.б.н., Член-корр. НАНТ, профессор кафедри биохимии ГОУ «Таджикский государственный медицинский университет имени Абуали ибни Сино» г. Душанбе, проспект Рудаки 139 Тел: (992); 935-02-03-95; E-mail: bahshullo@mail.ru

<sup>2</sup>**Амонов Бегиҷон Пулодович**- к.б.н., заведующий лабораторией Государственного учреждения медицинского городского центра №2, г. Душанбе, проспект Рудаки 139, Тел: (992); 918-18-89-55; E-mail: amonov67@mail.ru

**Asoev Abdusalom Hasanovich** - master of the second year of study of the Biochemistry Department of the State Educational Institution "Avicenna Tajik State Medical University", Dushanbe, Rudaki avenue 139, Tel: (992) 988-37-01-01

**Gulov Makhmali Kodirovich**, PhD, Associate Professor, Biochemistry department, ATSMU. Dushanbe, Rudaki Avenue, 139. Tel.: (992) 919-63-22-85; E-mail: gulov60@inbox.ru

<sup>1</sup>**Jumaev Bahshullo Bokievich** - Doctor of Biological Sciences Corresponding Member of the N S T. Professor, Biochemistry department, ATSMU. Dushanbe, Rudaki Avenue, 139. Tel.: (992); 935-

## ОМУЗИШИ САФЕДАИ С-РЕАКТИВӢ ДАР МАРИЗОНИ СИНУ СОЛИ ГУНОГУН

Сатторов А. М. Гулов М.К., Амонов Б.П.

<sup>1</sup>Кафедраи биохимияи МДТ «ДДТТба номи Абӯалӣ ибни Сино»,

<sup>2</sup>Озмоишгоҳи Муассисаи давлатии Маркази тибби шаҳрии №2

**Мухимият.** Сафедаи с-реактивӣ (ССР) яке аз сафедаҳои нисбатан ҳассоси давраи шаддиди илтиҳобии организм мебошад. ССР қобилияти бо такшони С-полисахаридҳои пневмакокҳо ба реаксия дохилшуданро дорад, ки яке аз механизмҳои муҳофиза-

тии барвақтии организм аз бемориҳои сироятӣ мебошад. ССР яке аз молекулаҳои мебошад, ки дар реаксияҳои масунияти организм иштирок мекунад. Ин сафеда ҳангоми илтиҳобҳои гуногун дар хуни маризон пайдо шуда, маркери давраи шаддиди ин



чараён шуморида мешавад. Зиёдшавии микдори ССР дар муддати чор соати аввали осебдидани бофта мушохида гардида ва минбаъд пас аз 24-72 соат шиддатнокии он баланд мегардад (1,2).

Микдори сафедаи с-реактивӣ дар бемориҳои бештар паҳнгардидаи артрити ревматоидӣ, никрис, артрити реактивӣ, Ковид-19 ва ғайраҳо зиёд мешавад, (1,2).

Дар даҳсолаи охир усулҳои муайянкунии баландҳассоси ССР рӯи қор омадаанд. Микдори ССР бо тези ва якҷанд маротиба ҳангоми бемориҳои илтиҳобӣ, дар организм ҷойгиршавии паразитҳои сироятӣ, ҷароҳат ёфтани, омос, ки ба илтиҳобӣ ва нобудшавии бофтаҳо оварда мерасонад, зиёд мешавад (3,4).

Дар давраи музмини беморӣ микдори ССР кам ва ё тақрибан ба нестшавӣ омада мерасад, вале ҳангоми аз нав шиддат гирифтани беморӣ микдори он меафзояд. Дар вақти осеб надидани бофтаҳо баландшавии микдори ССР дар зардоби хун, асосан аз ҳисоби сирояти бактерияҳо мушохида карда мешавад. Баъди ҷарроҳӣ микдори ССР баланд шуда, вале ҳангоми набудани сирояти бактериягӣ пас аз давраи амалиёти ҷарроҳӣ бо зудии муътадил мегардад (4,5).

Микдори ССР дар зардоби хун то 0,5мг/л меъёр ҳисобида мешавад. Таҳлили ССР барои назорати чараёни муолиҷа, манфиатнокии муолиҷаи антибактериявӣ истифода бурда мешавад. Истифодаи ССР ҳамчун нишондиҳандаи пажӯҳишӣ, инъикоскунандаи дараҷаи илтиҳобӣ метавонад ба муайянкунии давомёбии муолиҷа ва барои манфиатнокии муолиҷа ёрӣ расонад (3). Муқаррар карда шудааст, ки баландшавии хатари

пайдошавии бемории дил, таппиши дил ва бемории шараёнҳои канорӣ ба он алоқаманд аст(5,6).

Ҳамин тавр, ССР яке аз маркёрҳои муҳим барои чараёнҳои илтиҳобӣ ҳисобида мешавад ва дар давраи шиддатёбии беморӣ ССР нақши маркёри фаъоли сирояти бактериялиро иҷро мекунад. Ин барои ҳалли масъалаҳои сирояти антибактериялӣ муҳим арзёбӣ мегардад.

**Мақсади таҳқиқот.** Омӯзиши ССР ҳамчун тести ташхисӣ ҳангоми бемориҳои илтиҳобӣ.

**Объект ва усулҳои таҳқиқот.** Дар 70 бемори синну соли гуногун (аз 20 то 80 сола) (10 нафар бо ташхиси подагра (никрис), 10нафар бо бемории дилу рағҳо, 10 нафар бо Ковид-19, 10нафар бо пиелонефриди шаддид, 10 нафар бо сиррози ҷигар, 10нафар бо илтиҳоби шуш, 10 нафар бо системаи сиклодермия) таҳқиқи ССР-ро бо ташхиси эътимоднок гузаронида шуд. Микдори ССР-ро бо усули муосири Лифотроник (Lifotronic FA 160) муайян карда шуд.

Дар пробиркаи эпиндорфӣ ба микдори 1000 мкл маҳлули физиологӣ 0,9% ва 0,02 мл зардоби хун илова намуда ва аз он ба микдори 100мкл ба тести лифотроник илова карда, ба термостати асбоби лифотроник гузоштем. Баъди се дақиқаи инкубатсионӣ маҳлулро гирифта ба дастгоҳи Лифотроник гузошта нишондоди микдори ССР ба қайд гирифта шуд.

**Натиҷаҳо ва муҳокимаи таҳқиқот.**

Натиҷаҳои таҳқиқоти муайянкунии микдори сафедаи с-реактивӣ дар зардоби хуни маризон бо бемориҳои гуногун дар ҷадвали 1 нишон дода шудааст.

**Ҷадвали 1.- Муайян кардани микдори умумии сафедаи с-реактивӣ дар маризони бо бемориҳои гуногун (меъёр 0-10 мг/л)**

	Намуди беморӣ	ССР мг/л
1	Бемории дилу рағҳо	28,5±0,22
2	Ковид- 19	174,8±0,13
3	Никрис	31,6±0,21
4	Пиелонефрити шаддид	24,9±0,12
5	Сиррози ҷигар	33,3± 0,08
6	Илтиҳоби шуш	21,9±0,15
7	Системаи сиклодермия	45,4±009



Аз маълумотҳои дар таҳқиқот ҳосилшуда маълум гардид (ҷадвали 1), ки миқдори бзиёди ССР дар зардоби хуни маризони дорои беморони Ковид-19 ва системаи сиклодермия мушоҳида гардид, ки мутаносибан  $174,8 \pm 0,13$  мг/л ва  $45,4 \pm 0,09$  мг/л-ро ташкил медиҳад. Ин нишондиҳандаҳо аз варианти назоратӣ мутаносибан 17,5 ва 4,5 маротиба зиёдтар мебошанд. Дар зардоби хуни маризони дорои бемории пиелонефрити шадид ва илтиҳоби шуш миқдори ССР нисбатан паст буда мутаносибан ба  $24,9 \pm 0,12$  мг/л, ва  $21,9 \pm 0,15$  мг/л баробар мебошад. Дар зардоби хуни маризони бо бемории сиррози чигар, никриз ва дилу рағҳо миқдори ССР мутаносибан ба  $33,3 \pm 0,08$  мг/л,  $31,6 \pm 0,21$  мг/л ва  $28,5 \pm 0,22$  мг/л баробар аст.

Мувофиқи маълумотҳои адабиётҳои илмӣ то ба 30 % баландшудани миқдори

ССР дар беморони системаи сиклодермия муайян карда шудааст, ки ин бо вазнинии беморӣ алоқаманд мебошад. Инчунин, алоқаи мусбати ССР бо паҳн гардидани бемориҳои фибрози пӯст, зарарёбии интерститсиалии шуш ва (ревматизм) тарбод муайян карда шудааст. Баландшавии миқдори сафедаи с-реактивӣ дар хуни беморони дорои Ковид-19 бо вазнинӣ ва шиддат гирифтани беморӣ алоқаи мустақим дорад. Ҳангоми ворид гардидани вируси Ковид -19 ба организми одам, ба муқобили ин патоген ҷавоби масунияти шурӯъ мешавад, ки ба баландшавии миқдори ССР оварда мерасонад(6,7).

Муайянкунии миқдори сафедаи с-реактивӣ дар зардоби хуни маризон вобаста аз синнусол бо бемориҳои гуногун дар ҷадвали 2 нишон дода шудааст.

**Ҷадвали 2.- Муайянкунии миқдори сафедаи с-реактивӣ дар зардоби хуни маризони (вобаста аз синнусол) бо бемориҳои гуногун (мг/л)**

	Намуди беморӣ	20-40	41-60	61-80
1	Бемории дилу рағҳо	$10,8 \pm 0,13$	$28,58 \pm 0,09$	$12,32 \pm 0,08$
2	Ковид -19	$12,8 \pm 0,010$	$162,4 \pm 0,14$	$50,54 \pm 0,11$
3	Никрис	$12,4 \pm 0,08$	$28,83 \pm 0,21$	$14,25 \pm 0,07$
4	Пиелонефрити шадид	$8,3 \pm 0,08$	$23,4 \pm 0,13$	$10,3 \pm 0,06$
5	Сиррози чигар	$10,4 \pm 0,13$	$30,8 \pm 0,12$	$12,7 \pm 0,10$
6	Илтиҳоби шуш	$11,8 \pm 0,11$	$21,79 \pm 0,14$	$13,45 \pm 0,07$
7	Системаи сиклодермия	$11,9 \pm 0,012$	$46,00 \pm 0,13$	$31,3 \pm 0,10$
8	Артрити ревматоидӣ	$11,76 \pm 0,14$	$36,4 \pm 0,11$	$21,2 \pm 0,09$

Таҳқиқотҳо нишон доданд, ки (ҷадвали 2) миқдори баланди сафедаи с-реактивӣ дар зардоби хуни фардҳои аз 20 то 40 солаи дорои бемориҳои Ковид-19, никрис ва системаи сиклодермия мушоҳида карда мешавад ва мутаносибан ба  $12,8 \pm 0,010$  мг/л,  $12,4 \pm 0,08$  мг/л,  $11,9 \pm 0,012$  мг/л баробар аст. Вале миқдори камтарини ин дар маризони дорои бемории пиелонефрити шадид ( $8,3 \pm 0,08$  мг/л) мушоҳида карда шуд.

Чӣ тавре ки аз ҷадвали 2 дида мешавад, миқдори сафедаи с-реактивӣ дар маризони аз 41-60- сола бо бемориҳои гуногун хеле зиёд буда, вале дар маризони аз 61-80-сола бо ин бемориҳо миқдори ин сафеда нисбатан кам мушоҳида карда мешавад. Миқдори камтарини сафедаи с-реактивӣ дар маризони аз 41-60- сола бо бемории ил-

тиҳоби шуш ва пиелонефрити шадид мушоҳида карда шуд, ки мутаносибан ба  $21,79 \pm 0,14$  мг/л,  $23,4 \pm 0,13$  мг/л баробар буд. Вале миқдори баланди ин сафеда дар маризони аз 41-60- сола бо бемориҳои артрити ревматоидӣ, системаи сиклодермия ва Ковид-19 мушоҳида карда мешавад ва мутаносибан  $36,4 \pm 0,11$  мг/л,  $46,00 \pm 0,13$  мг/л ва  $162,4 \pm 0,14$  мг/л-ро ташкил медиҳанд. Миқдори камтарини сафедаи с-реактивӣ дар маризони аз 61-80 - сола бо бемории пиелонефрити шадид ва сиррози чигар муайян карда шуд, ки ба  $10,3 \pm 0,06$  мг/л ва  $12,7 \pm 0,10$  мг/л баробар мебошад. Дар маризони ин синнусол бо бемориҳои системаи сиклодермия ва Ковид-19 миқдори сафедаи номбурда мутаносибан  $31,3 \pm 0,10$  мг/л ва  $50,54 \pm 0,11$  мг/л-ро ташкил медиҳанд.

Ҳамин тариқ, муайян карда шуд, ки миқдори умумии сафедаи с-реактивӣ дар маризони дорои бемории системаи сиклодермия ва Ковид-19 вобаста аз шиддатнокии беморӣ нисбат ба дигар бемориҳо зиёдтар буда, ба  $45,4 \pm 0,09$  мг/л ва  $174,8 \pm 0,13$  мг/л баробар мебошад. Ғайр аз ин, муайян гардид, ки дар маризони аз 41-60- сола миқдори сафедаи с-реактивӣ бо бемориҳои гуногун хеле зиёд мебошад. Миқдори баланди ин сафеда дар маризони дорои бемории артрити ревматоидӣ, системаи сиклодермия ва Ковид-19 мушоҳида шуд, ки мутаносибан ба  $36,4 \pm 0,11$  мг/л,  $46,00 \pm 0,13$  мг/л ва  $162,4 \pm 0,14$  мг/л баробар мебошад. Нисбати дигар бемориҳо дар бемории Ковид-19 миқдори сафедаи с-реактивӣ дар маризони аз 41-60- сола баландтар мебошад.

Бинобар ҳамин, миқдори сафедаи с-реактивӣ дар хун барои муоинаи барвақтии маризони дорои коронавирус ниҳоят муҳим арзёбӣ мегардад. Ба ғайр аз ин аз нуктаи назари муолиҷаи Ковид-19 сафедаи с-реактивӣ ҳамчун маркёри асосии пажуҳишӣ дар фаолияти ҷараён бемории бофтаҳои шуш нақши

муҳимро иҷро мекунад. Бо баландшавии миқдори ССР пизишк метавонад ҳаҷми зарарёфтаи шушро муайян карда, ба мариз муолиҷаи зарурии зидди илтиҳоби тавсия диҳад.

**Хулоса** Муайянкунии миқдори ССР дар хуни маризони дорои бемориҳои гуногун нишон дод, ки миқдори баланди ССР дар маризони дорои бемории Ковид-19 ва бо бемории системаи сиклодермия ва миқдори ками ин сафеда дар маризони мубталои бемории илтиҳоби шуш ва пиелонефрит мушоҳида карда мешавад. Ғайр аз ин муайян гардид, ки дар маризони аз 41-60- сола миқдори сафедаи с-реактивӣ дар беморони дорои артрити ревматоидӣ, системаи сиклодермия, ва Ковид-19 баландтар мушоҳида шуда, мутаносибан ба  $36,4 \pm 0,11$  мг/л,  $46,00 \pm 0,13$  мг/л ва  $162,4 \pm 0,14$  мг/л баробар мебошад. Нисбати дигар бемориҳо дар маризони дорои бемории Ковид-19 миқдори сафедаи с-реактивӣ дар хамаи синнусол баландтар мушоҳида карда шуд.

Муайян кардани миқдори ССР дар хуни маризон метавонад ҳамчун тести таъхисӣ ҳангоми муайн кардани беморӣ истифода шавад.

#### Адабиёт

1. Польская И.И. Особенности течения подагры при её сочетании с метаболическим синдромом // автореферат диссертации канд. мед. Наук. Ярославский, 2010, 50 с.
2. Польская И.И., Уровень СРВ у пациентов с метаболическим синдромом при хронической подагре и его влияние на течение заболевания / И. И. Польская, И. М. Марусенко // X Северо-Западная научно-практическая конференция по ревматологии «Актуальные проблемы ревматологии»: Тезисы докладов. - Санкт-Петербург, 2010. - С. 117-119.
3. Якунина И.А., Барскова В.Г., Lapkina N.A., Abaitova N.E., Баранов А.А. Динамика уровня СРВ при подагрическом артрите. Научно-практическая ревматология. 2005;43(4):38-41. <https://doi.org/10.14412/1995-4484-2005-615>
4. Насырджанова ХР, Сабурова АМ, Сироджидинова УЮ, Махсудова МС. Роль биохимических анализов крови в верификации активности туберкулёза лёгких. *Вестник Авиценны*. 2018;20(2-3):261-265. Available from: <http://dx.doi.org/10.25005/2074-0581-2018-20-2-3-261-265>.
5. Hart S. P., Alexander K. M., MacCall S. M., Dransfield I. C-reactive protein does not opsonize early apoptotic human neutrophils, but binds only membrane-permeable late apoptotic cells and has no effect on their phagocytosis by macrophages. (англ.) // *Journal of inflammation (London, England)*. — 2005. — Vol. 2. — P. 5. — doi:10.1186/1476-9255-2-5. — PMID 15927062.
6. Riddkkinen M., Kallio M. J., Kallio P. E., Peltola H. C-reactive protein versus erythrocyte sedimentation rate, white blood cell count and alkaline phosphatase in diagnosing bacteraemia in bone and joint infections. (англ.) // *Journal of paediatrics and child health*. — 2013. — Vol. 49, no. 3. — P. 189—192. — doi:10.1111/jpc.12122. — PMID 23438321
7. Сарапульцев П.А., Сарапульцев А.П. Роль с-реактивного белка в острофазовом ответе при инфаркте миокарда // *Цитокины и воспаление* 2013. Т. 12. № 4. С. 18-24.



## ИЗУЧЕНИЕ С-РЕАКТИВНОГО БЕЛКА У БОЛЬНЫХ РАЗНОГО ВОЗРАСТА

*Саттаров Акбар Махмаёрович, Гулов Махмали Кодирович, Амонов Бегиджон Пулодович*

<sup>1</sup>Кафедра биохимии ГОУ «ТГМУ имени Абуали ибни Сино», <sup>2</sup>Лаборатория Государственного учреждения медицинского городского центра №2

В статье приводятся результаты количественного определения СРБ в сыворотке крови при различной патологии. Показано, что высокое содержание СРБ наблюдается у больных с Ковид-19 и системной склеродермией, а самая низкая концентрация СРБ наблюдается у больных с пневмонией и пиелонефритом. Определено что высокая концентрация СРБ наблюдается у больных в возрасте 41-60 лет с ревматоидным

артритом, системной циклодермией и с Ковид-19. Выявлено, что высокая концентрация СРБ наблюдается у больных с Ковидом -19 независимо от возраста. Количественное определение СРБ в крови больных может быть диагностическим тестом при постановке диагноза.

**Ключевые слова:** СРБ (С-реактивный белок), сыворотка крови, инфекция, воспаление, Ковид-19, диагностический тест

## STUDIES OF C-REACTIVE PROTEIN IN PATIENTS OF DIFFERENT AGES

*Sattarov Akbar Makhmayorovich, Gulov Makhmali Kodirovich, Amonov Begijon Pulodovich*

<sup>1</sup>Biochemistry Department, ATSMU. <sup>2</sup>Laboratory of the State Institution of the Medical city center № 2

The article presents the results of the quantitative determination of CRP in blood serum with various pathologies. It has been shown that a high CRP content is observed in patients with Covid-19 and systemic scleroderma, and the lowest concentration of CRP is observed in patients with pneumonia and pyelonephritis. It was determined that a high concentration of CRP is observed in

patients aged 41-60 years with rheumatoid arthritis disease, systemic cycloderma and Covid-19. It was revealed that a high concentration of CRP is observed in patients with Covid-19 regardless of age. Quantitative determination of CRP in the blood of patients can be a diagnostic test in making of diagnosis.

**Key words:** C-reactive protein, blood serum, infection, inflammation, Covid-19, diagnostic test.

*Саттаров Акбар Махмаёрович-магистри соли дуоими кафедраи биохимияи МДТ «Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абӯалӣ ибни Сино», ш. Душанбе, хиёбони Рӯдакӣ 139  
Тел: (992) 554-55-82-84*

*Гулов Махмали и, одирович-н.и.б., дотсенти кафедраи биохимия МДТ «Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абӯалӣ ибни Сино», ш. Душанбе, хиёбони Рӯдакӣ 139 Тел: (992); 919-63-22-85; E-mail: gulov60@inbox.ru*

*Амонов Бегиджон Пулодович-н.и.б., мудири озмоишгоҳи Муассисаи давлатии Маркази тибби шаҳрии №2, ш. Душанбе, хиёбони Рӯдакӣ 139, Тел: (992); 918-18-89-55; E-mail: amonov 67@mail.ru*

*Саттаров Акбар Махмаёрович- маистр второго года обучения кафедры биохимии ГОУ «Таджикский государственный медицинский университет имени Абуали ибни Сино» г. Душанбе, проспект Рудаки 139, Тел: (992) 554-5-582-84*

*Гулов Махмали Кодирович-к.б.н., доцент кафедры биохимии ГОУ «Таджикский государственный медицинский университет имени Абуали ибни Сино» г. Душанбе, проспект Рудаки 139 Тел: (992); 919-63-22-85; E-mail: gulov60@inbox.ru*

*Амонов Бегиджон Пулодович- к.б.н., заведующий лабораторией Государственного учреждения медицинского городского центра №2, г. Душанбе, проспект Рудаки 139, Тел: (992); 918-18-89-55; E-mail: amonov 67@mail.ru*

*Sattarov Akbar Makhmayorovich - master of the second year of study of the Biochemistry Department of the State Educational Institution "Avicenna Tajik State Medical University", Dushanbe, Rudaki avenue 139, Tel: (992) 554-5-582-84*

*Gulov Makhmali Kodirovich, PhD, Associate Professor, Biochemistry department, ATSMU. Dushanbe, Rudaki Avenue, 139. Tel. : (992) 919-63-22-85; E-mail: gulov60@inbox.ru*

*Amonov Begijon Pulodovich - Ph.D., Head of Laboratory of the State Institution of the Medical city center № 2, Dushanbe, Rudaki avenue 139, Tel: (992); 918-18-89-55; E-mail: amonov 67@mail.ru*



## ҒАЙРИТИББӢ

## ТИББИ ТОИНҚИЛОБӢ ДАР ОСИӢИ МИӢНА

Абдурамонов З.В.

Кафедраи фанои чомаашиносии МДТ «ДДТТ ба номи Абуалӣ ибни Сино»

**Муҳиммият:** Тибби тоҷик таърихи хеле қадима дорад, ки аз замони «Авесто» ҳамчун соҳаи мустақил дар чома мавқеи муайяноро ишғол мекард. Яке аз нишонаҳои рушди тибби қадим ин академияи Гундишопур мебошад, ки бо дастури Шопури аввал таъсис дода шуд. Дар замони Сомониён тибби Осӣи Миёна як қатор табибони машҳури ҷаҳонро ба монанди Абуаҳл ибни Яҳӣ Масеҳӣ (соли вафоташ 1013), Муҳаммад Закариӣ Розӣ (лот. Разес, Rhazes) (865, Рай, — 925 ё 934 ҳамон ҷо), Абуалӣ ибни Сино, Ҳакими Майсарӣ, Абумансур Муваффақ бини ал-Ҳиравӣ, Шарофиддин ибни Юсуфи Элакӣ (соли вафоташ 1068), Абӯубайд Абдуллоҳид ибни Муҳаммад ал-Ҷузҷонӣ, Абумансур ибни Хасани Бухорӣ (соли вафоташ 990), Ҷобир ибни Хайён (тақр. 721/722—813/815), Абубакр Рабӣ ибни Аҳмад Аховайнии Бухороӣ ва дигарон рӯи қор овард, ки фаъолиятҳои онҳо барои инкишофи минбаъдаи соҳаи тиб мусоидат намуд. Аммо дар солҳои минбаъдаи тохтутози туркҳо соҳаи тиб ба таназзул дучор гардид, ҷои онро хурофотпарастӣ гирифт ва эҳёи ин соҳа дар Осӣи Миёна танҳо баъди ҳамроҳшавии ин минтақа ба Россия мушоҳида гардид. Аз ин лиҳоз омӯхтани таърихи тибби ин давра барои халқҳои Осӣи Миёна, бахусус тоҷикон хеле зарур ва бамаврид мебошад.

Соли 1865 баъди таъсиси вилояти Туркистон, яке аз масъалаҳои асосии маъмурияти русҳоро таъмини фаъолияти сохторҳои соҳаи тиб ташкил дод, зеро ба хизматрасонии табибон на танҳо муҳочирон ва сарбозони рус, балки аҳолии маҳаллии ин минтақа низ ниёз дошт. Соли 1882 дар рӯномаи «Туркестанские ведомости» ахбор дар бораи шиддат гирифтани бемориҳои сирояткунанда дар вилояти Туркистон ба нашр расид. Соли 1892 бошад эпидемияи оммавии вараҷа то ба дараҷае авҷ гирифт, ки

хокимони рус иштироқи мардумро дар ҷаноза манъ карданд.

Соли 1899 генерал-губернатори Туркистон С.М. Духовский дар маърузаи худ «Ислоҳ дар Туркистон» навишта буд, ки нисбат ба солҳои аввали фаъолияти табибон, ҳоло боварии сокинони маҳаллӣ ба табибон беҳтар ба роҳ монда шудааст ва сиҳат шудани худро сокинон ҳамчун сеҳри ҷоду қабул мекунанд [1]. Аввалин нуқтаи тиббӣ оид ба хизматрасонӣ ба сокинони маҳаллӣ соли 1865 дар шаҳри Тошкент бо фармони генерал М.Г. Черняев ташкил шуд, ки онро табиб Баҳадиршин роҳбарӣ мекард [2].

Дар солҳои минбаъда соҳаи тиб ба тобеи сохтори «идораи ҷарбӣ-халқӣ» ворид гардид, ки он дар асоси қарори «Идоракунии муваққатии Туркистон» аз 6 августи соли 1865 амал мекард. Аз рӯи ин сохтор тамоми роҳбарии соҳаи тибби Туркистонро сардуртур иҷро мекард, ки ба инспектори тиббии округи Оренбург ва губернатори ҷарбии Туркистон итоат мекард [3]. Аз рӯи қоидаҳои нав, ки 1 январи соли 1887 бо унвони «Қоидаи идоракунии кишвари Туркистон» баромаданд, тамоми фаъолияти нуқтаҳои тиббӣ ба сохторҳои вилоятҳо ва уездҳо ва дар шаҳрҳои қалон (Тошканд) ба шаҳрдорӣ вогузор шуд [2].

Таҳқиқи вазъи саломатии мардум ва ҳолати паҳншавии бемориҳои сироятӣ дар минтақаи Бухорои Шарқӣ дар шакли анъанавӣ пеш бурда мешуд [5]. Дар ин ҷо бемориҳои сироятӣ, бахусус касалии вараҷа, бемориҳои пӯст ба саломатии мардум зарари қалон мерасониданд ва бо характери эпидемиологии худ зуд паҳн мешуданд. Олими рус М.А. Варигин ҳолати бемориҳои сироятиро дар ин минтақа таҳлил намуда, дар маҷаллаи даврии «Пайёми ҷамъияти ҷуғрофиявии императорӣ» (Известия императорского географического общества) соли 1916 чунин навиштааст: «Табиат умуман носо-



лим аст. Ҳолати зидди санитарии халқи маҳаллӣ, сохтмонҳои бо ҳам пайваст ва ҳавливу аспхонахоро агар илова намоем, заминаи ниҳоят хуби инкишофи микробҳо ва бемориҳои гуногун мебошад. Дар байни мардуми маҳаллӣ бемориҳои пӯст - вараҷаи сар ниҳоят паҳншуда мебошад, ки баъзан ҷароҳати фасоди тамоми сарро ба хотир меорад»[4].

Вобаста ба паҳншавии бемориҳои сироятӣ, аз тарафи сохторҳои генерал- губернатори Туркистон ба тамоми табибони уездҳо супориш дода шуд, ки сокинони маҳаллиро ройгон табобат намоянд ва доруҳои заруриро аз ҳисоби хазинаи давлатӣ харидорӣ намоянд. Назорат аз болои фаъолияти духтурони уездҳо ба зиммаи табибони вилоятӣ вогузор карда шуд, ки онҳоро “доктори дивизион” мегуфтанд. Дар сатҳи округ раёсати ҷарбӣ – тиббӣ амал мекард, ки вазифаи он назорат аз болои фаъолияти табибони ҷарбии Туркистон вогузор гардид.

Соли 1886 қонуни давлати Россия «Дар бораи идоракунии Туркистон» бароварда шуд, ки аз рӯи он идоракунии ҷарбӣ бо идоракунии полтсия иваз карда шуд. Аммо ин қонун дар сохтори идоракунии тиб ягон тайғирот ворид накард. Табобат дар беморхонаҳо пулноқ буда, барои табақаҳои камбизоат ройгон буд ва нархи табобати онҳоро давлат пардохт мекард. Дар баробари табобатхонаҳои давлатӣ, инчунин бунгоҳҳои тиббии хусусӣ амал мекарданд, ки бевосита ба Сарраёсати тиббии Туркистон ҳисобот медоданд.

Аммо рушди тибби замонавӣ, ки онро русҳо ҷорӣ намуданд, дар ҳама ҷо нуктаҳои хизматрасонӣ надошт ва аз ҳамин лиҳоз тибби анъанавӣ низ дар баробари он фаъолият мекард. Дар баъзе минтақаҳо табибони машҳур низ буданд, ки бо ёрии алафу гиёҳҳои табиӣ дору тайёр карда беморонро шифо мекарданд. Масалан дар Бадахшон то замони инқилоб табиби мардумӣ Шохзодамуҳаммад шуҳрати калон пайдо намуд ва мардуми зиёд аз қисматҳои гуногуни Бадахшон ба назди ин табиб барои муолиҷа меомаданд. Вай дар хонаи худ аз гиёҳҳо дору

тайёр карда онро ба мардум пешниҳод мекард [7]. Дар баробари ҳамин ҳамзамон дар Осиёи Миёна хурофот дар соҳаи тиб васеъ паҳн шуда буд. Мардуми Бадахшон бовар доштаанд, ки агар кӯдак ба дарди кабудсулфа гирифтормешуд, аз савори аспӣ кабуд мепурсиданд: «Эй савори аспӣ кабуд, бигӯ, ки ба дарди кабудсулфа чӣ даво мешавад?». Кадом тарзи табобате, ки он шахс мефармуд, ҳамон гуфтааш давои дард мешуд [8].

Бо кушода шудани марказҳои ҷарбии рус, сол аз сол шумораи табибони рус низ дар минтақаи Осиёи Миёна зиёд шудан гирифт ва соли 1907 шумораи умумии онҳо ба 194 табиб аз ҷумлаи мардон ва 30 табиби занон дар 123 беморхона фаъолият мекарданд [3]. Таърихи тибби то инқилобӣ дар Осиёи Миёна барои сокинони минтақа характери таълимӣ низ дошт, зеро тавассути муошират бо табибон онҳо забони русӣ, намудҳои доруҳо, тарзи истеъмол, риояи қоидаҳои гигиенӣ ва дигар самтҳои фарҳанги табибонро аз худ мекарданд.

**Хулоса.** Ҳамин тавр дар заминаи тибби тоҷик, ки таърихи хеле қадима дорад, боз аз сари нав бо кумаки табибони рус соҳаи тиб эҳё гардид. Аммо маркази рушди онро бештар шахрҳои калони минтақаи Осиёи Миёна ташкил доданд ва дар Бухорои Шарқӣ бошад, танҳо нуктаҳои алоҳидаи фаъолияти табибони ҷарбӣ амал мекард. Ҳамчун ҷузъи соҳаи ҷарбӣ табибон ба ҷарбиён итоат мекарданд ва ин барои фаъолияти онҳо ва пайдо кардани алоқа бо сокинони маҳаллӣ як имконияти хубе буд, ки тавассути он муносибати дугонаи русҳо ва сокинони маҳаллӣ ба роҳ монда мешуд.

Дар давоми давраи то инқилоби Октябри соли 1917 дар аксарияти минтақаҳои Тоҷикистон дар марказҳои уездҳо беморхонаҳо барои сокинони маҳаллӣ кушода шуданд, ки дар онҳо табибони ҷарбӣ барои аҳолии хизмат мерасонданд. Маҳз бо ёрии табибони рус чунин бемориҳои сироятӣ ба монанди бемориҳои пӯст - вараҷаи сар, сил ва дигар бемориҳо аз байн бурда шуданд, ки ин омил тибби ин давраро ҳамчун омил пешқадами ҷомеаи Осиёи Миёна нишон медиҳад.



### Адабиёт

1. Арапов Д.Ю. Императорская Россия и мусульманский мир. М., 2006. -278 с.
2. Высочайше утвержденное Временное Положение об управлении Туркестанской области. 6 августа 1865 года // СПб., 1867.
3. Волков И.В. Власть и здравоохранение коренного населения в русском Туркестане, Общество изучения истории отечественных спецслужб, г. Москва // Волков Иван Васильевич – ученый секретарь Общества изучения истории отечественных спецслужб, кандидат политических наук, г. Москва. E-mail: ivolga54@gmail.com
4. Варигин М.А. Тачрибаи бекигари Кӯлоб (Опыт описания Кулябского бекства), Петроград, Типография, М.М. Стаснолевич., 1916.- С.780
5. Раҳматзода И., Раҳматов А. Таърихи тиб ва табибони маъруфи минтақаи Кӯлоб., Душанбе, 2010, - С.125.
6. Таъсиси аввалин муассисаҳои тибӣ дар минтақаи Кулоб дар солҳои 20-30-уми асри XX // Иброҳим Маҳмадов, Маҷалаи илмӣ-назариявӣ «Муаррих» Академияи илмҳои Ҷумҳурии Тоҷикистон. №3 (19)-2019 саҳ 54-61.
7. Умед Муҳаммадшерзодшо, Тибби Шоҳзодамуҳаммад,- Хоруғ, 1994.-60 с.
8. Тадқиқоти саҳроӣ, аз сухбат бо ходими илмии Институти илмҳои гумманитарӣ Н.Курбонхонова, 8 сентябри соли 2021

## ДО РЕВОЛЮЦИОННАЯ МЕДИЦИНА В СРЕДНЕЙ АЗИИ

Абдурахмонов З.В

Кафедра общественных дисциплин ГОУ «ТГМУ имени Абуали ибни Сино»

В данной статье автор анализирует работы русских врачей периода конца XIX и начало XX века, которые оказали помощь в организации этой отрасли в Средней Азии. Автор в хронологическом порядке показывает годы создания лечебных центров в городах и уездах Средней Азии и вместе с этим отмечает их научную значимость для современной медицины открытия этой отрасли в период XIX и начало XX века. В статье также указывается на то что военные врачи первыми положили начало развитию меди-

цины в крае и это было прогрессивным элементом развития региона периода XIX и начало XX века. Русские врачи внесли большой вклад в развитие этой отрасли относительно данного региона. В данной статье автор также приводит исторический анализ развития медицины и указывает на значение трудов русских исследователей в развитие отрасли медицины Средней Азии.

**Ключевые слова:** анализ, русские исследователи, население, история, медицина, Средняя Азия.

## PREREVOLUTIONARY HEALTH CARE SYSTEM IN CENTRAL ASIA

Abdurahmonov Z.V.

Department of Sociological Sciences SEL «ATSMU»

In this article author analyze activity of the Russian health care system in prerevolutionary Central Asia during the period the late of XIX and early of XX centuries. Author after chronological order show the content of works and note the significance of work for contemporary medicine. Author also note the role of military researches for creation qualified medical institutions in Central Asia during the period the late of XIX and early of

XX centuries. Also in this article authors give attention to analyses of science legacy of Russian healthcare system scientists, and note the signification of Russian healthcare system for development of this trend in Central Asia of late XIX and early XX century.

**Keywords:** analyze, Russian scientists, history, population, medical institutions, Central Asia.



*Абдурахмонов Зевар Вафоназарович-номзади илмҳои таърих, дотсенти кафедраи фанҳои ҷомеашиносии МДТ «ДДТТ ба номи Абуали ибни Сино», Тел: (+992) 93 598 44 97, . E-mail: [zevar-1986@mail.ru](mailto:zevar-1986@mail.ru).*

*Абдурахмонов Зевар Вафоназарович-кандидат исторических наук, доцент кафедры общественных дисциплин ГОУ «ТГМУ имени Абуали ибни Сино», Тел: (+992) 93 598 44 97, . E-mail: [zevar-1986@mail.ru](mailto:zevar-1986@mail.ru).*

*Abdurahmonov Zevar Vafonazarovich- candidate of history Sciences, associated professor of the department of Sociological Sciences SEL «ATSMU» Тел: (+992) 93 598 44 97, . E-mail: [zevar-1986@mail.ru](mailto:zevar-1986@mail.ru).*

## ТЕРРОРИЗМ ВА ИФРОТГАРОӢ: ТАЪМИНИ АМНИЯТ ВА ҲАМКОРИИ ДАВЛАТҲО

Алимшоев М.М.

Кафедраи таърих ва диншиносии Донишгоҳи давлатии Хоруғ ба номи М. Назаршоев

**Муҳиммият:** Фазои сиёсии кишварҳои оламро имрӯз як падидаи зишти номатлуб, аз қабиле терроризму ифротгароӣ фаро гирифта, инсониятро ба даҳшат ва изтироб андохтааст. Аз ин рӯ, ҷомеаи ҷаҳонӣ дар таъмини амнияти миллӣ ва давлатӣ, нигоҳ доштани истиқлолияти комили сиёсӣ, ба роҳ мондани ҳамкориҳои байналмилалӣ ва минтақавӣ чихати пешгирӣ ва мубориза ба муқобили пайомадҳои гуруҳҳои террористию ифротгароӣ, қочоқи маводи муҳаддир, силоҳ ва дигар ҷинойтҳои фаромиллӣ тадбирҳои амниятиро бояд роҳандозӣ наоянд. Асосгузори сулҳу ваҳдати миллӣ, Пешвои миллат, Президенти Ҷумҳурии Тоҷикистон мухтарам Эмомалӣ Раҳмон дар суханронии хеш дар Конференсияи байналмилалӣ сатҳи баланд зери унвони «Ҳамкориҳои байналмилалӣ ва минтақавӣ оид ба амният ва мудирӣ сарҳад чихати муқовимат ба терроризм ва пешгирӣ аз таҳарруки террористон», ки 18- 19 октябри соли 2022 дар шаҳри Душанбе баргузор гардид, бори дигар изҳор намуд, ки «бо дарназардошти вазъи кунунии амниятӣ ҷомеаи ҷаҳонӣ бояд дарк намояд, ки ифротгароиву терроризм бо тамоми зухуроти зишти худ ҳеҷ рабте ба миллат, дину мазҳаб ва шаҳрвандӣ надорад. Вобаста ба ин, дарк бояд кард, ки танҳо ҳамкориҳои созандаи ҷомеаи ҷаҳонӣ роҳи асоси муборизаи самаранок ба мақсади рафъи мушкilotи терроризм мебошад» [1].

Солҳои охир фаъолияти гуруҳҳои ифротӣ ва террористӣ хусусияти афзояндаи

фаромарзӣ ва фаромиллиро касб намуда истодааст, гарчанде ки байни кишварҳои олам ҳамкориҳои байналмилалӣ ва минтақавӣ чихати муқовимат ба терроризм роҳандозӣ мешаванд. Оқибатҳои нохуши таҳдид, истифодаи зӯрварӣ, расонидани зарари вазнин, бенизомӣ, тағйири сохти конституционӣ дар мамлакат, ғасби ҳокимият ва аз он худ кардани ваколатҳои он, барангехтани низои миллӣ, иҷтимоӣ ва динӣ, аз аъмоли номатлуб ва зиддиқонунии замони муосир ба шумор мераванд.

Ба фикри мо, зиёд шудани шумораи низомӣну ҷангиёни гуруҳҳои террористӣ аз ҳисоби ҷавонони ноогоҳу бесаводи, дур будан аз асолати фарҳанги динӣ, низоъҳои динию мазҳабӣ, паҳншавии идеологияи ифротгароӣ ва тундгароии динӣ аз тариқи сомонаҳои иҷтимоӣ, аз назорат берун мондани хариду фӯруши яроқи аслиҳа ва соҳиб шудан ба он шахсони тасодуфӣ, қочоқи маводи муҳаддир, сатҳи пасти зиндагӣ яке аз сабабҳои зиёдшавии ин гуруҳҳо мебошанд. Бо ивазшавии низоми нави ҷаҳонӣ ва истифодаи технологияи муосир тактикаи фаъолияти гуруҳҳои террористӣ ва ифротгароӣ дигар шуда истодааст. Мутаассифона, баъзе аз кишварҳои абарқудрат барои амалӣ намудани манфиатҳои ғаразнокашон бо ном «ҷорӣ намудани демократия», «таъмини ҳуқуқи озодии шаҳрвандон» дар ҳудуди мамлакатҳое, ки дорои захираҳои бойи табианӣ, аз ин гуруҳҳо ва созмонҳои ифротгаро истифода ва пуштибонӣ мекунанд.



Маълум аст, ки Осиёи Марказӣ, бахусус Тоҷикистон, ки дар дарвозаи Авру-Осиё қарор дорад, аз ин тағйиротҳо дар қанор нест ва солҳои охир дар маркази диққати ҷомеаи башарӣ қарор гирифтааст. Сарҳади минтақа зери таъсири мутақобилаи нерӯҳои қудратӣ ва иқтисодии «Шимол» ва «Ҷануб» қарор дорад. Ин марзҳои захираҳои фаровони табиӣ доранд, ки бо онҳо аксари давлатҳои Ғарб рағбати том доранд. Сиёсати давлатҳои абарқудрат дар ин минтақа ба он равона шудааст, ки агар, аз як тараф нуфузи хешро мустақкам намуда раванди геополитикиро новобаста аз самташ ба ғоидаи худ ҳал намоянд, аз тарафи дигар, бархе аз ин кишварҳои минтақаро ҳамчун «минтақаи ноором» ба бозори фурӯши ярқ табдил дода, бо ин роҳ маблағҳои навро аз ҳисоби фурӯши он ба даст меоранд, истифода менамоянд. «Ҷаҳол гардидани ҷойгиркунии базаҳои ҳарбӣ, иттиҳоди ҳарбӣ-сиёсӣ дар кишварҳои Осиёи Марказӣ аз он шаҳодат медиҳанд, ки агар ин раванд ҳамин ҳел давом ёбад, минтақа дар ояндаи наздик ба майдони низоъ ва бархурдҳо табдил ёфта. тақдири минтақаҳои ноороми Шарқи Наздик ва Арабро тақрор мекунад» [2].

Савол ба миён меояд, оё ба давлатҳои минтақа хавфи ҳамлаҳои террористӣ, интиқоли қочоқи маводи муҳаддир, силоҳ, вуруди гуруҳҳои силоҳбадасти ифротгаро ба марзи онҳо таҳдид мекунад ё не? Албатта, давлатҳои дигари аъзои ИДМ, Аврупо, Амрико ва кишварҳои Африка аз ин таҳдид берун нестанд. Дар ин маврид, Пешвои миллат, Президенти Ҷумҳурии Тоҷикистон муҳтарам Эмомалӣ Раҳмон бори дигар таъкид намуданд: «...таъмин намудани ҳифзи сарҳад, сохти конститусионӣ ва рушди муназзами давлатҳои ҳамкориҳои воқеиву шаффоф дар мубориза бо терроризму ифротгароӣ зарур ва ба манфиати ҳамаи ҷонибҳо мебошад» [1].

Вазъияти имрӯзаи баъзе аз кишварҳои

олам, аз ҷумла ҳамсоя- кишвар мо Афғонистон, ки Тоҷикистон бо он марзи тулонӣ дорад, моро водор месозад, ки ба муқобили ифротгароиву терроризм муборизаи беамон барем. Дар ин раванд кишварҳои мо ба ҳамкориҳои тарафайн бо ҷомеаи ҷаҳони манфиатдор буда, баргузор гардидани конференси сатҳи баланди моҳи октябрии Душанбе, бори дигар собит сохт, ки Тоҷикистон яке аз иштирокдорони ҷаҳони зиддиррористӣ мебошад. Директори Кумитаи иҷроияи Сохтори зиддиррористии Созмони ҳамкориҳои Шанхай Руслан Мирзоев дар Конференсияи байналмилалӣ таҳти унвони «Ҳамкориҳои байналмилалӣ ва минтақавӣ оид ба амният ва мудирӣ сарҳад ҷаҳони муқовимат ба терроризм ва пешгирӣ аз таҳарруқи террористон» қайд намуд, ки «шумораи гуруҳҳои террористии исломӣ дар ҳудуди Афғонистон имрӯз зиёда аз 13,5 ҳазорро ташкил медиҳанд. Соли 2021 дар ҳудуди давлатҳои аъзои СҶШ 1500 нафар шахсон, ки дар кофтуков қарор доштанд, дастгир ва зиёда аз 40 амали террористӣ пешгирӣ карда шуд. Терроризм айни замон дар ҷаҳонияташ ба дасисабозии сиёсӣ ва ҷиноӣ даст дорад» [3].

Вақти он расидааст, ки сарони давлатҳои абарқудрат барои таъмини амнияти низоми сиёсии ҷаҳони имрӯза аз ин зухуроти манфӣ диққати бештар дода, аз ҳадафҳои ғаразнокашон даст кашада, дар ҳалли манфиатҳои геополитикиашон аз ин гуруҳҳои истифода накунад. Созмонҳои умумиҷаҳонӣ, минтақавӣ ва давлатҳои абарқудрат дар ташаккули институҳои ҷомеаи шаҳрванди дар минтақа бояд саҳмгузор бошанд, вале кумакҳои молиявӣ онҳо набояд ба амалӣ намудани ҳадафҳои сиёсӣ равона шаванд, балки ҳамчун як омил таъминкунандаи амнияти минтақа ва ҷаҳон хизмат намояд. Танҳо дар ҳамбастагӣ ҷомеаи ҷаҳонӣ метавонад роҳи ин зухуроти номатлубро пешгирӣ намуда, ба ҳадафҳои созандашон комёб гарданд.

### Адабиёт

1. Суханронии Президенти Ҷумҳурии Тоҷикистон муҳтарам Эмомалӣ Раҳмон дар Конференсияи байналмилалӣ сатҳи баланд зери унвони «Ҳамкориҳои байналмилалӣ ва минта-



қавӣ оид ба амният ва мудирияти сарҳад чихати муқовимат ба терроризм ва пешгири аз таҳарруки террористон», шаҳри Душанбе, 18 октябри соли 2022. //Чумхурият.- 19 октябри соли 2022. №200 (24 559).

2. Богатырев В. Оценки транснациональных угроз региональной безопасности. //Центральная Азия в XXI веке; сотрудничество, партнерство и диалог. Материалы международной конференции (13-15 мая 2003 года, Ташкент)- Ташкент, 2004.

3. Названо шокирующее число террористов рядом с Таджикистаном.// Sputnik Таджикистан. 18.10.2022. <https://tj.sputnikhews.ru>.

4. Алимшоев М.М. Хатари ифротгарии динӣ, ё сабаке аз инкилобҳои «Бахори Араб»././ Бадахшон.- 13.02.2015.

## ТЕРРОРИЗМ И ЭКСТРЕМИЗМ: ОБЕСПЕЧЕНИЕ БЕЗОПАСНОСТИ И СОТРУДНИЧЕСТВО ГОСУДАРСТВ

Алимшоев М.М.

кафедры истории и религиоведения Хорогского Государственного Университета им. М Назаршоева

Статья посвящена анализу процессов возникновения и деятельности террористических групп, возможных угроз для стран Центральной Азии, особенно для Таджикистана, а также сотрудничество мирового сообщества в борьбе против терроризма и экстремизма. Особое внимание уделено анализу деятельности и тенденции распростра-

нения террористических групп, а также путей обеспечения безопасности и сотрудничества государств по искоренению глобального вызова.

**Ключевые слова:** «Ихвон-ал-муслимин», Исламское государство, терроризм, экстремизм, Таджикистан, Центральная Азия, ШОС

## TERRORISM AND EXTREMISM: PROVIDING SECURITY AND STATE COLLABORATION

Alimshoev M.M.

Department of history and theology Khorog State University named after M.Nazarshoev

This article is devoted to the analysis of appearing the terrorist groups and their threat to the countries of Central Asia, including Tajikistan. Moreover, this article will cover the factor of how this negative phenomenon is spread throughout the world. Also they are thinking of

effective methods on how to solve and struggle against this problem so as a result all these factors were decided to be studied in the future.

**Keywords:** Ikhvon-al-muslimin, Islamic state, terrorism, extremism, Tajikistan, Central Asia, collaboration.

*Алимшоев М.М.- н.и.т., дотсенти кафедраи таърих ва диншиносии Донишгоҳи давлатии Хоруг ба номи М. Назаршоев 736000, ш. Хоруг, кӯчи Ш. Шотемур 109.: Тел. (+992 ) 598 45 96. E-mail: [alimshoev@list.ru](mailto:alimshoev@list.ru)*

*Алимшоев М.М.- к.и.н., доцент кафедраи истории и религиоведения Хорогского Государственного Университета им. М Назаршоева. 736000, г.Хоруг, улица Ш. Шотемура 109. Тел: (+992 ) 93 598 45 96 E-mail: [alimshoev@list.ru](mailto:alimshoev@list.ru)*

*Alimshoev Mamadrizo Mamadasanovich – candidate of Historical science, Khorog State University named after M.Nazarshoev. Phone: (+992) 93-598-45-96. E.- mail [alimshoev@list.ru](mailto:alimshoev@list.ru)*



## ЛАППИШИ ДУРАХШОНИИ ПАРАМЕТРҲОИ ФОТОМЕТРИИ КОМЕТАИ 51P/ ХАРИНГТОН ВА ХУРҶИ ОФТОБ

Аюбов Дониш Қосимович

Шуъбаи физикаи кометаҳо ва астероидҳои Институти астрофизикаи Академияи миллии илмҳои Тоҷикистон,

Кометаҳо аз рӯи параметрҳои мадор ва наздикии қиммати афелишон ба сайёраҳо аз им оилабандӣ мекунад. Кометаҳо, ки масофаи афелишон дар назди мадори Муштарӣ мебошад ба оилаи Муштарӣ мансуб медонанд. Чунин кометаҳо кӯтоҳдавр мегуянд. Дар замони ҳозира теъдоди кометаҳои оилаи Муштарӣ беш аз 500 кометаро ташкил мекунад. Даври гардиши онҳо асосан дар ҳудуди аз 3.3 сол то 20 солро ташкил медиҳад. Аслан кометаҳои даврӣ муҳлати гардиши пурраи он дар атрофи Офтоб то 200 солро ташкил медиҳад [10].

Натиҷаҳои тадқиқотҳои олимони Институти астрофизикаи Академияи миллии илмҳои Тоҷикистон, чӣ аз ҷиҳати назариявӣ ва чӣ аз ҷиҳати таҷрибавӣ, ки зери роҳбарии О.В. Добровольский [4, 5] ва Х.И. Ибодинов [5, 7, 8, 16] дар озмоишгоҳи астрофизикаи таҷрибавии Шуъбаи физикаи кометаҳо ва астероидҳо анҷом дода шудааст, муқаррар намудаанд, ки бузургии дурахшонии мутлақи кометаҳои кӯтоҳдавр бо мурури замон ва вобаста ба тағйир ёфтани элементҳои мадори онҳо, сатҳи ҳастаашон бо пӯстлохи мушкилгӯдоз пӯшонидани мешавад [4, 5, 7]. Айнан чунин натиҷаҳо олимони украинӣ С.К. Всехсвятский ва К.И. Чурюмов низ ба даст овардаанд [2, 12, 13]. Қайд кардан ба маврид аст, ки айнан чунин натиҷаҳо дар як қатор кометаҳои кӯтоҳдаври оилаи Муштарӣ А.Ф. Сафаров ва Д.Қ. Аюбов [1, 9, 10, 19] муқаррар кардаанд.

Мақсади асосии тадқиқотимон ин омӯзиши лаппиши дурахшонии параметрҳои фотометрии кометаи кӯтоҳдаври 51P/Харингтон аз баъзе параметрҳои хурҷҳои Офтоб ба сайёравӣ мебошад.

Маълум аст, ки таҳаввули ҳастаи кометаҳо асосан аз параметрҳои физикии кометаҳои кӯтоҳдавр ва Офтоб вобаста буда, афтиши дурахшонии мутлақи онҳо бошад аз масофаи перигелий ва эксцентриситети мадор

вобастагӣ дорад. Чунин натиҷаҳо аз вобастагии параметрҳои мадори кометаҳо ҳангоми як гардиши пурраи он дар атрофи Офтоб як гурӯҳ олимон [2, 4, 5, 8-10, 13, 19-21] муқаррар кардаанд.

Таҳлили тағйирёбии дурахшонии кадри мутлақи ситорагӣ ва параметри фотометрии кометаҳои оилаи Муштариро бисёр муаллифон, аз ҷумла Секанина [20], Сворен [21], Чурюмов [12, 13] ва дигарон анҷом додаанд.

**Усули таҳқиқот.** Барои муайян кардани кадри мутлақ ва параметри фотометрии комета ба мо кадри чашмдид (зоҳирӣ)-и ондар як давраи пурраи мушоҳида (як даври гардиши комета дар атрофи Офтоб) зарур аст. Бояд қайд намуд, ки аксарияти кометаҳои кӯтоҳдавр дорои ҳаҷми ҳастаи на он қадар бузург мебошанд, бинобар мушоҳидаи чунин кометаҳо наҳама вақт имконпазир негардад.

С.К. Всехсвятский ва шогирдони ӯ аз формулаи С.В. Орлов, ки тақрибӣ муодилаи Н.Погсон мебошад, истифода бурда кадри мутлақ ва параметрҳои фотометрии аксар кометаҳои кӯтоҳдаврро муайян кардаанд. Формула чунин шакл дорад [2].

$$m_o = m - 10lgr - 5lgp,$$

параметри фотометрии комета бошад аз муодилаи зерин ёфта мешавад:

$$m_o + nlgr = m - 5lgp$$

ки дар инҷо  $m_o$  — кадри мутлақи ситорагӣ,  $n$  — параметри фотометрӣ,  $m$  — кадри чашмдид,  $r$  — масофаи ҳастаи комета аз Офтоб ва  $r$  — масофаи ҳаста аз Замин мебошад.

О.В. Добровольский барои алоқамандии параметрҳои фотометрии кометаҳо аз хурҷи офтобӣ таҳқиқоти ҷолибе анҷом дода, барои саҳеҳ муайян саҳеҳ муайян кардани зарби коррелятсия байни ин параметрҳо қонунияти зеринро пешниҳод кардааст [4]:



барои хатогиро ҳисоб кардан баробарии зерин истифода мешавад

$$r = \frac{N_{mW}N - N_WN_m}{\sqrt{\bar{N}_W\bar{N}_W\bar{N}_m\bar{N}_m}}$$

$$\sigma = \frac{1 - r^2}{\sqrt{y}}$$

ки дар ин чо  $N_{mW}$  – миқдори интервалҳо бо максимуми  $W$  ва  $m$ ,  $N_W$  – миқдори интервалҳо бо максимум  $W$ , ва бе максимуми  $m$ ,  $N_m$  – миқдори интервалҳо бе максимуми  $m$ ,  $N_m$  – миқдори интервалҳои бе максимуми  $W$ , аммо бо максимуми  $m$ ,  $\bar{N}_W$  – миқдори умумии интервалҳо бо максимуми  $W$ ,  $\bar{N}_W$  – миқдори интервалҳо бе максимуми  $W$ ,  $\bar{N}_m$  – миқдори интервалҳо бе максимуми  $m$ ,  $\bar{N}_m$  – бе максимуми  $m$  ва  $y$  – миқдори умумии интервалҳо мебошад.

**Натиҷаҳои тадқиқот.** Кометаи 51P/Харрингтон (минбаъд 51P) яке аз кометаҳои кӯтоҳдавриюилаи Муштарӣ буда, 14 августи соли 1953 аз қониби астрономи амрикоӣ Роберт Харрингтон дар расадхонаи Паломари ИМА, кашфшудааст [2]. Даври гардиши он дар атрофи Офтоб ба 7,1 сол баробар буда [23], аз рӯзи кашфаш 11 маротиба дар атрофи Офтоб давр зада, танҳо дар бозгашти солҳои 1967 ва 1974 мушоҳиданашудааст.

Зикр кардан ба маврид аст, ки кометаи мазкур дар ин муддат якчанд маротиба ба сайёраи азимӣ Низоми Офтобӣ - Муштарӣ наздик шуда аст. Зери таъсири қувваи ҷозибаи Муштарӣ баъзе аз элементҳои мадори кометаи 51P тағйир ёфтааст. Натиҷаи тағйирёбии дар қадвали 1 ва 2 нишон дода шудааст.

**Қадвали 1. - Элементҳои мадори кометаи кӯтоҳдаври 51P/Харрингтон [18]**

№, р/т	T, вақти ҷаҳонӣ	q, в.а.	P, сол	i, град.	e	ω, град.	Ω, град.
1	953, Сент. 22.4	1.691	6.90	11.59	0.536	219.58	136.60
2	1960, Июн 29.6	1.583	6.81	8.68	0.559	232.76	119.21
3	980, Дек. 24.0	1.604	6.86	8.64	0.556	233.04	119.63
4	987, Окт. 31.7	1.596	6.84	8.65	0.557	233.05	119.61
5	994, Авг. 23.2	1.572	6.78	8.66	0.561	233.45	119.26
6	001, Июн 05.7	1.568	6.77	8.66	0.562	233.59	119.18
7	008, Июн 18.4	1.687	7.13	5.43	0.544	269.17	83.77
8	015, Авг. 12.7	1.699	7.16	5.42	0.542	269.29	83.69

Дар қадвали 1,  $T$  – лаҳзаи гузариши комета аз нуқтаи перигелии мадор,  $q$  – масофаи перигелии комета бо  $v.a.$ ,  $P$  – даври гардиши комета дар атрофи Офтоб бо солҳо,  $i$  – моилии мадори комета нисбат ба ҳамвори эклиптика бо градус,  $e$  – эксцентриситети мадори кометаи 51P,  $w$  - аргументи пери-

гели ва  $W$  - тӯли гиреҳи фароз бо градусҳо оварда шудааст.

Аз қадвали 1 чунин натиҷагирӣ кардан мумкин аст, ки аксари элементҳои мадори кометаи 51P дар 8 даври мушоҳида хело тағйир ёфтаанд. Тағйирёбии бархе аз элементҳои мадор дар қадвали 2 нишон дода шудааст.

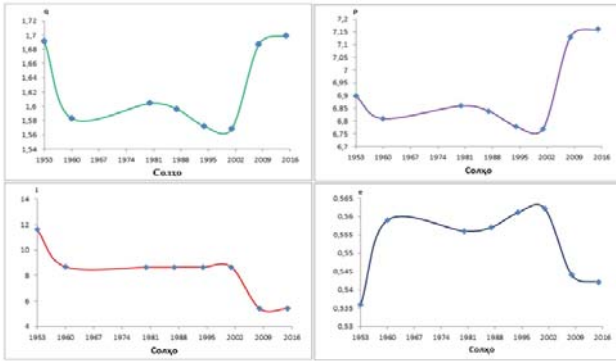
**Қадвали 2. - Тағйирёфтани бархе аз элементҳои мадори кометаи 51P аз рӯи мушоҳида**

q, в.а.		e			P, сол			i, град.			
1.625	+0.074	Зиёдшавӣ	0.55212	+0.0098	Бештар зиёдшавӣ	6.9	+0.26	Нисбатан зиёдшавӣ	8.21	+3.3	Нисбатан зиёдшавӣ
	-0.057	Хело камшавӣ		-0.0016	Хело камшавӣ		-0.13	Камшавӣ		-2.8	Камшавӣ

Хамаи ҳодисаҳои дар сатҳи кометаҳо гузаранда, дар зери таъсири сели корпускулярии Офтоб ба амал меояд. Аз ин лиҳоз солҳои 1994 ва 2001 дар ҳастаи кометаи 51P заволи он ба қайд гирифта шуд.

Таҳлили расми 1 нишон медиҳад, ки параметрҳои элементҳои мадори комета зери таъсири сайёраи Муштарӣ назаррас тағйир ёфтааст.

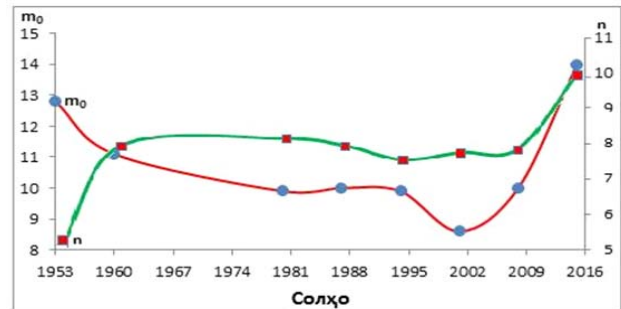
Мувофиқи тадқиқотҳои А.Ф. Заусаев [6]



Расми 1. Тағйирёбии бархе аз элементҳои мадорикометай 51P дар давраи мушоҳида

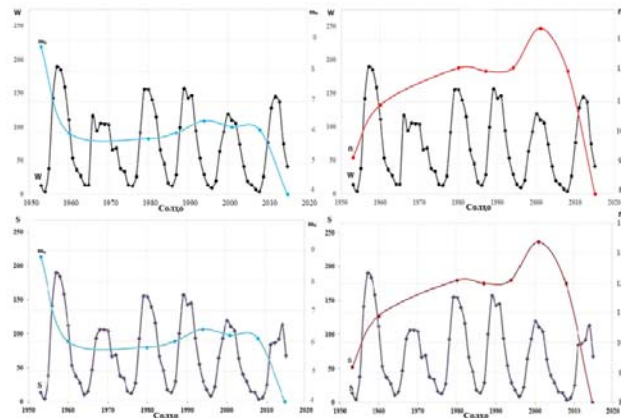
комета соли 2003 ба сайёраи Муштарӣ ба масофаи 0.3 в.а. наздик шудааст. Худи ҳамон сол якбора дурахшонии комета афзудааст. Тадқиқотҳо нишон додаанд, ки ҳастаи комета худи ҳамон сол ба заволёби оғоз кардааст. Дар графике, ки дар расми 2 оварда шудааст, дурахшонии мутлақикомета аз  $12.8^m$  ба  $8.8^m$  қадри ситорагӣ тағйир зиёд шудааст. Дурахшонии комета нисбат ба дигар даврҳои пайдоиш қариб 4 маротиба афзудааст. Аз таҳлилҳои гузаронида маълум гашт, ки хангоми мушоҳидаҳои солҳои 1994 ва 2001 дурахшонии комета якбора баланд мешавад, ки он ба порашудани ядроии комета вобаста буда, сабаби пора шудани ядроии он бошад, дар ҳар як даври бозгашт ба самти Офтоб ба сайёраи Муштарӣ наздик шудан ва дар зери таъсири қувваи ҷозибаи он қарор гирифтани комета мебошад.

Дар кометаҳои кӯтоҳдавр хоси якбора дурахшон шудани онҳоро ягон қонуният маънидод намекунад. Аммо тадқиқотҳои Х.И. Ибодинов, А.С. Гулиев ва А.Ф. Сафаров [3, 7, 11] нишон доданд, ки новобаста аз пӯшида шудани сатҳи ҳастаи кометаҳои кӯтоҳдавр бо пӯстлохи мушкилгудоз, онҳо пайваستا бо селҳои метеороидӣ бархӯрд намуда, тарқишҳои дурахшонӣ ба қайд гирифта мешавад. Сафаров ва Гулиев [11] нишон доданд, ки ҳастаи кометаҳои кӯтоҳдавр бо селҳои метеороидӣ аниқ бархӯрд мекунанд. Аз ин рӯ ба хулоса омадан мумкин аст, ки сабаби талафи ҳастаи кометай 51P на танҳо ҷозибаи сайёраи Муштарӣ балки бархӯди ҳастаи комета бо дигар чирм шудан метавонад. Тағйирёбии элементҳои мадор пайваستا кометаро ба сайёраи Муштарӣ наздик мекунанд.



Расми 2. Лапишиқадримутлақи дурахшонии кометай 51P ( $m_0$ ) ва параметри фотометрии он ( $n$ ) аз вақт нишон дода шудааст.

Натиҷаи тадқиқоте, ки аз расми 3 ба даст оварда шуд нишон медиҳад, ки дурахшонии қадри мутлақи кометай 51P надар ҳама вақт баробар аст, балки лапишҳои муайянеродорост. Аз ин лиҳоз аз рӯи хати қадри дурахшонӣ муайян кардани ягон навъ вобастагӣ бо дигар ҳодисаҳо басо душвор аст. Зеро қиммати дурахшонии қадри мутлақи кометай 51P дар ҳамаи давраи мушоҳида қариб  $1.2^m$  қадри ситорагӣ кам шудааст.



Расми 3. Вобастагии лапиши қадри мутлақи ( $m_0$ ) дурахшонии кометай 51P ва параметри ( $n$ ) фотометрии он аз адади Волф ( $W$ ), масоҳати доғҳои Офтоби ( $S$ ) ва вақт нишон дода шудааст.

Барои фаҳмидани равандҳои физикии сатҳи кометаҳо ва ҳодисаҳои астрофизикӣ дар онҳо омӯзиши робитаи байни параметрҳои хурӯҷҳои Офтобӣ ва параметрҳои комета, ки дар ин кор бо роҳи ҳисоб кардани зарби коррелятсия анҷом дода шудааст, аҳмияти калони илмиро доро буда, барои фаҳмидани равандҳои физикие, ки ин вобастагӣҳоро муқаррар мекунанд ва ҳодисаҳое, ки бо кометаҳо алоқаманд ҳастанд, заминаи воқеӣ мегузорад.



**Чадвали 3.- Афтиши дурахшони асрии кометаи 51P/Харрингтон**

Тӯли мушоҳида	Даври миёнаи мадор (сол)	$m_0$ (Дар тамоми давраи мушоҳида)	$m_0$ (Дар яқум даври мушоҳида)	$m_0$ (Дар даври охири мушоҳида)
1953– 2015	6.90	-1,2	12,8	-2,8

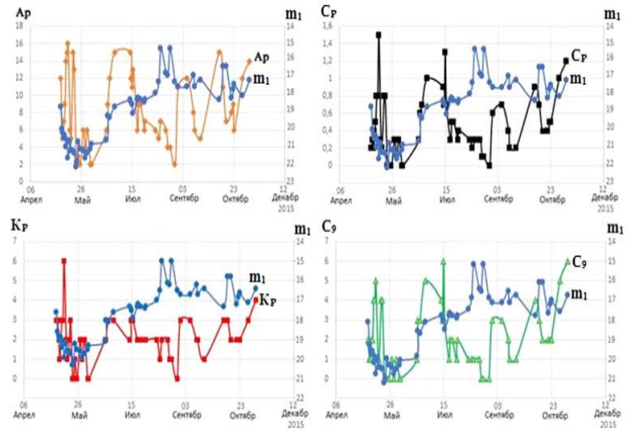
**Чадвали 4. - Коррелятсияи қадри мутлақи кометаи 51P/Харрингтон ( $m_0$ ) ва параметри фотометрии он ( $n$ ) аз адади Волф ( $W$ ) ва масоҳати доғҳои Офтобӣ ( $S$ )**

Қадримутлақиситорағӣ						Параметри фотометрӣ					
S			W			S			W		
$\gamma$	r	$\sigma$	$\gamma$	r	$\sigma$	$\gamma$	r	$\sigma$	$\gamma$	r	$\sigma$
8	0.57	0.23	8	0.52	0.26	8	0.91	0.06	8	1.04	-0.02

Индексҳои фаъолияти геомагнитӣ ченаки миқдори фаъолияти геомагнитӣ буда, барои тавсифи тағирёбии майдони магнитии Замин дар натиҷаи таъсири ҷараёни плазмаи офтобӣ (шамоли офтобӣ) ба магнитосфераи Замин, тағйирот дар дохили магнитосфера ва таъсири мутақобилаи магнитосфера ва ионосфера пешбинӣ шудааст.

Барои муфассал омуктан ва муайян кардани робитаи байни фаъолиятнокии ҳастаикометаҳо ва хурӯчи Офтоб мо ҳамчун параметрҳои физикии комета - қимати параметри фотометрӣ ( $n$ ) ва дурахшони қадримутлақ ( $m_0$ )-ро гирифтаем. Ба сифати хурӯчи Офтоб бошад, адади Волф ( $W$ ), масоҳати доғҳо ( $S$ ),  $AA$ -нишондиҳандаи фаъолнокии хурӯчи офтобӣ ва хурӯчи мутлақи офтобӣ дар дарозии мавҷи 10.7 см вачаҳорнишондиҳандаи фаъолнокии сайёраҳо ( $A_p$ ,  $K_p$ ,  $C_p$  ва  $C_9$ ) гирифта шудааст [14, 15, 22].

Қиматҳои мушахаси хурӯчи офтобӣ аз маркази маълумоти ҷаҳонии физикаи Офтоб ва сайёраҳо гирифта шудаанд, ки маъ-



Расми 4. Лаппиши бузургии дурахшони мутлақ ( $m_0$ )-и кометаи 51P аз рӯи параметрҳои фаъолиятнокии геомагнитӣ ( $A_p$ ,  $K_p$ ,  $C_p$  ва  $C_9$ )

лумоти муфассалро дар сомонаи ([http://www.wdcb.ru/stp/solar/solar\\_activity.ru.html](http://www.wdcb.ru/stp/solar/solar_activity.ru.html)) метавон пайдо намуд. Дар ин қор ҳамзамон алоқамандии параметрҳои фотометриикометаи 51P аз индексҳои сайёравӣ низ таҳлил карда шуданд, ки натиҷаи он дар чадвали 5 оварда шудааст.

**Чадвали 5. - Вобастагии дурахшони ( $m_0$ )-и кометаи 51P аз афканишоти геомагнитии сайёравӣ**

Комета	Ap			Cp		C9		Kp	
	$\gamma$	r	$\sigma$	r	$\sigma$	r	$\sigma$	r	$\sigma$
51P	54	0.87	0.03	0.91	0.06	0.91	0.06	0,84	0,03

Қимати зариви  $r$  коррелятсия ченаки ҳисобӣ мебошад, дар ҳолати  $r = 1$  шудан, ҳолатҳо бо ҳам алоқаманд мебошанд, яъне параметрҳои фотометрӣ аз хурӯчи Офтоб вобастаанд. Дар чунин ҳолат хати қадримутлақии комета бо хурӯчи Офтоб мувофиқат мекунад. Ҳангоми  $r = 0$  будан, ҳоди-

саҳо ба ҳамдигар мувофиқат намекунад. Агар  $r = -1$  бошад, пас алоқамандии баръакс ҷой дорад, яъне пайдоиши як ҳодиса ба дигаре тамоман мувофиқат намекунад. Маҳз ҳамин ҳулосаҳо меъёри асосии ошкор намудани алоқаи байни ҳодисаҳои махсуси кометаҳоро аз хурӯчи Офтоб муайян мена-



мояд.

Барои таҳлил намудани робитаи аниқӣ фаъолиятнокии ҳастаи кометаҳо аз хуручи Офтоб бузургии дурахшони мутлақи кометаи 51P дар соли 2015 муфассал омӯхта шуда, инчунин вобастагии дақиқи бузургии дурахшони мутлақи комета аз омилҳои беруна низ муайян карда шуд.

Дар кори илмии мазкур ба сифати параметри физикии комета қиммати бузургии мутлақи ситораги ( $m_o$ ) ва параметри фотометрии ( $n$ ) ва ба сифати хуручи офтоби ҷаҳор параметрии индексҳои сайёравӣ гирифта шудаанд [14, 17, 22]. Индекси ( $K_p$ ) индекси сайёравӣ аст, ки ҳамчун миёнаи дараҷаи ҳалалдоршавии ду ҷузъи уфуқи майдони геомагнитӣ қабул шуда, дар 13 расадхонаи интихобшудаи магнитии дар минтақаи субароралӣ ҷойгиршуда дар ҳудуди арзҳои геомагнитии аз  $48^\circ$  то  $63^\circ$ -и шимолӣ ва ҷанубӣ мушоҳида шуда, муайян карда мешавад. Индекси  $A_p$  бошад, бо ҳисоби миёна ҳашт қимати  $A_p$  дар як рӯз ба даст оварда мешавад ва бинобарин ба амплитудаи миёнаи шабонарӯзии вайроншавии майдони магнитии Замин бо миқёси ҳагтӣ баробар аст.  $A_p$  бо нанотесла дар ҳудуди қиматҳои аз 0 то 280 нТл муайян карда мешавад. Индекси  $C$  бошад соддатарин шохаи фаъолияти геомагнитӣ мебошад, ки вай тағйирёбии майдони геомагнитиро дар давоми рӯз тавсиф мекунад ва дорои ҷадвали себаллӣ (0, 1, 2). Дар ҳар як расадхона магнитолог «бо ҷашм» дар як шабонарӯз тағйирёбии майдони геомагнитиро ҳисоб мекунад. Сабтҳои оромтарини майдони геомагнитӣ бо сифр ва тӯфониаш бошад, аз 1 то 2 қимат мегирад. Ин хусусият аксар вақт субъективӣ аст.

Дар асоси мушоҳидаҳои кометаи 51P, ки аз моҳи апрел то декабри соли 2015 гузаронида шуданд, хатҳои каҷидурахшони ядроии комета ва индексҳои сайёравӣ тартиб дода шуданд. Дар расми 4 нишон дода шудааст, ки дар ҳамаи нуқтаҳои хатҳои каҷидурахшони ядроии комета ва индексҳои сайёравӣ қариб ба ҳам мувофиқат мекунанд. Дар асоси графикҳои расми 4 зарби коррелятсия равшани ядроии кометаи 51P аз рӯи параметрҳои индексҳои сайёравӣ ҳисоб карда

шудаанд, ки натиҷаҳои ба даст омада дар ҷадвали 5 оварда шудаанд.

**Муҳокимаи натиҷаҳо ва хулосаҳо.** Натиҷаҳои дар ҷадвалҳои 1, 2, 3, 4 ва 5 оварда шударо таҳлил намуда, барои комета 51P ба ҷунин хулоса омадан мумкин аст, ки байни параметрҳои интихобшудаи қиммати бузургии мутлақи ситорагии комета ( $m_o$ ) ва параметри фотометрии он ( $n$ ), инчунин индексҳои сайёравӣ хуруҷҳои офтобӣ алоқамандии қариб дақиқ мавҷуд аст.

Натиҷаҳои расми 3 нишон доданд, ки хатҳои каҷидурахшони дурахшони мутлақи кометаи 51P на дар ҳама вақт, балки бо ҳодисаҳои мушаххаси хуруҷи Офтобӣ гуногун аст. Дар тамоми давраи мушоҳидаҳо (дар 8-умин баргашт ба Офтоб) суръати афтиши дурахшони дар ҳар як давр гуногун аст. Тадқиқотикайҳонии баъзе кометаҳои кӯтоҳдавр [17], ба монанди кометаҳои 1P/Халлей, 19P/Борреллӣ, 67P/Чурюмов-Герасименко, нишон доданд, ки сатҳи ядроии кометаҳо, ҷунон ки пештар муқаррар карда шуда буд, пурра бо қишри мушкилгудоз пӯшонидани намешаванд [5, 7, 8, 16]. Ҳамаи ин ҳодисаҳо бо баъзе параметрҳои хуруҷҳои офтобӣ алоқаманданд. Сарфи назар аз таъсири Офтоб ва фаъолияти ҳуди ядроии кометаи 51P, бузургии дурахшони мутлақи комета бо суръат кам мешавад, дар тамоми давраи мушоҳида равшани комета тақрибан  $1.2^m$  дараҷа кам шуда истодааст.

Мо дар гузашта барои як қатор кометаҳои кӯтоҳдаврӣ ҳамин гуна тадқиқотро гузарондабудем. Натиҷаҳо, ки барои кометаҳои кӯтоҳдаври 2P, 4P, 6P, 7P, 9P, 10P, 17P, 19P, 21P, 26P, 41P, 45P, 46P, 51P, 67P, 73P ва 81P ба даст оварда шуданд, қиматҳои як хел вобастагиро нишон медиҳад [1, 9, 10, 19]. Бояд қайд намуд, ки дар ин тадқиқот мо ба сифати параметрҳои хуруҷи офтобӣ адади Волф ( $W$ ), масоҳати доғҳои офтобӣ ( $S$ ),  $AA$ -индекси фаъолияти офтобӣ нишондиҳандаи фаъолнокии хуруҷи офтобӣ ва хуруҷи мутлақи офтоби дар дарозии мавҷи  $F_{10.7}$  (2800 МГц) - ро интихоб карда, будем. Дар асоси тадқиқотҳои гузаронидашуда доир ба кометаи кӯтоҳдаври 51P ба хулосае омадан мумкин аст, ки ба он фаъолиятно-



кии Офтоб танҳодарҳолатҳоимушаххас таъсир мерасонад.

Натиҷаҳо аз зарби коррелятсияи индексҳои фаъолияти Офтоб ва сайёраҳо ба даст омада нишон дод, ки ба дурахшони кометаи 51P, бузургии мутлақ ва параметри фотометри пурр таъсир мерасонад.

Натиҷаҳои ба даст овардашуда бо маълумотҳои қаблан аз тарафи мо [1, 9, 10, 19] ва дигар тадқиқотчиёни кометаҳо [2, 4, 5, 7, 8, 12, 13, 20, 21] ба даст оварда шуда, мувофиқати хуб доранд. Муқоисаи бевоситаи тағйироти мушоҳидашудаи равшани мутлақикометаи 51P бо суръати ҷараёни дар фазои назди Замин ченшаванда (индексҳои сайёравӣ)-низ алоқаманди дорад.

Аз таҳлилҳои гузаронида маълум гашт, ки ҳангоми мушоҳидаҳои солҳои 1994 ва 2001 дурахшони комета якбора баланд меша-

вад, ки он ба порашудани ҳастаи комета оварда мерасонад. Сабаби пора шудани ҳастаи кометаи 51P, эҳтимолан ба сайёраи Муштариназдиқудан ва дарзери таъсири қувваи ҷозибаи он қарор гирифтани он буда метавонад. Инчунин эҳтимоли бештар ин бархӯрди ҳастаи комета бо дигар чирмҳои хурди низоми офтобӣ мебошад.

Пас аз таркиши ҳаста ба атмосфераи комета миқдори зиёди газ ва ҷанг партофта шудааст, ки дурахшони кометаро афзудааст. Аз ҳамин сабаб қудри мутлақи комета ва параметри фотометрии вай, ки нишондиҳандаи суръати тағйирёбии ихроҷи мода аз ҳаста бо тағйирёбии масофаи офтоб-марказӣ мебошад, назаррас тағйир ёфтааст. Маҳз чунин раванҳои катастрофи умри кометаҳои кӯтоҳдаврро боз ҳам бештар камтар мекунад.

#### Адабиёт

1. Аюбов Д.К. Вариация блеска фотометрических параметров кометы 4P/Фая и Солнечная активность / Д.К. Аюбов // Вестник педагогического университета, серия естественных наук. – 2022. – №4(16). – С. 190-196.
2. Всехсвятский С.К. Физические характеристики комет / С.К. Всехсвятский. – М.: Наука. – 1958. – 575 с.
3. Гулиев А.С. Столкновение с метеороидами как один из возможных механизмов распада кометных ядер / А.С. Гулиев // Кинематика и физика небесных тел. – 2017. – Т. 33. – №4. – С. 68-80.
4. Добровольский О.В. Кометы / О.В. Добровольский. - М.: Наука. – 1966. – 260 с.
5. Добровольский О.В. Вековое падение блеска и строение ядер периодических комет / О.В. Добровольский, Х.И. Ибадинов, С.И. Герасименко // ДАН ТаджССР. – 1984. – Т. 27. – №4. – С. 198-200.
6. Заусаев А.Ф. Каталог орбитальной эволюции короткопериодических комет с 1900 по 2100 гг / А.Ф. Заусаев, А.А. Заусаев. – М.: Машиностроение – 1, – 2005, – 346 с.
7. Ибадинов Х.И. Дезинтеграция кометных ядер / Х.И. Ибадинов // Автореферат докторской диссертации. – Москва. – ИКИ РАН. – 1998. – 40 с.
8. Рахмонов А.А. Эволюция ядер комет на основе результатов лабораторного моделирования и космических исследований / А.А. Рахмонов, Х.И. Ибадинов, А.Г. Сафаров // Вестник ТНУ, серия естественных наук. – 2017. – № 1/3. – С. 149-154.
9. Сафаров А.Г. Эволюция фотометрических параметров короткопериодических комет 2P/Энке и 7P/Понса-Виннеке и Солнечная активность / А.Г. Сафаров, Д.К. Аюбов // Вестник ТНУ, серия естественных наук. – 2020. – №2. – С. 149-157.
10. Сафаров А.Г. Определение коэффициента корреляции фотометрических параметров избранных комет семейства Юпитера с солнечной активностью / А.Г. Сафаров, Д.К. Аюбов // Вестник ТНУ, серия естественных наук. – 2022. – №2. – С. 174-184.
11. Сафаров А.Г. Столкновение ядер комет с метеорными потоками / А.Г. Сафаров, А.С. Гулиев // Вестник ТНУ, серия естественных наук. – 2022. – №2. – С. 165-183.
12. Чурюмов К.И. О неравномерном распределении вспышек яркости комет по гелиоцен-



- трическому расстоянию / К.И. Чурюмов, В.С. Филоненко // *Астрономический Вестник*. – 1997. – Т. 31. – №1. – С. 43-45.
13. Чурюмов К.И. Вековые вариация блеска периодических комет как следствие дезинтеграции их пылеледяных ядер и влияние Солнечной активности / К.И. Чурюмов, В.С. Филоненко, Л.С. Чубко // *Кинематика и физика небесных тел*. – 2008. – Т. 24. – № 6. – С. 463-468.
14. Ataz T. Flare Index of Solar Cycle 22 / Т. Атаз, А. Цзгъз // *Solar Physics*. – 1998. – Vol. 180. – P. 397-407.
15. Bartels J. The standardized index Ks, Geomagnetic Indices K and C and the planetary index Kp / J. Bartels // *IATME Bull.* – 1949. – No. 12. – P. 97-120.
16. Ibadinov Kh.I. Laboratory studies of gas-dust jets formation on cometary nucleus surface / Kh.I. Ibadinov, A.A. Rahmonov // *Advances in Space Research*. – 2002. – Vol. 29. – P. 705-708.
17. Keller H. Cometary Nuclei - From Giotto to Rosetta / H. Keller, E. Kührt // *Space Sci. Rev.* – 2020. – V. 216. – Iss. 14, – P. 1-26.
18. Marsden B.G. Catalogue of cometary orbits. / B.G. Marsden, G.V. Williams // 11<sup>th</sup> ed - IAU Minor planet center, Cambridge, USA, 2008.
19. Safarov A.G. Determination of the correlation coefficient of selected short-periodic comets of the Jupiter family and solar activity A.G. Safarov, D.K. Ayubov // *Advances in Astronomy and Space Physics*. – 2022. – V 12. – P. 3-7.
20. Sekanina Z. Secular variations in the absolute brightness of short-periodic comets / Z. Sekanina // *Bulletin Astron. Inst. Czechk.* – 1964. – Vol. 15. – P. 1-7.
21. Svoren J. Secular variations in the absolute brightness of short-period comets / J. Svoren // *Contrib. Astron. Observ. Skalnaté Pleso*. – 1979. – No 8. – P. 105-140.
22. Troshichev O.A. Magnetic activity in the polar cap – A new index. / O.A. Troshichev, V.G. Andrezen, S. Vennerstrom, E. Friis-Christensen // *Planet. Space Sci.* – 1988. – Vol. 36. – P. 1095-1119.
23. Weissman P.R. Structure and density of cometary nuclei / P.R. Weissman, E. Asphaug, S.C. Lowry // *Comets II*. Eds. Festou M.C., Keller H.U., Weaver H.A. – Tucson: Univ. of Arizona Press. – 2004. – P. 337-357.

**ВАРИАЦИЯ БЛЕСКА ФОТОМЕТРИЧЕСКИХ ПАРАМЕТРОВ КОМЕТЫ 51P/ХАРРИНГТОН И СОЛНЕЧНАЯ АКТИВНОСТЬ АЮБОВ ДОНИШ КОСИМОВИЧ**  
научный сотрудник отдела физика комет и астероидов Института астрофизики Национальной академии наук Таджикистана, 736063, г. Душанбе, пр. Айни 299/5, Тел.: (+992) 919895356. E-mail: [donishmand01@mail.ru](mailto:donishmand01@mail.ru)

Работа посвящена вариацию блеска фотометрических параметров кометы 51P/Харрингтона от некоторых индексов солнечных и планетарных активностей.

**Цель работы:** посвящён исследованию вариации блеска и определение коэффициента корреляции между блеском, абсолютной звёздной величины и фотометрическим параметром кометы 51P/Харрингтон от некоторых солнечных и планетарных индексов активностей.

**Результаты исследования:** установлено, что на вариацию блеска кометы очень сильно влияет солнечная активность. Выявлено,

что блеск кометы полностью взаимосвязано со степенью возмущённости магнитного поля, который оценивается планетарными индексами. Значение коэффициента корреляции солнечных и планетарных индексов активностей полностью влияют на блеск кометы, абсолютной звёздной величиной и фотометрического параметра кометы 51P/Харрингтон.

**Ключевые слова:** комета 51P/Харрингтон, ядро, блеск, фотометрический параметр, абсолютная звёздная величина, активность Солнца, планетарные индексы, коэффициент корреляции



**VARIATION IN THE BRIGHTNESS OF THE PHOTOMETRIC PARAMETERS OF COMET 41P/HARRINGTON AND SOLAR ACTIVITY  
AYUBOV DONISH KOSIMOVICH**

Researcher, Department the Physics of Comets and Asteroids of the Institute of Astrophysics of the National Academy of Sciences of Tajikistan, 736063, Dushanbe city, 299/5 Ainist.,  
Phone.: (+992) 919895356. E-mail: [donishmand01@mail.ru](mailto:donishmand01@mail.ru)

The work is devoted to the variation of the brightness of the photometric parameters of comet 51P/Harrington on some indices of solar and planetary activities.

**Purpose of the work:** is devoted to the study of brightness variations and the determination of the correlation coefficient between the brightness, absolute stellar magnitude and photometric parameter of comet 51P/Harrington from some solar and planetary activity indices.

**Results of the study:** It has been established that solar activity strongly influences the brightness

variations of the comet. It was found that the brightness of the comet is completely interconnected with the degree of disturbance of the magnetic field, which is estimated by planetary indices. The value of the correlation coefficient of the solar and planetary activity indices completely affect the brightness of the comet, the absolute magnitude and the photometric parameter of the 51P/Harrington comet.

**Key words:** comet 51P/Harrington, nucleus, brightness, photometric parameter, absolute magnitude, solar activity, planetary indices, correlation coefficient.

*Аюбов Дониш Қосимович - ходими илмии шуъбаи физикаи кометаҳо ва астероидҳои Институти астрофизикаи Академияи миллии илмҳои Тоҷикистон, 736063, ш. Душанбе, х. Айни 299/5, Тел.: (+992) 919895356. E-mail: [donishmand01@mail.ru](mailto:donishmand01@mail.ru).*

*Аюбов Дониш Қосимович - научный сотрудник отдела физика комет и астероидов Института астрофизики Национальной академии наук Таджикистана, 736063, г. Душанбе, пр. Айни 299/5, Тел.: (+992) 919895356. E-mail: [donishmand01@mail.ru](mailto:donishmand01@mail.ru)*

*Ayubov Donish kosimovich- Researcher, Department the Physics of Comets and Asteroids of the Institute of Astrophysics of the National Academy of Sciences of Tajikistan, 736063, Dushanbe city, 299/5 Ainist., Phone.: (+992) 919895356. E-mail: [donishmand01@mail.ru](mailto:donishmand01@mail.ru)*

**ФАРҲАНГИ МИЛЛӢ ҲАМЧУН РАМЗИ МАЪНАВИИ МИЛЛАТ**

**Ҳайдаров Б.Ф**

Кафедраи фанҳои гуманитарии Муассисаи давлатии таълимии “Коллеҷи тиббии шаҳри Ҳисор”

**Муҳимият.** Дар замоне, ки ҷаҳонро фарҳанги глобалӣ фаро гирифтааст, ҳар як халқ ва миллат кушиш менамояд, ки дар доираи ин тамоюлҳо мавқеи фарҳанги миллии худро нигоҳ дорад ва онро ҳамачониба пеш барад, зеро маҳз тавассути фарҳанг миллат метавонад худро дар системаи миллатҳо муаррифӣ намояд. Дар ҷомеаи имрӯзи ҷаҳон, кӯшишҳои мутлақ нишон додани нақши дин ва тамоми фарҳанги ҷомеаро ба дин нисбат додан ба он ҳамчун дастоварди милли ба мушоҳида мерасад, ки ин нуқта бо ҳақиқати таърихии гузашта рост намеояд,

зеро тоҷикон маданияти то исломӣ доштанд ва он арзишҳои бузурги миллиро дар худ таҷассум мекунад. [14,8] Ҷанбаҳои қадимаи фарҳанги миллии тоҷикон дар асарҳои олимони маъруф ба монанди Бартолд, Пигулевский Н.В., Ким М. [10] ва дигар тадқиқотчиёни замони Шуравӣ ҷои муҳимро ишғол намуд. [6,7,13] Инчунин дар омузиши фарҳанги тоҷикон олимони тоҷик М.Шукуров, Нурҷонов Н., Ҷалилов, Ҳ. Назаров, С. Раҷабов саҳми босазо гузоштанд. [12,14] Масъалаи рушди фарҳанги милли ва омузиши тамаддуни тоҷикон дар ҷунин асарҳои

Пешвои миллат ба монанди «Уфукҳои истиклол», «Истиклолият неъматӣ бебаҳост», «Тоҷикистон: 10-соли истиклолият, ваҳдати миллӣ ва бунёдкорӣ», «Ваҳдат, сулҳ ва бунёдкорӣ мароми мост!», «Тоҷикон дар оинаи таърих. Аз ориён то Сомониён» [1,2,3,4] ва дигар тадқиқотҳои Пешвои миллат мавриди таҳлили дақиқи илмӣ қарор гирифтааст. Вобаста ба нақши азими фарҳанг дар эҷоди ҳуввияти миллӣ тадқиқотҳои олимони дар ин самт имруз низ мубрамияти худро аз даст наводаанд ва мо тасмим гирифтаем дар мақолаи мазкур аҳамияти рушди фарҳангро барои ҷомеаи муосир баррасӣ намоем.

Дар шароите, ки сарҳади аз ҳудуди сарҳадҳои расмӣ берун шуда, дар дигар давлатҳо паҳн мегардад, ҳифзи арзишҳои миллии фарҳанги қисми муҳими сиёсати давлатро тақозо мекунад. Фарҳанги тоҷикон таърихи қадима дорад ва далелҳои ин таърихро мо дар бозёфтҳои остоншиносон мушоҳида менамоем. Онҳо дар Панҷакенти бостонӣ (маданияти давраи сангу миси Саразм), доманакӯҳи Кабудтоғи Туркменистон (маданияти давраи нави сангии Чайтун), Олтинтеппа (маданияти ҳавзаи Мурғобу Марв), Намозгоҳтеппа (қисмати ғарбии дарёи Таҷан), тамаддуни археологӣ Марғуш-Бохтар, бошишгоҳҳо ва маҳалҳои аҳолинишин дар резишгоҳи рӯди Мурғоб (Балхоб, Самангонрӯд, Чаганрӯд, Шерободу Ому), соҳилҳои миёнаи рӯди Ому, Сафолтеппа, Ҷаркутан, Даштлӣ, маданияти давраи неолити Хоразми қадим (Ҷонбозқалъа, Чакил, Оқчадар, Бӯрли), бошишгоҳи Сарғозон дар наздикии Самарқанд, Теппаи Ҷозиёни Ҳисор ва водии он – Тутқабул, Норақ, Соӣ Сайёд, Дараи Шӯр, Кангурт, Бӯлени Поёни ноҳияи Данғара ва Кӯлобро кашф карданд.[5,7] Принципҳои ориёии рафтор ва фарҳанги миллӣ ба монанди “пиндори нек, гуфтори нек, рафтори нек” дастоварди абадии миллати тоҷик мебошанд, ки дар масири як хатти таърих тамоми наслҳоро бо ҳам мепайвандад. Маҳз дар доираи фарҳанг мо метавонем ҷаҳонбинии миллӣ, муносибати вай бо ҷомеа, таҳми мулпазирии вай, механизмҳои рафтори вай нисбати дигар фарҳ-

анҳо, устувории фарҳанги хусусии шаҳрванд муайян намоем. Вазифаи асосии фарҳанги муосирро дар ин самт мо дар якҷанд нуқтаи калидӣ мебинем:

-аввалан шаҳрвандон бояд аз фарҳанги бостонии миллӣ оғаҳ бошад, онро ҳамчун арзиши таърихӣ ва намунаи фарҳангӣ посдоранд ва дастоварди бехтарини онро сармашқи ҳаёти ҳаррузаи худ гардонанд;

-дуввум, дар шароити ҷаҳони глобалӣ бояд тамаддуни гузаштара ҳифз намуд ва дастовардҳои онро дар арсаи тамаддуни ҷаҳонӣ муаррифӣ намуд.

Пешвои миллат дар Паёми худ аз соли 2021 қайд намуданд, ки «тоҷикон фарҳанги бисёр ғанӣ ва таърихи басо пурифтихори бостонӣ доранд. Масалан, танҳо таърихи 5500 – солаи Саразм, ки аз ҷониби олимони сатҳи ҷаҳонӣ, марказҳои муътабари илмии дунё ва созмони бонуфузи байналмилалӣ ЮНЕСКО эътирофу тасдиқ шудааст, далели раднопазир ва бебаҳси қадимӣ будани миллати тоҷик мебошад. Арҷ гузоштан ба фарҳангу таърихи бостонии миллат ва омӯхтани он, инчунин, аз худ кардани мероси ҷовидонаи садҳо ва ҳазорон нафар фарзандони фарзонаи халқамон, яъне шоирону адибон ва олимону мутафаккирони барҷастаи миллат вазифаи ҳар як соҳибватан мебошад”. [12,25] Дар ин масир ҳамкориҳои Тоҷикистон бо ташкилотҳои байналмилалӣ низ аҳамияти муҳим дорад, зеро чуноне ки Президенти мамлакат қай намуданд, “ба хоҳири ҳифзи ёдгориҳои таърихӣ ва таъмири нигоҳдориҳои онҳо хеле корҳои созандаро оғоз кардаем ва кӯшиш дорем, ки тавассути созмонҳои бонуфузи байналмилалӣ мероси моддӣ ва ғайримоддӣ кишварамонро ба аҳли олам ҳарчи бештар муаррифӣ намоем. Вобаста ба ин, вазоратҳои маориф ва илм, фарҳанг ва Академияи миллии илмҳо вазифадоранд, ки ҷиҳати омӯхтани таърих ва мероси маънавии халқи тоҷик тадбирҳои зарурӣ андешида, омӯзиши ҳатмии таърихи халқи тоҷик, забони давлатӣ ва ҷуғрофияи Тоҷикистонро дар муассисаҳои таълимашон ба забони ақаллиятҳои миллӣ дуруст ба роҳ монанд ва китобҳои дарсиро барои ин муассисаҳо сари вақт таҳия, тар-



чума ва дастрас созанд”. [12,25]

Имруз дар саросари кишвар 18 300 иншооти истехсолӣ, иҷтимоӣ ва фарҳангии ба истикболи ҷашни сисолагии истиқлол ба нақшагирифташуда, ки бештари онҳо иншооти соҳаҳои маориф, тандурустӣ ва варзиш мебошанд, ба истифода дода шуданд бо ҳамин роҳ даҳҳо ҳазор ҷойи нави корӣ муҳайё карда шуданд. ”[12,27] Дар шароити ҷаҳони муосир «сиёсати фарҳангии Ҳукумати Тоҷикистон, пеш аз ҳама, ба ҳимояи арзишҳои миллӣ, эҳёи суннатҳои гузаштагон, дарёфти умумият байни арзишҳои милливу умумибашарӣ, фароҳам овардани имконият барои омӯзиш ва тарғиби васеи онҳо, инчунин ба ҷаҳониён муаррифӣ намудани дастовардҳои фарҳангии равона карда шудааст, ки тавассути онҳо моро ҳамчун миллат мешиносанд». ”.[5,25] Дар шароити ҷаҳонишавӣ ҳифзи намудани арзишҳои фарҳангии миллӣ, яке аз вазифаҳои муҳими давлат ва Ҳукумати Тоҷикистон мебошад, зеро соҳаи фарҳанг яке аз соҳаҳои афзалиятнокӣ сиёсати иҷтимоии давлат ба шумор меравад. Аз ҳамин лиҳоз тавассути вазоратҳо ва комитетҳои махсусгардонидашудаи самти фарҳанг, муассисаҳои фарҳангӣ ва тар-

биявиву таълимӣ барномаҳои давлатӣ дар самти инкишофи фарҳанг мунтазам амалӣ мешаванд. Ин ақидаро тақвият дода, Пешвои миллат иброн намуданд, ки ки халқи тоҷик аз қарри асрҳо то имрӯз симои миллии худро пеш аз ҳама тавассути фарҳанг нигоҳ доштааст, забони миллии худро ҳифз кардаву густариш додааст ва дар байни халқу миллатҳои ҷаҳон соҳиби нуфузу ва эътибор гардидааст. [4,25]

Бе маърифати таърихи халқи худ, бе таъба маънавияти пурғановати гузашта, бе истифода аз анъанаву суннатҳои дар тӯли ҳазорсолаҳо ташаккулёфта, ки дар паси пардаи онҳо ҳаёти иқтисодиву иҷтимоӣ ва маънавии ҳар халқу миллат ниҳон аст, ба муваффақият ноил шудан амри муҳол аст. [5,8] Фарҳанги муосири тоҷикон як қисми муҳим ва идомадиҳандаи фарҳанги бостонии миллати тоҷик мебошад, ки аҳқарнҳо ба мардуми Тоҷикистон мерос гузоштааст. Аз ҳамин лиҳоз мо гуфта метавонем, ки дунёи маънавии тоҷикон ва фарҳанги миллии мо на танҳо дастоварди миллати мо мебошад, балки он дар тамаддуни ҷаҳонӣ мавқеи баландро ноил гардидааст.

#### Адабиёт

1. Раҳмон Э. Уфукҳои истиқлол / Э.Раҳмон. - Душанбе: Ганҷ-нашриРт, 2018.– 436 с.
2. Раҳмонов Э. Истиқлолият неъматӣ бебаҳост. – Душанбе: Шарқи озод. 2001. – 94 с.
3. Раҳмонов Э. Тоҷикон дар оинаи таърих. - К.1-2. Аз Ориён то Сомониён. – Лондон. 1999,2002. – 240 с.
4. Эмомалӣ Раҳмон. Суханронӣ дар маросими ифтитоҳи бинои нави Театри таҷрибавии тамошобини ҷавон «Аҳорун». 21. 06. 2014 / <http://president.tj/>.
5. Раҳмонов Эмомалӣ, Нигоҳе ба таърих ва тамаддуни ориёӣ.- Душанбе: Ирфон, - С.7 (371 с.)
6. Бартольд В.В. Туркестан в эпоху монгольского нашествия. //Соч.: В.9. т. - М. ИВЛ, 1963. Т.1.
7. Бартольд В.В. История культурной жизни Туркестана. Т.II (1). –М., 1963. -С169-433
8. Джалилов А. Из истории культурной жизни предков таджикского народа и таджиков в раннем средневековье. -Душанбе, 1973
9. Из истории культурного строительство в Таджикистан / под общ. ред. З. Ш. Раджабова. – Душанбе: Ирфон, 1966. – Т.2. – 670 с.
10. Ким, А. Из истории культурно строительство в Таджикистане / А. Ким. – Душанбе, 1972. – С.47-48.
11. Нурджанов, Н. Х. Таджикский театр / Н. Х. Нурджанов. – М., 1988. – С.91.
12. Паёми Президенти Ҷумҳурии Тоҷикистон ба Маҷлиси Олии Ҷумҳурии Тоҷикистон: моҳият ва самтҳои асосӣ. – Душанбе, 2021. – 37 с. С.24



13. Пигулевский Н.В., Якубовский А.Ю. и др. История Ирана с древнейших времен до конца XVIII века. Л., изд. Ленингр. ун-та, 1958
14. Раджабов, А. Музыкально-теоретическая мысль таджиков в период Шейбанидов XVI-XVII вв. / А. Раджабов // Очерки истории и теории культуры таджикского народа в XVI-XVII вв. – С.71-74.
15. Шарифова Макнуна, Ташаккулёбии фарҳанги халқи тоҷик дар асрҳои IX–X Иҳтисос: 07.00.02. – таърихи ватанӣ (таърихи халқи тоҷик) – рисола барои дарёфти дараҷаи илмӣ номзади илмҳои таърих. - Душане, 2020.- 178 с.

## НАЦИОНАЛЬНАЯ КУЛЬТУРА КАК ДУХОВНЫЙ ЭЛЕМЕНТ НАЦИИ

Хайдаров Б.Ф.

Кафедра гуманитарных предметов ГОУ «Гиссарский медицинский колледж»

**Аннотация.** В данной статье автор ставит на обсуждение вопрос культурной политики Республики Таджикистан и указывает на роль государственной системы в развитии программы культурного строительства Республики Таджикистан. Автор рассматривает развитие институтов культуры и показывает возникновение и развитие этих институтов внутри общества и дает

характеристику важности культуры для определения национальной идентичности. Автор в частности указывает на культурные программы государства в качестве формы реализации государственной социальной политики Республики Таджикистан.

**Ключевые слова:** культура, международный, Республика Таджикистан, социальный, государства, программа, национальная идентичность.

## NATIONAL CULTURE AS SPIRITUAL ELEMENT OF NATION

Haydarov B.F.

Department SEI «Medical college of Hisor»

**Annotation.** In this article author discussed about the forms of the cultural policy in Republic of Tajikistan. Also, in this article author discussed about the role of culture system in upbringing of contemporary society. In this article author also analyze of history of cultural policy of Republic of Tajikistan during the independence period. In this article the author also gives to discussion the problem of national cultural code and life style from point

of view of national element in society. Status conflicts and the changing ideologies of the leisure behaviors and styles: social, economic, and cultural factors. Author notes the importance of realization of cultural program of the government of the Republic of Tajikistan as a main point of the social policy as a part of national identity.

**Kew words:** culture, international, sociality, state, Program, national identity.

*Хайдаров Б.Ф. – кафедраи фанҳои гуманитарии МДТ “Коллеҷи тиббии шаҳри Ҳисор”*

*Хайдаров Б.Ф. – кафедра гуманитарных предметов ГОУ «Гиссарский медицинский колледж»*

*Haydarov B.F. – humanities department SEI «Medical college of Hisor»*



## ЧАШНВОРА



**Карим Пулодовичи мухтарам,**

Раёсат ва Кумитаи иттифоқи касабаи кормандони Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абӯалӣ ибни Сино ҷашни фархундаи 70-солагии зодрузатонро ба Шумо самимона табрику муборакбод мегӯянд.

Шумо баъди хатми Донишгоҳи тиббӣ солҳои зиёде дар муассисаҳои гуногуни тандурустии ҷумҳурӣ ба ҳайси ҷарроҳ пурсамар фаъолият намуда, соли 1985 бо дониши ғанӣ ва таҷрибаи бойи касбӣ боз ба Донишгоҳи азизи худ баргаштед. Мо ифтихормандем, ки дар ин даргоҳи муқаддас фаъолиятро аз ассистентии кафедра (1985-90) саркарда, то мартабаи профессории кафедраи бемориҳои ҷарроҳиталаби №2 (1995) расидед. Тадқиқотҳои илмиатон оид ба мушкилоти ҷарроҳии тармимиву таҷдидӣ то имрӯз дар байни мутахассисони соҳа аҳамияти калонро доро мебошанд. Шуморо дар ҷум-

ҳурӣ ҳамчун ташкилотчии моҳири соҳаи тандурустӣ мешиносанд. Махсусанё дар давраҳои ба ҳайси ноиби ректор оид ба илм ва таъбу нашри ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино (2005-09), мудири кафедраи бемориҳои ҷарроҳиталаби №2 (2010-18) ифои вазифа намуданатон хислатҳои кордонӣ, ташкилотчигӣ, принципнокӣ ва серталабии Шумо ҳамчун роҳбар ба рушду инкишофи соҳа ва омода намудани мутахассисони олдараҷаи тиб мусоидат намуданд. Маҳз бо ташаббуси бевоситаи Шумо соли 1987 дар Беморхонаи клиникии шаҳрии №5-и пойтахти мамлакат шуъбаи ҷарроҳии тармимӣ ва таҷдидӣ ташкил карда шуд.

Шумо ҳамчун олими сермаҳсул муаллифи беш аз 100 таълифоти илмӣ, монографияҳо, китобҳои дарсӣ, дастур ва тавсияҳои таълимию методӣ ва таклифҳои навоварона буда, таҳти роҳбарии бевоситаатон якчанд нафар мутахассисони ҷавон рисолаҳои илмӣ хешро ҳимоя намудаанд. Хизматҳои содиқонаатон ҳаққонӣ бо Ҷоизаи давлатии ба номи Абӯалӣ ибни Сино дар соҳаи илму техника (2013), Мукофоти Комсомоли Тоҷикистон (1989) ва “Корманди шоистаи Ҷумҳурии Тоҷикистон (2003) кадр карда шудаанд.

Устои гиромикадр, Карим Пулодович, бори дигар Шуморо бо ҷашни зодрузатон табрику муборакбод намуда, бароятон осмони софу беғубор, тани дурусту хоҳири чамъ хушбахтию некномиҳо орзу менамоем.

*Роҳбарияти МДТ “Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абӯалӣ ибни Сино”, ҳайати таҳририяи маҷаллаи илмӣ-малии “Авчи Зухал”,*



## ЁДБУД

### СИТОРАЕ АЗ ИЛМИ ТИБ

(ба муносибати 85-солагии профессор  
Рофиев Ҳамдам Қутфиддинович)

**Рофиев Ҳамдам Қутфиддинович** – эпидемиологи маъруф, омӯзгор, олим, ташкилотчӣ, доктори илми тиб (1997), профессор (2000). Аввалин мудирӣ кафедраи эпидемиологияи Донишкадаи давлатии тиббии Тоҷикистон (ДДТТ) (1968-1970), мудирӣ кафедраи эпидемиологияи ДДТТ (2003-2009).

Ҳамдам Қутфиддинович Рофиев 12-уми феввали соли 1938 дар шаҳри Хучанд, дар оилаи хизматчӣ ба дунё омадааст. 60 соли ҳаёти худро барои хидмат ба ҳалқ бахшидааст. Солҳои ҷустуҷӯӣ ва эҷодиёти монда-нашуда.

Ҳамдам Қутфиддинович баъди хатми Донишкада соли 1961 дар Пажӯҳишгоҳи эпидемиология ва гигиена ба пажӯҳиш камар баста, сипас ба аспирантура (1964-1966) и назди Институту эпидемиология ва микробиологияи ба номи академик Н.Ф. Гамалейи АИТ ИҚШС дохил шуд. Ҳимояи рисолаи номзадӣ ҳамон ҷо дар мавзӯи «Омилҳои интиқоли сироят дар эпидемиологияи домана ва исҳоли хунин дар минтақаҳои мухталифи иқлимӣ ҷуғрофии Тоҷикистон» баргузор гардид.

Фаъолияти илмӣ омӯзгорӣ Ҳамдам Қутфиддинович соли 1967 дар кафедраи бемориҳои сироятӣ ба маҷрои тозае ворид шуд. Ба ӯ муяссар гашт, ки дар заминаи кафедраи мазкур курси эпидемиологияро созон диҳад. Соли 1968 он ба кафедраи мустақил табдил ёфт. Барои кори муназзаму муттасили кафедраи тозабунёд шароит фароҳам овардан лозим буд. Ҳамдам Қутфиддинович ба сари баланд аз уҳдаи иҷрои ин вазифа баромад ва то соли 1970 роҳбарии кафедра ба зимма дошт.

Дотсенти кафедраи бемориҳои сироятӣ (1967-1968). Сардухтури санитарии вилояти Ленинобод (1973-1978), директори колечи тиббии шаҳри Хучанд (1978-1993). Мудирӣ кафедраи эпидемиология, гигиена, микробиология ва бемориҳои сироятӣ факултети



тиббии ДДХ (1993-1996). Муовини раиси ҳукумати вилояти Ленинобод (1996). Ректори ДДТТ ба номи Абуалӣ ибни Сино (1996-2000). Муовини вазири тандурустии Ҷумҳурии Тоҷикистон (2000-2003).

Бо ташаббуси профессор Рофиев Ҳ.Қ. мактаби илмӣ олимон ва мактаби тиббӣ профилактикаи таъсис дода шудааст.

Зери роҳбарии профессор Рофиев Ҳ.Қ. заминаи эпидемикии сирояти вируси норасоии масъунияти одам (ВНМО) ва ҳамчунин системаи беҳтар намудани назорати эпидемиологӣ омӯхта шудааст. Ҳамчунин маҷмӯи сабабҳои экологӣ ва эпидемиявӣ, ки боиси сар задани сироятҳои арбовирусӣ мешаванд, омӯхта шудааст. Хусусиятҳои экологии интиқолдиҳандагон, сирояти популятсияи соҳибони аввалия низ мавриди омӯзиши ӯ қарор гирифтааст. Шароити обу ҳавои минтақаҳои эндемикӣ; аҳамияти бемориҳои сироятӣ ва чораҳои мубориза бо онҳо дар Ҷумҳурии Тоҷикистон; алоқамандии сабабу-оқибатҳои шароитҳои табиӣ ва иҷтимоӣ иқтисодӣ, ки асолати зухуроти асосии протсессу эпидемиявиро дар шаклҳои гуногуни нави сироятҳои рӯда муайян мекунанд, омӯхта шуданд. Системаи назорати эпидемиологии сироятҳои, ки тавассути пешгирии мушаххас назорат карда ме-



шаванд, таҳия ва такмил дода шудааст; баҳодиҳии иммунитети инфиродӣ ва коллективӣ ба сироятҳои назоратшавандаи ғурӯҳои гуногуни аҳоли дода шудааст.

Назорати эпидемиологии сироятҳои дохилибеморхонави дар шаклҳои гуногуни беморхонаҳо; мониторинги сохтори этиологӣ ва муқовимати микроорганизмҳо ба сироятҳои дохилибеморхонагӣ; омӯзиши эпидемиология ва муносибозии назорати эпидемиологии салмонеллэз; этиологияи сироятҳои шадиди рӯда (СШР)-ро дар кӯдакон; гепатитҳои вирусии этиологияҳои гуногун ва хусусиятҳои эпидемиологии онҳо; хусусиятҳои эпидемиологии варачаро дар ҚТ мавриди омӯзиши Рофиев Ҳ.Қ. қарор гирифтааст.

Таҳти роҳбарии ӯ 21 рисолаи докторӣ ва 43 рисолаи номзадӣ ҳимоя гардидааст. 32 рисолаҳои ҳимоягардида аз рӯи ихтисоси «Эпидемиология», аз ҷумла 8 рисолаи докторӣ. 32 нафар шогирдоне, ки таҳти роҳбарии Рофиев Ҳ.Қ. тайёр карда шудаанд дар ДДТТ қору фаъолият намудаанд, ки аз онҳо 8 нафар доктор ва 24 нафар номзади илми тиб мебошанд. Инчунин, 19 нафар аз шогирдони ӯ дар вазифаи мудирони кафедраҳои ДДТТ фаъолият намудаанд. 17 нафар шогирдон аз рӯи 2 ихтисос ҳимоя кардаанд, ки аз онҳо 8 нафар доктори илмҳои тиб, 9 нафар номзади илмҳои тиб мебошанд. Шифрҳои муштарак аз ҷунин ихтисосҳо буданд: гигиена, бемориҳои сироятӣ, акушерӣ ва гинекология, биохимия, ҷарроҳӣ, стоматология, педиатрия, терапия, онкология. Зиёда аз 600 асари илмӣ, 2 дастур оид ба ВНМО/БПНМ, 13 монография, 10 китоби дарсӣ, 1 луғати тибби-профилактикӣ, 75 коркардҳои методӣ, 3 патенти ҳаммуаллифӣ, 3 навоарӣ ва пешниҳодҳои навоарӣ таҳия гардидаанд. Индекси Хирш - 6.

Профессор Рофиев Ҳ.Қ. роҳбари корҳои илмӣ-таҳқиқоти оид ба «Проблемаҳои патологияи сироятӣ (сироятҳои рӯдагӣ, беморхонавӣ ва варача) дар Ҷумҳурии Тоҷикистон», муовини раиси Шӯрои Ҷамоҳангсозии илмӣ Шӯбаи тиббию биологии назди Академияи илмҳои Ҷумҳурии Тоҷикис-

тон, раиси Шӯрои махсуси ДДТТ оид ба ҳимояи рисолаҳои докторӣ ва номзадӣ аз рӯи ихтисосҳои эпидемиология, гигиена, фармакология ва стоматология будаанд.

Рофиев Ҳ.Қ. яке аз ташкилотчиёни намоёни ниғаждорӣ тандурустии ҷумҳурӣ баҳисоб рафта, таҷрибаи амалии тайёрии фундаменталии илмӣ ба ӯ имконият дод, ки бисёр мушкилиҳои ниғаждорӣ тандурустии ҳозиразамон ҳамчун системаи хоҷагии халқ, аз ҷумла барои муассисаҳои тиббӣ ва муассисаҳои таълими ҷумҳурӣ, тайёр кардани кадрҳои тиббӣ ва илмию педагогӣ нақши мауссир гузоштааст.

Самти муҳими фаъолияти серсоҳаи Рофиев Ҳ.Қ. ин тадқиқоти актуалии илмӣ дар соҳаи эпидемиология ва пешгирии бемориҳои сирояткунанда ва ғайрисироятӣ буданд.

Бо истифода аз нуфӯзи шоиста дар байни ҷомеаи илмӣ тиб, ӯ тавонист, ки аз ҳайати омӯзгорони ДДТТ ба хориҷа рафтани мутахассисони баландихтисосро боздорад. Кори тайёр кардани кадрҳо барои бо профессорону докторони илмҳо, таъмин ва пурзӯр намудани кафедраҳои назариявӣ ва клиникӣ, коллективи эҷодӣ ба ҳалли вазифаи асосии донишгоҳ, ки бо таълиму тарбияи духтурони оянда, ки саломатии онҳо ро ҳимоя мекунанд, муттаҳид ва сафарбар намояд.

Рофиев Ҳ.Қ. базаи моддию техникаи донишгоҳро мустаҳкам намуда, барои беҳтар намудани он тадбирҳои зарури андешидаанд. Барои коллективи муаллимон шароити мусоиди меҳнат фароҳам оварда шуда буд.

Вай раванди таълимро аз нав ташкил карда, ба он як қатор такмилҳо ворид кард, соли 1996 факултети тиббӣ-профилактикиро аз нав кушода, онро аз факултети стоматологӣ ҷудо кард.

Бо мақсади бо кадрҳо таъмин намудани мутахассисони соҳаи санитария-эпидемиологӣ барои донишҷӯёни факултети тиббӣ-профилактикӣ як қатор кафедраҳои нав кушода шуданд. Соли 1996 кафедраи гигиенаи умумии №2 таъсис дода шуд, ки ба он профессор Қаюмов А.Қ. роҳбари менамуданд. Соли 1998 кафедраи беҳдошти муҳити зист



ва беҳдошти меҳнат кушода шуда, мудири он профессор Дабуров К.Н. ва кафедраи эпидемиологияи №2, ки мудирии онро профессор Ярашева Д.М. ба уҳда дошт. Кафедраҳои нав нақшаҳои нав ва нақшаҳои нави таълими доштан, ки онҳо аз нав дида баромада, ба факултети тиббӣ-профилактикӣ мувофиқ карда шуда буданд.

Ба шарофати профессор Рофиев Ҳ.Қ. соли 1996 барои Ҳимояи рисолаҳои номзадӣ ва докторӣ аз рӯи 19 ихтисос (ҷарроҳӣ, ҷарроҳии кӯдакон, терапия, педиатрия, акушерӣ ва гинекология, онкология, эпидемиология, гигиена, пӯсту зуҳравӣ, фармакология, стоматология, анатомия, физиологияи нормалӣ, физиологияи патологӣ, гистология) Шӯроҳои диссертатсионӣ ташкил карда шуда буд.

Соли 1999 дар ДДТТ маҷаллаи илмию тиббии «Паёми Сино»-ро таъсис дода шуда буд, ки сармуҳаррири он Рофиев Ҳ.Қ. (1996-2000) буданд. Маҷалла ҳамчун нашрияи расмии Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абӯалӣ ибни Сино, ки то имрӯз фаъолият мекунад ва яке аз ҷаҳор маҷаллаи тиббии ҷумҳурӣ мебошад, аз ҷониби Комиссияи олии аттестатсионии Вазорати маорифи Федератсияи Руссия эътироф шудааст.

Ба ҳайси муовини вазири тандурустии Ҷумҳурии Тоҷикистон дар давоми фаъолият дар вазорат қонунҳо оид ба йодикунонии намак, беҳдошти санитарии аҳоли, Барномаи мубориза бо сирояти ВНМО ва бемориҳои тропикӣ таҳия кардааст.

Ӯ ҳамчун олим, муаллим ва мураббии кадрҳои илмӣ дар самти тиббӣ ҷумҳури ва берун аз он машҳур аст. Дар зери тадбирҳои судбахши он арбобони олимони ҷавон ташаккул ёфтаанд, ки аллакай худро бо кори мустақилона эълон кардаанд.

Қорҳои анҷомдодаи Рофиев Ҳ.Қ. барои ниғаҳдории тандурустии амалӣ аҳамияти қалон доранд ва аз тарафи мутахассисони берун аз ҷумҳурӣ баҳои баланд гирифтаанд.

Қорҳои илмии профессор Рофиев Ҳ.Қ. дар бисёр мамлакатҳои ҷаҳон эътироф карда шудааст. Ӯ академики як қатор кишварҳо - академики Академияи байналмилалӣ

илмҳои таҳсилоти олии (IAS HS) (Москва, ФР), Академияи байналмилалӣ илмҳои экология ва беҳатарӣ (Санкт-Петербург, ФР), Академияи байналхалқӣ илмҳои антропологияи интегратсионӣ (Киев, Украина), Академияи байналмилалӣ илмҳои Полша ва Академияи умумичаҳонии тиббии ба номи Алберт Швейтсер (Варшава, Лаҳистон), Академияи Байналмилалӣ Илмҳои ИМА (Нью-Йорк), Академияи Байналмилалӣ Илмҳои Нури Хучанд (Хучанд, ҚТ) ва ноиби президенти баҳши тоҷикистони Маҷаллаи олии IAS буданд.

Аз рӯи натиҷаҳои илмӣ-тибии бадасто-вардаш дар Ҷумҳурии Тоҷикистон солҳои 1998-1999 ба унвони «Профессори сол» сарфароз гардидааст. Барои муваффақиятҳо дар соҳаи илм профессор Ҳ.Қ. Рофиев соли 1998 бо медали тиллои Академияи байналмилалӣ ба номи Алберт Швейтсер (Лаҳистон) ва соли 1999 - Ситораи Тиллои қалони ҳамон Академия (Австрия) ва Н.И. Пиров (Россия) мукофотонида шудаанд.

Ҳизматҳои шоистаи профессор Рофиев Ҳ.Қ.-ро халқу давлат баҳои баланд додаанд. Бо бисёр мукофотҳои ҳукумати мукофотонида шудааст: ордени «Шараф» дараҷаи II, «Нишони фахрӣ», «Ветерани меҳнат», медали юбилеи Ибни Сино, Ифтихорномаи Шӯрои Олии Ҷумҳурии Тоҷикистон, «Аълочии тандурустии Ҷумҳурии Тоҷикистон», «Аълочии маорифи Ҷумҳурии Тоҷикистон», «Аълочии муҳофизати шаҳрвандӣ». Унвони «Қораманди шоистаи тандурустии Ҷумҳурии Тоҷикистон».

Профессор Рофиев Ҳ.Қ. аъзои фахрии Шӯрои олимони донишгоҳ буданд. Ҳамчунин ӯ Раиси шӯрои диссертатсионии навтаъсиси Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон дар назди Комиссияи олии аттестатсионии назди Президенти Ҷумҳурии Тоҷикистон оид ба ихтисосҳои эпидемиология, гигиена, бемориҳои сироятӣ ва ниғаҳдории тандурусти ҷамъияти дифои вазифа намунаанд. Ба ғайр аз ин Рофиев Ҳ.Қ. ҷонишини сармуҳаррири маҷаллаи Академияи илмҳои тиббии Ҷумҳурии Тоҷикистон, узви ҳайати таҳририяи маҷаллаҳои «Ворисони Сино», «Маҷаллаи Донишгоҳи омӯзгорӣ»



«Стоматологияи Тоҷикистон», «Эпидемиология ва вакцинопрофилактика», «Эпидемиология ва бемориҳои сироятӣ» ва «Масъалаҳои актуалии эпидемиология ва касалиҳои сироятӣ» (Москва, Россия) кор ва фаъолият намудаанд.

10 августи соли 2018 табидани қалби профессор Рофиев Ҳ.Қ. боз монд.

Профессор Рофиев Ҳамдам Қутфиддинович яке аз олимони шинохтаи тоҷик дар самти тибби-профилактикӣ буда аз қайди ҳаёт рафтани ӯ яке аз талафотҳои калон дар сам-

ти илми тибби тоҷик гашта аст. Хотираи дурахшони ӯ ҳамчун олими номдор, эпидемиолог дар дили онҳое, ки ӯро мешинохтанд ва дӯст медоштанд, муддати дароз боқи хоҳад монд.

*Роҳбарияти МДТ “Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абӯалӣ ибни Сино”, ҳайати таҳририяи маҷаллаи илмӣ-маҷлисӣ “Авчи Зухал”,*

*Кормандони кафедраи эпидемиология ба номи профессор Рофиев Ҳ.Қ.*

**ҚОИДАҲОИ ҚАБУЛИ МАҚОЛАҲО****Муаллиф бояд ҳангоми ба идораи маҷаллаи "Авчи Зухал"  
Пешниҳод намудани мақола ҚОИДАҲОИ зеринро риоя кунад:**

1. Мақола бояд дар компютер бо истифода аз барномаи VS Word 6,0-7,0 хуруфи андозааш 14 Times New Roman Tj, ҳошияҳо 2,5 см ва фосилаи байни сатрҳо 1,5 мм хуруфчинӣ ва дар ду нусха дар як тарафи варақ чоп карда, бо ҳамроҳии шакли ҳатмии электронии мақола пешниҳод гардад.

2. Мақолаҳои оригиналие, ки ба мушоҳидаҳои чудагонаи таҷрибаҳои амалӣ бахшида шудаанд, бояд аз 12 саҳифа зиёд набоянд.

3. Пешниҳод кардани Шохиси УДК (индекси мазкурро аз 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 набояд. Иқтибосҳои библиографӣ на бештар аз 50 номгӯ бошанд, дар матн рақамҳо дар қавсайни квадратӣ □ оварда мешаванд. 5. Мақолаҳои илмӣ бе тақриз қбул карда намешаванд. Дар тақриз аслият, муҳиммият, мубрамият ва қаблан чоп нашудани мақола бояд зикр шавад.

6. Дар аввали мақола унвони он (бо хуруфи Caps Lock сиёҳ), ному насаби муаллиф (ним-сиёҳ), номи ҳуқуқи муассиса оварда шавад. Дар охири мақола бо ду забон (русӣ ва англисӣ) маълумот дода шавад. Агар шумораи муаллифон аз 4 нафар зиёд бошад, саҳми ҳар як муаллифро дар таълифи ин мақола додан зарур аст.

7. Мақола бояд бобҳои зеринро дошта бошад: реферат (резюме), калимаҳои калидӣ, муҳиммият (дар ҳаҷми на бештар аз 1 саҳифа), мақсад, мавод ва усули таҳқиқ, натиҷаҳо ва баррасии онҳо, хулоса, номгӯи адабиёт, суроға барои мукотибот. Аннотатсия (резюме) бояд мазмуни мақоларо дар шакли фишурда ифода кунад. Дар асоси аннотатсия калимаҳои калидӣ на камтар аз 7 то 10 калима ё ибора нишон дода шаванд.

8. Ҳамаи формулаҳо бояд ба таври ҷиддӣ санҷида шуда ва дуруст бошанд. Агар маълумотҳои бо рақам ифодакардашуда зиёд бошанд, онҳоро дар шакли ҷадвал ворид кардан зарур аст. Ҷадвалҳо, диаграммаҳо ва расмҳо бояд мӯъҷаз, ифодаҳо возеху равшан, бе ихтисора ва ба забони тоҷикӣ бошанд.

9. Иллюстратсия (ороиш) -ҳо бояд дақиқу возех ва мушаххас бошанд, овардани шарҳ ва ифодаҳои тартибӣ (бо ҳарф ё рақам) ва навиштаҷоти зери расмҳо ҳатмист.

10. Номгӯи адабиёт дар мақолаҳои оригиналӣ бояд аз 20 адад бештар набояд, рақамгузори сарчашмаи адабиёт мувофиқи тартиби дар матн иқтибосшудани онҳо оварда шавад. Рӯйхати адабиёти истифодашуда бояд дар асоси талаботи ГОСТ 7.1-2003 ва ГОСТ 7.0.5-2008 таҳия гардад. Масъулияти дуруст будани маълумот танҳо ба уҳдаи муаллиф вогузор мешавад.

11. Маълумот дар бораи муаллиф ё муаллифони мақола (ҷойи кор ва вазифаи муаллиф, суроға, телефонҳо барои тамос, почтаи электронӣ) дар шакли пурра бо се забон (тоҷикӣ, русӣ, англисӣ) оварда шавад. Ҳаммуаллифӣ бояд аз се нафар зиёд набояд.

12. Талаботи имлои забони тоҷикӣ ба таври қатъӣ риоя карда шавад.

13. Мақолаҳои қаблан дар нашрияҳои дигар чопшуда қабул карда намешаванд.

14. Идораи маҷалла ҳуқуқи тақриз ва таҳрири мақоларо дорад.

**Мақоларо ба суроғи зерин фиристонед: 734025, Ҷумҳурии Тоҷикистон,  
ш. Душанбе, хиёбони Рӯдакӣ-139, МДТ «ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино»,**

**Идораи маҷаллаи "Авчи Зухал"**

*Ба чопаш 22.04.2023 имзо шуд. Андозаи 60x84 1/16  
12 ҷузъи чопӣ. Адади нашр 100 нусха.*