

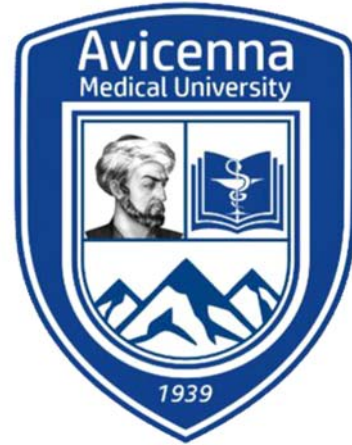
ISSN: 2616-5252

# АВЧИ ЗУХДАЛ

№ 2 - 2021



МАҶАЛЛАИ ИЛМӢ-АМАЛӢ



**САРДАБИР**

**д.и.т.**

**Муҳаббатов Циёнхон Курбонович**

**Чонишини сардабир ва**

**муҳаррири масъул**

**н.и.ф., дотсент**

**Юсуфов Абдулло Исмоилович**

## **ҲАЙАТИ ТАҲРИРИЯ**

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

## **ШҶҶҶҶҶ ТАҲРИРИЯ**

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

# **АВҶИ ЗУҲАЛ**

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

**Маҷаллаи илмӣ - амалӣ**

**Ҳар се моҳ чоп мешавад.**

**21-июни соли 2010 таъсис ёфтааст.**

**Нашри ҷорӣ:**

**№ 2 (43) 2021**

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: avjizuh@tajmedun.tj**

**Сомона: www.avji-zuhal.tj**



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

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

## РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ

Ибодов С.Т. - д.м.н., профессор  
Хакназарова М.А. - д.м.н., профессор  
Исмоилов К.И. - д.м.н., профессор  
Раҳмонов Э.Р. - д.м.н., доцент  
Саидов Ё.У. - д.и.т., доцент  
Миралиев С.Р. - д.м.н., доцент  
Азизов Г.Дж. - д.м.н.  
Субхонов С.С. - к.м.н., доцент  
Бабаева Л.А. - к.м.н., доцент  
Раджабов Г.О. - к.б.н., доцент  
Назаров М.Н. - к.б.н., доцент  
Холбеков М.Ё. - к.б.н., доцент

## РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ

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

# AVÇI ZUHAL

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

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

**Текущее издание:**  
**№ 2 (43) 2021**

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

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

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



## МУНДАРИЧА

### ТИББИ АМАЛӢ

#### АКУШЕРӢ ВА ГИНЕКОЛОГӢ

<b>Давлатова М.Ф., Шералиева М.К.</b> Натиҷаи модарӣ ва перинаталӣ ва вобастагии онҳо аз намуди анестезия ҳангоми амалиёти қайсарии такрорӣ-----	5
<b>Зурхолова Х.Р., Расулова Г.Ҷ., Нормуродова З.Т., Музаффаров Ш.С.</b> Вазъи саломатии кӯдакони дар минтақаҳои норасоии йод зиндагикунанда вобаста аз намуди пешгирии норасоии йод-----	10

#### БЕМОРИҶОИ ГӢШУ ГУЛӢ ВА БИНӢ (ЛОР)

<b>Икромов М.Қ., Назаров Ш.Қ., Мухторова П.Р., Ахророва З. А.</b> Самаранокии табобати ҷарроҳии ангиофибромаи наврасии асоси косахонаи сар бо муваққатан бастании шараёни хоби беруна-----	16
--	----

#### БЕМОРИҶОИ ДАРУНӢ

<b>Арслон Ғавс.</b> Таъсири тамриноти варзишӣ бар тазоҳуроти болинӣ ва амалкарди ривии беморони мубтало ба осм (астма)-----	23
<b>Давлатзода А.Д., Саидов Ё.У., Халилова Д.А, Алимова Н.А.</b> Таҳлил ва баҳогузори мукоисавии самаранокии истифодаи доруҳои муосири симптом- ва сохторӣ- модификатсионӣ дар беморони гирифтори остеоартрити аввалия дар беморони гирифтори остеоартрити аввалияи марҳалаҳои I - III –и буғумҳои зону-----	27
<b>Фатгоева Н. В., Алиева Е.Г.</b> Табобати остеохондрози қисми камарӣ-чорбандии сутунмуҳра бо истифодаи карипазим-----	34
<b>Шамсов А.Т., Уроқов К.З., Қараев И.И., Шамсов Б.А.</b> Баъзе мулоҳизаҳо оиди табобати алоими камхунӣ дар беморони гирифтори лейкомиаи шадиди миеолидӣ дар натиҷаи полихимиотерапияи шадид-----	37

#### БЕМОРИҶОИ СИРОЯТӢ

<b>Қиматов Р.С., Матинов Ш.Қ., Боймуродов А.А.</b> Клиника ва табобати амебиази рӯдаҳо-----	41
<b>Абдулматин Идрок, Идрис Анвар.</b> Арзёбии сатҳи огоҳии донишҷӯдухтарони Донишгоҳи тиббии Кобул дар мавриди вакцинаи кузоз (титонус)-----	43

#### БЕҲДОШТ

<b>Пиров Д.Д., Маҳмадзода Ш.Қ.</b> Таъсири таркиби фтор дар об ба паҳншавии кариес дар байни кӯдакон-----	48
<b>Пирова Г.Д., Рачабзода С.М.</b> Омилҳои иҷтимоӣ - демографӣ, ки ба солимии умумӣ ва рӯҳии занҳои муҳочирони меҳнатӣ таъсир мерасонанд-----	51
<b>Хайров Х.С., Аҳмедова А.Р., Одинаева Л.Э., Мақсудова З.Я.</b> Таъсири хусусиятҳои шароити корӣ ба вазъи саломатии ронандагони воситаҳои нақлиёти мусофиркаш ҳангоми кор дар шароити шаҳри калон-----	57
<b>Шарифзода Х.С., Азонов Ҷ.А., Раҳимова Ф.А.</b> Омӯзиши миқдори витаминҳо ва унсурҳои ратсионӣ ғизоӣ аҳолии вилояти Хатлон-----	63

#### ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИЯ

<b>Ғадов М.А., Саидзода Б.И., Эмомалиев Ҷ.Г., Нуруллаева Н.М.</b> Ҷараёни инкишофи бемориҳои сироятии бо роҳи алоқаи ҷинсӣ гузаранда дар Ҷумҳурии Тоҷикистон (2010 – 2019)-----	70
---	----

**НЕВРОЛОГИЯ**

**Ғаниева М.Т., Рабоева Ш.Р., Исаева М.Б.** Мутатсияи нави параплегиаи спастикӣ дар оилаи тоҷик (SPG45-65)-----76

**Н.А. Зарипов, М.Т. Ғаниева, С.М. Абдуллозода.** Муайян намудани баъзе аломатҳои ғайрихаракатии бемории паркинсон бо истифода аз ченакҳои таҳқиқӣ-----80

**ПСИХИАТРИЯ**

**Ғоибов А.Ғ.** Баъзе масъалаҳои ташкили ёрии наркологӣ дар ҷумҳурии тоҷикистон дар шароити муосир-----86

**СТОМАТОЛОГИЯ**

**Артикова Н.К.** Зухуроти клиникӣ сирояти вирусӣ ковокии даҳон дар шахсоне, ки аз протези гирифтанаашаванда истифода мекунанд-----90

**Базаров Н.И., Кодирӣ А.** Баъзе масъалаҳои клиникӣ, ташхис ва натиҷаи табобати омосҳои рағии мавзеи чоғу рӯй, гардан ва гунбади косахонаи сар ва ҷойгиршавиҳои дигар (ормчггксчд)-----95

**Бурхонов С.Б., Қосимов М.М., Баҳогузорӣ ба** оқибатҳои таъсироти оризаҳои давраи гестатсионӣ ба мақоми стоматологии ҳомилаҳо-----101

**Зарипов А.Р., Шарипов Х.С., Аминов П.О.** Муайянкунии часпиши канории конструксияҳои гирифтанаашавандаи протези дандон-----106

**ТИББИ ОИЛАВӢ**

**Кодирова Д.А., Ҳафиззода Ф.А., Аслизод Д.** Табобати ғайримедикаментозӣ дар реабилитатсияи бемороне, ки инфаркти миокардро дар шароити амбулаторӣ аз сар гузаронидаанд-----110

**ТРАВМАТОЛОГИЯ**

**Шарипов М.А., Қурбонов С.Х., Мирзобеков Қ.С., Дустов Х.С.** Натиҷаҳои табобати эндопротезкунии бугуми косу рон хангоми баромадагии модарзодии рон-----113

**ФАРМАКОЛОГИЯ**

**Ғаниев Х.А.** Хусусияти гиполипидимикӣ маводи комплекси феразон ва равғанҳои эфирӣ хангоми гиперлипидемияи твини дар калламушҳои сафед-----117

**ҶАРРОҲӢ**

**Артиков К.П., Юлдашев М.А., Садуллоев Б.Ф., Хван И.Н.** Нишондодҳо барои табобати ҷарроҳии варикоселе дар наврасон-----120

**Набиев М.Х., Хидирзода М. Б.** Табобати самараноки зиддибактериалӣ дар табобати комплекси беморони мубтало ба оризаҳои фасодӣ-некрозии диабети қанд-----130

**УРОЛОГИЯ**

**Усмонов Б.Н., Саъдуллоев Ф.С., Абдувоҳидов А.А.** Бемории музмини гурдаҳо ҳамчун натиҷаи бемории санги пешоб-----137

**ТИББИ НАЗАРИЯВӢ**

**Зокиров Р.Х., Девонаев О.Т., Саломзода Н.Р., Менлиқулов М.Ф.** Бозсозии мутобиқшавии морфологӣ ва морфометрии тўбчаҳои гурдавии нефронҳои генератсияшон гуногун-----141

**ШАРҲИ АДАБИЁТ**

**Холиқов С.С.** Аз таърихи пайдоиш ва рушди илми кимиёи узвӣ-----143

**Ҳомидов Ф.М., Ҳасанзода С.М., Охонова О.Д., Саидов Ё.У., Маҳмудзода Х.Р., Омӯзиш ва** баҳогузори тамоюлнокии беморони дорои шакли паҳнфтаи ревматоидӣ ва артрити ревматоидӣ бо бемориҳои ҳамроҳшуда ба табобати базисии доруҳои зиддиилтиҳобӣ-----148



## ТИББИ АМАЛӢ

### АКУШЕРӢ ВА ГИНЕКОЛОГИЯ

#### НАТИЧАӢ МОДАРӢ ВА ПЕРИНАТАЛӢ ВА ВОБАСТАГИИ ОНӢО АЗ НАМУДИ АНЕСТЕЗИЯ ӢАНГОМИ АМАЛИӢТИ ҚАЙСАРИИ ТАКРОРӢ

Давлатова М.Ф., Шералиева М.К.

Кафедраи акушерӢ ва гинекологии №1 (мудирӣ кафедра д.и.т., Ӣакназарова М.А.)-и МДТ «ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино»

**Муқаддима.** Чарроҳҳои акушерӢ, махсусан зоӢндани абдоминалӢ, аз чиҳати зудгузари инкишофӢбанда ва ҳолатҳои клиника ба таври кардиалӢ тағйирӢбандашон барои бедардкунӢ яке аз душвортаринҳо ба ҳисоб мераванд [1, 2, 3, 4, 6, 7]. Воситаҳои анестезиологӢ дар фаъолияти акушерӢ хусусиятҳои худро доранд, ки ҳангоми зоӢндани абдоминалӢ аз муҳлати ҳомилагӢ, беморҳои ҳамроҳшудаи акушерӢ ва экетрагениталӢ, ҳолати дохилибатнии чанин вобастанд. Бо дар назардошти ин, воситаҳои фармакологӢ ва тарзҳои бедардгардонӢ, ки ҳангоми чарроҳии амалиӢти қайсарӢ ба кор бурда мешаванд, бояд ба ҳадди максималӢ барои мода рва чанин безарар бошанд [6]. Хосиятҳои химияӣ ва физики анестетикҳо, гузаронандагии онҳо аз тариқи монеи бачадон-пласента, давраи аз организм хоричшавии онҳо бояд ба эътибор гирифта шаванд. Муҳофизати нокифояи беморон аз садамаҳои чарроҳӣ ва эҳсосоти дард ҳангоми чарроҳӣ метавонанд, ки барои ҳолати физиологии занон (таваллудкунандагон) таъсир мерасонанд, зеро анестезия номуносиб дар хубтарин маврид дар беморон эҳсосоти нохубро дарк мекунанд, дар бадтарин ҳолат бошад, боиси пароканда шудани тамоюли системаҳои бунӢдии механизмҳои адаптатсионӣ мегардад, ки ин дар натиҷа ба вайрон шудани узвӣ ва системавӣ оварда мерасонад. Дар ниҳоят, ин хусусиятҳо метавонанд, ки ба давраи пасазчарроҳӣ ва натиҷаҳои чарроҳӣ дар маҷмӯъ таъсири манфӣ расонад [6, 7, 8]. Масъалаи таъсири амалиӢти қайсарии такрорӣ ва усули истифодашудаи анестезия диққати махсусро ҷалб мекунад, дар ин маврид таъсири он ба

навзод. Бисёре аз муҳаққикон дар асарҳои худ қайд мекунанд, ки басомади беморҳои перинаталӣ ва фавт ҳангоми амалиӢти қайсарии такрорӣ зиёд аст [3,4]. Чунончи дар 43,3%-и ҳолатҳо осебҳои гипоксии чанин дар натиҷаи техникаи ғайри қаноатбахши иҷро кардани чарроҳӣ, мушқилот ҳангоми кашида гирифтани чанин ва нуқсонҳои усулҳои анестезиологӢ ба вучуд меоянд [5]. Дар навзодон бинобар ба қадри кофӣ нагирифтани комплекси муайяни барангезандаҳои сенсорӣ ангиизи фарматсияи ретикулярӣ паст аст. Зуд ба ҳаёти берунибатнӣ гузаштан, таъсири наркоз, суст шудани таъсир ба маркази нафаскашӣ ба он оварда мерасонад, ки имкониятҳои сустшудаи адаптатсионӣ сабаби ҷараёни патологӣ давраи барвақти неонаталӣ мегардад [5].

**Мақсади таҳқиқот:** омӯзиши таъсири намудҳои гуногуни анестезич ҳангоми амалиӢти қайсарии такрорӣ ба ҳолати таваллудкунандаҳо дар давраи пас аз чарроҳӣ ва навзодони онҳо.

**Мавод ва усулҳои таҳқиқот:** ҳаҷми таҳқиқот аз 100 зани ҳомилаи дорои хадшаи бачадон иборат буд, ки ба ду гурӯҳ ҷудо карда шуданд. Дар гурӯҳи якум 50 зани ҳомилаи дорои хадшаи бачадон, к ибо роҳи амалиӢти қайсарии такрорӣ зоӢнда шуда буданд, намуди бедардкунӣ наркози умумӣ буд. Дар гурӯҳи дуюм 50 зани ҳомилаи дорои хадшаи бачадон дохил карда шуда буданд, к ибо роҳи амалиӢти қайсарӣ, таҳти бедардкунии регионарӣ (анестезияи ҳароммағзӣ) зоӢнда шуда буданд. Аз миқдори умумии таваллудкунандаҳо, дар гурӯҳи якум 50 навзод бо роҳи амалиӢти такрорӣ қайсарӣ ва бо усули бедардкунонии анестезияи ҳароммағзӣ

(спиналӣ) зоёнда шуд. Дар гурӯҳи дуюм 50 навзод дохил шуда буд, ки онҳо бо роҳи амалиёти қайсарии такрорӣ, бо намуди наркози омехта таваллуд шуда буданд. Дар гурӯҳи сеюм-гурӯҳи назоратӣ 31 навзод буд, ки онҳо аз роҳи табиӣ зоидан таваллуд шуда буданд, дар онҳо амалиёти қайсарӣ иҷро карда нашудааст.

**Натиҷаҳои таҳқиқот ва баррасии онҳо:** Таҳлили ҷараёни давраи пасаз ҷарроҳӣ нишон дод, ки дар аксари бештари занҳо он бо ин ё он ориз гузаштааст. Ҳамин тавр,

оризаҳои нисбатан зиёд дучоршавандаи давраи пас аз ҷарроҳӣ эндомиетритҳои пасазҷарроҳӣ дар гурӯҳи якум 24%, дар гурӯҳи дуюм 36%-ро, гематометра дар гурӯҳи якум 12% ва дар гурӯҳи дуюм 26%-ро ташкил доданд. Аз ҳама оризаҳои зиёд дучоршавандаи системаи нафаскашӣ дар гурӯҳи якум трахеобронхит -30% ва пневмогия -22% буданд. Ҳамин гуна оризаҳо дар гурӯҳи занҳое, ки дар онҳо ҳангоми амалиёти қайсарӣ аз анестезияи ҳароммағзӣ истифода шуда буд, ба мушоҳида нарасид (ҷадвали 1.).

**Ҷадвали 1**

**Басомади оризаҳои давраи барвақти пасазҷарроҳӣ дар гурӯҳҳои таҳқиқшаванда.**

Оризаҳо дар давраи пас аз ҷарроҳӣ		Гурӯҳи 1 (n=50) Наркози умумӣ		Гурӯҳи 2 (n=50) Анестезияи ҳароммағзӣ	
		Мик. мутл	%	Мик. мутл.	%
1.	Трахеобронхит	15	30	0	0
2.	Эндомиетрит	12	24	18	36
3.	Гематометра	6	12	13	26
4.	Инфилтратсияи кӯкҳо	1	2	3	6
5.	Анемия	32	64	35	70
6.	Пневмония	11	22	0	0
8.	Ихтилолҳои неврологӣ	0	0	12	24

Дар ин маврид бо зиёд шудани такроршавии ин амалиёти ҷарроҳӣ вазни ҳолиси

оризаҳои пас аз ҷарроҳӣ мустақиман аз мутаносибан афзудааст (ҷадвали 2).

**Ҷадвали 2.**

**Вобастагии басомади оризаҳои пас аз ҷарроҳӣ аз такроршавии амалиёти қайсарӣ.**

Басомади оризаҳои давраи пас аз ҷарроҳӣ вобаста аз миқдори такроршавии амалиёти қайсарӣ	Баъди 2 ҷарроҳии қайсарӣ		Баъди 3 ҷарроҳии қайсарӣ		Баъди 4 ҷарроҳии қайсарӣ		
	Наркози умумӣ	Анестезия спиналӣ	Наркози умумӣ	Анестезия спиналӣ	Наркози умумӣ	Анестезия спиналӣ	
1.	Трахеобронхит	24,1%	0	33%	0	33,3%	0
2.	Эндомиетрит	13,7%	34,3%	22%	41,6%	25%	50%
3.	Гематометра	10,3%	25%	22%	25%	28,3%	33,3%
4.	Инфилтратсияи кӯкҳо	0	6,25%	0	8,3	0	16,6%
5.	Анемия	51,7%	65,6%	77,7%	75%	91,6%	83,3%
6.	Пневмония	17,2%	0	22,2%	0	33,3%	0
8.	Ихтилолҳои неврологӣ	0	21,8%	0	25%	0	33,3%

Таҳлили ҳолати кӯдакони таваллудшуда нишон дод, ки баҳои нисбатан паст мувофиқи шкалаи Апгар дар навзодони гурӯҳи I дар муқоиса аз гурӯҳи II ва гурӯҳи назоратӣ ба таври назаррас паст буд (ҷадвали 3).

Дар ҷадвал натиҷаҳои таъсири миқдори такроршавии амалиёти ҷарроҳии қайсарӣ ба ҳолати навзодон дар 1 ва 5 дақиқаи ҳаёти онҳо пас аз таваллуд шудан пешниҳод шу-

дааст. Тавре ки мушоҳидаҳои нишон медиҳанд, миқдори такроршавии амалиёти ҷарроҳии қайсарӣ мустақиман мутаносибан маълумотҳои баҳогузорию шкалаи Апгар дар 1 ва 5 дақиқаи ҳаёти онҳо пас аз таваллуд ба мисли ҳангоми ба сифати бедардгарию умумӣ истифода кардани наркози умумӣ ва анестезияи спиналӣ (ҳароммағзӣ) бад шудааст.



**Чадвали 3**

**Баҳогузорӣ ба ҳолати навзодон мувофиқи шкалаи Апгар вобаста аз усули зоёнидан ва усулҳои бедардкунӣ.**

Баҳогузорӣ мувофиқи шкалаи Апгар	I –наркози умумӣ	II –анестезияи спиналӣ	III- гурӯҳи мукоисавӣ
Дар 1 дақиқа	6,4	7,7	7,4
Дар 5 дақиқа	7,1	8,1	8

**Чадвали 4**

**Баҳогузори ҳолати навзодон шкалаи Апгар вобаста аз усули зоёнидан, бедардгардонӣ ва миқдори такроршавии амалиёти қайсарӣ.**

Баҳогузорӣ мувофиқи шкалаи Апгар	Баъди амалиёти 2 қайсарӣ		Баъди амалиёти 3 қайсарӣ		Баъди амалиёти 4 қайсарӣ	
	наркози умумӣ	анестезияи спиналӣ	наркози умумӣ	анестезияи спиналӣ	наркози умумӣ	анестезияи спиналӣ
Дар 1 дақиқа	6,5	7,5	6,4	7,4	6,2	7,33
Дар 5 дақиқа	7,8	8,4	7,2	8,1	7,1	7,7

Дар кӯдаконе, ки бо амалиёти қайсари такрорӣ ва истифодаи анестезияи регионалӣ зоёнда шудаанд, дар 2% асфиксияи муътадил ба мушоҳида расид. Дар гурӯҳи I –и кӯдаконе, ки бо истифодаи анестезияи омехта зоёнда шудаанд, асфиксии дар 28 % ба назар расид. Таҳлили чараёни давраи барвакти неонаталӣ нишон дод, ки 78%-и навзодони гурӯҳи II аз тарафи неонатологҳо солим баҳогузорӣ карда шуданд, дар гурӯҳи I ин рақам 60% буд. Дар ягон навзоди гурӯҳи II осеби вазнини системаи марказии асаб ба қайд гирифта нашуд, дар гурӯҳи I

чунин беморӣ дар 12% таваллудшудагон ба мушоҳида расид. Дар чадвали 5 бемории давраи барвакти мктобикшавӣ дар 3 гурӯҳи таҳқиқшуда оварда шудааст. Тавре ки дида мешавад, вазни ҳолиси бештар дар гурӯҳи I –и навзодон, к ибо амалиёти такрорӣ қайсарӣ ва истифодаи наркози омехта зоёнда шудаанд, осебҳои системаи марказии асаб дараҷаи сабук (24%) вадараҷаи вазнин (12%), синдроми ангиизи баланд дар (20%), ВЗРП дар (14%) ва норасидагии морфофункционалӣ дар (4%) ба қайд гирифта шуд.

**Чадвали 5**

**Миқдори оризаҳои давраи барвакти неонаталӣ вобаста аз усули бедардкунӣ дар навзодон вобаста аз усули бедардкунӣ ҳангоми амалиёти қайсари такрорӣ**

Оризаҳои давраи барвакти неонаталӣ	I –наркози умумӣ	II – анестезияи спиналӣ	III – гурӯҳи мукоисавӣ
Ихтилоли хунгардиши майна, дараҷаи I .	24%	-	16,1%
Ихтилоли хунгардиши майна, дараҷаи II .	12%	-	-
Синдроми ангиизи баланд	20%	4%	3,2%
Депрессияи наркозӣ	22%	-	-
Ноболигии морфофункционалӣ	4%	-	-
Синдроми таваккуфи инкишофи чанин	14%	4%	-
Депрессияи ардиореспираторӣ	32%	-	-
Давраи барвакти адаптатсия	60%	78	80,6



Ҳангоми омӯзиши таъсири миқдори такрорӣ амалиёти қайсарӣ ба миқдори бемориҳои перинаталӣ нишон дод, ки бо зиёд шудани миқдори амалиёти қайсарӣ мутаносибан нисбат ба бемориҳои давраи барвақти мутобикшавӣ дар ҳарду гурӯҳи пешниҳодшуда ба назар мерасад. Он чӣ ба ҳолати навзодон дахл дорад ва чараёни давраи барвақти неонаталӣ онҳо, хусусияти онҳо аз

усулҳои бедардкунӣ ҳангоми амалиёти қайсарӣ такрорӣ вобаста аст. Интихоби усули бедардкунӣ ҳангоми амалиёти қайсарӣ такрорӣ барои чанин бе тафовут аст. Кампонентаҳои наркози омехта, маркази нафаскашии чанинро маҳв месозад ва сабаби басомади баланди асфиксия гашта, барои чараёни пуршиддати адаптатсияи барвақти мусоидат мекунад.

**Ҷадвали 6.**

**Миқдори оризаҳои давраи барвақти неонаталӣ дар навзодон вобаста аз усули бедардкунӣ ҳангоми амалиёти такрорӣ қайсарӣ.**

Миқдори оризаҳои давраи барвақти неонаталӣ	Баъди амалиёти қайсарӣ 2		Баъди амалиёти қайсарӣ 3		Баъди амалиёти қайсарӣ 4	
	Наркози умумӣ	Анестезияи спиналӣ	Наркози умумӣ	Анестезияи спиналӣ	Наркози умумӣ	Анестезияи спиналӣ
Ихтилоли хунгардиши майнаи сар дараҷаи I.	19,5%	3,1%	22,2%	5,3%	25%	6,73%
Ихтилоли хунгардиши майнаи сар дараҷаи II.	20,6%	0	22,2%	0	25%	32%
Синдроми ангиизи баланд	13,7%	3,5%	22%	4,3%	41,6%	5,1%
Депрессияи наркозӣ	10,3%	0	22,2%	0	33,3%	0%
Ноболиғии морфофункционалӣ	10,3%	3,0%	16,6%	8,0%	18,4%	12,6%
Синдроми таваккуфи инкишофи чанин	6,8%	6,8%	8,3%	8,3%	9,8%	9,8%
Депрессияи кардио- респираторӣ	34,4%	16,6%	44,4%	25	45,3%	33,3
Энсефалопатияи гипаксӣ	0	3,1%	0	4,7%	0	6,9%
Давраи барвақти адаптатсия	37,9%	86,7%	16,6%	78,2%	11,5%	50%

Он чӣ ба ҳолати навзодон дахл дорад ва чараёни давраи барвақти неонаталӣ онҳо, хусусияти онҳо аз усулҳои бедардкунӣ ҳангоми амалиёти қайсарӣ такрорӣ вобаста аст. Интихоби усули бедардкунӣ ҳангоми амалиёти қайсарӣ такрорӣ барои чанин бе тафовут аст. Кампонентаҳои наркози омехта, маркази нафаскашии чанинро маҳв месозад ва сабаби басомади баланди асфиксия

гашта, барои чараёни пуршиддати адаптатсияи барвақти мусоидат мекунад.

Эҳтимол дорад, ин хусусият аз бисёр ҷаҳат дар натиҷаи давомнокии амалиёти ҷарроҳӣ то берун гирифтани чанин, яъне давомнокии таъсири компонентҳои наркози омехта ба чанин ба вучуд омада бошад. Набудани ин гунна таъсир ҳангоми шаклҳои регионари анестезия дар навзодони



гурӯҳӣ II аз ҷараёни хубидавраи барвакти неонаталӣ гувоҳӣ медиҳанд.

**Ҳамин тавр**, истифодаи анестезияи регионалӣ дар вақти зоёндани абдоминалии такрорӣ усули беҳтарини беддардкунӣ мебошад. Аммо ҳангоми истифода кардани он дар давраи барвакти баъди ҷарроҳӣ дар таваллудкунандаҳо оризаҳое пайдо мешаванд,

ки маҳз барои ҳамин намуди анестезия хоҳастанд. Он чӣ ба ҳолати навзодон ва ҷанин дахл дорад, таҳлили таъсири усули беддардкунӣ ҳангоми амалиёти такрорӣ қайсарӣ нишон дод, ки дар вақти ин намуди ҷарроҳии акушерии зоёндан, бартарии назаррас усулҳои регионарии анестезия ба назар мерасад.

### АДАБИЁТ

1. Бычков И.В. Особенности течения беременности и оперативного родоразрешения у женщин с рубцом на матке / И.В.Бычков // Мат. науч.-практ. конференции «Актуальные вопросы современной медицины».- 2011. – 28с.
2. Менгниязова З.Г. Особенности пренатального развития плода у беременных с рубцом на матке после кесарева сечения: автореф. дис... канд. мед.наук / З.Г. Менгниязова. - Душанбе., - 2002.- 13с.
3. Гаджимурадов К.Н., Асадов Р.М. Концентрация гормонов симпато-адреналовой системы в зависимости от вида анестезии при абдоминальном родоразрешении / К.Н. Гаджимурадов, Р.М. Асадов // Медицинский журнал. - «Вестник Авиценны» 2015. - №3- С.42-45.
3. Матлубов М.М. Комбинированная спинально-эпидуральная анестезия при абдоминальном родоразрешении / М.М. Матлубов А.У. Рахимов, А.А. Семенихин // Анестезия и реаниматология. – 2010. №6 – С. 71-73
4. Павлова Т.Ю. Комплексная оценка характера репаративных процессов в области разреза матки после кесарева сечения /Т.Ю. Павлова // Якутский медицинский журнал.- 2008. - №4. – С 37-40.
5. Павлова Т.Ю. Пути снижения частоты повторного кесарева сечения в Республике Саха (Якутия): автореф. дис... канд. мед.наук/ Т.Ю.Павлова. - М. - 2009.- 13с.
6. Павлова Т.Ю. Пути снижения частоты повторного кесарева сечения в Республике Саха (Якутия): автореф. дис... канд. мед.наук/ Т.Ю.Павлова. - М. - 2009.- 13с.
7. Поленов Н.И. Функциональное состояние нижнего сегмента матки у беременных после кесарева сечения: дис... канд. мед. наук /Н.И.Поленов - С –П., - 2008.- 129с.

### МАТЕРИНСКИЕ И ПЕРИНАТАЛЬНЫЕ ИСХОДЫ И ИХ ЗАВИСИМОСТЬ ОТ ВИДА АНЕСТЕЗИИ ПРИ ПОВТОРНОМ КЕСАРЕВОМ СЕЧЕНИИ

Давлятова М.Ф., Шералиева М.Г.

Кафедра акушерства и гинекологии №1 (заведующая кафедрой, д.м.н.

Хакназарова М.А.), ГОУ «ТГМУ им. Абуалиибни Сино»

**В настоящей работе проанализировано** 100 беременных с рубцом на матке, родоразрешенных путем повторного кесарева сечения. Из них у 50 во время повторного абдоминального родоразрешения в качестве анестезии был использован общий наркоз, у оставшихся 50 – региональная спинномозговая анестезия. А также проведено проспективное исследование состояния новорожденных, родившихся путем

повторного кесарева сечения в данной группе женщин. Из общего числа родившихся, I группу составили 50 новорожденных, извлеченных путем повторного кесарева сечения и методом обезболивания которого явилась эпидуральная анестезия. Во вторую группу вошли 50 новорожденных, извлеченных при повторном кесаревом сечении методом обезболивания, которого был выбран комбинированный



наркоз. В III группу - группу контроля - был включен 31 новорожденный, которые родились через естественные родовые пути у здоровых женщин, неимевших перенесенного кесарева сечения в анамнезе. Сравнительный анализ частоты развития осложнений в двух представленных груп-

пах показал, что характер осложнений послеоперационного периода у женщин, перенесших повторное кесарево сечение и их новорожденных, зависит от типа выбранной анестезии.

**Ключевые слова:** повторное кесарево сечение, эпидуральная анестезия

## MATERNAL AND PERINATAL OUTCOMES AND THEIR DEPENDENCE ON THE FORM OF ANESTHESIA IN REPEATED CAESAREAN SECTION

M.F. Davlyatova, Sheralieva M.G.

Department of Obstetrics and Gynecologists #1 (Head of the Department doctor of medical sciences Khaknazarova M.A.). Avicenna Tajik State Medical University

**In this work, we analyzed 100 pregnant women** with a scar on the uterus, delivery by repeated cesarean section. Of these, in 50 during repeated abdominal delivery, general anesthesia was used as anesthesia, in the remaining 50 - regional spinal anesthesia. A prospective study of the condition of newborns born by repeated cesarean section in this group of women was also conducted. Of the total number of births, 1 group consisted of 50 newborns, recovered by repeated cesarean section and whose method of analgesia was epidural anesthesia. The second group included 50 newborns, recovered after repeated cesarean

section by the method of anesthesia, of which combined anesthesia was chosen. In group III, the control group included 31 newborns who were born through the natural birth canal in healthy women who did not have a history of cesarean section. A comparative analysis of the incidence of complications in the two groups presented showed that the nature of complications of the postoperative period in women who underwent repeated cesarean section and their newborns depends on the type of anesthesia chosen.

**Key words:** caesarean section, epidural anesthesia

*Давлятова Махина Фарруховна, к.м.н., доцент кафедры акушерства и гинекологии №1 ГОУ «ТГМУ им. Абуалииби Сино» Тел. 91 905 34 68*

*Davlyatova Mahina Farruhovna, candidate of medical sciences, docent, department of Obstetrics and Gynecology #1 Avicenna Tajik State Medical University Tel. 91 90534 68*

## ВАЗЪИ САЛОМАТИИ КЎДАКОНИ ДАР МИНТАҚАҲОИ НОРАСОГИИ ЙОД ЗИНДАГИКУНАНДА ВОБАСТА БА НАМУДИ ПЕШГИРИИ НОРАСОГИИ ЙОД

Х.Р.Зурхолова<sup>1</sup>, Г.Ҷ. Расулова<sup>1</sup>, З.Т.Нормуродова<sup>1</sup>, Ш.С.Музаффаров<sup>2</sup>,

1. Муассисаи давлатии Пажӯҳишгоҳи акушерӣ, гинекологӣ ва перинатологии Тоҷикистон,  
2. Кафедраи бемориҳои кӯдакони №2-и МДТ ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино.

**Муҳимият.** Намуди аз ҳама паҳнғаштаи норасогии микроэлементҳо бемориҳои дар заминаи норасогии йод пайдошуда мебошанд. Бемориҳои дар заминаи норасогии йод пайдошуда яке аз бемориҳои паҳншударатарин дар ҷаҳон буда сабабгори асосии зарарёбии мағзи сар мегарданд. Камхунӣ, ки бо норасогии оҳан алоқаманд аст ва дар мавриди таваллуд пайдо мешавад дар 19%-

и ҳолатҳо сабаби ҳолатҳои фавт шуда метавонад.

Мувофиқи нишондодҳои Тадқиқотҳои Миллӣ оид ба баҳодихӣ ба ҳолати паҳншавии бемориҳои дар заминаи норасогии йод пайдошуда дар байни модарон ва кӯдакон дар Ҷумҳурии Тоҷикистон, муайян карда шудааст, ки дар ҷумҳурӣ дар таркиби пешобии 57%-и занҳо нишондоди йод аз <100 мг/



л пасттар буда нишондоди мазкур аз мавчудияти масъалаи мубрам дар соҳаи тибби ҷумҳури шаҳодат медиҳад.

**Мақсади тадқиқот.** Муайян намудани норасогии йод дар модарон ба саломатии кӯдакони то яксола.

**Маводҳо ва усулҳои тадқиқот.** Дар тадқиқоти мазкур ҳолати 90 нафар зан ва кӯдакони навзоди онҳо дар шароити статсионарӣ ва ба таври катамнезӣ дар давоми соли аввали ҳаёт омӯхта шуд. Илова бар ин дар таркиби намаки истеъмоли ва дар таркиби пешоби занҳову кӯдакони таҳти назорат қарордошта нишондоди йод муайян карда шуд. Нишондоди сатҳи йод дар таркиби намаки истеъмоли бо усули титронидан муайян карда шуд. Бо мақсади муайян намудани нишондоди йод дар таркиби намаки истеъмоли бо ёрии муайян кардани мавҷудияти йодати калий ва йодиди калий дар таркиби маҳлулҳои индикаторӣ (UNICEF Stock No. 05-860-01 и UNICEF Stock No. 05-860-02) таҳлил гузаронида шуд. Хориҷшавии йоди ғайриорганикиро дар ҳаҷми якдафъаинаи пешоби занҳои таваллуднамуда ва кӯдакони навзоди онҳо бо истифода аз усули баҳодихии спектрофотометрӣ баҳогузори карда шуд (расми №1). Нишондодҳои таҳлилии усул яъне нуқтаи ҳассос -5 мкг/л, дақиқият-коэффициенти вариатсия, CV – 13,6%, analytical recovery – 80-104% буданд.

Бо ёрии коэффициенти коррелятсия алоқамандии байни хусусиятҳои тиббӣ-биологӣ ва иҷтимоӣ бо натиҷаҳои таҳлилҳои гузаронидашуда дар кӯдакони солим баҳо дода шуд.

Таъмин намудан бо йод ва ҳолати сохториву вазоифии ғадуди сипаршакл дар занҳои ҳарду гурӯҳи тадқиқшаванда аз рӯи медианаи йодурия омӯхта шуд. Бузургии оптималии медианаи йодурия дар таркиби пешоби занҳои ҳомиладор ҳудуди 150-230 мкг/л ҳисобида шуд.

Бо мақсади муайян намудани нишондоди йод дар таркиби пешоби кӯдакон аз ҳамаи кӯдакони аз 2 моҳа то 1 солаи таҳти назорат қарордошта дар шароити хона пешоб (ба миқдори 10 мл) ҷамъоварӣ карда шуд. Нишондоди меъриии йод дар таркиби

пешоб 100 мкг/л ба ҳисоб меравад. Дар ҳолати аз 50 то 99 мкг/л будани нишондоди йод дар таркиби пешоб аз норасогии наонқадар назарраси йод дар организм шаҳодат медиҳад ва агар нишондоди йод дар мавриди гузаронидани таҳлил дар пешоб аз 20 то 49 мкг/л-ро ташкил намояд он гоҳ нишондиҳандаи норасогии дараҷаи муътадили йод ба ҳисоб меравад. Нишондоди камтар аз 20 мг/л йод дар таркиби пешоб нишондиҳандаи норасогии зиёди йод дар организм мебошад. Агар дар таркиби пешоб миқдори йод аз 1000 мг/л зиёд бошад он гоҳ нишондоди мазкур аз барзиёд будани миқдори йод дар организм шаҳодат медиҳад.

**Натиҷаҳо ва муҳокимаи онҳо.** Синни занҳои таваллуднамудаи тадқиқшаванда аз 17 то 44 соларо ташкил медод ва дар байни занҳои мазкур бештар (78,2%) модарони синни репродуктивӣ, ки синни онҳо дар ҳудуди аз 20 то 34 сола қарор дошт, мавҷуд буданд.

Дар байни занҳои тадқиққардашудаи ҳарду гурӯҳи тадқиқоти занҳои такроран таваллудкунанда бештар буданд, ки таваллуди ҳозирашон аз рӯи ҳисоб 2-юм ё 3-юм буд ва дар гурӯҳи муқоисавӣ миқдори онҳо ба 52,3% ва дар гурӯҳи тадқиқоти миқдорашон ба 47,7% мерасид. Нишондоди занҳои нахустзоянда дар ҳарду гурӯҳ он қадар фарқияти назаррас надоштанд ва таносубан миқдори онҳо 29,9% ва 26,5%-ро ташкил медод. Миқдори занҳои ҳомиладориашон бисёртифла нисбат ба занҳои нахустзояндаву такророзоянда гарчанде камтар буданд, вале дар гурӯҳи асосӣ миқдори онҳо нисбатан бисёртар буд, ки 25,7%-ро ташкил медод.

Мувофиқи натиҷаи тадқиқи ҳолати занҳои таваллуднамуда ва кӯдакони навзоди онҳо ҳамаи шахсони тадқиқшаванда ба ду гурӯҳи омӯзишӣ тақсим карда шуданд.

Ба гурӯҳи якуми тадқиқшаванда ё гурӯҳи муқоисавӣ 100 нафар занҳои дар онҳо пешгирии норасогии йод гузаронидашуда ва кӯдакони навзоди онҳо дар давраи барвақти мутобиқшавӣ ва инчунин 50 нафар кӯдакони синни бармаҳали синни 3, 6 ва 9 моҳа мансуб буданд.



Гурӯҳи дуҷуми тадқиқотӣ аз 100 нафар модарони дар организмашон норасогии йод ҷойдошта ва инчунин 56 нафар кӯдакони синни бармаҳали 3, 6 ва 9 моҳа иборат буд.

Дар гурӯҳи кӯдаконе, ки модарони онҳо дорувории Йодомарин 200-ро истифода бурда буданд танҳо дар 4% синамаконӣ дида намешуд ва дар 34,7%-и ҳолатҳо кӯдакон дар синни аз 3 то 6 моҳагӣ танҳо ғизодиҳии табиӣ, яъне синамаконӣ қарор доштанд. Дар натиҷаи тадқиқоти гузаронидашуда муайян гардид, ки истифодабарии вояҳои физиологии Йодомарин 200 аз тарафи модар дар мавриди ҳомиладорӣ ва синамаконӣ хатари афзоиши энсефалопатияи перинаталиро дар кӯдакони соли аввали ҳаёт то 2,6 маротиба кам мекунад.

Дар оилаҳое, ки дастрасӣ ба намаки йоднок маҳдуд буд, бадшавии ҳолати умумии кӯдакон муайян карда шуда дар мавриди тадқиқи бемориҳо дар занҳо ва кӯдакони то яксолаи онҳо аниқ карда шуд, ки дар нисфи зиёди кӯдакони (51,1%) онҳо ба ягон беморӣ гирифтӣ буданд ва сабаби эҳтимолии пайдоиши бемориҳои мазкур норасогии масунияти дар заминаи норасогии йод пайдошуда ба ҳисоб мерафт. 10%-и занҳои тадқиқшуда қайд намуданд, ки дар давоми моҳҳои охири ҳомиладорӣ дар онҳо бемориҳои зуком ва илтиҳоби шадиди роҳи нафас ҷой дошт.

Ин зухуротҳо эҳтимолан ба он вобастагӣ дошта бошанд, ки дар мувофиқа бо варақаи назоратӣ, 27%-и занҳои тадқиқшаванда намакero истифода менамуданд, ки дар он йод тамоман вучуд надошт ё нишондоди он аз талаботи стандартии ГОСТ 1060-04 ҚТ пастртар буд. 38% занҳо намаки йодноккардашударо дар ғизо истифода мебарданд, ки миқдори йод дар он 25-40 мкг буд ва бо талаботи ҳуҷҷатҳои меъёрӣ-ҳуқуқии ватанӣ мувофиқат менамуд. Дар 47% ҳолатҳо намаки йодноккардашудаи дорои йоди кам истифода карда шуда буд (камтар аз 25 мкг/кг) ва дар 15% ҳолатҳо дар таркиби ғизо намаки тамоман йоднок карда нашуда истифода бурда мешуд.

Таҳлили хоричшавии йод бо пешоб нишон дод, ки дар бештари занҳо ва кӯдакони

онҳо вобастагии мустақими коррелятсионӣ дар байни нишондоди йод дар таркиби пешоби модарону кӯдакон вучуд дорад. Хоричшавии йод бо пешоб дар 30% кӯдакон аз медианаи йодурия бештар (дар меъёр – 50 мкг/л) буда, дар 37% йодурияи дараҷаи сабук, дар 4% кӯдакон йодурияи дараҷаи миёна ва дар 29% кӯдакон йодурия дар ҳудуди меъёр қарор дошт.

Тасдиқ карда шуд, ки бо афзоиши медианаи йодурия дар модарон, зухуроти тамоюлҳои асабиву рӯҳӣ дар кӯдакони аз модарони гирифтӣ бемории ҷоғар таваллудшуда низ афзоиш меёбад.

Нишон дода шудааст, ки дар мавриди баҳодиҳии ҳолати кӯдакони аз модарони гирифтӣ ҷоғар таваллудшуда, дар бисёр мавридҳо шаклҳои нисбатан вазнини асфиксияи интранаталӣ мушоҳида карда шудааст ва зохир гардидааст. Ҷамзамон дар ин гуна кӯдакон дар бисёр мавридҳо вазнпартоии патологияи аввалин ташхисгузорӣ карда шуд.

Алоими асабӣ дар мавриди ҳолатҳои норасогии йод бо намуди алоими беҳолӣ зохир гардид ва бештар дар он навзодоне ба назар мерасид, ки модарони онҳо намаки йоднок карда нашударо истифода мебарданд ва медианаи йодурия дар онҳо дар ҳудуди 25-50 мкг/л қарор дошт.

Дар заминаи пешгирии норасогии йод миқдори занҳои синамаконандаи кӯдаконашон аз 3 моҳа боло то 70,8% афзуд, ва 25%-и онҳо кӯдаконашонро бештар аз 6 моҳ сина макониданд.

Маълумотҳои нейросонографӣ дар 12,2% кӯдакони гурӯҳи дуҷуми васеъшавии меъдаҷаҳои мағзи сарро нишон дода дар 7,0% кӯдакони гурӯҳи мазкур нишонаҳои фишорбаландии дохили косахонаи сар муайян карда шуд.

Мувофиқи нишондоди муайяннамудаи мо аниқ карда шуд, ки дар шаҳри Душанбе 46% занҳо дар ҳақиқат намаки йоднокро истифода мебаранд, ва 61%-и дигар тахмин менамоянд, ки онҳо намаки йоднокро истеъмол мекунанд. Ҷамчунин 60%-и занҳои сокини шаҳри Душанбе ба таври кофӣ аз намаки йоднок истифода мебаранд. Истифо-



да намудани намаки йоднок бо ҳолати саломатии занҳои хонашин алоқаи зич дорад.

Аз нишондоди умумии занҳои тадқиқшаванда танҳо 46%-ашон намаки йоднок истифода мебаранд ва бо истифода аз Йодомарин норасоии йодро ислоҳ мекарданд. Медианаи йодурия дар ин занҳо дар ҳудуди  $125 \pm 2,6$  мкг/л, қарор дошт ва ҳаҷми ғадуди сипаршакл дар ин занҳо нисбат ба занҳои тамоман амалиётҳои пешгиркунандаи норасоии йодро нагузаронида, ки медианаи йодурия дар онҳо  $30 \pm 0,52$  мкг/л-ро ташкил меод, 1.5 баробар камтар буд.

Нишондодҳои инъикоскунандаи инкишофи сусти асабиву рӯҳии кӯдакони гурӯҳи асосӣ, ки аз модарони гирифтори бемории чоғар таваллуд шудаанд дар муқоиса ба кӯдакони аз модарони нисбатан солим таваллудшуда ин тамоюли пасти инкишофи асабиву рӯҳӣ ҳам дар нимаи аввали соли якуми ҳаёт ё ба ҳисоб мераванд. Баҳои ҳолати инкишофи асабиву рӯҳии кӯдакони аз модарони ги-

рифтори бемории чоғар таваллудшуда, ки медианаи йодурия дар модарони онҳо  $30 \pm 0,52$  ташкил меод то 6,04% пасттар буд. Тадқиқи нишондодҳои инкишофи аксуламалҳои босираву сома, ҳаракатҳои суст, фаҳмиши нутқи фаъол дар кӯдакони аз модарони гирифтори бемории чоғар таваллудшуда, нисбат ба кӯдакони гурӯҳи муқоисавӣ нишон дод, ки дар кӯдакони модарони онҳо ба бемории чоғар гирифтORBуда нишондоди саҳеҳи ( $p < 0,001$ ) бозмонии инкишофи асабиву рӯҳӣ дида мешавад.

Бо афзоиши нишондоди медианаи йодурия дар модарон гирифтори чоғар кӯдакони зуд зуд беморшавандаи афзоиш ёфт ( $40 \pm 0,52$ ). Ба таври муқоиса агар дар гурӯҳи кӯдакони то яксолае, ки модарони онҳо гирифтори дараҷаи якуми чоғар буданд  $64,4 \pm 4,7\%$  буд ва дар ҳамина маврид гурӯҳи кӯдаконе, ки модарони онҳо гирифтори дараҷаи дууми бемории чоғар буданд  $75,0 \pm 14,4\%$  ташкил меод (нақшаи №1).

**Нақшаи №1**

**Нишондоди беморшавии кӯдакони то яксола вобаста аз нишондоди пасти таъмини йод ба модарони онҳо дар вақти ҳомиладорӣ**

Нишондодҳо	Зудии нишондоди беморшавии кӯдакон дар давоми соли аввали ҳаёт				P
	Медианайодурия дар кӯдакон (<50 мкг/л) n=80		Медианайодурия дар кӯдакон (< 100 мкг/л) n=18		
	n	M±m	n	M±m	
Энсефалопатияи перинаталӣ	26	$32,5 \pm 7,3$	4	$8,7 \pm 4,1$	<0,01
ИШРН	41	$51,3 \pm 5,6$	6	$13,0 \pm 4,9$	<0,001
Камхунӣ	18	$22,5 \pm 4,7$	5	$10,9 \pm 4,6$	>0,05
Гипотрофия	13	$16,3 \pm 4,1$	3	$6,5 \pm 3,6$	>0,05

Алоими ҳаяҷони баланд дар камтар аз сеяки ҳолатҳои назоратӣ (22,2%) дар заминаи камхуниву бемории чоғар ва дар 30,4%-и ҳолатҳо дар заминаи вайроншавиҳои гипертензивию чоғари дар мавриди норасоии тифливу ҳамроҳакӣ пайдошуда мушоҳида карда шуд. Алоими дигари асосии дар мавриди норасоии тифлу ҳамроҳак ва аз ҷумла дар мавриди дигаргуниҳои гипертензивӣ муайяннамудаи мо ин алоими беҳолӣ буд (66,6%), ки дар бисёр мавридҳо (36,6%) ба таври оризавӣ бо алоими ихтилоҷӣ зоҳир шуд.

Ба кӯдаконе, ки медианаи йодурия дар онҳо аз меъёр камтар буд аз синни 6 моҳагӣ

омехтаҳои шири таркибашон бо сафедаҳо, чарбҳо, карбогидратҳо ва йод мутобиқгардонидашудатавсия дода шуданд. Ба кӯдаконе, ки модарони онҳо сина мемакониданд ва бо сабабҳои гуногун пешгирии норасоии йодро намегузарониданд дорувориҳои таркибашон йоддоштаро давоми 6 моҳи аввали ҳаёт ба миқдори 75 мкг ва баъдан ба миқдори 100 мкг таъин карда шуданд.

**Ҳамин тавр**, тадқиқоти гузаронидаи мо аз таъсири номусоиди бемории чоғар ҳам ба организми зани ҳомиладор ва ҳам ба организми кӯдаки ба дунё омада шаҳодат медиҳад, ки ин нишондодҳо зарурияти ба барномаи солимгардонии ҳама гуна кӯдакони зуд-



зуд беморшаванда, илова намудани доруҳои бартарафкунандаи норасогии йод дар орга-

низм, яъне ҳосилаҳои йодиро (намаки йоднок ва дорувориҳои йод) нишон медиҳад.

## Нақшаи №2

### Патологияҳои серебралӣ ва дараҷаи бозмонии инкишофи дохилибатнӣ дар кӯдакони аз модари гирифтори бемории ҷоғар, камхунӣ ва дигаргуниҳои гипертензионӣ таваллудшуда (%)

Кӯдакони навзод	Бемориҳои экстрагениталӣ ва норасогии тифлу ҳамроҳак		
	Камхунӣ, бемории ҷоғар n=192 I –группа	Норасогии тифлу ҳамроҳак ва ҷоғар n=200 II – группа	Дигаргуниҳои гипертензивӣ ва ҷоғар n=194 III – группа
<b>Дигаргуниҳои серебралӣ:</b>			
Дараҷаи сабук	58 (30,2%)	67 (33,5%)	84 (43,3%)
Дараҷаи миёна	73 (38,0%)	78 (32,0%)	62 (32,0%)
Дараҷаи вазнин	61 (31,8%)	55 (27,5%)	48 (24,7%)
<b>Бозмонии инкишофи дохилибатнӣ</b>			
Дараҷаи I	30 (15,6%)	91 (45,5%)	26 (13,4%)
Дараҷаи II	24 (12,5%)	56 (28%)	14 (7,2%)
Дараҷаи III	17 (8,9%)	24 (12%)	12 (8,2%)

### АДАБИЁТ:

1. Барашнев Ю.И. - Перинатальная неврология. М., 2005, 601 с.
2. Дора С.В., Красильникова Е.И., Волкова А.Р. и др. Результаты эпидемиологического исследования по оценке йодного обеспечения Санкт-Петербурга. Клинический журнал, 2011, 7 (3): 37-41.
3. Коваленко Г.В. Здоровье и развитие детей, рожденных в условиях зубной эндемии Ижевск 2010г. С.2-4.
4. Курмачева Н.А. Роль и задачи педиатров в профилактике йододефицитных заболеваний у детей. Consilium Medicum [педиатрия, прил. 2]. 2012: 5-10.
5. Қарори Ҳукумати Ҷумҳурии Тоҷикистон аз 6 майи соли 1997 таҳти №216 “Дар бораи барномаи миллии оид ба мубориза бар зидди бемориҳои дар заминаи норасогии йод пайдошаванда дар Ҷумҳурии Тоҷикистон”
6. Cavalieri R.R. Iodine metabolism and thyroid physiology: current concepts // Thyroid. 2017. Vol. 7(2): P. 177-181.

### СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ В ЙОДДЕФИЦИТНОМ РЕГИОНЕ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ВИДА ЙОДНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ

Зурхолова Х.Р.<sup>1</sup>, Расулова Г.Д., <sup>1</sup>Нормуродова З.Т., <sup>1</sup>Музаффаров Ш.С.<sup>2</sup>

1. ГУ Научно-исследовательский институт акушерства, гинекологии и перинатологии Таджикистана,
2. Кафедра детских болезней №2 ГОУ ТГМУ имени Абуали ибни Сино, Таджикистан, Душанбе

**Резюме.** Целью работы явилось выявить влияние йододефицита на состояние новорожденного и детей первого года жизни. Проведено обследование 90 новорожденных и их матерей в условиях стационара и на уровне медицинских центров г. Душанбе. Частота неврологических синдромов при йододефицитных состояниях в виде синдрома угнетения

отмечается у тех новорожденных, матери которых употребляли нейодированную соль и медиана йодурии была в пределах 25-50 мкг/л. Дети, родившиеся от матерей, у которых уровень экскреции йода с мочой составляет 50 мкг/л, начинают позже сидеть, говорить, темповая задержка статико-моторных функций выявлена у 89% из них. Задержка речево-

го развития встречается у всех детей, матери которых подвержены йоддефициту. В результате проведенных исследований очевидно, что прием матерью физиологических доз Йодмарина 200 во время беременности и кормления

грудью снижает риск формирования перинатальной энцефалопатии у ребенка первого года жизни в 2,6 раза.

**Ключевые слова:** йоддефицит, йодурия, неврология

## HEALTH STATUS OF CHILDREN IN THE IODINE-DEFICIENT REGION DEPENDING ON THE TYPE OF IODINE PREVENTION

**КН. R. Zurkholova,<sup>1</sup> G. D. Rasulova,<sup>1</sup> Z. T. Normurodova,<sup>1</sup> Sh.S. Muzaffarov,<sup>2</sup>**

1.State Research Institute of Obstetrics, Gynecology and Perinatology of the Republic of Tajikistan,

2. Children disease's department №2 GEO ATSMU, E-mail: sha.zavr@mail.ru ,phone: +992939307344

**Resume.** The aim of the work was to identify the impact of iodine deficiency on the condition of the newborn and children of the first year of life. A survey of 90 newborns and their mothers was conducted in the hospital and at the level of medical centers in Dushanbe. The frequency of neurological syndromes in iodine deficiency States in the form of depression syndrome is noted in those newborns whose mothers used non-iodized salt and the median of ioduria was in the range of 25-50 mcg/l. Children born to mothers whose urinary iodine excretion level is 50 mcg / l begin to sit and talk later, and a

tempo delay in static-motor functions was detected in 89% of them. Speech retardation occurs in all children whose mothers are susceptible to iodine deficiency. As a result of the conducted studies, it is obvious that the mother's intake of physiological doses of Iodmarin 200 during pregnancy and breastfeeding reduces the risk of perinatal encephalopathy in a Key words: iodine deficiency, urinary iodine, neurology child of the first year of life by 2.6 times.

**Key words:** iodine deficiency, urinary iodine, neurology

*Зурхолова Хайринисо Рахмановна – кандидат медицинских наук, доцент, заведующая отделом неонатологии НИИ акушерства гинекологии и перинатологии Республики Таджикистан E-mail: zurholova@mail.ru , тел: +992935552508*

*Zurkholova Khayriniso Rakhmonovna - candidate of medical sciences, associate Professor, Head of the neonatology Department of the State Research Institute of Obstetrics, Gynecology and Perinatology of the Republic of Tajikistan, E-mail: zurholova@mail.ru , phone: +992935552508*





## БЕМОРИҲОИ ГҶШ, ГУЛҶ ВА БИНӢ (ЛОР)

### САМАРАНОКИИ ТАБОБАТИ ҶАРРОҲИИ АНГИОФИБРОМАИ НАВРАСИИ АСОСИ КОСАХОНАИ САР БО МУВАҚҚАТАН БАСТАНИ ШАРАӢНИ ХОБИ БЕРУНА

М.Қ.Икромов,<sup>1</sup> Ш.Қ.Назаров,<sup>2</sup>З.А.Ахророва,<sup>3</sup> П.Р.Мухторова<sup>4</sup>

1. МД ММТ ҶТ «Шифобахш», 2. Кафедраи бемориҳои ҷарроҳии умумии №1 МДТ ДДТТ ба номи Абуали ибни Сино, 3. Кафедраи оториноларингологияи МДТ «ДДТТ ба номи Абуали ибни Сино», 4. Кафедраи оториноларингологияи МДТ «ДТБКСТ ҶТ.

**Муҳимият.** Омосҳои бинибалъум то ҳол масъалаи мураккаби ҳалношудаи тибби клиникӣ боқӣ мемонад. Яке аз ҳамин гуна омосҳое, ки аз рӯи сохтори морфологӣ ба гурӯҳи фиброматозҳо, яъне омосҳои хушсифат дохил мешаванд ва аз рӯи баъзе хусусиятҳои клиникӣ шабеҳи омосҳои бадсифат мебошад, ангиофибромаи асоси косахонаи сар (АНАКС) мебошад. Афзоиши экспансивии омос, ки дорои қувваи бузург аст ва монетаҳои дар шешистодаро новобаста аз он, ки устухонётағоякаствайронменамояд, хусусияти такроршавии баъди ҷарроҳӣ дорад ва дар фосилаи кӯтоҳ ба узвҳои ҳамсоя паҳн мегардад, дар баъзе ҳолатҳо хунравии шадиду хатарнок эҷод менамояд ва боиси инкишофи камхунии умумии бадан мегардад [1,3,4,6,8].

Гузaronидани амалиётҳои ҷарроҳии ангиофибромаи асоси косахонаи сар дар аксари ҳолатҳо боиси эҷоди оризаҳои вазнин ва коҳиши сифати зиндагии беморон шуда метавонад, масалан, такроршавии АНАКС-ро баъд аз амалиёти ҷарроҳӣ дар 40% беморон мушоҳида намудан мумкин аст. Чунин тартиби ҳол аз мураккабияти сохтори минтақаи ҷарроҳишаванда, хунравии шадид вобаста мебошад, ки аксаран бо таври кулл бардоштани омосро монета мегарданд, ки бақияи бофтаи хеле кӯчаки омосӣ аз нав рушд менамояд ва такроршавии бемориро сабаб мегардад [2,3,6,7,8].

Қайд кардан зарур аст, ки усулҳои то амалиёти ҷарроҳӣ гузaronидани эмболизатсияи шараёнҳои бо хун таъминкунандаи омос ва бастани шараёни хобии беруна (ШХБ) хангоми ҷарроҳӣ, метавонад дар баъзе ҳолатҳо боиси сар задани як қатор оризаҳои бадӣҷарроҳӣ низ бигардад. Аз ин рӯ, бомақсади назорати давраи барқароршавии

гардиши хун дар ҳавзаи шараёнҳои басташуда ё эмболизатсиякардашуда гузaronидани ангиографияи назоратӣ зарур мешавад, ки дар шароитҳои имконоташ маҳдуд хеле захматталаб ва гаронарзиш мебошад [1,2,3,6,8].

Аз ҳамин лиҳоз, зарурияти коркард ва пешниҳоди усулҳои камосеб ва самараноки табобати ҷарроҳии АНАКС бо назардошти камшавии такроршавӣҳо ва эҷодихатарии оризаҳо дар давраи баъди ҷарроҳӣ, инчунин, коҳиши хараҷоти моддӣ дар шароитҳои имконоти маҳдуддошта саривақтӣ ва муфид ба шумор меравад.

**Мақсад.** Баланд бардоштани самаранокии табобати ҷарроҳии АНАКС бо роҳи муваққатан бастани ШХБ.

**Мавод ва усулҳои таҳқиқ.** Таҳқиқи 65 нафар беморони синашон аз 10 то 24 сола бо ташҳиси АНАКС, ки солҳои 2010-2020 дар шуъбаҳои бемориҳои гӯшугулӯвабинии МД ММТ ҶТ «Шифобахш» табобат гирифтанд гузaronида шуд. Таҳлили маводи клиникӣ нишон медиҳад, ки дар байни таҳқиқшавандагон духтарон умуман во нахӯрдаанд ва қисмати зиёди беморон (70,8%) ба синни наврасии барвақтии 15-19 сола ва 23,1% синни наврасии дертар рост меомад.

Шумораи зиёди беморон (64,6%) дараҷаи II-ми ангиофибромаи наврасӣ ташхисгузоришуданд, дараҷаи I-дар 10,8% беморон, дараҷаи III-а дар 20,0% беморон ва III-б-дар 4,6%-беморон муайян карда шуд. Беморони бо дараҷаи IV-ангиофибромаи наврасӣ бо сабабе, ҷарроҳӣ бояд бо таври муштарақ, яъне ҷалби мутахассисони дигар соҳа (нейроҷарроҳ, офталмолог, ҷарроҳи чоғу рӯй ва дигарон) анҷом дода мешуд, мо ба гурӯҳи таҳқиқотӣ дохил нанамудем.



Дар интихоби чарроҳии АНАКС донистани шакли омос вобаста ба мавқъеи афзо-

иш ва марзҳои паҳншавии он нақши муҳим мебозад (ҷадвали 1).

**Ҷадвали 1**

**Шакли омос вобаста ба мавқеи афзоиши АНАКС (n=65)**

Шакли афзоиш	Шумораи беморон	
	мутл.	%
Базиллярӣ	17	26,2
Сфеноэтмоидальӣ	35	53,8
Птеригомаксиллярӣ	12	18,5
Нойӣ (тубарӣ)	1	1,5
Ҳамагӣ	65	100,0

Ҳамин тавр, аз ҳисоби умумии беморон 53,8%-ашон дорои намуди сфеноэтмоидальӣ, 26,2%-намуди базиллярӣ ва 18,5%-намуди птеригомаксиллярӣро ташкил намуданд. Намуди нойӣ (тубарӣ) АНАКС-ро танҳо дар як ҳолат во хӯрдему халос.

Мувофиқи масъалаҳои таҳқиқот ва бо мақсади муқоисаи натиҷаҳои клиникии ба даст омада мо беморонро ба ду гурӯҳ тақсим намудем.

Гурӯҳи 1-ум (асосӣ) – 32 (49,2%) нафар бемороне шомил шуданд, ки ба онҳо табо-

бати чарроҳӣ бо мувақатан бастанӣ шараъӣ ни хобби беруна (МБШХБ) гузаронида шудааст.

Гурӯҳи 2-юм (назоратӣ) – аз 33 (50,8%) нафар бемороне иборат буд, ки табоати чарроҳӣ бо тарзи маъмулӣ, бе МБШХБ анҷом дода шудааст.

Барои дарёфти натиҷаҳои боэътимод ба беморони таҳқиқшаванда дарҷаи афзоиши омосро мувофиқи таснифоти U.Fish муайян намудем (ҷадвали 2).

**Ҷадвали № 2**

**Тақсими беморони гурӯҳҳои асосӣ ва назоратӣ мувофиқи таснифоти Fisch (n=65)**

Гурӯҳҳо	Дараҷаи афзоиш ва паҳншавии АНАКС								Ҷамъ
	I		II		IIIА		IIIВ		
	Мутл.	%	Мутл.	%	Мутл.	%	Мутл.	%	
Асосӣ	3	4,6	22	33,8	6	9,2	1	1,5	32
Назоратӣ	4	6,2	20	30,8	7	10,8	2	3,1	33
Ҳамагӣ	7	10,8	42	64,6	13	20,0	3	4,6	65

Ҳамин тавр, дар ҳарду гурӯҳ 7 (10,8%) нафар беморон бо дараҷаи I–уми беморӣ қарор доштанд, дараҷаи II–юми АНАКС ба 22 (33,8%) нафар беморони гурӯҳи асосӣ ва 20 (30,8%) нафар беморони гурӯҳи назоратӣ ташхисгузорӣ шуд, дар 6 (9,2%) нафар беморони гурӯҳи асосӣ ва 7 (10,8%) нафар беморони гурӯҳи назоратӣ дараҷаи III муайян шудааст. Се нафар беморони ҳарду гурӯҳ ба дараҷаи IIIБ–и раванди омосӣ мансуб буданд.

Ҳангоми бистарикунони беморон ба бемористон санҷишҳои лабораторӣ, муоинаҳои оториноларингологӣ (эндоскопӣ, аудиологӣ), рентгенологӣ (ТК ва ТМР ҷавфҳои назди бинӣ), патоморфологӣ гузаронида шудааст, ки барои муайян намудани

ҳаҷм, марз ва таркиби омос ва дараҷаи вайроншавии скелети қисмати рӯйии сарро имкон фароҳам меорад.

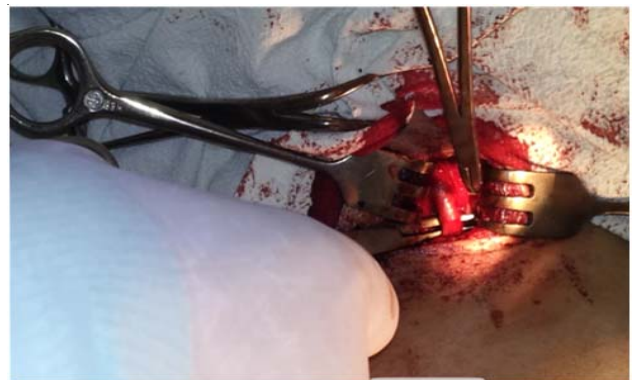
**Натиҷаи тадқиққа муҳокимаи он.** Ҳангоми интихоби табоат мо варианти модификасионии амалиёти чарроҳии АНАКС–ро бо назардошти маҳдудияти имкониятҳои иқтисодӣ пешниҳод намудем. Дар бештари ҳолатҳо (38,5% дар гурӯҳи асосӣ ва 30,8% гурӯҳи назоратӣ) амалиёти чарроҳӣ тавассути роҳҳои табиӣ анҷом дода шуд. Аз ин рӯ, амалиёти чарроҳии бурида гирифтани ангиофибромаи наврасии асоси косахонаи сар бо мувақатан бастанӣ ШХБ бо ёрии тасмаи резинӣ дар амалия татбиқ карда шуд.

Мувофиқи он чарроҳиро аз мувақатан бастанӣ шоҳраги ШХБ сар намуда, баъдан

ба чудо намуда гирифтани омос шурӯъ намудем ва баъд аз итмоми чарроҳӣ шараёни басташударо кушода гардиши хунро дар ин хавза барқарор намудем Рафти чарроҳӣ дар се давра анҷом додашуд.

Марҳилаи якумро бо истифодаи усули маъмулӣ оғоз намудем. Аз канори пеши мушаки сарсинаю кулфаку пистонӣ ё аз нақши раги ШХБ (аз байни фосилаи кунчи чоғи поён ва пайвастии устухонҳои сарсинаю кулфак), аз кунчи чоғи поёнӣ ба самти поён буриши пӯстро бо андозаи 5-6 см. гузаро-

нида, сипас чарбуи зери пӯст, ниёми сатҳӣ ва ниёми хусусии гарданро чудо намудем. Рағҳои варидӣ ва асаби зери забонро, ки дар майдони чарроҳӣ намудор шуданд бо роҳи кунд чудо намуда ба канор тела додем. ШХБ аз ШХД (шаоаёни хоби дохилӣ) бо он фарқ мекунанд, ки дар пухлӯҳои ШХБ шохаҳои шараёнии ба ноҳияи гардан чудошаванда дида мешавад. Баъд аз эҳтиёткорона чудо намудани шараён, қаппаки қач аз паси ШХБ байни масофаи баромади *a.thyroidea* ва *a. lingualis* гузаронида шуд (расми 1а,б).



Расми 1. Кушодани пӯст, чарбуи зери пӯст, ниёми сатҳӣ ва хусусии гардан (а), қаппаки қач аз паси ШХБ гузаронида шудааст (б).

Дар марҳилаи дуюм барои катъкунии хунгардиш дар ШХБ нигаронида шудааст (бастан ва тасбити ШХБ бо воситаи риштаҳои асептикӣ, гузоштани қаппакҳои махсус ва ғ.). Шараён бо тартиби қоидаҳои дар боло зикршуда баста шуд. Барои аз хатари пайдоиши суда дар ШХД эмин будан, бо шараён эҳтиёткорона рафтор намуда риштаи асептикӣ бо болотар аз бифуркатсияи шараёни хоби умумӣ (ШХУ)–аз байни фосилаи шараёни си-

парӣ ва забонӣ гузошта ШХБ-ро бастем. Дар ин ҳолат, шароити хубтар барои барқарор намудани гардиши хун дар қисматҳои канорӣ ШХБ фароҳам намуда мешавад.

Мо муваққатан бастани шараёни хоби берунаро (МБШХБ) бо истифодаи тасмачаи резинии дарозии 15 -20 см. ва паҳмии 0,5 – 1,0 см дошта, ки аз дастпӯшаки тамизшудаи тиббии оддӣ тайён намудем, ки зери истифода қарор дода шуд (расми 2).



Расми 2. Тарзи тайёр намудани тасмачаи резинӣ аз бахши проксималии дастпӯшакҳои тамизшудаи тиббии оддӣ барои МБШХБ.

Баъди чудо намудани ШХБ аз бофтаҳои атроф бо ёрии сӯзани Дюшан ё қаппаки қач тасмачаи резиниро дошта дар байни фосилаи *a. thiroidea* ва *a. lingualis* аз паси ШХБ гузаронидабо ним гиреҳ каме кашиш дода бадем. Одатан тасмача резинӣ ҳангоми кашиш додан дарозтар шуда баъд аз ним гиреҳ карда сар додан ба ҳолати аввала баргашта бе латдиҳӣ тасбити девораҳои шара-

ёнро бо тарзи нимгиреҳӣ таъмин менамояд. Канорҳои тасмаро то мевкӯбибуриши пӯстovarда, ба он бандинаи асептикӣ гузошта бо часпак (лейкопластыр) васлнамудем. Пас аз анҷоми кори асосӣ (буридагирифти ниомос) бо як ҳаракати сода ва осон – кашидани як каноритасмаи резинӣ он кушодашуда хунгардиш дар ҳавзаи ШХБ барқарор мегардад (расми 3).



Расми 3. Гузаронидани тасмаи резинӣ тавассути қаппаки қач аз зери он (аз чап) ва бо нимгиреҳ бастании ШХБ байни фосилаи саршавии *a. thiroidea* ва *a. lingualis*

**Марҳилаи сеюм аз** кушодани нимгиреҳи резинии ба ШХБ гузошта иборат мебошад, ки осон, озод ва бе душвории техникӣ анҷом дода мешавад (бо як ҳара-

кати содаи аз канори тасма кашидан нимгиреҳ бо осонӣ кушода мешавад) ва ба ҷароҳат дарзҳои асептикӣ гузошта шуд (расми 4).



Рисми 4. Раванди кушодани нимгиреҳи резинӣ аз ШХБ (аз чап) ва ба ҷароҳат гузоштани дарзҳои асептикӣ (аз рост).

Ҳангоми таҳлили самаранокии истифодаи усули МБШХБ дар гурӯҳи беморони асосӣ, дарёфтем, ки хунравии дохилиҷар-

роҳидар беморони гурӯҳи асосӣ бо ҳисоби миёна ҳамагӣ  $330,9 \pm 33,3$  млро ташкил намуд, дар беморони гурӯҳи назоратӣ бошад,



талафи хунбо ҳисобимиёнаба  $1034,8 \pm 93,2$  мл баробар буд ва истифодаи таркибҳои хун ва зардоби хун дар беморони гурӯҳи асосӣ бо ҳисоби миёна ба  $36,3 \pm 9,1$  баробар буда, барои беморони гурӯҳиназоратӣ  $313,3 \pm 39,5$  ташкил намуд. Аз 32 бемори гурӯҳи асосӣ ҳамагӣ ба 3 нафарашон ба микдори аз 230,0 то 500,0 мл таркибҳои хун истифода намудему халос, дар беморони назоратӣ бошад, ҳамаашон эҳтиёҷ ба чаконида ни таркибҳои хун дошанд.

Муддати миёнаи бистаришавӣ дар бемористон барои беморони гурӯҳи асосӣ  $12,4 \pm 0,9$  рӯзро ташкил намуд, барои беморони назоратӣ бошад, ин рақам ба  $20,2 \pm 2,1$  рӯз баробар буд.

Давомнокии миёнаи чарроҳӣ барои беморони гурӯҳи асосӣ  $88,0 \pm 7,1$  дақиқаро ташкил намуд, барои беморони гурӯҳи на-

зоратӣ бошад, ба  $101,1 \pm 5,8$  дақиқа баробар буд.

Ҳамин тавр, усули пешниҳоднамудаи мо дар аксарияти мавридҳо хеле зарур ва саривақтӣ буда, самаранокии табобати беморонро бо АНАКС дучанд зиёд мегардонад.

**Хулоса.** Усули номбурда бахавф буда архитектоникаи рағҳои ин ноҳияро вайрон намекунад, гардиши хун куллан барқарор мешавад ва аз ҳама муҳимаш осон, дастрас ва камхарҷ мебошад. Инчунин, зарурат барои таклифи дигар мутахассисон намемонад, ҳаҷми талафоти хуни дохиличарроҳӣ якуним баробар назар ба усули маъмулӣ кам мегардад, ки дар натиҷаи он визуализатсияи майдони чарроҳӣ хуб намоён мешавад. Дар натиҷа имкон пайдо мешавад, ки омос бо тарзи радикалӣ гирифта шуда пайдоиши ретсидивҳо ба минимум расонида шавад.

#### АДАБИЁТ

1. Веззгов, В.А. Современный взгляд на проблему оптимизации диагностики и лечебной тактики у больных юношеской ангиофибромой носоглотки и основания черепа / В.А. Веззгов, Н.Н. Науменко, В.К. Рыжков // Росс. оториноларингол. - 2011. - № 2. - С. 61-71.
2. Нерсесян М.В. Дифференцированный подход к эндоскопическому удалению юношеских ангиофибром основания черепа. Техника эндоскопических операций / М.В. Нерсесян [и др.] // Folia Otorhinolaryngologiae et Pathologiae Respiratoriae. - 2017. - № 3 (23). - С. 17-34.
3. Шамсидинов Б.Н. К вопросу юношеской ангиофибромы носоглотки / Б.Н. Шамсидинов, П.Р. Мухторова, А.А. Файзоев // Научно-практический журнал Таджикского института последипломной подготовки медицинских кадров. - 2013. - № 2. - С. 215-216.
4. Шамсидинов, Б.Н. Сохтита шреҳи гӯш, гулӯ, бинӣ ва дигар аъзои сару гардан / Б.Н. Шамсидинов // Монография. 2017 – 263 с.
5. Шамсидинов, Б.Н. Чарроҳии амалиётҳои гӯш, гулӯ, бинӣ ва дигар аъзои сару гардан / Б.Н. Шамсидинов, Н.Д. Муҳиддинов, П.Р. Мухторова // Монография. 2018 – 541 с.
6. Чистякова, В.Р. Хирургическая помощь детям с юношеской ангиофибромой основания черепа / В.Р. Чистякова, Ю.Д. Ковшенкова, Н.И. Васильева // Вестн. оториноларингол. - 2011. - № 6. - С. 78-83.
7. Эргашев, М.М. Распространенность и проблемы диагностики юношеской ангиофибромы / М.М. Эргашев, О.Н. Абдурахимов, Н.И. Турсунова // European Research. - 2017. - № 8 (31). - С. 56-58.
8. Khoueir N. Exclusive endoscopic resection of juvenile nasopharyngeal angiofibroma: a systematic review of the literature / N. Khoueir [et al.] // Otolaryngol. Head Neck Surg. - 2014. - V. 150. - No 3. - P. 350-358.



## ЭФФЕКТИВНОСТЬ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ЮНОШЕСКОЙ АНГИОФИБРОМЫ ОСНОВАНИЯ ЧЕРЕПА С ВРЕМЕННОЙ ПЕРЕВЯЗКОЙ НАРУЖНОЙ СОННОЙ АРТЕРИИ

М.К.Икромов,<sup>1</sup> Ш.К.Назаров,<sup>2</sup> З.А.Ахророва<sup>3</sup> П.Р.Мухторова<sup>4</sup>

1. ГУ НМЦ РТ “Шифобахш”, 2. Кафедра хирургической болезни №1 ГОУ “ТГМУ им. Абуали ибни Сино”, 3. Кафедра оториноларингологии ГОУ “ТГМУ им. Абуали ибни Сино”, 4. Кафедра оториноларингологии ГОУ ИПОВСЗ РТ

В статье приведены результаты хирургического лечения 65 пациентов с ангиофибромой основания черепа в возрасте от 10 до 24 лет, которые в зависимости от проведенного лечения были разделены на две группы. В основной группе было 32 (49,2%) больных хирургическое лечение которым проводилось с применением временной перевязки наружной сонной артерии (ВПНСА), в контрольной группе из 33 (50,8%) больных ВПНСА не проводилась.

При операциях с ВПНСА в основной группе интраоперационная кровопотеря составила  $330,9 \pm 33,3$  мл, тогда как в контрольной этот показатель составил  $1034,8 \pm 93,2$  мл, объем введенных компонентов крови и плазмы в основной группе в

среднем равнялся  $36,3 \pm 9,1$ , а в контрольной –  $313,3 \pm 39,5$ .

Средняя продолжительность койко-дней в основной группе была равна  $12,4 \pm 0,9$ , а в контрольной –  $20,2 \pm 7,1$ .

В среднем операции в основной группе длились  $88,0 \pm 7,1$  мин, а в контрольной –  $101,1 \pm 5,8$ .

Таким образом, предложенный авторами метод актуален и может быть проведен в большинстве случаев, так как эффективность проведенного лечения у пациентов в основной группе была в несколько раз выше, чем в контрольной.

**Ключевые слова:** ангиофиброма, ангиофиброма основания черепа, наружная сонная артерия, перевязка наружной сонной артерии.

## EFFICIENCY OF SURGICAL TREATMENT JUVENILE ANGIOFIBROMA OF THE SKULL BASE TEMPORARY LIGATION OF THE EXTERNAL CAROTID ARTERY

M.K.Ikromov,<sup>1</sup> S.K.Nazarov,<sup>2</sup> Z.A.Akhrorova,<sup>3</sup> P.R.Mukhtorova,<sup>4</sup>

1. SE NMC RT “Shifobakhsh”, 2. Department of surgical diseases №1 Avicenna Tajik State Medical University, 3. . Department of otorhinolaryngology Avicenna Tajik State Medical University, 4. department of otorhinolaryngology SEE “Institute of Postgraduate Education in Health Sphere of the Republic of Tajikistan”

The article presents the results of surgical treatment of patients with juvenile angiofibroma of the skull base in the age from 10 to 24 years old, which were divided into 2 groups depending on the treatment.

The main group included 32 patients, who underwent temporary ligation of the external carotid artery and the control group included 33 patients without temporary ligation of the external carotid artery.

Intrasurgical blood loss when using the method of temporary ligation of the external carotid artery was  $330,9 \pm 33,3$  ml, whereas in the control this indicator was  $1034,8 \pm 93,2$  ml,

the use of blood components on average in the main was  $36,3 \pm 9,1$ , and in the control –  $313,3 \pm 39,5$ .

The average length of hospital stay day in the main group was  $12,4 \pm 0,9$ , and In the control –  $20,2 \pm 7,1$ .

The average duration of surgery in the main group was  $88,0 \pm 7,1$  and In the control –  $101,1 \pm 5,8$ .

Thus, the method of the treatment proposed by authors is actual, and can be used in most cases since the treatment performed with ligation of the external carotid artery is several times higher than in the control group.



**Key words:** angiofibroma, angiofibroma of temporary ligation of the external carotid the skull base, external carotid artery, artery.

*Ахророва Зарина Асроровна -к.м.н., доцент кафедры оториноларингологии ГОУ “Таджикского государственного медицинского университета им. Абуали ибни Сино”. Тел.918854848*

*Ахророва Зарина Асроровна -к.т.с., docent of department of otorhinolaryngology Avicenna Tajik State Medical University. Tel. 918854848*



## БЕМОРИҲОИ ДАРУНӢ

### ТАЪСИРОТИ ТАМРИНОТИ ВАРЗИШӢ БАР ТАЗОҲУРОТИ БОЛИНӢ ВА АМАЛКАРДИ РИЯВИИ (ШУШИ) БЕМОРОНИ МУБТАЛО БА ОСМ (АСТМА)

Арслон Ғавс

Устои факултети тиббии Донишгоҳи Балх, Ҷумҳурии Исломии Афғонистон

**Муҳиммият.** Бемориҳои музмини риявӣ дар зумраи шоеътаринбемориҳои мусабаб аз корафтадагӣ ва маргумир дар ҷавомеъи башарӣ мебошад. Дар миёни хели азими бемориҳои музмин осм (астма) аз шоеътарин ихтилолотҳои дастгоҳи танаффусӣ мебошад, ки шиюъ ва бурузи чашмгире дорад (1). Дар Иёлоти муттаҳидаи Амрико аз ҳар 20 нафар як нафар мубтало ба осм мебошад ва 14-то 15 миллион мубтало ба осм дар Иёлоти муттаҳида зиндагӣ мекунад, яъне 7%-и аз ҷамъияти ИМА ва 300 миллион дар кули дунё ба осм мубтало ҳастанд (2). Яке аз равишҳои шинохташуда барои дармони бемориҳои осмӣ бозтавонӣ мебошад (3). Барномаҳои бозтавонӣ арзиши мукаммали дармони доруиро барои беморони осмӣ (астматикӣ) дошта ва боиси беҳбудии қобили тавҷӯҳ дар ин беморон мешавад (4). Тамриноти варзишӣ яке аз аҷзҳои асосӣ ва муҳимми бозтавонии риявӣ мебошанд (5). Таҳқиқоти мутаъадад нишон медиҳад, ки анҷом тамриноти варзишии муназзам ба воситаи коҳиши алоими танаффусии осм ва коҳиши эҳсоси тангии нафас тавассути механизмҳои назари тақвияти азалоти (мушакҳои) танаффусӣ (нафаскашӣ), коҳиши бистарӣ шудан дар бемористон, коҳиши масрафи дилаторҳо ва ниҳоятан беҳбудии амалкарди рияҳо тибқи аспирометрӣ метавонад саҳми босазое дар саломатии беморони осмӣ дошта бошад (6). Тибқи таҳқиқоти анҷомшуда дар хорич аз кишвар дар ин замина, тамриноти варзишӣ асароти судманде бар таҳаммул, зарфият ва короии таҳвияи амалкарди рияҳо (шушҳо) доранд, аз ҷумла варзиши аэробикаи кӯҳнавардӣ, ки зеро тамриноти варзишӣ нақши муҳимме дар ин амр дорад (7,9), боиси коҳиши теъдоди танаффус дар тӯли варзиш мешавад (9), мутаассифона, дар кишвари мо, беморони мубтало ба осм ба иллати эҳтимоли

эҷоди осмии ношӣ аз варзиш ва тарс аз эҷоди тангнафасӣ дар тайи фаъолиятҳои варзишӣ дучори маҳдудият дар ин гуна фаъолиятҳо шуда, ва нигариши манфӣ нисбат ба варзиш дар мубталоён ба осмвучуд дорад; дар натиҷа ин афрод ҳатто онҳое, ки ба нудурат дучор тангии роҳи ҳавӣ мешаванд, ағлаб сабки зиндагии бе таҳарруке доранд ва нисбат ба ҳамсолони худ аз омодагии ҷисмонӣ ва омодагии қалбӣ – танаффусии камтаре бархӯрдоранд (10).

Таҳқиқот баёнгари он аст, ки анҷоми тамриноти варзишӣ 2-3 бор дар ҳафта ба муддати 4 ҳафта ва ҳар бор 30-40 дақиқа варзиш, тибқи натоиҷи спирометрӣ метавонад боиси беҳбудии амалкарди рияҳо (шушҳо) шавад (11).

Фаъолияти ҷисмонӣ аз ниёзҳои асосии зиндагии рӯзмарраи инсон мебошад. Пажӯҳишгар тайи таҷриботи болинии худ дар бемористонҳо, дармонгоҳҳо ва низ ҳангоми мувоҷеҳ бо беморони мубтало ба осм дарёфтхост, ки осм бар бисёре аз фаъолиятҳои ҷисмонии ин беморон таъсир гузоштааст. Ин афрод аз иҷрои иқдоми матлуб чихати пешгирӣ аз бурузи алоим ва ҳамалоти осм бе иттилоъ буда ва зимнан аз анҷоми ҳар гунна фаъолияти варзишӣ ва ширкат дар мусобиқот ва анҷоми тамриноти ҷисмонӣ ба иллати тарс аз эҷоди ҳамлаи ҷадид худдорӣ менамояд.

**Мавод ва равишҳо.** Ин пажӯҳиш як мутолиаи ниматаҷрибавӣ бо тарҳи як гурӯҳ ва озмуни қабл ва баъд аст, ки дар он гурӯҳи кантрул ва озмошӣ буданд. Афроди таҳти мутолиа 24 нафар аз бузургсолони мубтало ба осм мурочиаткунанда ба бемористон буданд, ки мушаххасот воҳидҳои мавриди пажӯҳишро дошта ва ба равиши намунагирӣ осон интиҳоб шуданд. Шароити вуруд ба мутолиа шомили доштани осмии броншиёли хафиф то мутавасит тибқи ташҳиси





мутахассиси бемориҳои танаффусӣ, собикаи беш аз як соли ибтило ба осм ва зикри тамоил ва тавоноӣ ва ё анҷоми варзишҳо ва маҳдудии сини бузургсолон (16-59) буд ва меъёрҳои адами пазириш дар мутолиа низ шомили доштани мушкilotи азалотӣ (мушакӣ), устухонӣ ва нуқси узв, бемориҳои қалбӣ-уруқӣ (дилу рағҳо) ё бемориҳои ҳод, ки бо варзиш кардан мунофот дошта бошад. Бордорӣ дар сурати ҳар гунна тағйирот дар навъ ва миқдори дору дармони осм, ҳамлаи шадиди осм дар тайи моҳи ахир ва аз байн рафтани ҳар як аз шароити вуруд ба мудохила дар ҳини анҷоми пажӯҳиш назири беморӣ ё эҷоди тағйироти ҷадид дар зиндагӣ буд.

Шоёни зикр аст, ки куллияи намунаҳо собикаи беш аз як соли ибтило ба осмии броншӯёлдоштанд ва таҳти назари як пизишки мутахассис ва таҳти дармон бо як протоколи доруии яксон ва мушаххас буданд. Чунончи ин протокол аз сӯйи пизишк ё худ бемор дучори тағйирмешуд, намунаҳо аз мутолиаи ҳазф мешавад.

Абзори гирдоварӣ додаҳои пурсишномаи сеқисматӣ буд, ки бахши аввали онҳовии иттилооти демографик ва бахши дувум шомили 14 савол дар мавриди алоим ва нишонаҳои осм мегардид. Бо маҷмӯи ин 14 савол вазъияти танаффусӣ санчида мешуд. Посух ба ҳар савол бо миқёси 5 марҳала дар мавриди алоим (аслан, ба нудурат, то ҳудуде, зиёд ва хеле зиёд) имтиёзбандӣ шуд, яъне имтиёзи вазъияти танаффусӣ адади байни 14 то 60 барои ҳар бемор таъйин мегардид. Бахши савуми пурсишнома ҷадвали шохисҳои спирометрӣ буд (12), ки дар ин пажӯҳиш шомили ҳаҷми боздамӣ бо фишор дар сонияи аввал (Forced Expiratory Volume in first second- FEV1), зарфияти ҳаёти иҷборӣ нест (Forced Vital Capacity- FVC), ҳаҷми боздами фаъол дар сонияи аввал юа зарфияти ҳаётии иҷборӣ (FEV/FVC), ҳадди аксари ҷараёни боздамӣ (PEF – Peek Expiratory Flow rate) ва ҷараёни боздами ҳадди аксар дар 75% зарфияти ҳаёти (Forced Expiratory Flow rate %75- FEF 75%) ва ҷараёни боздами ҳадди аксари байни 25 то 75% зарфияти ҳаёти - (Forced Expiratory Flow rate %25 -

%75 – FEF 25-75%) буд, ки пас аз анҷоми тести аспирометрӣ дар пурсишнома сабт гардид.

Дастгоҳи спирометрӣ сохти ширкати РОДПО, мудали Олмон, ки дар муҳити пажӯҳиш аз он истифода (Testo) шуд, қабл ва баъд аз мудохила барои куллияи намунаҳо яке буд. Равиши кор ба ин сурат буд, ки пажӯҳишгар ба манзури ҷамъоварии намунаҳои мавриди назар дар соатҳои кори бемористони Буалӣ ба бемористон муроҷиат намуда ва бо бемороне, ки шароити вуруд ба мутолиаҳо доштанд мусоҳиба менамуд ва дар сурати тамоил ҷиҳати ширкат дар ҷаласоти варзиш даъват мешуданд. Пас аз интиҳоботи теъдоди мавриди ниёз дар ибтидо ҷаласае бо ҳузури намунаҳо ташкил шуд. Дар тайи ҷаласа дар мавриди аҳдофи пажӯҳиш, теъдоди ҷаласот, наҳваи такмили пурсишнома ва шеваи инҷоми тамриноти варзишӣ тавзеҳоти лозим дода шуд. Дар тайи ҳамин ҷаласа барои куллияи намунаҳо тестои спирометрӣ низ анҷом гардид (13). Барномаи тамринот шомили 6 гурӯҳи тамриноти сабук, таъодилшуда, андоми таҳтонӣ ва фавқонӣ, тамриноти дасту по, тамриноти шона ва тамриноти назири пиёдаравӣ буда, ки се марҳала гарм кардан тамрин ва сард кардан анҷом мешуд; бад-ин тартиб, ки дар ҳар ҷаласа пас аз и н ки намунаҳо роҳат либос мепӯшиданд, ва алоими ҳаёти сабт мешуд, анҷоми тамриноти варзишӣ махсусан гарм кардан шурӯъ мешуд. Дар тайи ин марҳила, 5-10 дақиқа ба тӯл меанҷомид намунаҳои мавриди пажӯҳиш ҳамгом ва ҳамзамон бо пажӯҳишгари ҳаракоти кашишӣ ва сабуки андоми фавқонӣ ва таҳтониро дар се ҳолати хобида, нишаста ба рӯйи замин, ва нишаста рӯйи сандалӣ анҷом медоданд. Пас аз марҳалаи гарм кардан, марҳалаи анҷоми тамрин буд, ки оти яке буд, ки 20-30 дақиқа ба тӯл меанҷомид ва тамриноти шона ва дасту по дар ҷаҳор ҳолати нишаста, хобида рӯйи замин, нишаста рӯйи сандалӣ ва истода тавассути намунаҳо ҳамроҳ бо пажӯҳишгар анҷом мешуд, ба тавре ки ҳар ҳаракат 10-15 маротиба такрор мегардид. Муддати анҷоми ҳар ҳаракат 40 сония буд ва баъд аз ҳар ҳаракат



20 сония замони истироҳат бувад. Зимнан дар ин марҳила намунаҳо ба муддати 6 дақиқа дар муҳити пажухиши тамрини пиёдаравӣ анҷом меоданд. Пас аз марҳалаи тамрин марҳалаи сард кардан бувад, ки 5-10 дақиқа тӯл мекашид. Пас аз ин марҳала дар поёнии ҳар чаласа мучаддадан алоими ҳаёти андозагирӣ мешавад. Ҷаласоти тамрин барои ҳар намуна 3 бор дар ҳафта ба муддати 4 ҳафта ва ҳар бор 45 дақиқа тӯл мекашид. Пас аз итмоми дараи тамринот дар поёнии 4 ҳафта, мучаддадан пуршишномаи алоим ва нишонаҳои осм тавассути намунаҳотакмил ва тести спирометрӣ барои онҳо анҷом шуд ва натоиҷи мавриди муқо-

иса қарор гирифт. Барои таҷзия ва таҳлили додаҳо аз равишҳои омории тавсифӣ ва истинботӣ истифода шуд.

**Ёфтаҳо.** Аксарият воҳидҳои мавриди пажухиш (28,5%) дар маҳдудии сини 30-40-сол, муаннас (зан) -66,7%, мутаахил (оиладор) -76,2%, ғайри шоғил (бекор) 57,1% буданд: ҳамчунин таҳсилоти аксарияти онҳо 24,9%-дар сатҳи ибтидоӣ буд. Тӯли муддати ибтило ба осм дар бештари намунаҳо 57,1% байни 1-3 сол буд.

**Натиҷагирӣ.** Тамриноти варзишӣ метавонад илова бар тазоҳуроти болинӣ, амалкарди рияи беморони осмиро низ беҳбуд бахшад.

### АДАБИЁТ

1. Cypcar D, Lemanske RJ. Asthma and exercise. Clin Chest Med. 1994 Jun;15(2):351-68.
2. Lewis S, Heitkemper MM, Dirksen SR. Textbook of medical surgical Assessment and Management of clinical problem . 5th ed. Mosby publishers ;2000.
3. Barandun J. [Value and costs of pulmonary rehabilitation]. Praxis (Bern 1994). 1997 Dec;86(50):1979-83.
4. Emtner M, Herala M, Stalenheim G. High intensity physical training in adults with asthma. A 10-week rehabilitation program. Chest. 1996 Feb;109(2):323-30.
5. Ries A. The importance of exercise in pulmonary rehabilitation. Clin Chest Med. 1994 Jun;15(2):327-37.
6. Malkia E, Impivaara O. Intensity of physical activity and respiratory function in subjects with and without bronchial asthma. Scand J Med Sci Sports. 1998 Feb;8(1):27-32.
7. Kuepper T, Morrison A, Gieseler U, Schoeffl V. Sport climbing with pre-existing cardiopulmonary medical conditions. Int J Sports Med. 2009 Jun;30(6):395-402.
8. Vieira R, de Andrade V, Duarte A, Dos Santos A, Mauad T, Martins M, et al. Aerobic conditioning and allergic pulmonary inflammation in mice. II. Effects on lung vascular and parenchymal inflammation and remodeling. Am J Physiol Lung Cell Mol Physiol. 2008 Oct;295(4):L670-9.
9. Ram F, Robinson S, Black P. Effects of physical training in asthma: a systematic review. Br J Sports Med. 2000 Jun;34(3):162-7.
10. Moein M. Asthma; basic and clinical science. Tehran: Tehran University Publishing Center, 2003. p.22-4.
11. Ram F, Robinson S, Black P. Review: physical training increases cardiopulmonary fitness in asthma and does not decrease lung function. Evidence Based Nursing. 2006 April 2006; 9(2): 44.
12. Marks G, Dunn S, Woolcock A. A scale for the measurement of quality of life in adults with asthma. J Clin Epidemiol. 1992 May;45(5):461-72.
13. Emtner M, Finne M, Stalenheim G. A 3-year follow-up of asthmatic patients participating in a 10-week rehabilitation program with emphasis on physical training. Arch Phys Med Rehabil. 1998 May;79(5):539-44.
14. Cambach W, Wagenaar R, Koelman T, van Keimpema A, Kemper H. The long-term effects of pulmonary rehabilitation in patients with asthma and chronic obstructive pulmonary disease: a research synthesis. Arch Phys Med Rehabil. 1999 Jan;80(1):103-11.



15. Weiner P, Berar-Yanay N, Davidovich A, Magadle R, Weiner M. Specific inspiratory muscle training in patients with mild asthma with high consumption of inhaled beta(2)-agonists. *Chest*. 2000 Mar;117(3):722-7.
16. Hallstrand T, Bates P, Schoene R. Aerobic conditioning in mild asthma decreases the hyperpnea of exercise and improves exercise and ventilatory capacity. *Chest*. 2000 Nov;118(5):1460-9.
17. Alfaro V, Torras R, Prats M, Palacios L, Ibáñez J. Improvement in exercise tolerance and spirometric values in stable chronic obstructive pulmonary disease patients after an individualized outpatient rehabilitation programme. *J Sports Med Phys Fitness*. 1996 Sep; 36(3): 195-203.
18. Ram F, Robinson S, Black P, Picot J. Physical training for asthma. *Cochrane Database Syst Rev*. 2005;3(4): CD001116.

## ВЛИЯНИЕ ФИЗИЧЕСКИХ УПРАЖНЕНИЙ НА ФУНКЦИЮ ЛЕГКИХ И КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С АСТМОЙ

Арслан Гавс, старший доцент и преподаватель медицинского факультета Балха

### Резюме

Цель этого исследования - оценить влияние физических упражнений на функцию легких и клинические проявления, признаки и симптомы у пациентов с астмой. Исследованию, проводившемуся по схеме предварительного и последующего тестирования, была подвержена группа из 24 взрослых пациентов с астмой, которые участвовали в программе физических упражнений. Были собраны данные с использованием анкеты клинических проявлений астмы и теста спи-

рометрии. Результаты показывают, что физические упражнения имеют большое влияние на легочную реабилитацию у пациентов с астмой, и улучшение функции легких может сыграть большую роль в их здоровье. Выполнение физических упражнений уменьшило такие астматические симптомы, как хрипы, одышку, стеснение в груди и кашель.

**Ключевые слова.** Физические упражнения, астма, спирометрия, легочная реабилитация

## THE EFFECT OF PHYSICAL EXERCISE ON LUNG FUNCTION AND CLINICAL MANIFESTATIONS OF ASTHMATIC PATIENTS

Arsalan Ghaws, Senior Teaching Assistant Professor / teacher at Balkh Medical Faculty

### Abstract

**Background:** Research indicates that physical exercise has a great impact on pulmonary rehabilitation in asthmatic patients, and improvement of lung function can play a great role in these patients' health. The purpose of this study is to evaluate the effects of physical exercises on lung function and clinical manifestations, signs, and symptoms of asthmatic patients.

**Materials and Methods:** This quasi-experimental study, which followed a pretest-posttest design, was conducted on a group of 24 adult asthmatic patients referring to Abo Ali Sina Mazar\_e\_Sharif of Ardebil that participated in a physical exercise program were

collected using an asthma clinical manifestations questionnaire and Spirometry test.

**Results:** Doing physical exercise was effective in the improvement of lung function of asthmatic patients and decreased such asthmatic signs as wheezing, shortness of breath, chest tightness, and coughing.

**Conclusion:** Physical exercise has a great role in the improvement of clinical manifestations of asthmatic patients.

**Keywords:** Asthma, Clinical manifestations, Lung function, Physical exercise

Phone: +93 (0) 700 500 592 Email: District 3 Mazar\_e\_Sharif, Balkh, Afghanistan  
Email: [arsalan.ghawsy@gmail.com](mailto:arsalan.ghawsy@gmail.com)



## ТАҲЛИЛ ВА БАҲОГУЗОРИИ МУҚОИСАВИИ САМАРАНОКИИ ИСТИФОДАИ ДОРУҶОИ МУОСИРИ СИМПТОМ- ВА СОҲТОРӢ- МОДИФИКАТСИОНӢ ДАР БЕМОРОНИ ГИРИФТОРИ ОСТЕОАРТРИТИ АВВАЛИЯ ДАР БЕМОРОНИ ГИРИФТОРИ ОСТЕОАРТРИТИ АВВАЛИЯИ МАРҶАЛАҶОИ I - III –и БУҶУМҶОИ ЗОНУ

**Давлатзода А.Д., Саидов Ё.У., Халилова Д.А, Алимова Н.А.**

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

**Мубрамияти мавзӯ.** Прогрессҳои калидии солҳои охир дар самти масъалаҳои баҳсталаб ба даст овардашудаи ба мушкилоти АО-и аввалия алоқаманд, пеш аз ҳама дар омӯзиши масъалаҳои мимконпазир ва муҳимтарини патогенез ва ташҳиси барвақти беморӣ ва идентификатсияи индикаторҳои пешгӯйии ноҳуб мебошанд, аз тарафи дигар, - дар ревматологияи амалӣ ба таври васеъ татбиқ намудани тавсияҳои дар заминаи принципҳои асосии стратегияи муосири фармакотерапевтии АО, мавқеи тиббӣ ва иҷтимоии бемориро боз ҳам мустақкамтар месозад ва ин хеле муҳим аст, имконият медиҳад, ки вай ҳамчун яке аз вазнинтарин ва сермасрафтарин бемориҳои музминии одамон баррасӣ карда шавад [7-12].

Дар ревматологияи амалии муосир доруҳои асосии медикаментозӣ, ки дар табобати АО ба таври густурда истифода мешаванд, ба ду гурӯҳи асосӣ ҷудо карда мешаванд: а) доруҳои симптом- модификатсионӣ (парасетамол, курсҳои кӯтоҳмуддати трамадол, НПВП, глюкокортикоидҳо - ГК дар шакли тазриқи интраартикулярӣ); б) СМП ва доруҳои ГЛК интраартикулярӣ [24-26].

Дар стратегияи муосири фармакотерапевтии АО мувофиқи тавсияҳои Osteoarthritis Research Society International (OARSI) ва European Society for Clinical and Economic Aspects of Osteoporosis and Osteoarthritis (ESCEO) мавқеи марказиро СМП (ба истилоҳ “хондропротекторҳо”) ишғол мекунад [22,25,26]. Мувофиқи маълумотҳои дар адабиётҳои солҳои охир пешниҳодшуда, ҷузъи асосии механизмҳои патогении самаранокии табобати СМП тадриҷан маҳв кардани илтиҳоби катаболикӣ ба ҳисоб мераад, ки асоси онро пешравии АО ташкил медиҳад [7,27-30].

Маълумотҳои дар осори муҳаққиқони муосир овардашуда аз он шаҳодат медиҳанд, ки истеъмоли таргетиҳои доруҳои симптом- модификатсионӣ (НПВП ва ГК-интраартикулярӣ) ва муддати тӯлонӣ (на камтар аз 6 моҳ дар як сол дар давоми 5 сол) истеъмол намудани СМП-ҳои пероралӣ, ба монанди глюкозамини сулфат (ГС) ва хондроитини сулфат (ХС) дар шакли моно- ё табобати омехта (артра, терафлекс), маҳсусан дар якҷоягӣ бо доруҳои ГЛК (остенил, остераж, синвикс ва ғ.) 2,4 маротиба хатари пешравии АО-и бкғумҳои зонуро кам мекунад [31-34]. Дар байни СМП базаи нисбатан исботшударо ХС ва ГС доранд [18,30,31-34].

Бо назардошти ҳадафи дар пеш гузошташуда мақолаи мазкур баҳогузориҳои муқоисавии самаранокии табобати моно- ва омехтаи структура ва артра бо доруҳои ГЛК (остенил ва остераж) интраартикулярӣ дар беморони дорои АО-и аввалия КС марҷалаҳои I - III мебошад.

### **Мавод ва усулҳои таҳқиқот**

Гурӯҳи таҳқиқшударо 103 бемори дорои АО-и аввалия КС (77 зан - 74,7% ва 26 мард = 25,3%) ташкил дод, ки синну соли миёнаи онҳо -  $56,8 \pm 5,4$  сол, медианаи давомнокии беморӣ- 9 (2-18 сол), шохиси миёнаи массаи бадан -  $29,6 \pm 5,8$  кг/м<sup>2</sup> буд. Дар қисми бештари беморони дорои АО-и аввалия КС мавҷудияти бемориҳои коморбидӣ ё мулти-морбидӣ таҳқиқ карда шуд. Дар маҷмӯъ дар беморони аз тарафи мо таҳқиқшуда бемориҳои коморбидии нисбатан паҳншуда инҳо буданд: бемориҳои ситемаи кардиоваскулярӣ - дар 68,8%, ихтилолҳои гуногуни метаболикӣ дар доираи МС – дар 63,05%, “НПВП-гастропатия” - дар 34,9%, бемориҳои узвҳои нафаскашӣ - дар 17,4%, инфарк-

ти миокард ва инсулт мутаносибан дар анамнези 3,8% ва 5,8% беморон.

Хамаи беморони интихбшуда ба таври проспективӣ дар пойгоҳи МТШ №2 ба номи академик К.Т. Тоҷиев ш. Душанбе (тибқи стандартҳои тавсиянамудаи Ассотсиатсияи ревматологҳои Федератсияи Россия) дар давраи солҳои 2018 - 2021 таҳқиқ карда шуданд.

Меъёрҳои ба таҳқиқот ворид кардани беморони дорои АО КС аввалия инҳо буданд: а) мардҳо ва занҳои синну соли 36-67-сола; б) ташҳиси саҳеҳи АО КС аввалия (тибқи меъёри Коллегияи америкоии ревматологов -ACR, 1991 г.) марҳалаҳои I, II ва III стадияи (мувофиқи Келлгрэн-Лоуренс); в) дард хангоми роҳ рафтани ("ритми механикӣ") дар КС шиддатнокии >40 мм мувофиқи ВАШ; г) талабот ба мунтазам (на камтар аз 3-4 маротиба дар ҳафта) қабул кардани НПВП; г) гузаронидани курси СМП (>3 моҳ барои доруҳои пероралӣ) дар давоми 6 моҳи охир. д) розигии ихтиёрии хаттии огоҳонидашудаи бемор барои иштирок дар таҳқиқот; е) вучуд доштани синовити саҳеҳи дуҷумии реактивии КС.

Меъёрҳои истисно кардан инҳо буданд: АО-и дуҷумии буғумҳои зону, марҳалаи IV беморӣ тибқи Келлгрэн-Лоуренсу, истифодаи СМП ё тазриқи интраартикулярии КГ ва доруҳои ГЛК дар 3 моҳи охир то оғози таҳқиқот, вучуд доштани беморҳои вазнини узвҳои дарунӣ.

Мувофиқи протоколи таҳқиқоти мазкур вобаста аз марҳалаҳои эволюсионии пешравию АО КС беморон ба 3 гурӯҳи чудо карда шуданд: Дар гурӯҳи I 26 бемор бо АО КС саҳеҳи барвақти аввалия (мувофиқи меъёри АCR, с. 1991 лоиҳаи байналмилалӣ оид ба таснифи меъёрҳои АО КС барвақт [11], дар гурӯҳҳои II ва III ҳамагӣ 77 бемори дорои АО КС паҳнфатаи аввалия - бо марҳалаҳои II (n=40) ва III (n=37) беморӣ Келлгрэн-Лоуренс.

Мувофиқи протоколи ин пажӯҳиш дар байни беморони гурӯҳҳои II ва III мо беморонро (мутаносибан – 35,0 ва 43,2%), чудо кардем, ки дар онҳо омилҳои пешгӯии нохуб чой дошт. Давомнокии таҳқиқоти маз-

кур дар маҷмӯъ 9 моҳ буд: а) 6 моҳ табобат; б) 3 моҳ муоина бо мақсади баҳогузорӣ кардани натиҷаҳои самаранокии табобати гузаронидашуда.

Ба сифати воситаҳо ва параметрҳои асосӣ бо мақсади мониторинги ҳаматарафа, таҳлил ва баҳогузорию самаранокии табобати гузаронидашуда дар беморони таҳқиқшудаи гурӯҳҳои I, II ва III мавриди истифода қарор дода шуданд: а) динамикаи шиддатнокии синдроми дард мувофиқи ВАШ; б) шохиси WOMAC дар маҷмӯъ, ҳамчунин компонентҳои иалоҳидаи он (нишондоди сатҳи дард, шахдамии субҳ ва норасоии функционалӣ); талабот ба истифодаи НПВП (дар тамоми давраи таҳқиқот).

Дар беморони таҳқиқшуда марҳалаи рентгенологии АО КС-ро аз рӯи рентгенограммаҳои КС (дар ду проексия – мустақим ва паҳлӯӣ) мувофиқи таснифи Келлгрэн-Лоуренс муайян намуданд [15,25]. Гурӯҳи назоратиро 40 нафари солим (28 зан ва 12 мард) ташкил дод, ки бемории узвҳои даруниро надоштанд, синну соли миёнашон - 48 сол (34-66 сол) буд. Натиҷаҳо ба сурати оморӣ, бо ёрии барномаи «Statiatica-10» ширкати StatSoft Inc. Солҳои 1984-2012 коркард шуданд.

**Натиҷаҳо ва баррасии онҳо.** Дар марҳалаи якуми таҳқиқоти мазкур бо мақсади мониторинг ва баҳо додан ба дараҷаи самаранокии табобати комплекси гузаронидашуда, ки дар заминаи принципҳои муосирӣ стратегияи фармакотерапевтии АО-и аввалия асос ёфтааст [7,22,26]. Дар беморони гурӯҳҳои I, II ва III динамикаи параметрҳои маъмулии умумиклиникӣ ва лабораторӣ, ки вазнинии АО-ро инъикос мекарданд ва фаъолнокии протесси дорои интенсивнокии пасти илтиҳобӣ таҳлил ва баҳогузорӣ карда шуданд (ҷадвали I). Қайд кардан зарур аст, ки натиҷаҳои нисбатан муҳими тағйиротҳои патологияи параметрҳои таҳқиқшаванда дар беморони гурӯҳҳои II ва III верификатсия шудаанд.

Дар маҷмӯъ натиҷае, ки мо дар натиҷаи мониторинги ҷиддиву пурраи хусусиятҳои тағйиротҳои динамикаи параметрҳои клиникӣ лабораторӣ ба даст овардем, дар за-



минаи табобати комплексӣ вазниниву фаъолнокии АО КС-и аввалияро инъикос мекунад, ки он истифодаи ҳам доруҳои қатори симптоматикӣ ва ҳам СМП-ро фаро гирифта буд, бо маълумотҳои муҳаққиқони дигар мувофиқат мекунад [9,14,17,29] ва эътимоднокии ( $p < 0,05-0,001$ ) паст шудани ҳамаи параметрҳои клиникӣ-лаборатории беморони гирифтори ОА КС I, II ва III –ро намоиш медиҳад.

Лаҳзаҳои дигари муҳим дар ин таҳқиқот ва дар қорҳои донишмандони дигар низ [28,32,35] дар беморон набудани динамикаи манфии нишондиҳандаҳои таҳқиқшаванда, пеш аз ҳама дар беморони гурӯҳҳои I, II, пас аз қатъ кардани доруҳо ба ҳисоб меравад, ки тибқи маълумоти адабиётҳо таъсири ҳуби СМП-и муосир ва доруҳои ГЛК-ро маҳз дар марҳалаҳои барвақтгарини беморӣ инъикос мекунад [12,14,30].

Дар ревматологияи амалии муосир востатаи асосӣ ва аз тарафи умум қабулшудаи байналмилалӣ, ки ба сифати яке аз меъёрҳои асосии баҳогузорӣ ба самаранокии СМП-и муосир ва доруҳои ГЛК дар беморони гирифтори АО ба ҳисоб меравад, WOMAC аст [14,25]. Вобаста аз ин дар таҳқиқоти мо нишондиҳандаҳои ибтидоии WOMAC дар маҷмӯъ, ҳамчунин параметрҳои чудогонаи он истифода шудааст: нишондиҳандаи сатҳи дард, маҳдудӣ (қарахтӣ) ва норасоии функционалӣ, хусусиятҳои фарқкунандаи тағйирот дар динамика дар заминаи табобати комплексии гузаронидашуда дар беморони гурӯҳҳои I, II ва III дар қадвалҳои 2-4 оварда шудааст.

Маълумотҳои дар қадвалҳои 3-5 пешравӣ ва саҳеҳии омории ( $p < 0,05-0,01$ ) динамикаи шохиси WOMAC –ро дар ҳама гурӯҳҳои I, II ва III баъди 3, 6 ва 9 моҳ нишон медиҳад.

**Қадвали 2. – Баҳогузорӣ ба самаранокии табобати комплексӣ бо ёрии шохиси WOMAC дар беморони гурӯҳи I.**

Нишондиҳанда	Ибтидоӣ	Баъди 3 моҳ	Баъди 6 моҳ	Баъди 9 моҳ	p
WOMAC, дард	210,6	170,8	116,4	104,5	0,001
WOMAC, қарахтӣ	89,8	64,5	53,6	50,3	0,01
WOMAC, функсия	728,2	490,8	414,6	405,4	<0,001
WOMAC, умумӣ	1028,6	726,1	584,6	560,2	<0,001

Эзоҳ: p – аҳамияти омории фарқияти нишондиҳандаи байни ҳама нуктаҳо; ANOVA Фридман.

Дар айни замон бояд зикр кард, ки баъди анҷом додани муҳлати ба нақша гирифташудаи муоина (баъди 9 моҳ) агар динамикаи зиёди яксоншавии шохиси WOMAC, ҳамчунин параметрҳои чудогонаи он (аҳамияти сатҳи дард, қарахтӣ ва норасоии функционалӣ) дар беморони гурӯҳи I (дар заминаи

монотерапияи терафлекс) ва гурӯҳи II (дар заминаи табобати омехта) ҷой дошта бошад, аҳамияти нисбатан камтари шохиси WOMAC дар беморони гурӯҳи III қарахтӣ ба мушоҳида мерасад. Ҳамин гуна маълумотҳо дар пажӯҳишҳои дигар олимони муосир низ ба даст оварда шуда буд [14,17,29,32].

**Қадвали 3. Баҳогузорӣ ба самаранокии табобати комплексӣ бо ёрии шохиси WOMAC дар беморони гурӯҳи II.**

Нишондиҳанда	Ибтидоӣ	Баъди 3 моҳ	Баъди 6 моҳ	Баъди 9 моҳ	p
WOMAC, дард	252,4	212,6	156,8	158,4	<0,001
WOMAC, қарахтӣ	98,5	82,4	68,6	70,6	<0,01
WOMAC, функсия	758,3	561,4	464,4	466,7	<0,001
WOMAC, умумӣ	1109,2	856,0	689,8	695,7	<0,001

Эзоҳ: p – аҳамияти омории фарқияти нишондиҳандаи байни ҳама нуктаҳо; ANOVA Фридман.

Вазъияти мазкур ва маълумоти адабиётҳо [14,17,28,32,35] нишон медиҳанд, ки истифодаи СМП дар беморони марҳилаи I АО дар шакли монотерапия ва беморони марҳалаҳои II ва III

–и беморӣ дар шакли омехта сурат мегирад. Дар натиҷаи ин на танҳо хусусияти ҷараёни АО тағйир меёбад, балки беҳтаршавии назарраси натиҷаҳои дури беморӣ низ рух медиҳад [14,17,35].



### Чадвали 5 ва 4. – Баҳогузорӣ ба самаранокии табобати комплексӣ бо шохиси WOMAC дар беморони гурӯҳи III.

Нишондиҳанда	Ибтидоӣ	Баъди 3 моҳ.	Баъди 6 моҳ.	Баъди 9 моҳ.	P
WOMAC, дард	268,6	230,3	174,8	178,4	<0,01
WOMAC, қарахтӣ	116,4	91,8	74,6	78,2	<0,01
WOMAC, функсия	802,4	612,6	512,8	516,3	<0,01
WOMAC, умумӣ	1187,4	933,7	762,2	772,9	<0,001

Эзоҳ: p – аҳамияти омории фарқияти нишондиҳандаи байни ҳама нуктаҳо; ANOVA Фридман.

Ҳангоми баҳодиҳии муқоисавии шохиси WOMAC дар маҷмӯъ ва ҳамчунин параметрҳои ҷудоғонаи он (нишондиҳандаи сатҳи дард, қарахтӣ ва норасоии функционалӣ), беморони гурӯҳҳои II ва III, ки дар шакли монотерапия ЁТТ (Ёрии таъҷилии тиббӣ) (мутаносибан 65,0 ва 56,8%) ва дар якҷоягӣ бо остенил ва остераж (мутаносибан 35,0 ва 43,2,3%) гирифтаанд, муайян карда шуд, ки динамикаи нисбатан возеҳтари мусбати шохиси WOMAC дар бемороне дида мешавад, ки дар заминаи табобати омехтаи ЁТТ ва препаратҳои ГЛК муолиҷа шудаанд. Дар маҷмӯъ истифодаи омехтаи ЁТТ ва препаратҳои ГЛК дар таҳқиқоти мо ва муҳаққиқони дигар [27,31,33,34,36] нишон медиҳанд, ки дар беморони дорои АО-и аввалияи буғумҳои зону, ки омили нохубипешгӯиро доранд (синну соли >60-сола, МС, КВП ва синвититакроршаванда), истифодаи иловагии доруҳои ГЛК усули алтернативии табобати беморони дорои шаклҳои вазнин ва қуҳнаи беморӣ ба ҳисоб меравад.

Мувофиқи маълумотҳои муҳаққиқони муосир аз нуктаи назари таҳлил ва баҳогузорӣ қардани самаранокии табобати АО муайян қардани талаботи бемор ба доруҳои бедардқунанда, пеш аз ҳама НПВП муҳимтар мебошанд [12,24,32,35,37,38].

Дар ибтидои таҳқиқоти мо тақрибан ҳамаи беморони гирифтори АО –и буғу-

мҳои зону бо мақсади қатъ қардани синдроми дард НПВП-ро доиман истифода қарданд (72,4%) ё дар режими талабот (27,6%) истифода қарда шудааст. Баъди 6 моҳи сар қардани табобат танҳо 34,7%-и беморон ба истифодаи иловагии доруҳои гурӯҳи НПВП (асосан дар режим оид ба талабот) шурӯъ қардаанд, ки ба маълумотҳои адабиёт мувофиқат мекунанд [24,32,35]. Илова бар ин, дар лаҳзаи тамом қардани таҳқиқот миқдори бемороне, ки ба истеъмоли НПВП зарурат доранд, камее баланд шуд (т 11,2%), асосан дар беморони гурӯҳи III, ки инро самаранокии баланди дури истифодаи СМП –ҳои муосир ва доруҳои гурӯҳи ГЛК дар табобати АО тасдиқ мекунанд [12,27,32,34].

Ҳамин тавр, натиҷаҳои ба даст овардашудаи мо аз он гувоҳӣ медиҳанд, ки истифодаи курсии доруҳои қатори симптоматикӣ СМП (структур ва артрит) бо дозаи фаъоли шабонарӯзӣ дар беморони дорои АО-и аввалияи буғумҳои зону (махсусан дар марҳалаҳои барвақти беморӣ) дар шакли монотерапия ва ҳам дар якҷоягӣ бо доруҳои ГЛК – интраартикулярӣ, ба ҳама симптомҳои клиникӣ АО-и аввалияи буғумҳои зону таъсири мусбат мерасонад: синдроми дардро зуд ва самаранок паст мекунад, ҳолати функционалии беморонро беҳтар ва ба ҳадди максималӣ истемоли НПВП-ро маҳдуд месозад.

### АДАБИЁТ

1. Авдеева О.С. Фенотипы остеоартрита в различных возрастных группах / О.С. Авдеева, Е.А. Беляева // Научно-практическая ревматология. – 2018. – №56 (3, прил. 2). – С.5-6.
2. Кабалык М.А. Распространенность остеоартрита в России: региональные аспекты динамики статистических показателей за 2011-2016 гг. / М.А. Кабалык // Научно-практическая ревматология. - 2018. - №56 (4). - С. 416-422.
3. Анализ распространенности и факторов риска развития остеоартрита в популяции / О.О. Портянникова [и др.] // Современная ревматология. – 2019. – №13 (2). – С.105-111.



4. Анализ распространенности и факторов риска развития остеоартрита в популяции / О.О. Портянникова [и др.] // Современная ревматология. - 2019. - №13 (2). - С. 105-111.
5. Алексеев Л.И. Ведение остеоартрита с коморбидностью в общей врачебной практике (клинические рекомендации) / Л.И. Алексеева, А.В. Наумов // Доктор ру. - 2017. - №134 (5). - С. 51-69.
6. 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.
7. Цветкова Е.С. Современная фармакотерапия остеоартроза коленных суставов: особенности симптоматического и болезнь-модифицирующего действия. Сообщение 1. Особенности симптоматического действия современных препаратов при остеоартрозе коленных суставов / Е.С. Цветкова, Н.Г. Иониченок, Л.Н. Денисов // Научно-практическая ревматология. - 2015. - №1 (53). - С.63-68.
8. Стребкова Е.А. Остеоартроз и ожирение / Е.А. Стребкова, Л.И. Алексеева // Научно-практическая ревматология. - 2015. - №5 (53). - С. 542-552.
9. Удовика М.И. Диацереин как препарат выбора в терапии остеоартроза коленных суставов с вторичным рецидивирующим синовитом / М.И. Удовика // Научно-практическая ревматология. - 2015. - №6 (53). - С. 614-618.
10. Ризоева О.Р. первичный ОА коленных суставов: современные подходы к ранней диагностики и оценке коморбидного фона / О.Р. Ризоева, Ё.У. Саидов // Вестник Авиценны. - 2019. - №4. - С. 618-624.
11. Toward classification criteria for early osteoarthritis of the knee /F.P. Luyten [et al.]// *Semin Arthritis Rheum.* - 2017: Aug. 9.
12. 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.
13. Алексеева Л.И. Развитие проблемы остеоартрита в России / Л.И. Алексеева // OpinionLeader (Лидер мнений). - 2018. - №6 (14). - С.30-36.
14. Остеоартрит коленных суставов и метаболический синдром: новые подходы к терапии / Л.И. Алексеева [и др.]// Научно-практическая ревматология. - 2018. - №56 (2). - С.157-163.
15. 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.
16. Ведущие факторы прогрессирования остеоартрита коленных суставов: влияние симптоматических препаратов замедленного действия на течение заболевания (5-летнее проспективное исследование) / Н.Г. Кашеварова [и др.]// Фарматека. - 2017. - №7 (340). - С. 40-45.
17. Efficacy and safety of oral NSAIDs and analgesics in the management of osteoarthritis: evidence from real-life-setting trials and surveys /J.P. Pelletier [et al.]// *Semin Arthritis Rheum.* - 2016. - V. 45 (4 Suppl). - P. 22-27.
18. Духанин А.С. Симптом-модифицирующие препараты замедленного действия в лечении остеоартрита: от молекулы к клиническому эффекту (взгляд фармаколога) / А.С. Духанин // Современная ревматология. - 2018. - №12 (2). - С.79-87.
19. Оценка эффективности и безопасности магнитотерапии при остеоартрите: результаты многоцентрового слепого плацебоконтролируемого исследования КОСМО / А.Е. Каратеев [и др.]// Научно-практическая ревматология. - 2020. - №1 (58). - С.56-61.
20. Рентгенографическая диагностика эрозивного остеоартрита суставов кистей / Д.М. Кудинский [и др.]// Научно-практическая ревматология. - 2019. - №6 (57). - С.662-667.
21. МРТ-изменения в межфаланговых суставах при остеоартрите / Д.М. Кудинский [и др.] // Научно-практическая ревматология. - 2018. - №56 (3, прил. 2). - С.49-50.
22. Остеоартрит - аспекты фармакотерапии/ Л.Н. Денисов [и др.]// Современная ревматология. - 2018. - № 12(2). - С.97-102.





23. Ризоева О.Р. Первичный остеоартрит: этиопатогенетические аспекты, ранняя диагностика, факторы риска, подходы к терапии - современное состояние вопроса / О.Р. Ризоева, Ё.У. Саидов // Авчи Зухал. - 2019. - №4. - С. 108-115.
24. Изучение эффективности локальной инъекционной терапии препаратами гиалуроновой кислоты различной молекулярной массы у больных остеоартритом коленного сустава / В.Е. Бялик [и др.] // Научно-практическая ревматология. – 2019. – №2 (57). – С.235-242.
25. Ревматология: российские клинические рекомендации / Под ред. академика РАН Е.Л. Насонова // Издательская группа «Геотар – Медиа». – 2019. – 461 с.
26. Алгоритм лечения остеоартрита коленного сустава Европейского общества по клиническим и экономическим аспектам остеопороза и остеоартрита (ESCEO) применим в российской клинической практике: совместное заключение ведущих российских специалистов и экспертов ESCEO по остеоартриту / Л.Н. Денисов [и др.] // Научно-практическая ревматология. - 2016. - № 6 (54) - С. 641-653.
27. Изучение эффективности локальной инъекционной терапии препаратами гиалуроновой кислоты различной молекулярной массы у больных остеоартритом коленного сустава / В.Е. Бялик [и др.] // Научно-практическая ревматология. - 2019. - № 2 (57) - С. 235-242.
28. Combined chondroitin sulfate and glucosamine for painful knee osteoarthritis: a multicentre, randomised, double-blind, non-inferiority trial versus celecoxib / M.C. Hochberg [et al.] // *Ann. Rheum. Dis.* - 2016. - № 75. - P. 37-44.
29. Combined chondroitin sulfate and glucosamine for painful knee osteoarthritis: a multicentre, randomised, double-blind, non-inferiority trial versus celecoxib / M.C. Hochberg [et al.] // *Ann. Rheum. Dis.* - 2016. - № 75. - P. 37-44.
30. Effects of glucosamine sulfate on the use of rescue non-steroidal anti-inflammatory drugs in knee osteoarthritis: results from the Pharmaco-Epidemiology of GonArthroSis (PEGASsus) study / L.G. Rowati [et al.] // *Semin Arthritis Rheum.* - 2016. - № 45 (4). - P. 34-41.
31. Оценка эффективности и безопасности гиалурома CS у пациентов остеоартритом коленных суставов (предварительные данные) / Е.А. Таскина [и др.] // Научно-практическая ревматология. – 2018. – №56 (3, прил. 2). – С.77-78.
32. Оценка эффективности препарата Терафлекс в лечении начальных стадий остеоартрита и его влияния на структуру и метаболизм хрящевой ткани / С.Н. Лунева [и др.] // *Consilium Medicum.* - 2018. - №20 (9). - С. 3-11.
33. 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 / В.Ј. Cole [et al.] // *Am J Sports Med.* - 2017. - V. 45(2). - P. 339-346.
34. Стребкова Е.А. Эффективность внутрисуставной терапии препаратами гиалуроновой кислоты у больных остеоартритом / Е.А. Стребкова, Л.И. Алексеева // Современная ревматология. - 2019. - №13 (2). - С. 96-104.
35. Отдаленные результаты применения структума (по материалам многоцентрового исследования) / Л.И. Алексеева [и др.] // *Терапевтический архив.* - 2003.- №9. - С. 82-86.
36. Петухов А.И. Инъекционные препараты гиалуроновой кислоты для лечения гонартроза с позиций доказательной медицины / А.И. Петухов, Н.Н. Корнилов, Т.А. Куляба // Научно-практическая ревматология. – 2018. - №56(2). – С. 239-248.
37. Наумов А.В. Применение глюкозамина сульфата у пациентов с остеоартритом и коморбидностью при наличии высокого риска осложнений, связанных с НПВП / А.В. Наумов, О.Н. Ткачева // *Терапевтический архив.* - 2018. - №5. - С. 81-87.
38. Сравнение эффективности препаратов гиалуроновой кислоты с различной молекулярной массой и в сочетании с хондроитин сульфатом в зависимости от стадии остеоартрита коленного сустава / В.Е. Бялик [и др.] // Научно-практическая ревматология. – 2020. – №5 (58). – С.560-569.



## АНАЛИЗ И СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРИМЕНЕНИЕ СОВРЕМЕННЫХ СИМПТОМ- И СТРУКТУРНО-МОДИФИЦИРУЮЩИХ ПРЕПАРАТОВ У БОЛЬНЫХ ПЕРВИЧНЫМ ОСТЕОРТРИТОМ КОЛЕННЫХ СУСТАВОВ I - III СТАДИИ

Давлатзода А.Д., Саидов Ё.У., Халилова Д.А., Алимова Н.А.

Кафедра пропедевтики внутренних болезней, Таджикский государственный медицинский университет имени Абуали ибни Сино, Душанбе, Республика Таджикистан

**Цель исследования:** сравнительная оценка эффективности моно- и комбинированной терапии структума и артра с препаратами гиалуроновой кислоты (ГлК - остенил и остераж) интраартикулярно у пациентов с первичным остеоартритом (ОА) коленных суставов (КС) I - III стадии.

**Материал и методы:** в исследование приняли участие 103 больных с первичным ОА КС I - III стадии по Келлгрэну-Лоуренсу с интенсивностью болевого синдрома >40 мм по визуальной аналоговой шкале (ВАШ), в возрасте от 37 до 67 лет с длительностью заболевания от 2 года до 18 лет. Обследованные пациенты были распределены на три группы: а) 1 группа - пациенты с I стадии ОА (n=26); б) 2 группа - пациенты со II стадии ОА (n=40); в) 3 группа - пациенты с III стадии ОА (n=37). Длительность исследования составила 9 мес (6 мес терапии и 3 мес наблюдения). Всем пациентам I группы в комплексе с препаратами симптоматического ряда был назначен структум из группы структурно-модифицирующих препаратов (СМП) по 500 мг 2 раза в сутки в течение 6 мес. В то же время всем пациентам II и III групп был назначен комбинированный препарат из группы СМП - артра: в течение первых трех недель по 1 таблетке 3 раза в день, а в последующем по 1 таблетке 2 раза в день в течение 6 месяцев. Определенные число больных II и III групп (35,0 и 43,2% соответ-

ственно) дополнительно получали интраартикулярные инъекции препаратов гиалуроновой кислоты (остераж, остенил).

**Результаты:** статистически значимое уменьшение интенсивности болевого синдрома по ВАШ и улучшение показателей индекса Western Ontario and Mc Master Universities Osteoarthritis Index - Womac (всех его составляющих параметров и суммарного значения), а также клинико-лабораторные показатели тяжести и активности ОА наблюдалось с 3-го месяца терапии и на протяжении всего периода наблюдения, преимущественно у пациентов с ранним ОА.

**Заключение:** курсовое применение препаратов симптоматического ряда и СМП (структум и артра) в эффективной суточной дозе у пациентов с первичным ОА КС (особенно в ранних стадиях заболевания) как в виде монотерапии, так и в сочетании с препаратами ГлК - интраартикулярно, позитивно влияет на все клинические симптомы ОА коленных суставов: быстро и эффективно регрессирует болевой синдром, скованность, заметно улучшает функциональное состояние пациентов и максимально лимитирует приема нестероидных противовоспалительных препаратов (НПВП).

**Ключевые слова:** первичный остеоартрит, коленные суставы, структум, артра, остенил, остераж, индекс Womac.

## ANALYSIS AND COMPARATIVE EVALUATION OF THE EFFECTIVENESS OF THE USE OF MODERN SYMPTOM-AND STRUCTURAL-MODIFYING DRUGS IN PATIENTS WITH PRIMARY OSTEOARTHRITIS OF THE KNEE JOINTS OF STAGE I-III

Davlatzoda A.D., Saidov Yo.U., Halilova D.A., Alimova N.A.

Department of Propaedeutics of Internal Diseases, Tajik State Medical University after Abuali Ibni Sino, Dushanbe, Republic of Tajikistan

**Objective:** to compare the effectiveness of mono - and combination therapy of structum and arthra with hyaluronic acid preparations (GIA - ostenil and osteraj) intraarticularly in



patients with primary osteoarthritis (OA) of the knee joints (CS) of stage I - III.

**Material and methods:** the study involved 103 patients with primary Kellgren - Lawrence stage I-III COP OA with pain intensity >40 mm on the visual analog scale (VAS), aged 37 to 67 years with a disease duration of 2 to 18 years. The examined patients were divided into three groups: a) group 1 - patients with stage I OA (n=26); b) Group 2 - patients with stage II OA (n=40); c) Group 3 - patients with stage III OA (n=37). The duration of the study was 9 months (6 months of therapy and 3 months of follow-up). All patients of group I in combination with symptomatic drugs were prescribed structum from the group of structural-modifying drugs (SMD) 500 mg 2 times a day for 6 months. At the same time, all patients of groups II and III were prescribed a combined drug from the SMD - arthra group: for the first three weeks, 1 tablet 3 times a day, and then 1 tablet 2 times a day for 6 months. A certain number of patients of groups II and III (35.0 and 43.2%, respectively) additionally received intraarticular injections of hyaluronic acid preparations (osteraj, ostenil).

**Results:** A statistically significant decrease in the intensity of pain syndrome according to VAS and an improvement in the Western Ontario and McMaster Universities Osteoarthritis Index - Womac (all its constituent parameters and total value), as well as clinical and laboratory indicators of the severity and activity of OA, were observed from the 3rd month of therapy and throughout the entire follow-up period, mainly in patients with early OA.

**Conclusion:** term use of drugs is symptomatic of a number and SMD (structum and artra) in the effective daily dose in patients with primary OA of the knee (especially in the early stages of the disease) as a monotherapy and in combination with ostenil and osteraj, has a positive effect on all clinical symptoms of OA of the knee: quickly and effectively regresses pain, stiffness, significantly improves the functional status of patients and the maximum limits of nonsteroidal anti-inflammatory drugs (NSAIDs).

**Key words:** primary osteoarthritis, knee joints, structum, arthra, ostenil, osteraj, Womac index.

*Давлатзода А.Д., соискатель кафедры пропедевтики внутренних болезней ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино*

*Davlatzoda A.D., degree seeker, department of Propaedeutics of Internal Diseases, Tajik State Medical University after AbualiIbni Sino, Dushanbe, Republic of Tajikistan*

## ТАБОБАТИ ОСТЕОХОНДРОЗИ ҚИСМИ КАМАРӢ-ЧОРБАНДИИ СУТУНМУХРА БО ИСТИФОДАИ КАРИПАЗИМ

Фаттоева Н.В, Алиева Е.Г.

Кафедраи варзиши муолиҷавӣ ва тибби шарқи МДТ «ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино»

**Мубрамият.** Остеохондрози қисми камариву чорбандии сутунмухра бемории чиддии сутунмухра ба ҳисоб меравад. Асоси онро бофтаҳои исфанҷии устухонҳо ташкил медиҳад. Ҷараёни беморӣ ба таври музмини пеш рафта, аксар вақтҳо боиси маъюбшавӣ мегардад. Ин намуди остеохондроз хеле паҳншуда мебошад. Бештарин возеҳӣ ва басомади аломатҳои клиникаи вай дар синну соли фаъоли одамон, яъне 30-50- солагӣ ба мушохида меравад. Остеохондроз-бемории сутунмухра аст, ки дегенератсияи дискҳои байни

мухраҳо бо хеле паст шудани баландии он, склероз шудани сатҳҳои дискҳои мухраҳо ва ба таври реактивӣ нумӯъ кардани остеоитҳои канориро дар бар мегирад. Бофтаҳои тағоякии дискҳо, ки аз остеохондроз осеб дидаанд, тадриҷан аз нав тавлид мешаванд ва ба устухон табдил меёбанд. Дискҳои сахтшударо андозааш хурд мешавад, хусусияти амортизаториашро дар байни мухраҳо аз даст медиҳад ва ба охираҳои асаб фишор меоваранд, ки ин ба пайдо шудани эҳсосоти дарднок оварда мерасонад.



Сабабҳо барои барвақт зоҳир шудани беморӣ инҳоянд: омодагии сусти ҷисмонӣ, ноустувориву сарбории доимии ҷисмонӣ, халалдор шудани андом, қач шудани сутунмуҳра, паҳнӣ ва вазни барзиёд.

Ҳамчунин ба сабабҳои беморӣ тамоюли ирсӣ, садамаи сутунмуҳра, тағйиротҳои синнусолӣ, шароитҳои нохуби экологӣ, тарзи ҳаёти камҳаракат, таъсири дарозмуддати ҳолати ноқулай, дар вазъияти рост истодан, нишастан, дароз кашидан, чизҳои вазнинро бардоштан ва бурдан, ҳангоми иҷро кардани кори дигар, ки ҳангоми он фишор дар дискҳо ва сарборӣ ба сутунмуҳра умуман.

Бемороне, ки аз остеохондроз озор мебинанд, аз дардҳои доимии халанда дар пушт, ки бо онҳо қарақташавӣ ва эҳсосити шикастагӣ дар андомҳои поёнӣ ҳамроҳшуда, тадричан ба синдромҳои шадиди дард сабзида мерасад.

**Мақсади таҳқиқот** омӯзиши таъсири протсекураҳои физиотерапевтӣ, аз ҷумла, электрофорез бо Карипазим дар табобати комплекси беморони гирифтори остеохондрози қисми камару чорбанд мебошад. Беморон аз дарди ноҳияи камар шикаҷят мекунанд, ки ба андоми поении рост паҳн шуда, ҳаракатро халалдор ва ҳиссиётро баланд месозад.

Дар маҷмӯи чорабиниҳои реабилитатсионӣ аз ҷумла табобати медикаментозӣ, истифодаи электрофарез бо Карипазим дар ноҳияи камару чорбанди сутунмуҳраи паравертебралӣ дохил карда мешаванд. Давомнокии табобат аз карипазим аз якҷанд курс (2-3 курс бо 20 рӯз бо танаффуси ду ҳафта). Дар ҷараёни сеанси электрофарез шиддати ҷараён тадричан зиёд мешавад. Замони гузаронидани протсекура 10-15-20 дақиқаро ташкил медиҳад.

Ин усул 10 сол қабл аз тарафи профессор Найдин В.П. пешниҳод карда шудааст. Карипазим-препарати протеолитикии фер-

ментии рустанигӣ аст, ки аз шираи меваи дарахти харбуза-папай гирифта мешаванд. Ин воситаи муосири ферментӣ аст, ки дар асоси иловаҳои биологӣ сохта шудааст: химопаин, протеиноз, папаин ва лизосим. Онҳо дорои ҳосиятҳои протеолитикӣ, муколитикӣ ва зиддиинфeksiонӣ, чунин таъсир мерасонад:

1. Бофтаҳои тағояки муҳраҳоро нарм мекунад;

2. Бо роҳи баланд бардоштани секретсияи коллаген барои ҳадшабандии лифҳои осебдидаи диски байни муҳраҳо ва барқарор шудани ҳосияти чандирии он мусоидат мекунад.

3. Таъсири зиддиинфeksiонӣ мерасонад.

Карипазии хокаи сафедранг аст. Пеш аз сеанси электрофорез онро дар 10 мл маҳлули физиологӣ маҳлул карда, ба он барои пурқувват шудани таъсири табобати 2-3 қатра диликанд илова мекунанд. Ин маҳлулро бо қутби мусбатро яке аз электродҳо ворид месозанд. Аз тарафи дигар, электроди манфӣ зуфилинро ворид мекунанд, ки дорои ҳосиятҳои рагвасеъкунандагӣ буда, барои беҳтар шудани хунтаъминшавӣ мусоидат карда, расонидани доруро ба мавзеи осебдида метезонад.

**Натиҷаҳои таҳқиқот ва баррасии онҳо.** Натиҷаҳои табобати барқароршавӣ аз давомнокии чорабиниҳои реабилитатсионӣ вобаста аст. Эҳтимол дорад, ки дар 1-2 сеанс ягон хел таъсири табобатӣ дида намешавад. Барои ҳамин ҳам якҷанд курсро бо давомнокии 20 рӯз бо танаффуси як моҳ гузаронидан зарур аст. Дар натиҷаи ин табобат дар беморон кам шудани шикаҷятҳо, зиёд шудани ҳаракатнокӣ дар сутунмуҳра барқарор шудани қобилияти қорӣ ба мушоҳида расид.

**Ҳулосаҳо.** Истифодаи электрофорез дар беморон бо карипазим ҳангоми остеохондрози камару чорбанд дар шароити истифодаи тӯлони ин дору динамикаи мусбат медиҳад.

## АДАБИЁТ

1. Ясногородский В.Г. Электротерапия. / Ясногородский В.Г, Равич И.М. // Москва.: Медицина, 2007г. 15-25 стр.
2. Комаров Л.А. Руководство по физическим методам лечения. /Л.А.Комаров, Т.В. Благосвидная. // М.: Медицина, 2012г., 10-15 стр.



3. Стрелкова Н.И. Физические методы лечения в неврологии /Стрелкова Н.И.// Москва: Медицина. 2009 г., 127-132 стр.

## ЛЕЧЕНИЕ ОСТЕОХОНДРОЗА ПОЯСНИЧНО-КРЕСТЦОВОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА С ПОМОЩЬЮ ПРИМЕНЕНИЯ КАРИПАЗИМА

Фаттоева Н.В., Алиева Е.Г.

Кафедра ЛФК и восточной медицины ГОУ «ТГМУ им. Абуали иби Сино».

В данной статье рассматриваются вопросы влияния физиотерапевтической процедуры, в частности, электрофореза с Карипазимом в комплексном лечении больных с остеохондрозом пояснично-крестцового отдела позвоночника. Под наблюдением находилось 10 больных – мужчин в возрасте от 30 до 50 лет с диагнозом остеохондроз пояснично-крестцового отдела позвоночника. Больные предъявляли жалобы на боли в области поясницы с иррадиацией в левую

или правую нижнюю конечности, нарушение движений и повышение чувствительности.

В комплекс реабилитационных мероприятий, включая медикаментозную терапию, входило применение электрофореза с Карипазимом на область пояснично-крестцового отдела позвоночника паравертебрально.

**Ключевые слова:** электрофорез, Карипазим, межпозвонковый диск, остеохондроз позвоночника.

## TREATMENT OF OSTEOCHONDROSIS OF THE LUMBO-SACRAL SPINE WITH THE USE OF CARIPASIM

Fattoeva N.V., Alieva E.G.

Department of medical physical training and eastern medicine of STI «Avicenna TSMU»  
(head of department d.m.s., professor Najmiddinova M.N.)

This article discusses the influence of physiotherapeutic procedures, in particular, electrophoresis with Karipazim in the complex treatment of patients with osteochondrosis of the lumbo-sacral spine. The study included 10 patients - men aged 30 to 50 years with a diagnosis of osteochondrosis of the lumbo-sacral spine. Patients complained of pain in the lumbar region

radiating to the left or right lower extremities, impaired movement and increased sensitivity.

The complex of rehabilitation measures, including drug therapy, included the use of electrophoresis with Karipazim on the paravertebral region of the lumbo-sacral spine.

**Key words:** electrophoresis, Karipazim, intervertebral disc, spinal osteochondrosis.

*Фаттоева Наталья Валерьевна – старший преподаватель кафедры лечебной физкультуры и восточной медицины ГОУ «Таджикского государственного медицинского университета имени Абуали ибни Сино», E.mail: [musnat06@mail.ru](mailto:musnat06@mail.ru), тел.: 93-501-71-92*

*Fattoeva Natalya Valerievna – senior lecturer of the department of medical physical training and eastern medicine of STI «Avicenna Tajik State Medical University», E.mail: [musnat06@mail.ru](mailto:musnat06@mail.ru), tel.: 93-501-71-92*



## МУЛОҲИЗАҲО ОИДИ ТАБОБАТИ АЛОИМИ КАМХУН• ДАР БЕМОРОНИ ГИРИФТОРИ ЛЕЙКЕМИЯИ ШАДИДИ МИЕОЛИД• ДАР НАТИҶАИ ПОЛИХИМИОТЕРАПИЯИ ШАДИД

Шамсов А.Т.<sup>1</sup>, Уроқов К.З.<sup>1</sup>, Қараев И.И.<sup>2</sup>, Шамсов Б.А.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Кафедраи бемориҳои дарунии №3-и МДТ «ДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино».

<sup>2</sup>МД «Маркази ҷумҳуриявии илмию клиникаи педиатрия ва ҷарроҳии кӯдакона»

**Муҳимияти мавзӯ.** Дар ибтидои асри XXI дар ҷаҳон рӯйдодҳои инқилобӣ оид ба табобати шадиди лейкози шадиди миелоидӣ ба амал омаданд. Дар синтез ва дар амалияи клиникӣ доруҳои ситостатикӣ ва барномаҳои нави бисёркомпонентӣ ҷорӣ карда шуданд. (1,3) Аммо полихимиотерапияи вояи баланд, ғолибан, бо мушкilotи вазнини паси ситостатикӣ, панситопения, хусусан алоими шадиди камхунӣ, ҳамроҳӣ мекарданд (4,5). Собит шудааст, ки зиёд шудани камхунӣ ва дар натиҷаи гипоксия, афзоиши ангиогенези омосро ба вучуд меорад ва афзоиши варамро зиёд мекунад. Омиле, ки бемор ҳангоми камхунӣ дорад, эҳтимолияти ба даст овардани таъсири химиотерапияро беш аз 1,5 маротиба коҳиш медиҳад. (5) Бояд қайд намуд, ки камхунӣ хавфи маргро дар беморони гирифтори саратон зиёд менамояд. (1,2,3,4)

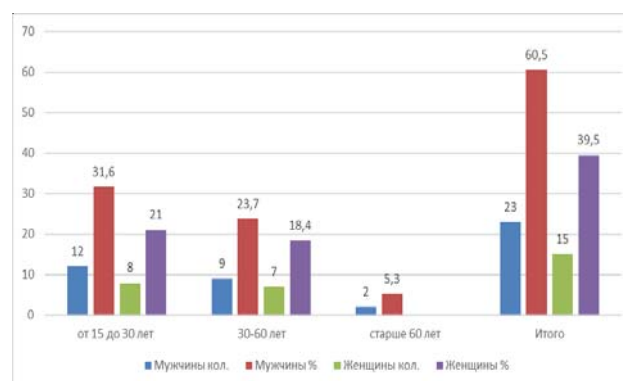
Маълум аст, ки хунгузаронӣ дар шароити хатарнок барои ҳаёт (талафоти шадиди хун, камхунии амик) ивазнашаванда аст, аммо таъсири он кӯтоҳмуддат буда, ислоҳи дарозмуддати сатҳи гемоглобинро таъмин мекунад. (1,2,5) Мунтазам гузаронидани хун хатари аксуламалҳои номатлубро (интиқоли нодурусти ҷузъҳои хун, реаксияҳои шадид ва таъхирёфтаи трансфузия, аз асабҳои пас аз трансфузия то асабҳои охири бактериявӣ, иммуносупрессия, бемориҳои паразитӣ, гепатитҳои вирусӣ ва сироятҳои ВНМО ва ғ.) ба вучуд меорад. Мувофиқи маълумоти Виллиамсон (Williamson) басомади таъсири манфӣ ҳангоми интиқоли хун 6% боқӣ мемонад. (5) Мушкilotӣ дар он аст, ки имрӯз дар ҷаҳон, ҳатто озмоишҳои пешрафта дар таркиби хуни донорӣ мавҷуд набудани сироятҳои дар боло зикршударо кафолат дода наметавонанд. Ғайр аз ин, беҳтаршавии муваққатии ҳисоби хуни сурх таваассути гемотрансфузия сатҳи оптималии

гемоглобинро муддати тӯлонӣ нигоҳ намендорад ва такроран интиқолро талаб мекунад. Зинда мондани беморон ва баланд бардоштани сифати зиндагӣ ҳадафи асосии идоракунии терапевтии беморони гирифтори гемобластоз мебошад, ки дар баробари химиотерапия ҳамчун табобати муфиди камхунӣ ба даст оварда мешавад. Инчунин, дар ҷумҳурии мо хуни донорӣ норасо аст. Дар ҷунин шароит стратегияи алтернативии табобат дар аксар ҳолатҳо метавонад, аз доруҳои дастраси эритропоезӣ (ЭСП) истифода барад. (3,4,5)

**Мақсади таҳқиқот** муайян кардани самаранокии доруи рекормон ҳангоми алоими камхунӣ дар беморони лейкомияи шадиди миелобластикӣ дар иқлими гарми Тоҷикистон мебошад.

**Мавод ва методи таҳқиқот.** Аз соли 2015 то 2019 дар таҳти назорати мо, дар шуъбаи гематологияи НМК ш. Шифобахши Вазорати тандурустии ҶТ 38 нафар беморони гирифтори лейкомияи шадиди миелобластикӣ қарор доштанд. Аз ин миқдор беморони 15-30 соларо 20 нафар (52,6%), 30-60 соларо 16 нафар (42,1%), аз 60-сола болоро 2 нафар (5,3%) ташкил доданд, ки аз инҳо 23 нафар мард (60,5) ва 15 нафар зан (39,5) буданд.

**Ҷадвали 1. Хусусиятҳои синнусолӣ ва ҷинси беморон**





Вобаста аз сатҳи гемоглобин, беморонро ба 3 гурӯҳ тақсिम намудем: камхунии сабук – 13 бемор (миқдори гемоглобин аз 90 то 110 г/%), камхунии миёна - 16 бемор (гемоглобин аз 70 то 89 г/%), камхунии вазнин - 9 бемор (гемоглобин 69 г/ ва камтар аз он).

Дар тасвири клиникӣ алоими ҳеморрагӣ дар 28 бемор, алоими захролудшавӣ дар 29 бемор бартарӣ дошт. Гепатоспленомегалия дар 5 бемор ва лимфоаденопатия дар 2 бемор ба назар расид.

Дар гемограмма, камхунии беморон ба таври гуногун нишон дода шуд. Сатҳи эритроцитҳо дар гемограмма аз  $1,8 \cdot 10^{12}/л$  то  $3,8 \cdot 10^{12}/л$ , гемоглобин аз 32 г/ то 110 г/. Гиперлейкоцитоз дар 6 бемор (аз  $19,8 \cdot 10^9/л$  то  $185,8 \cdot 10^9/л$ ), дараҷаи миёна дар 17 бемор (аз  $3,6 \cdot 10^9/л$  то  $9,8 \cdot 10^9/л$ ) ва лейкопения дар 15 бемор ( $0,9 \cdot 10^9/л$  до  $3,0 \cdot 10^9/л$ ) маълум гардид. Дар 19 бемор хучайраҳои бластикӣ дар хуни канорӣ аз 1 то 34% ва лимфоситоз аз 48 то 92% дар 26 бемор аён гардид. Ҳамаи беморон сатҳи гуногуни тромбоцитопенияро доштанд, яъне аз  $12,0 \cdot 10^9/л$  то  $113,0 \cdot 10^9/л$ . Сатҳи оҳани хуноба ҳадди ақал 10,6 мкмоль/л-ро ташкил медиҳад. Дар таҳлили лаборатории мағзи устухон (миелограмма) ҳамаи беморон дар маҷмӯъ дараҷаи хучайраҳои бластӣ аз 56 то 98% афзоиш ёфтанд. Гиперплазияи мағзи устухон дар 15 бемор, гипоплазия дар 23 бемор ба назар расид. Шоҳаи сурх танг шуда, шоҳаи мегакариоситӣ дар ҳамаи беморон аз ҷониби мегакариоситҳои яклухт бидуни пайванди тромбоцитҳо муаррифӣ мешаванд. Вокуниши ситокимиёвӣ бо пероксидаза дар ҳамаи беморон мусбаст аст.

Аз рӯйи барномаи 01/99 (Маркази гематологии давлатии илмии Русия) ба ҳамаи беморон ду курси индуксионии полихимиотерапия аз рӯи нақшаи «7+3» ва ду курси табобати ниғаҳдоранда (ситозар 100 мг/м<sup>2</sup> в/в, 2 маротиба муддати 7 рӯз, даунорубинсин 60 мг/м<sup>2</sup>, 1 маротиба, 3 рӯз) муқаррар карда шуд. Барои бартараф кардани алоими камхунӣ рекормонро бо вояи 30000 МЕ дар зерӣ пӯст дар як ҳафта 2 маротиба ба муддати 16 ҳафта таъин карданд. Ба ҳамаи беморони гурӯҳи сеюм, ки миқдори гемог-

лобин камтар аз 69 г/ро ташкил медиҳад ва бо мақсади зудтар бартараф намудани алоими камхунӣ ба нақшаи табобат гузаронидани эритроцитҳои шусташудаи донорӣ (гемотрасфузия) илова карда шуд.

**Натиҷаи таҳқиқот.** Дар 13 бемори гурӯҳи якум, ки барои бартараф намудани алоими камхунӣ танҳо рекормон истифода бурда шуд, дар равиши беморӣ ва дар таҳлилҳои лаборатории умумии хун дар ибтидои табобат (аввали ҳафтаи сеюм) натиҷаҳои назаррас дида шуд. Миқдори гемоглобин аз 98-106 г/ боло шуд, баъди ҳаштум-даҳум ҳафта то 110 г/ зиёд гардид. Дар гурӯҳи дуюм, ки 16 беморро дар бар мегирифт, баъди 4 ҳафта сатҳи гемоглобин то 72-74 г/, баъди ҳафтаи 16-ум ба 91-96 г/ расид. Лекин дар ҳамаи 9 бемори гурӯҳи сеюм дар равиши беморӣ ва дар нишондоҳои сурхи санҷиши умумии хун натиҷаҳои дилхоҳ ба назар нарасид. Сатҳи гемоглобин баъди ҳафтаи 16 танҳо ба 68 г/ расид. Бартараф намудани алоими камхунӣ ва ба эътидол овардани миқдори нишондоҳои хуни сурх танҳо баъди илова намудани гузаронидани ҷӯзҳои хун (ҳаҷми эритроцитари шусташуда) дар 7-10 рӯзҳои аввал ба даст оварда шуд.

**Хулоса.** Камхунии марҳилаи сабук дар беморони миелобластикӣ шадидро бидуни интиқоли массаи эритроцитҳо бо истифода аз рекормон ислоҳ кардан мумкин аст. Дар ҳолати камхунии муътадил ва шадид рекормон метавонад, миқдори хунгузарониҳои эритроцитро ба таври назаррас коҳиш диҳад, ки хавфи пайдоиши трансфузия, хусусан бемориҳои гепатитҳои вирусӣ ва ва ВНМО-ро коҳиш медиҳад ва инчунин, сатҳи зиндагии беморонро ба таври назаррас беҳтар мегардонад. Ҳангоми табобати камхунии дараҷаи вазнин тавассути рекормон натиҷаи дилхоҳ дида намешавад, лекин имконият медиҳад, ки бо миқдори начандон зиёди ҳаҷми эритроцитарӣ алоими камхунӣ бартараф карда шавад.

**Ҳамин тарик,** истифодаи рекормон барои бартараф намудани алоими камхунии беморони гирифтори лейкози шадиди миелобластикӣ алтернативаи асоснок ба терапияи стандартии хунгузаронӣ мебошад.



## АДАБИЁТ

1. Волкова М.А. Клиническая онкогематология: руководство для врачей / под ред. проф. М.А. Волковой (2-е изд.). - М.: Медицина, 2007. - 1120 с.
2. Воробьев А.И. Руководство по гематологии / А.И.Воробьев. - М.: Ньюдиамед, 2007. - 1275 с.
3. Куркова А.А. Дифференциальная Диагностика острого лимфобластного и острого миелобластного лейкозов / А.А. Куркова, А.И. Григорьева // Смоленский медицинский альманах. - 2018. - №1. – С. 193-197.
4. Мустафакулова Н.И. Влияние сезона года на развитие сердечно-сосудистых осложнений у пациентов с лейкемией в условиях республики таджикистан / Н.И. Мустафакулова, Н.С. Мустафакулова, Г.Н. Камолова, Т.И. Кароматова // Евразийский Союз Ученых. - 2016. - №5-4 (26). – С. 48-51.
5. Ходжиева Г.Б. Клинико-гематологические особенности острой лейкемии в Таджикистане / Г.Б. Ходжиева, М.К. Рахматов и др. // Вестник Авиценны. - 2013. - №4 (57). – С. 36-39.
6. Jalaeikhoo N, Kashfi SMH, Azimzadeh P, et al. Acute Myeloid Leukemia as the Main Cause of Pancytopenia in Iranian Population. Iran J Pathol. - 2017;12(3):265-271.

### НЕКОТОРЫЕ ВОПРОСЫ КОРРЕКЦИИ АНЕМИЧЕСКОГО СИНДРОМА У БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ МИЕЛОБЛАСТНЫМ ЛЕЙКОЗОМ ВСЛЕДСТВИЕ АГРЕССИВНОЙ ПОЛИХИМИОТЕРАПИИ

<sup>1</sup>Шамсов А.Т., <sup>1</sup>Уроков К.З., <sup>2</sup>Караев И.И., <sup>2</sup>Шамсов Б.А.

<sup>1</sup>Кафедра внутренних болезней №3 ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибн Сино». Таджикистан.

<sup>2</sup>ГУ «Республиканский научно-клинический центр педиатрии и детской хирургии»

**Актуальность.** В начале 21 века в мире произошли революционные события в лечении острого миелоидного лейкоза. В синтез и клиническую практику были внедрены цитостатические препараты и новые многокомпонентные применения.

**Целью исследования** было определение эффективности препарата рекормон у больных с симптомами анемии у больных острым миелобластным лейкозом в условиях жаркого климата Таджикистана.

**Материал и метод исследования.** По данным Минздрава РТ с 2015 по 2019 год под

нашим наблюдением, в гематологическом отделении НМЦ г. Душанбе пролечено 38 больных с острым миелобластным лейкозом.

**Результаты исследования.** У 16 пациентов уровень гемоглобина повысился с 98–100 г /% в начале третьей недели до 110 г /% после восьмой-десятой недели. Вывод. Легкую анемию у пациентов с острым миелобластным лейкозом можно скорректировать без рецидива, используя массу эритроцитов.

**Ключевые слова:** анемия, ОМЛ, рекормон, полихимиотерапия, лейкоз.

### SOME ISSUES OF ANEMIC SYNDROME CORRECTION IN PATIENTS WITH ACUTE MYELOID LEUKEMIA DUE TO AGGRESSIVE POLYCHEMOTHERAPY

<sup>1</sup>Shamsov A.T., <sup>1</sup>Urokov K.Z., <sup>2</sup>Karaev I.I., <sup>2</sup>Shamsov B.A.

<sup>1</sup>Department of Internal Diseases №3 “ Avicenna Tajik State Medical University”.

<sup>2</sup>Republican scientific clinical center of pediatrics and child surgery

**Relevance.** At the beginning of the 21st century, revolutionary events took place in the world in the treatment of acute myeloid leukemia. Cytostatic drugs and new

multicomponent applications were introduced into synthesis and clinical practice.

**The aim** of the study was to determine the effectiveness of the drug Recormon in patients





with symptoms of anemia in patients with acute myeloid leukemia in the hot climate of Tajikistan.

**Material and research method.** According to the Ministry of Health of the Republic of Tatarstan, from 2015 to 2019, under our supervision, 38 patients with acute myeloid leukemia were treated in the hematology department of the National Medical Center in Dushanbe.

**Research results.** In 16 patients, the hemoglobin level increased from 98–100 g /% at the beginning of the third week to 110 g /% after the eighth to tenth week. Output. Mild anemia in patients with acute myeloid leukemia can be corrected without relapse by using red blood cell mass.

**Key words:** anemia, AML, recormon, polychemotherapy, leukemia.

*Шамсов Абдулхафиз Тоджидинович - старший ассистент кафедры внутренних болезней №3 ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибн Сино», E-mail: shamsov1960@gmail.com.*

*Shamsov Abdulkhafiz Tojidinovich - Senior Assistant of the Department of Internal Diseases No. 3 of the State Educational Institution "TSMU named after Abuali ibn Sino", E-mail: shamsov1960@gmail.com.*



## БЕМОРИҲОИ СИРОЯТӢ

### КЛИНИКА ВА ТАБОБАТИ АМЕБИАЗИ РӮДАҲО

Қиматов Р.С., Матинов Ш.Қ., Боймуродов А.А.

Кафедраи бемориҳои сироятии МДТ «ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино»

**Мубрамият.** Аз рӯи арзёбии ТУТ амебиаз дар тамоми ҷаҳон ба қайд гирифта шуда, қариб 1 %-и аҳолии сайёра мубталои он гаштааст, вале зуҳуроти клиникии бемории амебиаз дар бештар аз 10 %-и теъдоди умумии сироятёфтагон ба қайд гирифта мешавад. Нишондодҳои зарарёбии аҳоли дар баъзе мамлакатҳои Осиё ва Африко аз 30 % мегузарад. Ҷумҳурии Тоҷикистон маъмулан аз рӯи сироятҳои шадиди рӯдаҳо (СШР), аз ҷумла аз рӯи амебиазии рӯдаҳо ба минтақаи маъмулан гиперэндемикӣ дохил мешавад. Аз рӯи маълумотҳои омории Госсанэпиднадзори ҷумҳурӣ давоми солҳои охир тамоюл ба афзоиши теъдоди беморони амебиазии рӯдаҳо ба қайд гирифта мешавад, ки асосан, натиҷаи безараркунонии нокифояи обҳои нӯшокӣ, шароитҳои пасти санитарӣ-гигиенӣ, сатҳи баланди муҳочирати аҳоли аз деҳот ба шаҳр мебошад. Аз рӯи маълумотҳои ТУТ муриш аз амебиаз дар ҷаҳон ба 100 ҳазор ҳолат, ё ин ки 0,2 % мерасад, ки аз рӯи сатҳи муриш онро дар байни бемориҳои паразитӣ баъди вараҷа дар ҷойи дуюм мегузоранд [1-5]. Барои муолиҷаи махсуси беморони амебиазии рӯдаҳо дар айни замон асосан метронидазол (трихапол, флагин, клион) истифода бурда мешавад.

Бо сабаби баъди гузаронидани муолиҷа пурра озод нашудан аз шаклҳои шаффоф ба таври илова дилоксаниди фуроат тайин менамоянд. Вале метронидазол дар об суст ҳал мешавад ва зуд аз организм хориҷ мегардад, ки вобаста ба ин бо мақсади нигоҳдории концентратсия онро 3-4 маротиба дар як шабонарӯз мегузаронанд [6-9].

**Мақсади таҳқиқот.** Омӯзиши клиника ва самаранокии истифодаи воситаҳои зидди-паразитӣ ҳангоми муолиҷаи амебиазии рӯдаҳо дар якҷоягӣ бо пробиотики пектин.

**Мавод ва усулҳои таҳқиқот.** Дар алоқамандӣ ба навиштаҳои боло мо дар Беморхонаи шаҳрии клиникии бемориҳои сиро-

ятӣ 50 нафар беморони бо амебиазии рӯдаҳо, ки дар онҳо мавҷудияти ихроҷи Ent. Histolitica тасдиқ гашта буд. Таҳқиқоти наҷосатро якчанд маротиба (на камтар аз 3-5 маротиба дар як шабонарӯз бо фосилаи якчанд рӯз) гузаронидем. Аз теъдоди умумии беморони муоинашуда мардон 29 (58%), занон - 21(42%) буданд. Сокинони деҳотро 26 (52%), шаҳриёнро 24 (48%) ташкил медоданд. Синнусоли беморон аз 18 то 59 солро дар бар мегирифт. Аз 50 нафар беморе, ки ба муоина ва табобат ҷалб гашта буданд, ҷараёни сабуки беморӣ дар - 13 (26%) беморон, миёнаи вазнин дар 16(39%) ва ҷараёни вазнин дар 21(42%) ба қайд гирифта шуд. Беморӣ дар 76% дар давраи тобистону тирамоҳ ва бо ҳолатҳои ниҳони беморӣ дар моҳҳои июн-август ба қайд гирифта шуд. Коркарди омори бо ёрии пакети татбиқии «Statistica 6,0» (statsoft Inc., США) гузаронидем.

**Натиҷаҳои таҳқиқот ва муҳокимаи онҳо.** Беморон бештар дар ҳафтаи аввали беморӣ ба ҳисоби миёна дар рӯзҳои 5,9 + 0,8 аз оози беморшавӣ ба беморхона ворид шуданд. Дар манзараи клиникӣ асосан нишонаҳои зоҳиршавии гемоколит бартарӣ доштанд: дарди шикам бо характери кашиш аксаран дар қисмати рости тухигоҳ, наҷосати моеъ то 7-8 маротиба дар як шабонарӯз бо луоби хун. Дар 16 (32%) беморон ҳарорати субфебрилӣ то 37,5-38С ба қайд гирифта шуд: дар 10% беморон субфебрилӣ ва дар боқимонда - 5 бемор ҳарорати муътадил. Дар беморон рангпаридагии қабати пӯст ва хушкии пӯст мушоҳида гардид. Забон хушк буда бо пардаи сафед пӯшида, шиками ҳамаи беморон мулоим, ба таври муътадил ва баробарвазн тарангу бодгирифта ва дар қисмати рости тухигоҳ дарднок дар 31 (77%) ба қайд гирифта шуд. Дар беморони боқимонда дард қад-қади рӯдаи афс ва қисмати чапи тухигоҳ паҳн гашта буд. [ангоми палмоси-



дан кашишхӯрии спазматикии кӯррӯда ва рӯдаи сигмашакл муайян гардид. Басомади начосаткунӣ аз 2 то 5 маротиба дар 32(64%) беморон дар як шабонарӯз, аз 6 то 10 маротиба дар 12(24%) ҳолатҳо ва зиёда аз 10 маротиба дар 8(16%) беморон ба қайд гирифта шуд. Начосати беморони таҳқиқшуда моеъ ва ниммоеъ бо луоби хунин дар 14 (28%) беморон ба назар расид, хуни 25(50%) беморон таҳти микроскоп муайян карда шуда, начосат дар 16(32%) беморон намуди зарди тамашкӣ дошт. Ба омехташавии луоби хунин дар начосат нигоҳ накарда ҳолати беморон муддати дурудароз қаноатбахш буд. 2/3-и беморон ҳангоми зарарёбии яквақтаи шубҳаҳои ибтидоӣ ва дисталии рӯдаи ғафс шикампечак (тенезма) –ро аз сар гузарониданд. Дар 2/3 ҳолатҳо ихроҷ характери начосатии худро гум карда буд ва ба луоби шаффоф ва хун олуда ба назар мерасид. Релйефи луобпардаи рӯдаи рост ҳангоми ректомоноскопия ба таври муътадил гипермия карда шуда, дар 28 бемор (56%) иллатҳои захмии луобпарда дар заминаи луобпардаи тамоман солим ошкор гардиданд.

Муолиҷаи зиддипаразитӣ дар ҳамаи беморон тавассути доруи трихопол (метронидазол) дар якҷоягӣ бо пробиотики пектини себӣ гузаронида шуд. Барои самаранокии табобат ба муолиҷаи комплекси беморон бо мақсади рафъи синдроми колит, бартарарфосозии амёбаҳо, тезонидани таъмири луобпардаи рӯда мо пробиотики пектинро, ба сифати доруи таъсироташ зиддиисҳоли илова кардем. Ба сифати пробиотик 1% -

маҳлули муътадилкардашудаи оби пектини себиро аз рӯи схемаи зерин истифода бурдем: 100 мл пектин, 2 маротиба дар як шабонарӯз пеш аз қабули трихопол дар давоми 7 рӯз. Пробиотики пектин ҳосиятҳои зиддиисҳоли ва безаҳркунанда дорад.

Трихополро беморон бо вояи 0,5гр х 3 маротиба, дар 7 рӯз қабул карданд. Самаранокии муолиҷа аз рӯи суръати пастшавии ҳарорати бадан, нестшавии синдроми дард, басомади ихроҷи начосат, омехтаҳои патологӣ дар начосат ва муътадилшавии копрограммаҳо муайян карда шуд.

Муолиҷаи гузаронидашуда нишон дод, ки муътадилшавии ихроҷи начосат дар беморони МПК-гирифта дар рӯзҳои  $1 \pm 0,3$  ба амал меояд. Нестшавии омехтаҳои патологӣ дар начосат дар рӯзҳои  $2,8 \pm 0,2$  ба мушоҳида расида, синдроми дард дар рӯзи 2-юми баъди қабули МПК нест шуд. Таҳқиқотҳои копрологии начосат рӯзҳои 3,4,5 гузаронида шуда дар рӯзи 3-юми муолиҷа шаклҳои гистологии амёбаҳо ба назар нарасиданд ва нишондодҳои копрограммаҳо дар рӯзҳои  $4,0 \pm 0,4$ -и муолиҷа пурра муътадил гаштанд.

**Хулосаҳо.** Ҳамин тавр, амебиази рӯда дар айни замон дар 42 % беморон тамоми зухуротҳои клиникии худро нигоҳ дошта, вазнин мегузарад. Истифодаи метронидазол + комплекси пектинӣ дар муолиҷа ба тезонидани раванди табобатёбии клиникии беморон бо хомӯш намудани аломатҳои асосии беморӣ ва кӯтоҳ намудани мӯҳлати дар беморхона хобидани беморон мусоидат менамояд.

## КЛИНИКА И ЛЕЧЕНИЕ АМЕБИАЗА КИШЕЧНИКА

Киматов Р.С., Матинов Ш.К., Боймуродов А.А.

Кафедра инфекционных болезней ГОУ «ТГМУ имени Абуали ибни Сино»

Проведенные лечение показали, что нормализации стула у больных получивших МПК произошло на  $3,1 \pm 0,3$  день. Исчезновение патологических примесей в кале наблюдали на  $2,8 \pm 0,2$  день, болевой синдром исчез на 2-ой день после приема МПК.

Таким образом, амебиаз кишечника в настоящее время протекает в тяжелой форме у 42% больных, сохранения все свои клиническими проявления.

**Ключевые слова:** амебиаз кишечника, клиника, пектин.



## CLINIC AND TREATMENT OF INTESTINAL AMEBIASIS

**Kimatov R.S. Matinov Sh K Boimurodov A. A**

Department of Infectious Diseases SEI “Tajik State Medical University named after Abuali ibni Sino”

The conducted treatment showed that stool normalization in patients who received BMD occurred on day  $3.1 \pm 0.3$ . The disappearance of pathological impurities in the feces was observed at  $2.8 \pm 0.2$  days, the pain syndrome

disappeared on the 2nd day after taking the BMD.

Thus, intestinal amebiasis is currently severe in 42% of patients, retaining all its clinical manifestations.

**Keywords:** intestinal amebiasis, clinic, pectin.

### АДАБИЁТ:

1. Логинов А.С. Болезни кишечника / А.С. Логинов [и др.] // Москва. - 2002. - С. 632
2. Мухиддинов З.К. Действие пектина на эффективность лечения острых кишечных инфекций антибиотиками / З.К. Мухиддинов [и др.] // Вопросы биологической, медицинской и фармацевтической химии. - 2003. - №2. - С. 40-46
3. Николаев В.Г. Энтеросорбция: состояние вопроса и перспективы на будущее / В.Г. Николаев [и др.] // Вестник проблем биологии и медицины. - 2007. - №4. - С. 7-17
4. Потевский Э.Г. Применение пектина в комплексной терапии острых кишечных инфекций у детей раннего возраста / Э.Г. Потевский [и др.] // -Детские инфекции. - 2012. - №4. - С. 37-42
5. Покровский В.И. Инфекционные болезни с основами эпидемиологии Москва. - Изд. ГЭОТАР. - мед. - 2013.
6. Рахмонов Э.Р., Алиев О.З. - Бемориҳои ғизоии микробӣ ва ғайри микробӣ / Э.Р. Рахмонов, О.З. Алиев // Душанбе. - 2010. - С. 54-61
7. Рахмонов Э.Р. Бемориҳои сироятӣ / Э.Р. Рахмонов // - Душанбе. - 2017.
8. Рахмонов Э.Р., Матинов Ш.К. Амебиаз кишечника / Э.Р. Рахмонов, Ш.К. Матинов // - Душанбе. - 2015.
9. Учайкин В.Ф. Энтеросорбция - роль энтеросорбентов в комплексной терапии острых кишечных инфекций / В.Ф. Учайкин [и др.] // - Детские инфекции. - 2005. - №3. - С. 39-43

## АРЗЁБИИ САТҲИ ОГОҲИИ ДОНИШЧӢДУХТАРОНИ ДОНИШГОҲИ ТИББИИ КОБУЛ ДАР МАВРИДИ ВАКСИНАИ КУЗОЗ (ТИТОНУС)

**Абдулматин Идрок, Идрис Анвар**

(мудири кафедраи улуми рафторӣ ва таълимоти сикҳӣ), (мудири кафедраи сикҳати муҳитӣ ва ҳирфай) Ҷумҳурии Исломии Афғонистон.

Ин таҳқиқ дар бораи баррасии сатҳи огоҳии донишчӯдухтарони факултетҳои гуногуни Донишгоҳи тиббии Кобул дар мавриди мараз (беморӣ) ва ваксинаи он сурат гирифтааст.

**Ҳадафи таҳқиқ.** Ҳадафи умдаи ин таҳқиқ баррасии сатҳи огоҳии донишчӯдухтарон дар мавриди мараз (беморӣ) ва ваксинаи кузоз (титонус) буда ва фисади сатҳи дониш ва огоҳии муҳассилин ба баррасӣ гирифта шудааст.

**Равиши пажӯҳиш.** Ин таҳқиқ ба гунаи таҳқиқи мақтай тавсифӣ буда, ки ба теъдоди 295 муҳассил ба гунаи намунагирии тасодуфӣ аз синфҳои (курсҳои) мухталиф шумил гардидаанд.

**Дарёфтҳо (Натиҷаҳо ва баррасии онҳо).** Дарёфтҳои тавсифии ин пажӯҳиш нишон медиҳад, ки сатҳи огоҳии донишчӯдухтарон дар мавриди мараз (беморӣ) ва ваксинаи кузоз дар кулл ҳуб ва ҳудуди 50%-70% муҳассилин дар мавриди мараз тадрис шуда-



анд, бештар аз 70% муҳассилин ваксини ин маразро низ ҳадди ақал як бор дарёфт кардаанд. Дар мавриди тармиқи интиқоли мараз низ бештар аз 70% муҳассилин медонанд ва бештарашон ин маълумотро аз тариқи тадрис дар синф фаро гирифтаанд ва дар ҳудуди 78% – и онҳо гуфтаанд, ки ваксини ин маразро ба соири афроди маъруз ба хатар низ пешниҳод менамоянд.

**Натиҷагирӣ ва пешниҳодот.** Бо назардошти дарёфтҳои натиҷагирии ин пажӯҳиш бар он аст, ки бо вучуди доштани маълумот аксаран 80% муҳассилин дар мавриди мараз ва ваксини он ин маълумоти кофӣ ва мутобиқ ба ниёзмандии муҳассилини ин риштаҳо намебошад ва дар қисмати ваксини он низ ҳадди ақал 70%-и донишҷӯдӯхтарон дарёфт намудаанд, аммо ба шакли муаззам ва ҳадафманд бештар набудааст. Ба ҳамин тартиб пешниҳодоти ин пажӯҳиш низ бештар дар мавриди тадрис ва корҳои илмии фанҳои мураттаб ва шомил сохтани муҳассилин дар корҳои илмӣ ҷиҳати огоҳии бештар дар мавриди ва ксин ва анзори мараз буда, ки бояд дар назар гирифта шавад.

**Пешина.** Титонус (кузоз) бемории сироятӣ мебошад, ки бо сабаби захр ё токсини бактерияи ҳавозии грамусбати клустридиюми кузоз ба вучуд меояд ва ба далели эҷоди тақаллусот дар мушакҳои склети бадан ва эҷоди ҳамалот (хуруҷҳо) аксар дар клиника мушаххас мегардад. Ин бактерия дар гардуҳоки қолин ва фаршҳо тавассути пояфзол ё пойҳо олуида мегардад ва дар хокҳои майдонҳои зироатӣ боғҳо ва боғчаҳо ва маҳалли нигоҳдории ҳайвонот пайдо мегардад ва аз тариқи захм ба бадани инсон ворид мегардад.

Шиюъи ин бемории сироятӣ дар кишварҳои рӯ ба инкишоф ва кишварҳои, ки ваксинаи ин мараз зиёд тарвиҷ нагардида ва бештар дида мешавад. Ба сурати кулл занон бинобар мусоид будани онҳо аз нигоҳи физиологӣ як ба ин мараз бештар гирифта мешаванд ва аломатҳои он аз таласутоти шадиди мушакҳои склети ва ҳамлаҳо мушаххас мегардад. Бактерияи омили ин мараз баъд аз дохил шудан ба бадан боиси эҷоти токсин дар дохили бадан гардида, ки марҳ-

алаи захролудшавии он оғоз мегардад. Алоими аввалияи ин беморӣ норухатӣ ва беҳобӣ буда, ба зудӣ мушакҳои қоғ ва забон низ гирифтаи ташаннуч мегардад ва бемор қудрати боз намудани даҳон ва хоиданро надорад. Ин ташаннучи мушакӣ дар рӯ боиси эҷоди як қиёфаи хандон, ки ба номи қиёфаи «кузозӣ» номида шавад. Ин беморӣ аз чанд рӯз то чанд ҳафта метавонад идома ёбад ва ин ташаннучи мушакҳо метавонад билохира боиси ташаннучи мушакҳои нафаскашӣ ва марги бемор гардад. Кузоз бемориест, қобили пешгирӣ кардан, иин беморӣ бо танзим ва тадбири профилактикӣ ки беҳтарини он татбиқ ба вақт ва муносиби ваксини кузоз мебошад.

Аломатҳои аввалини ин беморӣ норухатӣ ва беҳобӣ буда, ба зудӣ ба ташаннуч ва шахшавии мушакҳои қоғ ва забон меанҷомад ва бемор даҳони худро боз ва хоида наме-тавонад. Баъди ин ташаннучоти мушакҳои сару риш, гардан, соид, дасту по ва билохира камар низ масоб (гирифта) ба ин ташаннучи шуда, мучиби хамидагӣ ба як тараф мегардад. Ин ташаннучот дарднок буда, ҳамроҳ ба таби 38<sup>0</sup> якҷо мешавад.

Ин беморӣ метавонад чанд рӯз ё чанд ҳафта тул каша два давраи ихтифои он байни 5 рӯз то 55 ҳафта бошад. Марг дар ин беморӣ аз боиси ташаннуч дар мушакҳои нафаскашӣ ва масобият ба ҳуҷайраҳои майнаи сар имконпазир мегардад. Хушбахтона, тбобати ин бемор бо ваксинаи зиди кузоз дар сурате, ки токсини микроб ба ҳуҷайраҳои майна нарасида бошад имкон дорад (5).

**Баёни масъала.** Бемории кузоз бо он ки як микроби қобили интиқол мебошад ва дар сурати бетаваҷҷуҳии чиддӣ дар ҳифзи сихат ва меъёрот ва мавриди ниёз дар ин маврид имкони маргу мир аз боиси ин беморӣ низ вучуд дорад. Хушбахтона, барои пешгирӣ кардан ва гирифтаи нашудан ба ин беморӣ монанди дигар бемориҳои сироятӣ ваксина вучуд дорад. Ин беморӣ ба далели нахваи духули (тарзи дохилшавӣ) он ба ҷараёни хун ва раҳо намудани токсини марбута бештар аз тариқи захмҳо ва дар атфол бештар имкони вуқуи он дида мешавад. Бо ҳамин манзур барои пешгирӣ аз гирифтаи шавӣ ба ин



беморӣ дар назди атфол зери 50 сол аз ваксини ин беморӣ, ки ба шакли якҷо бо дигар ваксинҳои бемории гулузиндонак (дифтерия) ва сиёҳсулфа ба гунаи виёлҳои DPT таҳия шудааст, дар дастрас мебошад. Ваксияи DPT барои кӯдакон дар се доза - DPT1, DPT2, DPT3 дар кӯдакони зери яксола тавсия мегардад, ки бо гирифтани ин ваксин кӯдакон метавонанд, маъофият (эминӣ) аз ин беморию бо эҷоди антибодии дар муқобили он дар баданашон эҷод кунанд.

Ба далели мусоид будани занҳо ва духтарони ҷавон ба ин беморӣ ваксинаи кузоз, ки бо номи TT ё титанус токсид ёд мегардад, тавсия мегардад. Барои ҳар зан дар давраи сини бордорӣ дар кули 50 доза аз ин ваксина тавсия мегардад.

Ба асоси гузориши Ташкилоти Умумичаҳонии Тандурустӣ (ТУТ) воқеоти кузози навзодон дар Афғонистонро дар соли 2010 ба 23 воқеа расида, ҳол он ки тамоми воқеоти он ба шумоли навзодон ва калонсолон низ 23 воқеа гузориш дода шудааст, ки нишондиҳандаи он аст, ки кадом воқеаи титанус дар калонсолон ба сабт нарасидааст (7).

Бо муқоиса аз омори Афғонистон бо аксарии кишварҳои Африқоӣ ва ҳатто Бангладеш дида мешавад, ки ин дар ҳолат, ки омори системаи маълумоти сиҳии Вазорати сиҳати оммаи Афғонистон пӯшиш ва вак-

сини DPT3 дар кишварро 35% гузориш медиҳад.

Ин бад-ин маънӣ аст, ки имкон вучуд дорад бисёре аз воқеоти марғумир аз боиси беморӣ бидуни гузоришдиҳӣ ба гунаи махфӣ боқӣ монда бошад, зеро пӯшиши 35%-и бо омори марғумир гузоришшуда тавассути ТУТ зиёд ҳамхонӣ надорад.

**Ҳадафи таҳқиқ:** ҳадафи куллии ин таҳқиқ шиносии сатҳи дониш ва огоҳии донишҷӯён дар мавриди кузоз ва ваксинаи ин беморӣ мебошад.

**Ҳадафҳои асосӣ:**

-Арзёбии сатҳи огоҳии донишҷӯдухтарони Донишгоҳи тиббии Кобул дар мавриди бемории кузоз

-Арзёбии сатҳи огоҳии донишҷӯдухтарони донишгоҳи тиббии Кобул дар мавриди ваксинаи кузоз

-Арзёбии сатҳи огоҳӣ дар мавриди фоидаҳо ва зарарҳои татбиқи ваксинаи кузоз.

**Равиши таҳқиқ:** ин таҳқиқ ба асоси равиши тавсифӣ - мақтаъӣ ё **Descriptive Cross Sectional** буда ки сатҳи огоҳии донишҷӯдухтарондар як мақтаи мушаххаси замонӣ дар миёни донишҷӯёни мухталиф (тиббӣ муолиҷавӣ, стоматологӣ, сиҳати омма, қобилагӣ (акушерӣ), нарсингӣ (гинекологӣ) ва улуми мутамими сиҳӣ) ба баррасӣ гирифта шудааст.

## АДАБИЁТ

1. Ambike, D., Ambike, A., Raje, S., & Chincholikar, S. (2017). Knowledge, awareness and breast-feeding practices of postnatal mothers in a rural teaching hospital: a cross sectional survey. *International Journal of Reproduction, Contraception, Obstetrics and Gynecology*, 6(12), 5429. <https://doi.org/10.18203/2320-1770.ijrcog20175255>
2. Das, K. (2018). COLOSTRUM FEEDING PRACTICES WORLDWIDE/: A REVIEW REVIEW ARTICLE COLOSTRUM FEEDING PRACTICES WORLDWIDE/: A REVIEW \* Koel, (June). <https://doi.org/10.9754/journal>
3. Fjeld, E., Siziya, S., Katepa-bwalya, M., Kankasa, C., Moland, K. M., & Tylleskдr, T. (2008). assessment of potentials and barriers in the promotion of exclusive breastfeeding in southern Zambia, 12, 1–12. <https://doi.org/10.1186/1746-4358-3-26>
4. Godhia, M. L., & Patel, N. (2013). Colostrum - Its composition, benefits as a nutraceutical/: A review. *Current Research in Nutrition and Food Science*, 1(1), 37–47. <https://doi.org/10.12944/CRNFSJ.1.1.04>
5. Goyal, M. K., & Tomar, A. (2015). Original article/: Study of knowledge , attitude and practice towards feeding of colostrum in a tertiary care center of Jaipur , Rajasthan, (December), 651–656.



6. Gupta, V., Bala, N., Bose, D. K., & Kumari, J. (2018). Study on infant feeding practices among mothers in rural areas of Faizabad District (U.P.), India. *Journal of Applied and Natural Science*, 10(3), 831–837. <https://doi.org/10.31018/jans.v10i3.1704>
7. Haider, R., Rasheed, S., Sanghvi, T. G., Hassan, N., Pachon, H., & Islam, S. (2010). Breastfeeding in infancy/: identifying the program-relevant issues in Bangladesh, 1–12.
8. Hanif, R., Khalil, E., Sheikh, A., Harji, A., Haris, S., Rasheed, M. W., ... Yaseen, T. (2010). Knowledge about breastfeeding in accordance with the national policy among doctors, paramedics and mothers in baby-friendly hospitals. *Journal of the Pakistan Medical Association*, 60(10), 881–886.
9. Joshi, S. K. (2014). Colostrum Feeding/: Knowledge , Attitude and Practice in Pregnant Women in a Teaching Hospital in Nepal. *International Journal of Medicine and Molecular Medicine*, (October), 1–14.
10. Kulkarni, R. N., Anjenaya, S., & Gujar, R. (2004). Breast Feeding Practices in an Urban Community of Kalamboli , Navi Mumbai, XXIX(4), 179–180.
11. Shrinivas, B., Rajesh, P., & Manisha, S. (2010). Colostrum: All-in-one medicine. *International Journal of Pharmacy and Pharmaceutical Sciences*, 2(SUPPL. 1), 31–36.
12. Tiwari, V., & Singh, A. (2007). Knowledge, attitude and practice regarding breastfeeding in an urban area of Fazidabad district (U.P). *Indian Journal of Preventive and Social Medicine*. Retrieved from <http://medind.nic.in/ibl/t07/i1/iblt07i1p18g.pdf>
13. Yeshambel Wassie, A., Atnafu Gebeyehu, N., & Abebe Gelaw, K. (2020). Knowledge, Attitude, and Associated Factors towards Colostrum Feeding among Antenatal Care Attendant Mothers in Gununo Health Centre, Wolaita Zone, Ethiopia 2019: Cross-Sectional Study. *International Journal of Pediatrics*, 2020, 1–10. <https://doi.org/10.1155/2020/3453502>

## ОЦЕНКА ЗНАНИЙ СТУДЕНТОК РАЗЛИЧНЫХ ФАКУЛЬТЕТОВ КАБУЛЬСКОГО МЕДИЦИНСКОГО УНИВЕРСИТЕТА (КМУ) О СТОЛБНЯКЕ И ЕГО ВАКЦИНАЦИИ

Д-р Абдул Матин Идрок, преподаватель кафедры поведенческой науки и санитарного просвещения КМУ

Д-р Идрис Анвар, преподаватель кафедры экологии и гигиены труда КМУ

### Резюме

Исследование посвящено оценке знаний студенток различных факультетов Кабульского медицинского университета о столбняке и его вакцинации. Основная цель исследования - выявить уровень знаний о столбняке и его вакцине среди студенток КМУ, чтобы проиллюстрировать процент знаний в целом. Исследование носит описательный и перекрестный характер, и в него случайным образом были отобраны около 295 студентов из разных групп разных факультетов классов.

Описательные результаты исследования показывают, что в целом уровень знаний студенток о столбняке и вакцинации АС хороший, и около 50-70% студенток были осведомлены об этом заболевании. Более 70% студенток ответили, что им делали вакцинацию от столбняка хотя бы один раз. На вопрос о путях передачи болезни, более 70% из них ответили, что знали об этом и большая часть из них получила информацию об этом на лекциях. Около 78% из них ответили, что рекомендуют вакцинацию от болезни другим находящимся в группе риска.

**Ключевые слова:** столбняк, вакцина АС.



## Assessment of Knowledge among female students of various faculties of Kabul Medical University (KMU) about Tetanus and its vaccination.

By: Dr. Abdul Matin Edrak lecturer of Behavioral Science and health Education Department of KMU

Dr. Idris Anwar lecturer of Environmental and Occupational health Department of KMU

### Abstract

This research is about the assessment of knowledge among female students of various faculties of Kabul Medical University (KMU) about Tetanus and its vaccination.

**Study objective:** the main objective of the research is to identify the level of knowledge about Tetanus and its vaccine among female students of KMU to illustrate the percentage of knowledge in general.

**Methodology:** the study is a descriptive and cross sectional type which around 295 students from various faculties were sampled randomly from different classes.

**Study findings:** the descriptive findings of the study reveals that in general the level of knowledge about Tetanus and its vaccination among the students is good and around 50 to 70% of the students have been learned about the disease. More than 70% of the students responded they have been immunized with TT vaccination at least once. When it was asked about the route of transmission of the disease,

more than 70% of them knew about it and major part of them received information about it through lectures at their class and around 78% of them responded, they recommend disease vaccination to others who are that the risk.

**Conclusion and Recommendations:** considering the findings of the study, it is concluded that, despite existence of information among more than 70% of students about the disease and its vaccination, the information is not sufficient and according to the requirements of different disciplines. Regarding vaccination of disease, however 70% of the students responded that they have received the vaccination but it seemed was not regular and wisely. Considering the findings and conclusion, the study recommends more on improving teaching about the disease and more focused should be done on the practical work and more involvements of students in practices to build their knowledge and skill about diseases, prognosis and vaccination.



## БЕҲДОШТ

### ТАЪСИРИ ТАРКИБИИ ФТОР ДАР ОБ БА ПАҲНШАВИИ КАРИЕС ДАР БАЙНИ КЎДАКОН

Пиров Д.Д.<sup>1</sup>, Маҳмадзода Ш.Қ.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Муассисаи давлатии “Маркази чумхуриявии ташаккули тарзи ҳаёти солим”.

<sup>2</sup>Кафедраи офталмологияи МДТ “Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абӯалӣ ибни Сино”

**Муҳиммият.** Саломатии аҳоли бевосита аз таркиби минералӣ ва намуди сарчашмаҳои табиӣ оби нӯшокӣ вобаста аст, ки онҳо мунтазам бо об таъмин карда мешаванд. Ҳар рӯз як нафар 1,5-2,5 литр об истеъмол намояд, ки он набояд дорои омехтаҳои зараровар бошад ва ба саломатии инсон таъсири манфӣ расонад. Оби нӯшокӣ бояд миқдори кофӣи микроэлементҳо дошта бошад, ки дар равандҳои метаболикии инсон иштирок мекунад [2].

Об ҳеҷ гоҳ дар табиат дар шакли як пайвастигии аз ҷиҳати химиявӣ тоза мавҷуд нест. Оби табиӣ, ки дорои хосиятҳои ҳалқунандаи универсалӣ мебошад, пайвасти миқдори зиёди элементҳо ва пайвастиҳои гуногунро дар бар мегирад, ки таркиб ва таноуби онҳо бо шароити ташаккули об, таркиби обҳои зеризаминӣ муайян карда мешаванд. Ифлосшавии техногенӣ ба таркиби обҳои табиӣ ҳам сатҳи рӯизаминӣ ва ҳам зеризаминӣ таъсири калон мерасонад.

Об бо зиёдшавии минерализатсия ба фаъолияти секретории меъда таъсир мерасонад, тавозуни обу намакро вайрон мекунад, ки боиси номутобиқати бисёр равандҳои метаболикӣ ва биохимиявӣ дар бадан мегардад. Истифодаи мунтазами оби тозашуда ва каме минерализатсия боиси вайрон шудани тавозуни обу намак мегардад, ки он ба аксуламали майдони осморетсептивии чигар асос ёфтааст, ки дар зиёд шудани натрий ба хун ифода меёбад. Дар натиҷа, тақсими дубораи об дар байни моеъҳои берун аз ҳуҷайра ва дохили ҳуҷайра ба амал меояд [7]. Дар озмоиш ба ҳайвоноти лабораторӣ ва ихтиёриён маълум шуд, ки ҳудуди поёнии минерализатсия, ки дар он гомеостази бадан тавассути реаксияҳои мутобиқшавӣ нигоҳ дошта мешавад, пасмондаи холии 100 мг / л аст, сатҳи оптималии мине-

рализатсияи оби нӯшокӣ дар диапазони 200-400 мг / л, магний - 10 мг / л [7].

Баланд шудани дуруштии об метавонад яке аз омилҳои этиологии рушди уролития бошад, таркиби хеле ками намакҳои саҳт ба рушди бемориҳои дилу раг мусоидат мекунад. Ин дар асоси маълумоти таҳқиқотҳои зиёд асос ёфтааст [2]. Миқдори фтор дар обҳои табиӣ ва нӯшокӣ як мушкили хос аст. Фтор дар табиат васеъ паҳн шудааст. Мазмуни он дар қабати замин 0,01%-ро ташкил медиҳад. Аксар вақт, фтор дар шакли фторҳо бо металлҳо ба амал меояд. Баъзе слюда, лепидолит, турмалин, фосфорит, фторопатит, гранит ва ғайра миқдори зиёди фтордоранд. Илова ба таркиби табиӣ намакҳои фтор дар хок, ғанисозии он бо фтор дар натиҷаи истифодаи нуриҳои минералӣ ба амал меояд. Он инчунин ба хок бо боришот аз атмосфера ворид мешавад ва дар он ҷо бо дуд ва партовҳои фтордор аз соҳаҳо пайдо мешавад.

Фтор як моддаест, ки қодир аст ба изоморфикӣ (дар концентратсияҳои паст) ба апатит дохил карда шуда, аналогҳои пайдоргари онро ташкил диҳад. Фтор гурӯҳи гидроксилро дар молекулаи гидроксапатит иваз мекунад ва онро ба фторопатит табдил медиҳад, ки ба кислотаҳо тобовартар аст. Боришоти атмосфера, обҳои обшавии барф, ки ба қабатҳои чуқури замин ворид мешаванд, қабатҳои гуногунро мешӯянд. Дар он ҷойҳое, ки хок аз пайвастиҳои фтор бой аст, онро бо намакҳо ғанӣ мекунад. Аз ин рӯ, обҳои зеризаминӣ аксар вақт аз фтор бойтар аз оби дарёҳо, кӯлҳо, ҷохҳо мебошанд [2].

Мувофиқи таркиби фтор, оби нӯшокӣ чунин тасниф карда мешавад:

1. Концентратсияи хеле паст - то 0,3 мг / л, ки дар он ҳолати кариесҳои дандон дар



аҳоли нисбат ба концентратсияи оптималии фтор 3-4 маротиба зиёдтар аст; дар кӯдакон таъхири оссифатсия ва нуқсонҳои минерализатсияи устухон ба амал меояд. Доғи сирдори дандони дараҷаи якумро дар 1-3% аҳоли мушоҳида кардан мумкин аст.

2. Концентратсияи пасти фтор - 0,3-0,7 мг / л - флюорози дараҷаи якум дар 3-5% аҳоли.

3. Концентратсияи оптималии фтор - 0,7-1,1 мг / л - гирифтории кариес ба ҳадди ақал наздик аст.

4. Концентратсияи зиёдшуда, вале ба ҳар ҳол иҷозатдодаи фтор - 1,1 - 1,5 мг / л 0 фтороз дар 2% одамон.

5. Зиёда аз ҳадди иҷозатдодашуда - 1,5 - 2 мг / л - флюороз дар 30% аҳоли.

6. Концентратсияи баланди фтор - 2-6 мг / л - то 80% аҳоли дар минтақаи эндемикӣ аз флюороз азият мекашанд (Патрикеев В.К.).

7. Концентратсияи хеле баланди фтор - 6-15 мг / л - гирифтории кариесҳои дандон аз ҳадди ақал хеле зиёд аст. То 80-100% аҳоли ба флюороз гирифтор мешаванд, ки шаклҳои вазнин доранд. Фарқият ва осебпазирӣ дандонҳо ба таври назаррас афзоиш ёфтааст. Дар кӯдакон, ихтилолҳо дар рушд ва минерализатсияи устухонҳо, дар калонсолон - остеосклерози устухонҳо мушоҳида карда мешаванд.

Фтор дорои доираи хеле тангии вояи физиологӣ мебошад: дар 20% ҳолатҳо ҳангоми нӯшидани оби дорои миқдори фтории 1,5 мг / л шаклҳои сабуки фторро мушоҳида кардан мумкин аст. Ва гирифтории кариес дар байни аҳоли афзоиш меёбад, агар он оби дорои фториди 0,7 мг / л ё камтар бошад. Ин як чизи муфассалест, ки доираи концентратсияи физиологии фтор дар об хеле танг аст ва мушкilotи танзими гигиени фторро дар об хеле шадид месозад ва то имрӯз ҳам аҳамият дорад [5].

То ба имрӯз, танҳо тахминҳои чудоғона дар бораи механизми амали фтор ба дандон вучуд доранд. Баъзе муаллифон чунин мешуморанд, ки фтор ҳамчун захри ферментативӣ фаъолияти фермент фосфатазаро коҳиш медиҳад, намакҳои калсийро дар бадан мепайвандад, ки баъдан аз гурдаҳо ва гадудҳои арақ хорич мешаванд. Дар натиҷаи

иттифоқи бадан бо намакҳои калсий вайроншавии минерализатсияи эмали дандонҳо ба амал меояд [20]. Мувофиқи тадқиқотчиёни дигар (ва ин як фикри оқилона аст), бо зиёд шудани миқдори фтор дар оби нӯшокӣ, тағирот дар бофтаҳои дандон аз таъсири захрноки фтор, ҳамчун яке аз унсурҳои фаъол, ба энамелобластҳо дар давоми инкишофи сирдор, ки дар натиҷаи он равандҳои он халалдор мешаванд. Бо миқдори оптималии фтор, он ба воридшавии пуршиддати калсий ба бофтаҳои калсийшудаи бадан мусоидат мекунад. Фтор бо кристаллҳои эмали гидроксапатит, пайваस्ताгиҳое ба вучуд меорад, ки ба кислотаҳо тобовартаранд, гузариши сирдори дандонро коҳиш медиҳанд, торҳои микрокристаллии сирдорро мустаҳкам мекунад. Фтор дорои таъсири бактерисидӣ буда, фаъолияти ферментативии (кислота ҳосил кардани) микробҳоро коҳиш медиҳад. Норасоии фтор дар парҳез ба рушди кариес мусоидат мекунад, зеро робитаи байни органикӣ (протеин) ва гайриорганикӣ (унсурҳои оҳаксанги сирдор ва дентини дандон канда шудааст) вайрон мегардад [5].

Мушоҳидаҳои сершумори клиникӣ нишон медиҳанд, ки кариес дар кӯдакон бо суръат дар солҳои аввали пас аз хурӯҷи дандон инкишоф меёбад, ки ба давраи эмали нопухта рост меояд [5]. Минерализатсия бо дараҷаи баланди гузаронандагии сирдори дандонҳои беқувват таъмин карда мешавад (дар давоми як сол пас аз баромадани дандон).

Дар чараёни камолот ба сирдор ионҳои калсий ва фосфор дохил мешаванд, ки дар ҳама қабатҳои сирдор, хусусан дар сатҳи он ҷамъ мешаванд. Як қабати хеле полимеризатсия бо ғафсии то се микрон ба вучуд меояд, ки бо муқовимати баланд ба кислотаҳо тавсиф мешавад. Агар дар ин вақт ба сирдор миқдори кофии фтор ворид шавад, таркиби фторпатитҳо меафзояд. Муқовимати сирдор ба рушди кариесҳои дандон зиёд мешавад. Пеш аз баромадани дандон, фтор аз сирмаи хун ва пас аз баромадан низ аз оби даҳон ба сирдор дохил мешавад. Дохил шудани фтор дар



эмали оби даҳон аз чихати илмӣ исбот шудааст. Фтор ҷабби калтсийро аз бофтаҳои саҳти дандон танзим мекунад. Суръати минерализатсия дар ҳузури фтор ба таври назаррас меафзояд. Ҳатто бо чунин концентратсияи пасти фтор ба монанди 1:1000, суръати минерализатсия 3-5 маротиба меафзояд [6-8].

Барои пешгирии эндогенӣ (дохилӣ) ва пешгирии экзогенӣ (беруна) кариес, намакҳои фтордор истифода мешаванд: фториди натрий, фторҳои сурб, сурб, рух, мис, нукра, оҳан, цирконий, сурмаи натрий фториди ва калий, фтор аммоний, титан тетрафторид, аминоксидҳои фторид, натрий монофторфосфат, ксилит фтордор ва сорбитол [22].

### АДАБИЁТ

1. Акимова Т.А. Экология. – М.: ЮНИТИ, 2001.
2. Акулова К.И., Буштуева К.А. Коммунальная гигиена. – М: Медицина, 1986.
3. Акулович А.В. Все о чистой воде // Стоматология сегодня. – 2001. — № 12.
4. Андреев В.С. Показатели работы МУЗ ЧСП за 1995"2005 гг. – Чайковский, 2006.
5. Боровский Е.В., Максимовский Ю.М. Терапевтическая стоматология. – М.: Медицина, 1998.
6. Бочкарева О.М. Результаты химического и бактериологического анализов воды из артезианских скважин г. Чайковского за 1995"2005 гг. – Чайковский: Филиал Центра гигиены и эпидемиологии, 2006.
7. Величковский Б.Т. Здоровье и окружающая среда. – М., 1994.
8. Виноградова Т.Ф. Стоматология детского возраста. – М.: Медицина, 1987.
9. Горбатковский В.В., Рыбальский Н.Г. Здоровье человека и окружающая среда. Информационно-справочный бюллетень // Экологический вестник России. – 1995.
10. Грачев А.М. Кама речка-чистотечка // Частный интерес. – 2003. — № 13.
11. Клименко Е.П., Попов В.Ф., Степанов Г.П. Эпидемиологический анализ. – М.: Медицина, 1983.
12. Колмогоров С.Б. Состояние и охрана окружающей среды Пермской области в 2003 - году. – Пермь, 2004.
13. Колесов А.А. Стоматология детского возраста. – М.: Медицина, 1978.
14. Котова С.М., Карлова Н.А., Максимцева И.М., Жорина О.М. Формирование скелета у детей и подростков в норме и патологии. Пособие для врачей. – С-Пб, 2002.
15. Коробкин В.И. Экология. – Ростов-на-Дону: Феникс, 2005.
16. Материалы XIV и XV научно-практической конференции стоматологов. – М.: Изд-во МГМСУ, 2005.
17. Нугуманова Г.М. Показатели плановой санации прикрепленного детского населения за 1995"2005 гг // Медицинский вестник. – 2005. — № 4.
18. Одерышев Б.С. Математическая статистика. – С-Пб, 1996.
19. Протасов В.Ф. Экология, здоровье и охрана окружающей среды в России. – М., 2005.
20. Сайфуллина Ш.М. Кариес зубов у детей и подростков. Учебное пособие. – М.: МЕД пресс, 2000.
21. Холостов С.Б. Состояние и охрана окружающей среды Пермской области в 2004 году. – Пермь, 2005.
22. Хоменко Л.А., Биденко Н.В., Остапко Е.И., Шматко В.И. Современные средства экзогенной профилактики заболеваний полости рта. – Киев: Книга плюс, 2001.



## ВЛИЯНИЕ СОДЕРЖАНИЯ ФТОРА В ВОДЕ НА РАСПРОСТРАНЁННОСТЬ КАРИЕСА У ДЕТЕЙ

Пиров Д.Д. <sup>1</sup>, Махмадзода Ш.К. <sup>2</sup>

1. Государственное учреждение «Республиканский центр формирования здорового образа жизни».
2. Кафедра офтальмологии ГОУ «ТГМУ имени Абуали ибни Сино»

Авторы статьи исходили из гипотезы негативного влияния пониженного содержания фтора на возникновения кариеса у детей. В статье выполнен обзор современных научных данных о значении фтора в формировании кариеса зубов, о классификации

природных вод, в том числе для питьевого водоснабжения. В материале описаны вероятные механизмы превращения фтора в организме.

**Ключевые слова:** фтор, кариес зубов у детей, питьевое водоснабжение, организм.

## INFLUENCE OF FLUORIDE CONTENT IN WATER ON THE PREVALENCE OF CARIES IN CHILDREN

Pirov D.D. <sup>1</sup>, Mahmazoda Sh.K. <sup>2</sup>

- <sup>1</sup>State Institution “Republican Center for the Formation of a Healthy Lifestyle”.
- <sup>2</sup>Department of Ophthalmology SEI “Avicenna Tajik State Medical University”

The authors of the article proceeded from the hypothesis of the negative impact of low fluoride content on the occurrence of caries in children. The article reviews modern scientific data on the importance of fluoride in the formation of dental caries, on the classification

of natural waters, including for drinking water supply. The material describes the probable mechanisms of the conversion of fluorine in the body.

**Key words:** fluoride, dental caries in children, drinking water supply, organism.

### Маълумот дар бораи муаллифон

**Пиров Даврон Дониёрович**, номзади илмҳои тиб, муовини директори Муассисаи давлатии «Маркази ҷумҳуриявии ташаккули тарзи ҳаёти солим» Тел: (+992) 918742658, [davron-2005@mail.ru](mailto:davron-2005@mail.ru)

**Пиров Даврон Дониёрович**, к.м.н., заместитель директора Государственного учреждения «Республиканский центр формирования здорового образа жизни», Тел: (+992) 918742658, [davron-2005@mail.ru](mailto:davron-2005@mail.ru)

**Pirov Davron Doniyorovich**, Deputy Director of the State Institution “Republican Center for the Formation of a Healthy Lifestyle”, Tel: (+992) 918742658, [davron-2005@mail.ru](mailto:davron-2005@mail.ru)

## ОМИЛҲОИ ИҚТИМОЙ-ДЕМОГРАФИЕ, КИ БА СОЛИМИИ УМУМӢ ВА РӢҲИИ ЗАНҲОИ МУҲОЧИРОНИ МЕҲНАТӢ ТАЪСИР МЕРАСОНАД

Пирова Г.Д., Рачабзода С.

Кафедраи нигоҳдории тандурустии ҷамъиятӣ ва омори тиббӣ бо курси таърихи тиб,  
МДТ «ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино»

**Муқаддима.** Тоҷикистон – кишвари дорои сатҳи баланди муҳоҷират ва даромади паст дар Осиёи Марказӣ ба ҳисоб меравад. Тоҷикистон яке аз камбағалтарини кишварҳо дар собиқ Иттиҳоди Шӯравӣ мебошад. Инкишофи муосири иқтимоӣ-иқтисодиро бидуни муҳоҷирони берунии меҳнатӣ тасаввур кардан

мумкин нест, аз чор як ҳиссаи аҳолии марди калонсол муддати тӯлонӣ дар хориҷа дур аз зану фарзанд умр ба сар мебаранд, ки синну соли миёнаи онҳо ба 25-55 – солагӣ баробар аст [1]. Муҳоҷират яке аз стратегияҳои асолии зиндамонии иқтисодии аҳолии як қатор кишварҳои пасошӯравӣ ба ҳисоб меравад [2,3].

Ба қайд гирифта шудааст, ки «Омили асо-сии муҳочирати меҳнати берунӣ дар шаро-ити таваллудшавии баланд, серфарзандӣ, шуғли паст, кам шудани даромад ва қоби-лияти харидории қисми зиёди сокинони кишвар ба ҳисоб мераванд: рушди демог-рафӣ; кам шудани майдони муфид ба сари ҳар як аҳолӣ; бартарӣ доштани мавзёҳои кӯҳӣ (93,0%), суст будани базаи моддиву тех-никӣ ва набудани соҳаҳои саноатӣ; хусусӣ гардонидани объектҳои хоҷагии халқ ва рушди моликияти хусусӣ» [4].

Дар баробари ин, дар афзудани муҳочи-рати аҳолӣ сиёсати маош нақши муҳим до-

ранд. Он маконе арзанда ба ҳисоб меравад, ки тавонад «хоксорона, вале арзишмандо-на оила ва зану фарзанди кор накунандааш-ро таъмин менамояд» [5].

**Мақсади таҳқиқот.** Муайян кардани ба-сомади омилҳои иҷтимоӣ-демографӣ, ки ба саломатии умумӣ ва рӯҳии занони муҳочи-рони меҳнатӣ.

**Мавод ва усулҳои таҳқиқот.** Ба таҳқиқот 325 зани синну соли репродуктивӣ, ки дар ш. Душан-бе сукунат доранд, фаро гирифта шуд. Меъё-рҳои воридсозӣ: Синну соли аз 18-45 сола: 2) шавқовар; 3) метовонад розигии хатии огоҳо-нидашуда диҳад; 4) бемории вазнини соматикӣ.

**Чадвали 1. – хусусиятҳои иҷтимоӣ-демографии гурӯҳи занҳои ба таҳқиқот дохил кар-дашуда.**

Нишондиҳанда	Гурӯҳи занҳо			p <sub>2-3</sub>
	1. Гурӯҳи умумӣ	2. Занҳои муҳочирон	3. Занҳои ғайримуҳочирон	
Ҳамагӣ (мутл/%)	325 (100)	102 (31,4)	223 (68,6)	<0,0001
Синну сол	30,9±0,4	30,6±0,6	31±0,5	>0,05
Маълумот (умуман:	$\chi^2$ (df=4; p<0,0001)			
• Ибтидоӣ	32 (9,8)	9 (8,8)	23 (10,3)	=0,6756
• Миёна	153 (47,1)	63 (61,8)*	90 (40,4)	<0,0001
• Коллеч	24 (7,4)	10 (9,8)	14 (6,3)	=0,2594
• Олии нопурра	26 (8,9)	2 (2,0)*	24 (10,8)	<0,01
• Олӣ	90 (27,7)	18 (17,6)*	72 (32,3)	<0,01

Эзоҳ: -фарқияти муҳими оморӣ (P<0,05) нишондиҳандаҳои гурӯҳи умумӣ : P<sub>2-3</sub> – фарқияти муҳими омо-рии байни гурӯҳҳои 1 ва 2-и занҳо (аз рӯи меъёри X<sup>2</sup>).

Мувофиқи натиҷаҳои пурсиш 2 гурӯҳи муқоиса чудо карда шуд: занҳои муҳочирон (n=102) ва ғайри муҳочирон (n=223). Ҳанго-ми омӯзиши нишондиҳандаҳои демографӣ 22 банди саволномаи CAFES, CHAMP (му-вофиқи лоиҳаи Чикаго профилактикаи соли-мии рӯҳӣ ва дастгирии оила) [11].

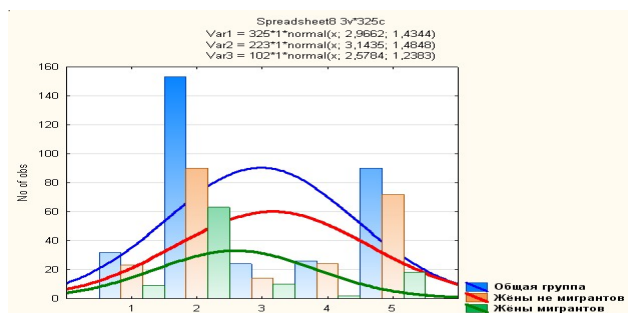
Ин саволнома чунин маълумотро дар бар мегирад: дар бораи синну сол, ҷойи зист, дар бораи миқдори одамоне, ки якҷоя зиндагӣ мекунанд, таъминоти моддии оила, маълу-мот, кор, маош, ёрии моддӣ, ки шавҳари муҳочир мерасонад.

Ҳангоми муқоиса кардан дар гурӯҳҳо аз усулҳои тавсифӣ ва таҳлили ду меъёрӣ кор бурда шуд, меъёрҳои X-квадраҳо, T-тест, Kruskal-Wallis, таҳлили каррелясионӣ ва регрессионӣ бо ёрии бастаи барномаи таҳқ-икоти оморӣ (Stata -10,0) ба роҳ монда шуд.

**Натиҷаҳо ва баррасии онҳо.** Аз 325 зани ба таҳқиқот фаро гирифташуда 102 (31,4%) ро занҳои муҳочирон ва 223 (68,6%) ро зан-ро занҳои ташкил медиҳанд, ки шавҳари онҳо муҳочир нестанд (чадвали 1). Синну соли занҳо дар гурӯҳҳо муқоисашаванда буданд (P>0,05).

Муайян карда шуд, ки занҳои муҳочирон назар ба занҳои ғайри муҳочир маълумот-нокии камдоштанд. Зиёда аз нисфи занҳои муҳочирон (61,8%) дорои маълумоти миё-на буданд, аз занҳои ғайримуҳочир назар-рас аст (P<0,01).

Ҳиссаи калони занҳои дорои маълумоти миёна ва пасти нопурра ва маълумоти до-нишгоҳӣ дар гурӯҳи занҳои муҳочирон назаррас (P=0,01) аст ва ҳангоми муқоиса бо гурӯҳи умумии занҳои ба таҳқиқот (расми 1).



**Расми 1. Таносуби сатхи маълумот дар занҳои гурӯҳи умумӣ, занҳои ғайри муҳоҷирон ва зани муҳоҷирон ( $P < 0,00001$ ; бо усули ANOVA/MAVOVA).**

**Чадвали 2. Хусусиятҳои иҷтимоӣ-демографияи занҳои ба таҳқиқот фаро гирифташуда: ҷойи зист, миқдори фарзандон ва одамоне, ки бо ҳам зиндагӣ мекунад.**

Нишондиҳанда	Гурӯҳи занҳо			Эътимодноқӣ ( $p_{2-3}$ )
	1. Гурӯҳи умумӣ	2. Занҳои муҳоҷирон	3. Занҳои ғайри муҳоҷирон	
<b>Хона (умуман):</b>	$p_{1 \text{ no } 3} < 0,0001 \text{ (df=4)**}$			
• Иҷоранишин	54 (16,6)	32 (31,4)*	22 (9,9)*	$< 0,0001 \text{ (}\chi^2\text{)}$
• Хонаи худ	150 (46,2)	33 (32,4)*	117 (52,5)	$< 0,001 \text{ (}\chi^2\text{)}$
• Хонаи волидайн/оила	121 (37,2)	37 (36,3)	84 (37,7)	$> 0,05 \text{ (}\chi^2\text{)}$
<b>Оила:</b>	$p_{1 \text{ no } 3} = 0,6331 \text{ (df=6)**}$			
• Миқдори кӯдакон	$2,23 \pm 1,5$	$2,33 \pm 1,3$	$2,16 \pm 1,5$	$= 0,052 \text{ (t)}$
<b>Миқдори аъзои оила (умуман)</b>	$p_{1 \text{ no } 3} = 0,3314 \text{ (df=13)**}$			
Миқдори одамоне бо ҳам зиндагикунада	$6,2 \pm 3,8$	$6,6 \pm 3,7^*$	$6,1 \pm 3,8$	Chi-Square: df = 101; p = ,0027

Эзоҳ: -фарқиятимуҳими оморӣ ( $P < 0,05$ ) нишондиҳандаҳои гурӯҳи умумӣ :  $P_{2,3}$  – фарқияти муҳими омории байни гурӯҳҳои 1 ва 2-и занҳо (аз рӯи меъёри  $X^2$ ).

Ба сифати омили ба саломатии умумӣ ва рӯҳии одамоне таъсиррасонанда як қатор нишондиҳандаҳо дар занҳои гурӯҳҳои муқоисашаванда: миқдори кӯдакон ва одамоне якҷоя зиндагӣ мекунад, макони зист, қор (дараҷаи машғул будан) ва маош. Таҳлили натиҷаҳои ба даст овардашуда нишон медиҳад, ки дар маҷмӯъ миқдори кӯдакон дар се гурӯҳи муқоисашаванда ( $P = 0,6331$ : бо усули Kruskal-Wallis), гарчанде миқдори кӯдакон дар оилаҳои муҳоҷирон ( $2,33 \pm 1,3$ ) тамоюли назаррас барои бартарӣ ( $P = 0,52$ : аз рӯи меъёри  $X^2$ ) дорад.

Аз як то 3 кӯдак дар 152 (68,2%) оилаи ғайри муҳоҷирон ва дар 81 (79,4%) оилаҳои муҳоҷирон ба мушоҳида расид, ки назар ба оилаҳои ғайри муҳоҷир ( $P = 0,0367$  мувофиқи критерияи  $X^2$ ) зиёдтаранд. Миқдори оилаҳои серфарзанд (4 ва зиёдтар) дар гурӯҳҳои муқоисашаванда қиёспазир буданд (16,7 ва 20%-мутаносибан дар оилаҳои муҳоҷирон ва ғайри муҳоҷирон;  $P > 0,05$ ).

Хусусиятҳои ҷойи зисти гурӯҳҳои таҳқиқшудаи занҳо дар чадвали 2 оварда шудааст. Муайян карда шудааст, ки камтар аз нисфи занҳои таҳқиқшуда дар гурӯҳи умумӣ макони зисти худро доштанд, (150/46,2%), иҷора гирифтаанд, 54 (16,6%) ва 121 (37,2%) дар хонаи волидайн ё хонаи умумӣ зиндагӣ мекунад.

Ҳамин тавр, занҳои муҳоҷирони меҳнатӣ ва кӯдакони онҳо бештари мавридҳо дар иҷора нишаста ё бо оилаи онҳо ё хешу табор зиндагӣ карда маҷбур ҳатанд, ки якҷоя бо миқдори зиёди одамоне зиндагӣ кунанд. Бо назардошти миқдори миёнаи одамоне дар гурӯҳи умумӣ зиндагикунада, таҳлили муқоисавии басомади оилаҳои якҷоязиндагӣ мекардагӣ анҷом дода шуд: 1) то 6 нафар; 2) 7 нафар якҷоя зистанд (чадвали 3). Муайян карда шуд, ки миқдори одамоне якҷоя зиндагӣ дар 61 (59,8%)-и занҳои муҳоҷирон ва дар 158 (70,8%;  $P > 0,05$ ) занҳои ғайри муҳоҷирон камтар аз 7 нафар.

Муқаррар карда шуд, ки дар 41 (40,2%) занҳои муҳоҷирон ва дар 65 (29,2%;  $P > 0,05$ ) занони ғайри муҳоҷирони меҳнатӣ аз миқдори одамоне, ки якҷоя зиндагӣ мекарданд 7 ва зиёдтар буданд. Ҳамин тавр, натиҷаҳои таҳлили гузаронидашуда нишон медиҳанд, ки занҳои муҳоҷирони меҳнатӣ бо миқдори зиёди одамоне зиндагӣ мекунад, ки нисбат

ба занҳои ғайри муҳоҷири меҳнатӣ зиёд аст.

Қайд кард шуд, ки дар чунин шароит занҳои муҳоҷирон бо дараҷаи баланди стигма дар ҷомеа бо монеаҳои зиёд дар дастрасӣ ва захираҳои барои хадомати солимии психикӣ рӯ ба рӯ мешаванд [12].

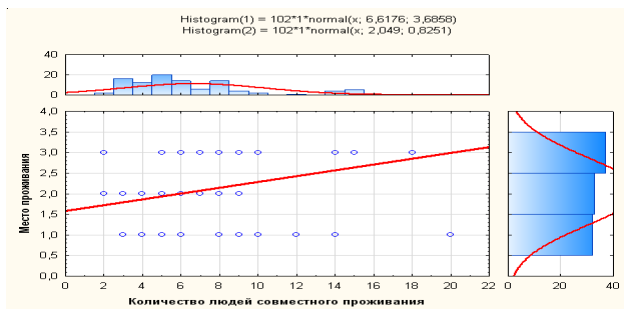
Дар вақти омӯзиши тартиботи мутақобилаи одамоне, ки зиндагӣ мекунанд, бо хусусиятҳои зиндагӣ вучуддоштани иртиботи мутақобилаи байни онҳо муайян карда шуд.

**Чадвали 3. Миқдори одамоне, ки якҷоя зиндагӣ мекунанд, дар гурӯҳҳои занҳои ба таҳқиқо фаро гирифташуда (мутлақ %).**

Показатели	Количество людей СП ≤6	Количество людей СП ≥7	P
1. Жёны мигрантов	61 (59,8)	41 (40,2)	<0,01
2. Жёны не мигрантов	158 (70,8)	65 (29,2)	<0,0001
p1-2	<0,05	<0,05	

Эзоҳ: -фарқияти муҳимми оморӣ ( $P < 0,05$ ) нишондиҳандаҳои гурӯҳи умумӣ :  $P_{2,3}$  – фарқияти муҳимми оморӣ байни гурӯҳҳои 1 ва 2-и занҳо (аз рӯи меъёри  $X^2$ ).

Эътимоднокии фарқияти нишондиҳандаҳо дар дохили гурӯҳҳо;  $P_{1,2}$  – эътимоднокии фарқият байни нишондиҳандаҳои гурӯҳҳои 1 ва 2 (аз рӯи меъёри  $X^2$ )

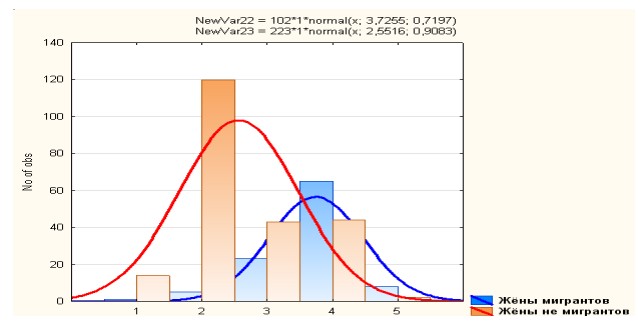


**Расми 2. Иртиботи мутақобилаи одамони якҷоя зиндагӣ мекардагӣ ва макони зисти занҳои муҳоҷирони меҳнатӣ ( $r=0,389063$ ,  $p < 0,05$ ; мувофиқи Spearman).**

Ҳангоми омӯختани шуғли гурӯҳи занҳои ба таҳқиқот дохил кардашуда, муайян карда шуд, аксари бештари онҳо дар ҳарду гурӯҳ (2/3-и онҳо) бекор буданд. Дар гурӯҳи умумӣ занҳои бекор 203 (62,5%) ва миқдори занҳои бечор кор дар гурӯҳҳои муқоисашаванда қиёсшаванда буд ( $P > 0,05$ ). Миқдори занҳои дорои ягон шуғл ё кор, ба ҳисоби миёна ҳам дар гурӯҳи умумӣ ва ҳам дар гурӯҳи занҳои муҳоҷир ва ғайри муҳоҷир назар ба бекорҳо хеле кам буд ( $P < 0,00001$ ). Аз ҷиҳати хусусиятҳои шуғлҳо/корҳо (рӯзи кори пурра ва нопурра, худшуғлӣ) дар байни гурӯҳҳои муқоисашаванда фарқиятҳои муҳим дида намешавад ( $P > 0,05$ ). Маош

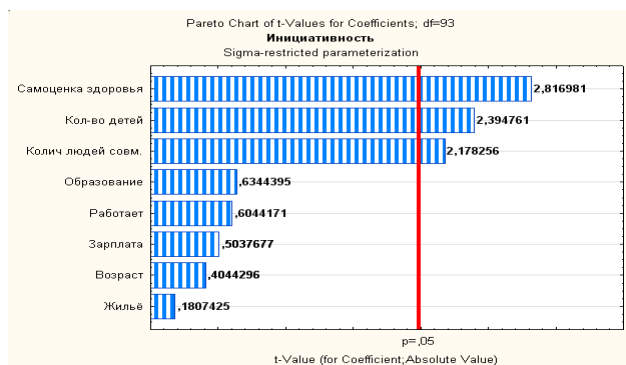
паст, ба ҳисоби миёна 830 сомонӣ дар гурӯҳи умумӣ фарқияти назаррас ( $P > 0,05$ ) дар гурӯҳҳои занҳои муқоисашаванда (чадвали 4).

Тибқи маълумоти худбаҳодиҳии саломатии умумӣ аз ҷумла саломатии рӯҳӣ (расми 3) дар байни занҳои ғайри муҳоҷир бо саломатии аъло, хеле хуб ва хуб дар 177 (79,3%) ва саломатии бад танҳо дар 2 (0,9%) мебошад.



**Расми 3. Таносуби басомади вариантҳои ((1-олӣ, 2-хеле хуб, 3-хуб, 4-қаноатбахш, 5-бад) худбаҳодиҳии саломатӣ ва солипии рӯҳии занҳои муҳоҷирон ( $n=102$ ) ва ғайри муҳоҷирон ( $n=223$ )).**

Ташаббускорӣ ё кӯшиши аз худ кардани ин ё он касбу таҳассус, баланд бардоштани сатҳи маърифат, дар маҷмӯъ-сатҳи дониш, бештар дар занҳои муҳоҷирони меҳнатӣ (12/11,8%), бо муқоиса бо занҳои ғайри муҳоҷир (17/7,6%), ҳам бо гурӯҳи умумии ин аломат дар занҳои муҳоҷир ( $P < 0,0005$ ; мувофиқи Т-тест).



**Расми 4. Предикторҳои (P<0,05) ташаббускорӣ (хоҳиши омӯхтан) дар занҳои муҳочирон мувофиқи натиҷаҳои таҳлилҳои сершумори регрессивӣ.**

Ҳангоми чунин таҳлил муайян карда шуд, ки барои нишондиҳандаи ташаббускорӣ, ки дар 11,8%-и занҳои муҳочирон мушоҳида мешаванд, ҳамчун омили (предикатори) мусоидаткунанда ҷудо карда мешаванд (P<0,05);

Ҳамин тавр, ҳангоми таҳлили муқоисашавии омӯзиши нишондиҳандаҳои иҷтимоӣ-демографӣ дар занҳои ба таҳқиқот фаро гирифташуда, муайян кард, ки: тақрибан 2/3 ҳиссаи занҳои интихобшуда бекор буданд: занҳои муҳочирон-камтар маълумотнок буданд, кӯдак надоштани онҳо кам бӯд, дар зиёда аз s онҳо миқдори кӯдакон 2 ва бештар буд. Зану кӯдакони муҳочирон бештар дар хучраҳои ичора ё дар оилаи во-

лидайн ё ҳешу табор зиндагӣ мекунанд, онҳо маҷбуранд, к ибо одамони зиёд якҷоя зиндаги кунанд. Дар заминаи таъсири якҷояи омилҳои иҷтимоӣ-демографии зикршуда, дар занҳои муҳочирон кӯшиши омӯхтани ин ё он чиз, такмил додани донишу малакаҳои худ оид ба тарбияи кӯдакон ва пайдо кардани устувории психологӣ, бештар руҳ меиҳад. Аммо хоҳиши занҳои муҳочирон, оиди ба даст овардани ихтисоси маошаш хуб, тарбияи фарзандон дар шароити хуб дар аксари вақт муяссар намешавад, зеро маоши муҳочирони меҳнатӣ танҳо барои таъмини зарурати рӯзмарраи онҳо кифоя аст, устуворӣ ва босуботии ҳаётӣ ва рушди аъзои оиларо таъмин карда метавонанд.

Чунин вазъият, ки дар он ба занони муҳочирони меҳнатӣ ҳамзамон як гурӯҳи омилҳо ба таври комплексӣ таъсир мерасонанд, ки ҳолати психологиро муайян карда, ба сатҳи самими умумии онҳо таъсир расонида, солҳои зиёд давом карда истодааст, гарчанде солимии занҳо самти афзалиятноки фаъолияти Ассотсиатсияи Умумичаҳонии психиатрӣ дар давраи солҳои 2017-2020 эълон карда буд ва имрӯз низ мубрамияти худро идома медиҳад [14]. Ин проблема омӯзиши ҳаматарафаро тақозо дорад бо мақсади таҳия намудани чорабиниҳои таъсирбахши профилактики солимии умумӣ ва психики занҳои муҳочир зарур аст.

### АДАБИЁТ

1. Агентство по статистике при Президенте Республики Таджикистан, [www.stat.tj](http://www.stat.tj).
2. Васильева А.В. Проблемы женского психического здоровья — междисциплинарный ракурс /А.В.Васильева //РМЖ «Медицинское обозрение» №10 от 10.12.2018 стр. 51-56.
3. Гаиров А.Г., Гаиров М.А., Лукьянов Н.Б., Кулобиева Р.Т. Медико-социальные аспекты и проблемы внешней трудовой миграции граждан Республики Таджикистан. Вестник Академии медицинских наук Таджикистана. 2017; 4 (24): с. 86-91.
4. Гонтмахер Е., Малеева Т. Социальные проблемы России альтернативные пути их решения.// Вопросы экономики. 2008. №2. – С.65.
5. Ситнянский Г.Ю., Бушков В.И. Миграции населения в Центральной Азии: прошлое, настоящее и будущее. Москва. ИЭА РАН, 2016; - 340 с.
6. Фасхутдинов Г. Последствия миграции: брошенные жены и разрушенные семьи. 06.03.2015. <http://www.dw.com/ru/последствия-миграции-брошенные-жены-и-разрушенные-семьи/a-18300254>
7. Gulchekhira Pirova, Stevan Weine, Arlene Miller & Matlyuba Yahyokhodjaeva (2018): Multilevel determinants of common mental disorders in migrant and non-migrant wives in





Tajikistan, International Journal of Culture and Mental Health. To link to this article: <https://doi.org/10.1080/17542863.2018.1435701>

8. [http://www.gks.ru/free\\_doc/doc\\_2017/magazine/st\\_ob2-rus.pdf](http://www.gks.ru/free_doc/doc_2017/magazine/st_ob2-rus.pdf).

9. International Organization for Migration (IOM). (2015). Promoting the health of left-Behind children of Asian labour migrants: Evidence for policy and action. Issue in Brief, #14, September, 2015. Retrieved from [http://publications.iom.int/system/files/pdf/mpi\\_issue\\_no\\_14.pdf](http://publications.iom.int/system/files/pdf/mpi_issue_no_14.pdf)

10. Wilkerson, J. A., Yamawaki, N., & Downs, S. D. (2009). Effects of husbands' migration on mental health and gender role ideology of rural Mexican women. *Health Care for Women International*, 30(7), 612–626.

11. Yi, J., Zhong, B., & Yao, S. (2014). Health-related quality of life and influencing factors among rural left-behind wives in Liuyang, China. *BMC Women's Health*, 14(1), 287.

12. Edelblute, H. B., Clark, S., Mann, L., McKenney, K. M., Bischof, J. J., & Kistler, C. (2014). Promotoras across the border: A pilot study addressing depression in Mexican women impacted by migration. *Journal of Immigrant and Minority Health*, 16(3), 492–500.

13. Weine, S., Bahromov, M., Loue, S., & Owens, L. (2013). HIV sexual risk behaviors and multilevel determinants among male labor migrants from Tajikistan. *Journal of Immigrant and Minority Health*, 15(4), 700–710.

14. Semrau, M., Evans-Lacko, S., Alem, A., Ayuso-Mateos, J. L., Chisholm, D., Gureje, O.,...Thornicroft, G. (2015). Strengthening mental health systems in low- and middle-income countries: The emerald programme. *BMC Medicine*, 13(1), 79.

## СОЦИАЛЬНО-ДЕМОГРАФИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ, ВЛИЯЮЩИЕ НА ОБЩЕЕ И ПСИХИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ ЖЁН ТРУДОВЫХ МИГРАНТОВ

Г.Д. Пирова, Раджабзода С.

Кафедра общественного здравоохранения и медицинской статистики с курсом истории медицины, ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино РТ.

### Резюме

В работе представлен фрагмент результатов первого, масштабного исследования, посвящённого изучению разных аспектов общего и психического здоровья жён трудовых мигрантов. С целью установления частоты детерминантов нарушения общего и психического здоровья жён трудовых мигрантов, у 325 женщин репродуктивного возраста (102 - жён мигрантов и 223 - жёны не мигрантов) проведён сравнительный анализ социально-демографических факторов.

Установлено, что 2/3 всех женщин были безработными; жены мигрантов были менее образованы ( $p < 0,01$ ); только 32,4% жён мигрантов имели своё жильё ( $p < 0,001$ ); по сравнению с женами не мигрантов чаще ( $p < 0,003$ ) совместно проживали с большим количеством людей; доля считающих своё

психическое здоровье отличным и хорошим было в 2,8 раз меньше среди жён мигрантов ( $p < 0,0001$ ). Полученные результаты указывают на необходимость более углублённого изучения общего и психического здоровья женщин сравниваемых групп и на фактических данных обосновывают необходимость женщин в услугах психологического оздоровления.

**Ключевые слова:** женщины, миграция, социально-демографические, детерминанты, общее и психическое здоровье.

*Пирова Гулчехра Давроновна - аспирант кафедры общественного здравоохранения и медицинской статистики с курсом истории медицины, ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино РТ. E-mail: [GulyaPirova@gmail.ru](mailto:GulyaPirova@gmail.ru)*



## SOCIAL AND DEMOGRAPHIC FACTORS AFFECTING THE GENERAL AND MENTAL HEALTH OF THE WIVES OF LABOR MIGRANTS.

Pirova Gulchekhra Davronovna, Rajabzoda Salohiddin Rajab

This work presents a fragment of the results of the first large-scale study devoted to the learning of the different aspects of general health and mental health of the wives of labor migrants. In order to determine the frequency of determinants of disorders in the general and mental health of the wives of labor migrants, a comparative analysis of socio-demographic factors was carried out among 325 women of reproductive age (102 - wives of migrants and 223 - wives of non-migrants).

It was identified that 2/3 of all women were unemployed; the wives of migrants were less educated ( $p < 0.01$ ); only 32.4% of migrant wives had their own housing ( $p < 0.001$ ); compared with wives of non-migrants, they more often ( $p < 0.003$ ) lived together with a large number of

people; the share of those who consider their mental health to be excellent and good was 2.8 times less among migrant wives ( $p < 0.0001$ ). The obtained results indicate the need for a more in-depth study of the general health and mental health of women in the comparison groups and, on the basis of factual data, substantiate the need for women in psychological rehabilitation services.

**Key words:** women, migration, socio-demographic, determinants, general and mental health.

*Pirova Gulchekhra Davronovna* – Applicant at the Department of Public Health and Medical Statistics with the course of history of medicine  
E-mail: [GulyaPirova@gmail.ru](mailto:GulyaPirova@gmail.ru)

## ТАЪСИРИ ХУСУСИЯТҲОИ ШАРОИТИ КОРӢ БА ВАЗӢИ САЛОМАТИИ РОНАНДАГОНИ ВОСИТАҲОИ НАҚЛИЁТИ МУСОФИРКАШ ҲАНГОМИ КОР ДАР ШАРОИТИ ШАҲРИ КАЛОН

Хайров Х.С.,<sup>1</sup> Юсупов З. Я.,<sup>2</sup> Одинаева Л.Э.,<sup>1</sup> Максудова З.Я.,<sup>1</sup>

1. Кафедраи беҳдошт ва экология, МДТ «ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино», Душанбе,
2. Пажӯҳишгоҳи илмию клиникӣ стоматология ва ҷароҳии ҷоғу рӯй.

**Муҳиммият.** Дар ҷараёни кори худ ронандагони воситаҳои нақлиёти мусофиркаш ба шароити номусоиди ҳарорати ҳаво вобаста ба мавсими сол ва дигар омилҳои физикӣ ва химиявӣ дучор меоянд [1, 2].

Фаъолияти меҳнати ронандагон бо сарбории баланди иттилоотӣ, давомнокии назарраси диққатнокии ҷиддӣ, ҳолати маҷбурии корӣ, маҳдудиятинокии саҳти муваққатӣ вобаста ба ҷадвали ҳаракати мунтазам назоратшаванда, хавфнокии шахсӣ, масъулияти ҳаёти мусофирон ва истифодабарандагони дигари роҳ ва хатари эҳтимолии сар задани садама вобаста аст. Ҳамаи ин ба баланд шудани сарбории асабӣ- эҳсосоти ронандагон дар кор мусоидат мекунад [3, 4].

Таҳлили маълумотҳои адабиёт аз сатҳи баланди патологияи касбӣ ва осеббӣ дар байни кормандони соҳаи нақлиёт, аз он

ҷумла ронандагони воситаҳои нақлиёти мусофиркаш гувоҳӣ медиҳад. Сабабҳои инҳо маҷмӯи саҳти таъсирнокии омилҳои зараровар ва хатарнокии истехсолот ва меҳнат ба ронандагон мебошад [5, 1].

Бояд қайд кард, ки омилҳои номусоиди муҳити корӣ метавонанд ба вайроншавии саломатӣ оварда расонанд ва ба паҳншавии бемориҳои вобаста ба кор дар ронандагони воситаҳои нақлиёти мусофиркаш мусоидат намоянд. Ин муқаррарот зарурати омӯзиши шароити меҳнат ва вазъи саломатии ронандагони автобусҳои шаҳрӣ ва троллейбусҳоро ҳангоми кор дар шароити шаҳри калон дар иқлими географии Ҷумҳурии Тоҷикистон тақозо мекунад.

**Мақсади тадқиқот.** Омӯзиши таъсири хусусиятҳои шароити корӣ ба саломатии ронандагони востихи нақлиёти мусофиркаш ҳангоми кор дар шаҳри калон



**Мавод ва усулҳои тадқиқот.** Таҳқиқот дар автобазаҳои “Автобус-1”, “Автобус-2”, “Автобус-3” ва “Троллейбус-1” дар шаҳри Душанбе гузаронида шуд. Ба омӯзиш 223 ронандагони автобусҳои тамғаи “АКІА”, “ISUZU”, “ЛиАЗ” ва троллейбусҳои тамғаи «ТІУ», ки дар бастҳои якум ва дуюм кор мекарданд, ҷалб карда шуданд. Барои арзёбии шароити корӣ ва омӯзиши вазъи организми ронандагони воситаҳои нақлиёт усулҳои гуногуни ташхиси гигиенӣ, кимиёӣ, физикӣ ва физиологӣ истифода гардиданд.

Барои муайян кардани сарбории истехсолии ронандагони воситаҳои нақлиёти мусофиркаш аксҳои рӯзи корӣ дар фаслҳои гуногуни сол гирифта шуд, инчунин ҷадвали муфассали интихобии амалиётҳои ҷудогонаи инфиродӣ гузаронида шуд. Вақт тавассути сониясанҷ бо дақиқии 2-4 сония сабт карда шуд. Ҳамагӣ 79 мушоҳидаҳои муваққатӣ гузаронида шуданд: 50 мушоҳида дар тобистон ва 29 мушоҳида дар зимистон.

Усулҳои таҳқиқоти гигиенӣ андозагирии параметрҳои микроклимати ҷойҳои корӣ (ҳарорат, намӣ ва суръати ҳаво), ифлосшавии ҳаво, андозагирии садо ва ларзиш дар ҷойҳои кории ронандагони автобусҳо ва троллейбусҳо буд.

Таҳқиқоти физиологӣ 120 нафарро фаро гирифт: 80 ронандаи автобус ва 40 ронандаи троллейбус. Микдори умумии мушоҳидаҳо 268 рӯз буд. Барои таҳлили беморшавӣ тайёр кардани 224 шаҳодатномаи ғайри қобили меҳнат лозим буд. Натиҷаҳои бадастомада вобаста ба тамғаи нақлиёт, таҷрибаи корӣ, синну сол ва вобастагии таносуби беморшавӣ аз дараҷаи шиддатнокии омилҳои зараровари муҳити корӣ таҳлил карда шуданд.

Коркарди омории маълумотҳои бадастомада бо усули намудҳои омори вариатсионӣ дар компютер бо истифодаи бастваи замимаҳои Statistica 10.0 (Statsoft Inc., ИМА) гузаронида шуд.

**Натиҷаҳо ва муҳокимаи онҳо.** Ҳангоми таҳлили маводи мушоҳидаҳои хронометрии рӯзи кории ронандагони воситаҳои на-

қлиёти мусофиркаш муайян карда шуд, ки ронандагон ҳангоми басти корӣ ба ҳисоби миёна аз 8 соат то 13-14 соат кор мекунанд, ки аксар вақт тамдиди вақти корӣ аз вақти дар ҷадвал пешбинишуда 1,5 маротиба зиёдтар аст.

Натиҷаҳои таҳлили маводи вақт ва шароити кори ронандагони воситаҳои нақлиёти мусофиркаш нишон медиҳанд, ки баъзе ронандагон бо ҷадвали кории дубаста аз соати 5-6-и субҳ ба кор сар карда, соати 19-20 бегоҳӣ онро ба итмом мерасонанд. Ҳамин тариқ, маълум гардид, ки ронандагони автобусҳои шаҳрӣ ва троллейбусҳо дар рӯзи корӣ ҳангоми кор дар фаслҳои гуногун дар шаҳри Душанбе то 13-14 соат дар ҷои кори худ мебошанд.

Бояд қайд кард, ки аз вақти умумии корӣ 85 фоизи вақти кории худро ронандагони автобусҳои «АКІА» ва «ISUZU» ба корҳои асосӣ ва 15% онро бо сабабҳои техникӣ ва истироҳат сарф мекунанд. Ронандагони автобусҳои кӯхнаи «ЛиАЗ» 87,4% вақти худро ба корҳои асосии корӣ ва 12,6% онро ба истироҳати танзимнашаванда бо сабабҳои техникӣ ва истироҳат сарф мекунанд. Ҳамзамон, ронандагони троллейбусҳои «ТІУ» 91,2% вақти кории худро ба корҳои асосии корӣ сарф мекунанд ва танҳо 8,8% он бо сабабҳои техникӣ барои хӯроки нисфирӯзӣ ва истироҳат боқӣ мемонад.

Дар давоми рӯзи корӣ, ронандагони нақлиёти мусофиркаш мониторинги мутамаркази назорати асбобҳо, сенсорҳо ва механизмҳои воситаи онҳоро анҷом медиҳанд, инчунин ба ҷараёни ҳаракати дигар воситаҳои нақлиёт ва ҳолати роҳҳоро назорат мебаранд. Ҳамзамон, 85-87% вақти басти корӣ барои иҷрои ин амалҳо сарф карда мешавад, ки аз шиддатнокии зиёди кор дар автобусҳои шаҳрӣ ва троллейбусҳо шаҳодат медиҳад.

Ҳангоми кор дар сари чанбарак ронандагони воситаҳои нақлиёти мусофиркаш амалиётҳои гуногунро бо воситаи дастҳо, пойҳо, гардиши сар ва бадан иҷро мекунанд. Дар айни замон, онҳо дар як баст зиёда аз 6050 ҳаракатҳои дастӣ, 5730 ҳаракатҳои пой ва 7868 гардиши



сар ва баданро дар самтҳои гуногун анҷом медиҳанд.

Ҳангоми анҷом додани амалиёти асосии истеҳсоли ронандагони воситаҳои нақлиёти мусофиркаш ба ҳисоби миёна 85% бастии кории худро дар ҳолати нишастан иҷро мекунанд. Мондани ронандагон дар ҳолати маҷбурии корӣ дар вақти бештар аз 80-85 фоизи вақти корӣ ва ҳамзамон, иҷро кардани амалиётҳои мухталиф ба ҳаракати болоӣ ва поёнӣ имкон медиҳад, ки мутобиқи ин омил кори ронандагон аз ҷиҳати вазнинӣ ва шиддатнокӣ ба дараҷаҳои 3 ва 3 мансуб доништа шавад.

Кабинаи автобусҳои асосии кор барои ронандагони востиаҳои нақлиёти мусофиркаш мебошад. Микроклими кабинҳои асосие мебошад, ки ба организми ронанда таъсир мерасонад ва ҳолати он бо омилҳои иқлимӣ муҳити зист мусоидат мекунанд.

Дар давраи тобистони сол ҳарорати ҳаво дар кабинҳои автобусҳои шаҳрӣ ва троллейбусҳо бинобар тағйир ёфтани ҳарорати ҳаво берун ба таври динамикӣ тағйир меёбад ва аз ҳадди миёнаи он ба 1,4-4 °С баланд мешавад.

Ҳароратҳои оптималии ҳаво дар ҷойҳои кории ронандагони автобусҳои шаҳрӣ ва троллейбусҳо дар соатҳои субҳ ба мушоҳида расида, ба ҳисоби миёна 24,3-27,6 °С буд. Ҳангоми кор дар давраи тобистон, аз соати 10 сар карда, мутаносибан баланд шудани ҳарорати ҳаво дар кабинҳои автобусҳо ва троллейбусҳо ба назар мерасад, ки арзиши ниҳони худро дар миёнаи басти корӣ гирифта, то охири рӯзи корӣ нигоҳ медорад.

Ҳаво дар кабинҳои автобусҳои «АКІА» дар миёнаи басти корӣ 38,9 °С, дар кабинҳои автобусҳои «ISUZU» - 40,3 °С буд ва баландтарин нишонаҳо дар кабинҳои «ЛиАЗ» ва троллейбусҳои «ТІУ» ба мушоҳида расид, ки ба ҳисоби миёна аз 45,8 °С то 46,2 °С мебошад. Дар охири басти корӣ он каме коҳиш ёфт (дар кабинҳои автобусҳои «АКІА» - 36,4 °С, «ISUZU» - 38,0 °С, «ЛиАЗ» - 40,1 °С, ТІУ - 40, °С).

Натиҷаҳои таҳқиқоти сатҳи садо нишон медиҳанд, ки дар ҷойҳои кории ронандаго-

ни автобусҳои тамғаи «ЛиАЗ» сатҳи садои баландтарин ҳудуди иҷозатдодашуда (ҲИ) ба ҳисоби миёна 9 дБ мебошад. Баландтарин сатҳи садо дар ҷойҳои кории ронандагони троллейбусҳои «ТІУ» ба қайд гирифта шуд, ки ба ҳисоби миёна 80 дБ буд ва аз ҲИ 20 дБ зиёдтар буд. Сатҳи садо дар кабинҳои автобусҳои «АКІА» ва «ISUZU» ба ҳисоби миёна 54-57 дБ буд, ки ба ҲИ мувофиқ аст.

Бояд қайд кард, ки сатҳи умумии ларзиш дар кабинҳои автобусҳои нави «АКІА» ва «ISUZU» дар ҳудуди иҷозатдодашуда буд. Тағйироти назарраси он дар ҷойҳои кории ронандагони автобусҳои «ЛиАЗ» ва троллейбусҳои «ТІУ» ба назар мерасид, ки онҳо ба ҳисоби миёна ҲИ аз 12,7 дБ то 17,3 дБ зиёд буданд. Дар байни ронандагони автобусҳои кӯҳнаи «ЛиАЗ» ва троллейбусҳои «ТІУ» сатҳи умумии ларзиши уфуқӣ ва амудии маҳаллии аз ҲИ боло, махсусан, дар фишангҳои идоракунӣ ба қайд гирифта шуд.

Бидуни таъсири бевоситаи омилҳои маҷбураи муҳити корӣ ба организми ронандагони воситаҳои нақлиёти мусофиркаш дар фаслҳои гуногуни сол ифлосшавии ҳаво дар ҷойҳои корӣ низ таъсир мерасонад. Дар минтақаи нафаскашӣ, дар тӯли тамоми басти корӣ, бештар аз ҳудуди иҷозатдодашудаи консентратсияи (ҲИК) гази оксиди карбон ва оксиди азот мушоҳида шуд.

Таркиби оксиди карбон дар минтақаи нафаскашии ронандагони воситаҳои нақлиёти мусофиркаш аз сатҳи ҲИК ба ҳисоби миёна 1,5-2,5 маротиба зиёдтар аст. Бояд қайд кард, ки дар охири басти корӣ, ҳангоми кор дар мавсими зимистон, дар кабинҳои автобусҳои «АКІА» ва «ISUZU» ба ҳисоби миёна 27,7-28,2 mg / m<sup>3</sup> оксиди карбон пайдо шуд. Чунин тағйирот дар ҷойҳои кории ронандагони автобусҳои «ЛиАЗ» низ ба назар мерасид.

Дар давраи тобистон консентратсияи оксиди карбон дар ҳаво дар ҷойҳои кории ронандагони ҳама гуна тамғаҳои автобусҳо ва троллейбусҳо дар сатҳи баланд чамъомада буданд. Дар кабинҳои автобусҳои «ЛиАЗ», ки ба ҳисоби миёна 34,8 мг / м<sup>3</sup> дар

охири басти корӣ ба даст омадааст ва  $45,4 \text{ мг} / \text{м}^3$  дар охири рӯзи корӣ концентратсияи кофии гази оксиди карбон ёфт шуд. Ҳамзамон, таркиби оксиди азот дар ҳавои минтақаҳои кори ронандагони автобусҳои тамғаи «АКІА» дар мавсими тобистон дар охири басти корӣ ба ҳисоби миёна  $10,3 \text{ мг} / \text{м}^3$  зиёд шуд. Дар кабинаҳои автобусҳои «ISUSU» чунин нишондиҳандаҳо ба қайд гирифта шуданд. Дар кабинаи автобусҳои «ЛиАЗ» концентратсияи баландтари оксиди азот ёфт шуд, ки аз ҲИК 2,6 маротиба ( $13,4 \text{ мг} / \text{м}^3$ ) зиёд буд. Бояд қайд кард, ки ҳамаи ин ба ворид шудани газҳои хоричшуда, ки дар ҳавои канори канори роҳ мавҷуданд, сабаб мешаванд, инчунин, вақте дарҳо дар ҳар истгоҳ кушода мешаванд ва ҳангоми кор дар мавсими тобистон бо тирезаҳои кушода.

Теъдоди хеле назарраси намунаҳо дар барзиёдии миқдори таркиби ин моддаҳо дар ҳама намуди автобусҳо ва троллейбусҳо ёфт шуданд. Дар намунаҳои ҳавои автобусҳои «ЛиАЗ» миқдори зиёди моддаҳои кимиёвӣ, ки ба талаботи санитарӣ ва гигиенӣ мувофиқ нестанд, зиёдтар нишон дода шудааст, ки он ба ҳисоби миёна 78% -и оксиди карбон, 76% оксиди нитрогенро нишон медиҳад, ки дараҷаи фарсуда ва ғайригерматикӣ будани автобусро нишон медиҳад.

Омӯзиши шароити корӣ дар чараёни амалиёти асосии истехсолии ронандагони воситаҳои нақлиёти мусофиркаш нишон медиҳад, ки яке аз омилҳои номатлубе, ки ба равандҳои танзими ҳарорат ва фаъолияти организми ронандагон дар фасли гарм таъсир мерасонанд, микроклими гармидиҳӣ мебошад.

Натиҷаҳои омӯзиши ҳарорати бадан тағйирёбии назаррасро дар ҳолати мубодилаи гармии организми ронандагони воситаҳои нақлиёти мусофиркаш ҳангоми кор дар фасли гарм ва хунук дар сол нишон медиҳанд. Агар дар фасли зимистон ҳарорати бадани ронандагони ҳама намудҳои автобусҳо ва троллейбусҳо аз  $36,7 \pm 0,1 - 36,8 \pm 0,6 \text{ }^\circ\text{C}$  зиёд набошад, пас дар тобистон дар соатҳои гармтарин ва дар

охири басти корӣ ҳарорати бадан ба ҳисоби миёна  $37,2 \pm 0,7 \text{ }^\circ\text{C}$  баланд шуд.

Ҳарорати бадани ронандагони автобусҳо ва троллейбусҳо ҳангоми кор дар давраи тобистон дар аввали басти корӣ  $36,1 \pm 0,22 - 36,6 \pm 0,44 \text{ }^\circ\text{C}$  буд, дар охири нимаи аввали баст он ба  $36,7 - 37$  расид,  $1 \text{ }^\circ\text{C}$  ( $P < 0,05$ ) ва дар охири рӯзи корӣ ба ҳисоби миёна  $37,2 \pm 0,4 \text{ }^\circ\text{C}$  зиёд шуд. Баландшавии ҳарорати бадан дар вақти корӣ, махсусан, дар байни ронандагони автобусҳои «ЛиАЗ» ва троллейбусҳои «ТІУ» ба назар мерасид.

Баландшавии назарраси ҳарорати бадан ( $37,2 \pm 0,97 \text{ }^\circ\text{C}$ ) дар байни ронандагони автобусҳои «ЛиАЗ» ва троллейбусҳои «ТІУ» ба сабаби набудани системаҳои ҳаво ва ҳавокаш дар ҷои кор аст. Дар баъзе рӯзҳо, ҳангоми кор кардан дар соатҳои махсусан гарм ҳарорати организми ронандагони автобусҳои шаҳрӣ ва троллейбусҳо то  $38 - 38,5 \text{ }^\circ\text{C}$  боло рафт, ки шиддатнокии фишори гармиро нишон медиҳад.

Яке аз нишондиҳандаҳои визуалӣ барои арзёбии таъсири омилҳои муҳталифи истехсолии зараровар ба ҳолати функционалии системаи дилу рағҳои бадан тағйирёбии таппиши дил мебошад.

Таҳлили маводҳои ҳолати функционалии системаи дилу рағҳои ронандагони воситаҳои нақлиёти мусофиркаш ҳангоми кор дар фаслҳои гуногуни сол нишон медиҳад, ки суръати таппиши дил дар давоми рӯзи корӣ ҳам дар тобистон ва ҳам дар фасли сармо сол ба таври назаррас афзоиш ёфтааст.

Ҳангоми кор дар фасли гармо баландшавии набзи ронандагони автобус ба ҳисоби миёна ба ҳисоби миёна  $15,4$  тапп / дақиқа, дар фасли сармо дар давраи пеш аз ҳӯроки нисфирӯзӣ ба ҳисоби миёна  $27$  тапп / дақиқа зиёд шудааст ва дар охири баст ба ҳисоби миёна дар тобистон ба ҳисоби миёна  $27$  тапп / дақиқа зиёд шудааст, он дар зимистон мутаносибан  $17$  таппиш / дақиқаро ташкил медиҳад, Ин аз таъсири шароити номусоиди иқлими ва фишори доимии асабӣ – эҳсосотӣ шаҳодат медиҳад.



**Суръати таппиши дил дар байни ронандагони востиаҳои нақлиёти мусофиркаш ҳангоми кор дар фаслҳои гуногуни сол**

Ронандагони автобус	Фасли сол	То саршавии басти корӣ	Пеш аз ҳуроки нисфирузӣ	Баланшавии набз	Баъди ҳуроки нисфирузӣ	Дар охири басти корӣ	Баланшавии набз дар басти корӣ	
«АКИА» n=25	Зимистон	85,3±3,77	93,3±3,94	8	89,8±3,86	97,4±4,2*	12,1	
	Тобистон	76,0±2,0	91,4±2,6***	15,4	90,5±2,0***	103,0±2,3***	27	
«ISUSU» n=18	Зимистон	86,7±3,1	91,0±2,9	4,3	87,5±3,4	92,2±3,2	5,5	
	Тобистон	85,0±2,5	93,0±2,7**	8	91,0±2,63*	102,0±2,7***	17	
«ЛиАЗ» n=12	Зимистон	82,7±2,93	88,3±3,6	10,6	84,2±2,94	101,2±4,3***	13,5	
	Тобистон	83,0±3,2	99,5±3,5***	16,5	89,3±3,3	108,4±2,8***	25,4	
<b>Ронандагони троллейбус</b>		<b>Нимаи аввали басти корӣ</b>			<b>Нимаи дуюми басти корӣ</b>			
ТИУ n=23	Тирамоҳ	81,0±4,1	89,0±4,2	8	ТИУ n=15	77,3±2,6	93,1±3,8***	15,8
	Тобистон	100,0±3,5	108,0±3,67*	8		84±2,29	103±2,4***	19

Эзоҳ: \* - p < 0.05; \*\* - p < 0.01; \*\*\* - p < 0.001 - аҳамияти омории фарқияти нишондиҳандаҳо дар муқоиса бо нишондиҳандаҳои пеш аз саршавии басти корӣ (тибқи санчиши Вилкоксон)

Дар айни замон, сатҳи фишори систолиқӣ дар ронандагони автобусҳои «АКИА» дар давраи тобистон ба ҳисоби миёна 4,4 мм ст. симобӣ ва дар ронандагони автобусҳои «ISUSU» 8,5 мм ст. симобӣ коҳиш ёфтааст. .... Пастравии назаррас дар сатҳи фишори систолиқӣ дар байни ронандагони автобусҳои «ЛиАЗ» ба ҳисоби миёна 10,6 мм ст. симобӣ ба қайд гирифта шудааст ва барои ронандагони троллейбус бошад, 8,9 мм ст. симобӣ дар як баст буд.

Нишондиҳандаҳои бемории умумӣ бо маъюбии муваққатӣ (ММ) нишон медиҳанд, ки шумораи бемориҳо дар байни ронандагони автобусҳо ба ҳисоби миёна 99,5 ва рӯзҳои маъюбӣ -1891,2, шумораи бемориҳо дар байни ронандагони троллейбусҳо ба ҳисоби миёна 60,0 ва рӯзҳои корношоямиро ба ҳисоби миёна - 996.0. ташкил медиҳанд. Ҳамзамон, давомнокии миёнаи як ҳолати ин беморӣ дар ронандагони автобусҳо 14,8 рӯз ва дар ронандагони троллейбусҳо 10,4 рӯзро ташкил додааст. Сатҳи умумии бемории 100 ронанда дар тӯли 100 сол. Таҳлили сохтори беморшавии ронандагони воситаҳои нақлиёт нишон медиҳад, ки ҳодисаҳои бештар мушоҳидашаванда бемориҳои системаи нафаскашӣ, ҳозима, системаи мушакҳо, системаи дилу рағҳо ва марказии асабҳо ҳастанд, ки ба таъсири омилҳои номусоиди муҳити корӣ вобастаанд. Сатҳи баландтарини ММ асосан дар гур-

ӯҳҳои синнусолии 50-59 сола, 60-сола ва аз он боло мушоҳида шуд. Сатҳи беморшавӣ дар байни автобусҳои шаҳрӣ ва троллейбусҳо бо афзоиши собиқаи корӣ боло рафтааст.

**Хулоса.** Ронандагони востиаҳои нақлиёти мусофиркашӣ аз рӯи маҳдудиятҳои соатӣ кор мекунанд, ки ин боиси нарасидани вақт ва истироҳат дар шароити муносиб мегардад. Дар айни замон, 85-91,2% вақт ба корҳои асосӣ рост меояд ва танҳо 8,8-15% барои танаффус ва истироҳат боқӣ мемонад. Ҳангоми сари чанбарак будан ва ронандагӣ дар масири ҳаракат ронандагони автобус ва троллейбусҳо ба таъсири омилҳои муҳталифи истехсолӣ дучор меоянд: аз қабилӣ ҳарорати баландтари ҳаво, ки дар ҳарорати ҳавои берун аз ҳадди миёнаи 1,4 - 4 ° C (дар фасли гармо) баланд мебошад, баландшавии садо ва ларзиш, ифлосшавии зиёди ҳавои ҷои кор (нитроген ва оксиди карбон) . Ҳамаи ин омилҳои муҳити корӣ, ки ба организм таъсири манфӣ мерасонанд, метавонанд ба саломатӣ ва рушди бемориҳои марбут ба саноат дар ронандагони воситаҳои нақлиёти мусофиркаш дар шаҳри калон оварда расонанд. Аз ин рӯ, зарур аст, ки чораҳои андешида шаванд, ки ба беҳсозии шароити корӣ, беҳбудии иқлими ҷойҳои корӣ, ташкили оқилонаи кор ва истироҳат ҳангоми кор дар иқлими гарм равона шудаанд.

## АДАБИЁТ

1. Афанасьева Р.Ф., Бессонова Н.А., Бурмистрова О.В. Производственный микроклимат. Итоги и перспективы исследований//Медицина труда и промышленная экология. 2013. №6. С. 30-35.[. Afanaseva RF, Bessonova NA, Burmistrova O.V. Production microclimate. Results and prospects of research. Occupational medicine and industrial ecology. 2013; (6):30-35.]
2. Гребеньков С.В., Сухова Я.М. Оценка условий труда и профессионального риска у водителей грузового автотранспорта // Профилактическая и клиническая медицина. 2016. №3. С.12-17. [Grebekov SV, Sukhova YM. Assessment of working conditions and occupational risk in truck drivers. Preventive and clinical medicine. 2016; (3):12-17.]
3. Курбанова Ш.И. Оценка тяжести и напряжённости труда основных профессиональных групп работников городского пассажирского автотранспорта // Врач-аспирант.2009. №9. С. 773-779. [KurbanovaShI. Assessment of the severity and intensity of labor of the main professional groups of employees of urban passenger vehicles. Postgraduate doctor. 2009; (9):773-779.]
4. Прокопченко Л.В., Шевкун И.Г. Оценка рабочей среды водителей различных типов автобусов//Медицина труда и промышленная экология. 2009. №7. С. 12-17. [Prokopenko LV, Shevkun IG. Assessment of the working environment of drivers of various types of buses. Occupational medicine and industrial ecology. 2009;(7):12-17.]
5. Deriugin O.V., Tretiak O.O., Cheberiachko S.I. Analysis of sanitary and hygienic labour conditions of drivers of public transport buses // Mechanics, Materials Science & Engineering. 2018. (13). С. 34.[Дерюгин ОВ, Третьяк ОО, Чеберячко СИ. Анализ санитарно-гигиенических условий труда водителей автобусов общественного транспорта. Механика, материаловедение и инженерия. 2018;(13):34.

## ВЛИЯНИЕ ОСОБЕННОСТЕЙ УСЛОВИЙ ТРУДА НА СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ ВОДИТЕЛЕЙ ПАССАЖИРСКОГО АВТОТРАНСПОРТА ПРИ РАБОТЕ В УСЛОВИЯХ БОЛЬШОГО ГОРОДА

Хайров Х.С., Юсупов З.Я., Одинаева Л.Э., Максудова З.Я.

Кафедры общей гигиены и экологии ГОУ «ТГМУ имени Абуали ибни Сино»

**Цель:** изучение влияния особенностей условий труда на состояние здоровья водителей пассажирского автотранспорта при работе в условиях большого города

**Материал и методы.** В исследование были вовлечены всего 223 водителя автобусов марки «AKIA», «ISUZU», «ЛиАЗ» и троллейбусов марки «Т1У» работающих в первую и во вторую смену. Для оценки условий труда и изучения функционального состояния организма водителей пассажирского автотранспорта применялись различные методы гигиенических, химических, физических и физиологических исследований.

**Результаты** анализов исследований показывают что, почти все водители пассажирского автотранспорта выполняли сверхурочную работу в течение всей рабочей смены в

среднем по 13-14 часов. Следует отметить, что водители работают в условиях воздействия дискомфортных микроклиматических условий, которое приводит к повышению температуры тела в среднем до  $37,2 \pm 0,97^{\circ}\text{C}$ , а в отдельные дни – к повышению до  $38-38,5^{\circ}\text{C}$ , что указывает на выраженное тепловое напряжение.

**Выводы.** Таким образом, водители пассажирского автотранспорта выполняют напряжённую работу в дискомфортных микроклиматических условиях, особенно при работе в тёплый период года, что вызывает значительное напряжение терморегуляторных процессов их организма.

**Ключевые слова:** водитель, пассажирский автотранспорт, условия труда, температура тела, частота сердечных сокращений и заболеваемость.



## INFLUENCE OF PECULIARITIES OF LABOR CONDITIONS ON THE HEALTH CONDITION OF DRIVERS OF PASSENGER MOTOR TRANSPORT WHILE WORKING IN THE CONDITIONS OF A BIG CITY

Khayrov H.S., Yusupov Z.Y., Maqsudova Z.Y., Odinaeva L.E.,

Department of general hygiene and ecology Avicenna Tajik State Medical University

**Purpose:** The study of the impact of particular working conditions on the health status of drivers of passenger vehicles when working in a large city.

**Material and methods:** The study involved 223 bus drivers from the «AKIA», «ISUZU», «LiAZ» buses and TIU trolley buses operating in the first and second shifts. To assess working conditions and study the functional state of the organism of drivers of passenger vehicles, various methods of hygienic, chemical, physical and physiological examination were applied.

**Results:** An analysis of the research results shows that almost all drivers of passenger vehicles performed overtime during the entire

shift for an average of 13-14 hours. It should be noted that drivers work in uncomfortable microclimatic conditions, which leads to an increase in body temperature to an average of  $37.2 \pm 0.97$  °C, and on some days increased to 38-38.5 °C, which indicates a pronounced thermal stress.

**Conclusion:** Thus, drivers of passenger vehicles carry out hard work in uncomfortable microclimatic conditions, especially when working in the warm season, which causes significant stressful thermoregulatory processes.

**Keywords:** driver, passenger transport, microclimate, body temperature, heart rate and morbidity.

*Хайров Хотамбек Сайфидинович, д.и.т., мудири кафедраи беҳдошти муҳити зисти МДТ «ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино», Тел: (+992) 900908118, Email: 18@tajmedun.tj.*

*Хайров Хотамбек Сайфидинович, д.м.н, заведующей кофедрой гигиены окружающей среды ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино», Тел: (+992) 900908118, Email: 18@tajmedun.tj*

*Khayrov Hotambek Sayfidinovich, d.m.s., head of the department of environmental hygiene Avicenna TSMU, Тел: (+992) 900908118, Email: 18@tajmedun.tj*

## ОМУЗИШИ МИҚДОРИ ВИТАМИНҲО ВА УНСУРҲОИ РАТСИОНИ ҒИЗОИ АҲОЛИИ ВИЛОЯТИ ХАТЛОН

Х.С Шарифзода<sup>1</sup>, Ҷ.А. Азонов<sup>2</sup>, Ф.А., Раҳимова<sup>2</sup>

1. Кафедраи тибби оилавии МДТ “ДДТТ ба номи Абӯали ибни Сино”, 2. Пажӯҳишгоҳи давлати илми-татқиқотии ғизоӣ Вазорати саноат ва технологияҳои нави ҶТ.

**Муҳиммият:** Мақолаи мазкур вобаста ба мавзӯи бучетии «Омузиши миллии статуси саломатӣ ва ғизои рӯзмарраи аҳолии минтақаҳои гуногуни Ҷумҳурии Тоҷикистон» амалӣ карда шудааст. Аз ҳама боигарии арзишманд барои инсон саломати ба ҳисоб меравад. Инсон қодираст, ки саломатияшро ҳифз намояд ё бо дасти худ онро вайрон созад. Дар ин раванд нақши истеъмоли оқилонаи ғизо ниҳоят муҳим аст. [1, 9]

Таркиби маҳсулотҳои ғизоӣ аз маводи гуногуни барои буняи инсон зарур сафедаҳо, чарбуҳо, карбогидратҳо, витаминҳо ва

унсурҳо таъмин буда, истеъмоли дурусти он метавонад ўро аз ҳаргуна бемориҳои ғизоӣ эмин дорад.

Аз ҷумла витаминҳо ҳамчун маводи зарурӣ ҳаёти дар ҷараёни мубодилаҳои гуногуни дохили буня иштироки бевосита дошта, онҳо дар таркиби зиёда аз 100 ферментҳои муҳим, ки дар амалишавии реаксияҳои зиёди дохилии он сахм доранд муйян шуда, дар раванди мустаҳкамкунии буня ва баланд бардоштани муқовимати он нисбати таъсири омилҳои хатаровари муҳити атроф мусоидат менамоянд. [3,4,5,8]





Г ГорбачВитаминҳо дар мутобиқати буня ба тағйиротҳои гуногуни манфии экологӣ ва баланд бардоштани нақши масъунят нисбати бемориҳои гуногун аз ҷумла сироятӣ сахми худро мегузоранд

Асосан нақши биологии витаминҳо дар буня аз иштироки фаъолони онҳо дар мубодилаи модаҳо, аз ҷумла сафедаҳо, чарбуҳо ва карбогидратҳо ниҳоят муҳим аст. Онҳо дар ҷараёни оксидшавӣ карбогидратҳо ва чарбуҳо иштирок намуда бо ин роҳ ба ҳосилшавии энергия ва маводи пластикии барои буня зарур ва афзоишу фаъолияти доимии ҳуҷайраҳо нақши муҳим мебозанд, аз ин ру онҳоро катализаторҳои табиӣ низ меноманд.

Норасоии ин маводи муҳим ба фаъолияти узвҳои гуногун ва умуман буняи бутун таъсири манфи мерасонад, аз ҷумла ба косташавии афзоиши қад, безурёти, сустшавии фаъолияти ақлонию ҷисмонӣ, корношоми шабқурӣ, ксерофтальмия, рахит, бемориҳои пӯст ва ғайра оварда мерасонад. Ғайр аз ин витаминҳо, ки барои ҳосилшавии ҳормонҳо, ки дар ҷараёни ҳама протсесҳои мубодилавии дохили буня иштирок мекунанд қатъиян заруранд. [2,6,7]

Муайян карда шудааст, ки норасоии витамини А ба косташавии афзоиши қади кӯдакон ва наврасон, бемории шабқурӣ, ксерофтальмия мусоидат менамояд. Ҳар сол 500 ҳазор кӯдакон аз норасоии ин витамин қисман ё тамоман нобино мешаванд. Норасоии витамини Д боиси бемории рахити кӯдакон мегардад. Норасоии витамини Е ба вайроншавии фаъолияти зиддиоксидии дохили буня, безурёти, тавлиди тифлони маъҷуб, вайроншавии найчаи асаб, норасоии витамини В9 -ё кислотаи фолат низ ба занҳои ҳомила дар афзоиши тифли батнашон таъсири манфи мерасонад ва ғайра. [ 2, 3, 10, 11]

Дар баробари витаминҳо унсурҳо низ барои буняи инсон ниҳоят муҳим арзёби гардида, миқдори онҳо 4% вазни бадани одамро ташкил медиҳанд. Миқдори асосии онҳо дар устухонҳо ва боқимонда дар таркиби моеъҳои буня дар шакли ҳалшуда маҳфузанд. Барои одами калонсол ба ҳисоби

миёна аз 13,6 то 21 грамм маводи минерали дар якшабонарӯз зарураст. Асосан буняи инсон ба 22 макро ва микроунсурҳо зарурият дорад. [4] Аз ҷумла, бе макроунсурҳои натрий, калсий, калий, магний, хлор, сера ва фосфор мубодилаи моддаҳо ва фаъолияти мунтазами ҳама узвҳои буня номумкин аст. Микроунсурҳои оҳан, йод, селен, хром, манган низ барои одам ниҳоят зарур буда аз норасоии онҳо инсон ба бемориҳои камхунӣ аз норасоии оҳан, ҷоғари эндемикӣ, бемориҳои дилу рағҳои хунгард ва ғайра мегардад. Бояд тазакур дод, ки за меъёр зиёд истеъмоли онҳо низ хатарнок буда, боиси захролудшавии буня мегардад. Маводи калсий асоси таркиби устухонҳоро ташкил медиҳад ва барои дандонҳо, мӯйҳо, нохунҳо, ҷараёни ҳунофариниш ниҳоят муҳим аст. Натрию калий дар ҷараёни мубодилаи об ва хлор барои синтези кислотаи НС1 дохили меъда ва ғайра заруранд. [ 10,13,14]

Аз ин лиҳоз омӯзиш ва муайян намудани миқдори витаминҳо ва унсурҳо дар таркиби ратсиони ғизоӣ аҳоли дар арванди пешгирии бемориҳои гуногун ва бааланд бардоштани сатҳи саломатии аҳоли ниҳоят муфид аст.

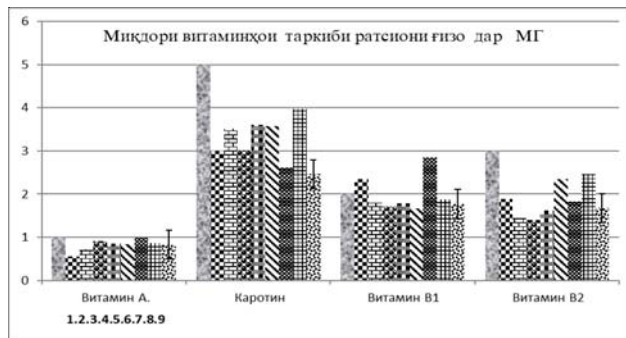
**Мақсади татқиқот:** Омӯзиши витаминҳо ва унсурҳои таркиби ратсиони ғизоӣ рӯзмарраи аҳолии баъзе аз ноҳия ва шаҳроҳои Вилояти Хатлон.

**Мавод ва усулҳои татқиқот:** Омӯзиш витаминҳо ва унсурҳо дар ратсиони ғизоӣ тавассути усули 24 соата ва истифодаи карта-анкетаҳои омӯзишии дар 400 хонаводагӣҳои 8 ноҳияи вилояти Хатлон амали карда шуд. Таркиби кимиёии ғизоҳо, аз ҷумла витаминҳо ва унсурҳо бо истифодаи нақшаи таркиби кимиёвии маҳсулотҳои ғизоӣ аз тарафи Скурихин И.М. (1991) пешниҳод шуда, ва бо истифодаи барномаи компютери “FOOD” муайян карда шуданд.

**Натиҷаҳои татқиқот ва баррасии онҳо.** Витаминҳо барои саломатии инсон ниҳоят зарур буда, дар ҳазми моддаҳои муҳими ғизоӣ: сафеда, равған ва карбогидратҳо мустақим иштирок мекунанд. Истеъмоли меъёри зарурии витаминҳо буняи инсонро пурқувват карда, қудрати ҷисмониашро



афзун месозад ва баръакс агар миқдори зарурии витаминҳо бо ғизо ба буния ворид нашавад муқовимати он суст, қудрати ҷисмониаш паст шуда инсон ба бемориҳои гуногун мубтало мешавад



**Расми 1. Нишондиҳандаҳои миқдори витаминҳои таркиби ратсионӣ ғизоӣ аҳолии 8 ноҳияи вилояти Хатлон (1-нишондиҳандаи меъёрӣ), 2. Восеъ, 3. Данғара, 4.Ҳамадонӣ, 5.Ховалинг, 6. Вахш. 6. Бохтар. 7. Леваканд, 8.Кушониеён .**

Мувофиқи маълумотҳои дар расми 1. оварда шуда, дар ратсионии ғизоӣ аҳолии ноҳияҳои мазкур миқдори баъзе витаминҳои таркиби ғизоӣ аҳоли ба меъёрҳои талаботии физиологӣ ҷавобгӯӣ намебошанд, аз ҷумла миқдори витамини дар равшан ҳалшавандаи А дар ратсионии шабонарӯзии аҳолии 8 ноҳияи оиди омӯзиш қарордодашудаи, ноҳияҳои Бохтар ва Ҳамадонии норасолии ин витамин аз 2 то 4%, Ховалинг Леваканд, Вахш ва Кушониеён аз 10 то 17% ва Данғара ва Восеъ аз 28 то 44% муайян карда шуд.

Миқдори в-каротиноидҳо низ дар ноҳияҳои Данғара, Ҳамадонӣ, Ховалинг , Вахш аз 20 то 40%, Бохатру Кӯшониеён 47,8-50,8% аз меъёр кам дида мешавад, ки боиси нигаронист.

Мусалам аст, ки витаминҳои В1. (Тиамин) ва В2 (Рибофлавин) , низ барои беҳдошти солимии инсон ниҳоят муфиданд. Аз ҷумла Витамини В1 асосан дар ҳосилшавии ҳормонҳои ғадуди сипаршакл - тиреоидин иштирок намуда, фаъолияти дилу рағҳои хунгардро таъмин месозад. Витамини В1-ро инчунин вита-

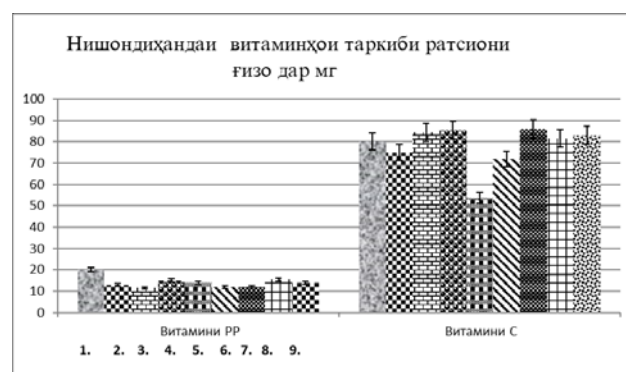
мини рӯҳафзо, қувватбахши тану асабҳо низ мегӯянд чунки он асабҳоро аз хастагӣ ҳаробшавӣ ҳифз мекунад.

Аз нишондодҳои расми 1 бармеояд, ки миқдори витамини В1 дар ратсионии ғизоӣ аҳолии ноҳияҳои Восеъ ва Бохтар аз 11,7% то 42,5% аз меъёр зиёд буда, дар дигар ноҳияҳо аз 1,66% то 17% нисбати меъёр камтар аст. Миқдори витамини В2 дар ратсионии ғизоӣ аҳолии н. Восеъ, Данғара, Ҳамадонӣ, Ховалинг, Бохтар ва Кӯшониеён аз 37% то 50% ва ноҳияҳои Вахш, Леваканд 22% - 17,6% нисбати талаботи меъёри камтар аст

Нақши кислотаи никотин, дар мубодилаи карбогидратҳо, ташарруҳи шираи меъда, ҳаракати престалтикии меъда, хориҷшавии ғизоҳои ҳалшуда аз он ва витамини РР дар синтези ҳормонҳои ҷинсӣ (прогестерон, тестестерон, эстрогенҳо), ва кортизон, тироксин ва инсулин иштирок мекунад. (расми 2)

Миқдори ин витаминҳо низ мувофиқи маълумотҳои дар ҷадвал оварда шуда, дар ратсионии ғизоӣ аҳолии 8 ноҳияи вилояти Хатлон ба меъёри муайян карда шудаи физиологӣ дар як шабонарӯз барои одами калонсол мувофиқат намекунад.

Витамини С дар сохтори дохили ҳуҷайра ва ферментҳо дар ташаккулёбии тағоякҳо, устухонҳо, дандонҳо ва сиҳатшавии захмҳо , иштирок мекунад ва



**Расми 2. Нишондиҳандаи витаминҳои таркиби ратсионӣ ғизоӣ (1. Нишондиҳандаи меъёрӣ) 2. Восеъ 3. Данғара, 4. Ҳамадонӣ, 5. Ховалинг, 6. Вахш, 7. Бохтар, 8. Леваканд, 9 Кушониеён.**



оҳани севалентаро ба оҳани дувалентаи осонҳазм мубаддал месозад, ки он дар пешгирии бемории камхунӣ аз норасоии оҳан нақши муҳимро иҷро мекунад ва донишҷӯи ин барои модарону кӯдакон, ки аз ҳама бештар мубталои ин бемори мегарданд, ниҳоят зарур аст.

Талабот ба кислотаи аскорбин ғайр аз ноҳияи Ховалинг, ки дар он миқдори ин кислота нисбати меъёри шабонарӯзи 20% кам аст, дар дигар ноҳияҳо ҷавобгӯи талаботи меъёри мебошад.

Дар баробари омӯзиши миқдори витаминҳо инчунин миқдори унсурҳои таркиби ратсиони ғизои аҳоли низ зери омӯзиш қарор дода шуд.

Муссалам аст, ки 92 элементе, ки дар табиат мавҷуд аст, 81-тои онро дар буняи инсон муайян кардан мумкин аст. Дар баробари ин 15-тои он аз ҷумла: оҳан, рух, мис, йод, кобалт, хром, молибден, никел, ванадий, селен, манган, мишяк, фтор, кремний, литий маводи ниҳоят муҳими ҳаётӣ ба ҳисоб мераванд.

Моддаҳои маъданӣ (минералӣ) ба буняи инсон асосан тавассути истеъмоли ғизоҳо ва об ворид мешаванд.

Аз ин лиҳоз омӯзиши миқдори унсурҳои таркиби ратсиони ғизои аҳоли барои муайян намудани таъмини буняи онҳо бо ин маводи аз лиҳози физиологӣ муҳим ниҳоят зарур аст. Аз ҷадвали 2 бармеояд, ки дар ратсиони ғизои аҳоли миқдори маводи ниҳоят зарур оҳан, ки аз норасоии он бемории камхунӣ аз норасоии оҳан ба амал меояд, аз меъёри муайян карда шуда аз 22 то 29,9% камтар аст. Миқдори калсий низ ба талабот ҷавобгӯ набуда, миқдори он дар ғизои онҳо аз 29,5 то 42,5% нисбатан камтар аст, ки аз кам истеъмол намудани шир ва маҳсулоти шири далолат мекунад.

Унсури фосфор низ дар буняи инсон нақши муҳимро амалӣ месозад, аз ҷумла дар тамоми фаъолияти буняи инсон иштирок мекунад ва яке аз ҷӯзҳои асосии бофтаҳои устухон ба ҳисоб рафта, дар инкишофи устухонҳо, дандонҳо, му-

бодилаи моддаҳо, кори дастгоҳи асаб, мушак, чигар, гурда ва ғайра аҳа-мияти калон дорад. Ғайр аз ин фосфор дар мубодилаи энергия, афзоиш ва тақсимшавии ҳуҷайраҳо, нигоҳ доштан ва истифодаи маълумотҳои ирсӣ иштирок мекунад.

Маълумотҳои дар нақшаи 2. оварда шуда, аз он далолат мекунанд, ки миқдори фосфор дар таркиби ратсиони ғизои аҳоли аз 20,7 то 30% нисбати меъёри муайянкарда шудаи физиологӣ камтар аст.

Миқдори калий ва магнии ратсиони ғизои аҳолии ноҳияҳои мазкур ба талаботи физиологӣ ҷавобгӯӣ мебошанд.

**Хулоса** . Аз маълумотҳои омӯзиши бармеояд, ки дар ратсиони ғизоии аҳолии вилояти Хатлон миқдори баъзе аз витаминҳо ва унсурҳо ( витамини А, тиамин, рибофлавин, каротин ва унсурҳои калсий, фосфор, оҳан) дар асл ба талаботи меъёрии муайян карда шудаи физиологӣ мувофиқат намекунад. Чи тавре, ки дар боло гуфта гузаштем, норасоии ин мавод ба сарзадани бемориҳои гуногуни ғизоӣ, бемории камхунӣ аз норасоии оҳан, мулоимшавии устухонҳо (калсий) остеопороз, бемориҳои аллергӣ, санги гурдаю талхадон, тавлиди тифлони маъҷуб ва ғайра оварда мерасонад. Барои ин бояд аз тарафи мутассаддиёни соҳа барои бартараф намудани ин камбудҳои ғизоӣ бояд, ки дар ратсиони онҳо тағйироти рафтори ғизоӣ амали карда шуда, тарзи дурусти истеъмоли ғизо ба роҳ монда шуда, истеъмоли маҳсулотҳои рустангӣ аз ҷумла, меваю сабзавот, донагиҳо, лубиёгиҳо ва зироатҳо, шир ва маҳсулоти ширӣ ки манбаи асосии витаминҳо ва унсурҳо ба ҳисоб меравад ба таври мунтазам таъмин карда шавад ва дар байни аҳоли қорҳои фаҳмонададиҳи оиди тарзи ҳаёти солим, ғизои солим ва ғайра он барои солимии инсон ба таври доими бо истифодаи васоити ахбори умум, лексияҳо, вохуриҳо ва ғайра амали карда шавад.



**Омӯзиши моддаҳои минералӣ дар таркиби ратсиони ғизоии шабонарӯзии аҳолии вилояти Хатлон**

Номгӯи моддаҳои минералӣ	Шаҳру ноҳияҳои вилояти Хатлон							
	н. Восеъ	н. Данғара	н. Ҳамадонӣ	н. Ховалинг	н. Вахш	ш. Бохтар	ш. Леваконт	н. Қушонӣён
Миқдори оҳан, мг/шабонарӯз (РНП* (29,4 мг/шаб.))	20,6±0,3	22,6±0,4	21,0±0,3	20,6±0,2	21,7±0,3	20,6±0,2	22,6±0,2	21,0±0,3
Миқдори кали, мг/шабонарӯз (РНП* 2-5 г/шаб.)	2,6±0,01	2,3±0,02	2,8±0,03	2,4±0,02	2,4±0,01	2,6±0,02	2,3±0,03	2,8±0,04
Миқдори калсий, мг/шабонарӯз (РНП* 800-1200 мг/шаб.)	562,9±17,2	460,2±15,5	514,6±16,4	492,2±15,5	564,3±17,8	562,9±16,9	460,2±14,3	514,6±15,6
Миқдори магний, мг/шабонарӯз (РНП* 280-350 мг/шаб.)	412,0±14,2	354,8±13,8	343,9±12,5	346,8±14,0	350,8±13,8	424,0±15,6	350,8±14,8	333,9±12,5
Миқдори фосфор, г/шабонарӯз (РНП* 1600-1800 мг/шаб.)	1178,6±48,9	1203,0±34,6	1269,0±23,1	1118,0±42,6	1125,7±34,5	1164,6±42,9	1203,0±34,6	1269,0±26,2

**АДАБИЁТ**

1. Азонзод Қ. Рустаниҳои шифои ва ғизоӣ.- Нашриёти Адиб.- 2010.- 690 с.
2. Азонов Д.А Основы питания/ Д.А. Азонов, Б.Г. Гафуров, А.Х. Рузиев// “Изд-во “Эчод”.- 2008.-120 с.
3. Азонов Д.А. Некоторые биологические аспекты организации здорового питания, обеспечения безопасности продовольственного сырья, продуктов питания и здоровье населения Республики Таджикистан на современном этапе.- Вопросы питания и регуляция гомеостаза.-2016.-№ 16.-с.6-25.
4. Горбачев В.В. Витамины макро и микроэлементы (спрваочник)/ В.В. Горбачев, В.Н. Горбачева// Минск .- Книжный дом.- 2002.- 544 с.
5. Иозефович О.В. Выбераем витамини/ О.В. Иозефович, А.А. Рулева, С.М. Харит Н.Н. Муравьева// ВСП 2010.-№1. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/vybiraem-vitaminy> (дата обращения: 26.03.2020)(Техт)
6. Погодина Я. А., Давыдова Г. Ю. Витамины — вещества жизни! // Юный ученый. — 2018. — №6. — С. 32-33. — URL <https://moluch.ru/young/archive/20/1312/> (дата обращения: 26.03.2020).
7. Самуткина А.В Влияние витаминов на организм человека / А.В. Самуткина //Международный школьный научный вестник. – 2016. – № 1 – С. 37-43
8. Тутельян В.А. Микронутриенты в питании здорового и больного человека/ В.А. Тутельян., В.Б. Спринчев., Б.П. Суханов и др// .- «Колос».- 2002.- 424 с.
9. Шарманов Т.Ш. Питание-важнейший фактор здоровья человека.- АСЕМ-СИСТЕМ.- Алмааты.-480 с.
10. Холов А.К. Витаминҳо ва унсурҳо/ А.К. Холов., Қ. Азонзод// Душанбе.-”Адиб”.-2011.-156 с.
11. Niang, K. , Ndiaye, P. , Faye, A. , Tine, J. , Diongue, F. , Camara, M. , Leye, M. and Tal-Dia, A. (2017) Spirulina Supplementation in Pregnant Women in the Dakar Region (Senegal). Open Journal of Obstetrics and Gynecology, Vol 7, No1.- 147-154. doi: 10.4236/ojog.2017.71016.
12. Roohani N, Hurrell R, Kelishadi R, Schulin R. Zinc and its importance for human health: an integrative review/ N/Roohani, R.Hurrell , Kelishadi R, . J Res Med Sci. 2013;18(2):144–57.
13. Guideline: calcium supplementation in pregnant women. Geneva: World Health Organization; 2013 ([http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85120/1/9789241505376\\_eng.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85120/1/9789241505376_eng.pdf)).
14. The global prevalence of anaemia in 2011. Geneva: World Health Organization; 2015 ([http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/177094/1/9789241564960\\_eng.Pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/177094/1/9789241564960_eng.Pdf).)



## ИЗУЧЕНИЕ КОНЦЕНТРАЦИИ ВИТАМИНОВ И МИНЕРАЛЬНЫХ ВЕЩЕСТВ В РАЦИОНЕ ПИТАНИЯ НАСЕЛЕНИЯ ХАТЛОНСКОЙ ОБЛАСТИ

Х.С Шарифзода, Д.А. Азонов, Ф.А., Рахимова, З.

Государственный научно-исследовательский Институт питания Министерство промышленности и новых технологии РТ.

Данная статья посвящена химическому составу рационов питания населения 8 районов Хатлонской области (Восе, Дангара, Хамадон, Ховалинг, Вахш, Бохтар, Леваканд ва Кушониён). Установлено, что потребление пищи состав которого богато белками, жирами, углеводами, витаминами и минеральными веществами играет важную роль в сохранении здоровья человека. В связи с этим нами было изучено витаминный и минеральный состав некоторых жизненно важных витаминов рациона питания 400 домохозяйств Хатлонской области. Было установлено, что в рационе питания населения Бохтарского и Хамадонинского районов недостаток витамина А составляет от 2 до 4%, Ховалинг Леваканд, Вахш ва Кушониён от 10 до 17%, Дангара и Восе от 28 до 44%. Уровень каротинов в рационе питания населения районов Дангара, Хамадон, Ховалинг, Вахш от 20 до 40%, Бохтар и Кушониён от 47,8 до 50,8% ниже установленных среднесуточных норм.

Концентрация витамина В1 за исключе-

нием Восеесйского и Бохтарского районов где данный показатель на 11,7% до 42,5% была выше нормы в остальных районах от 1,66 до 17% оказалось ниже установленных физиологических норм потребления. Уровень витамина В2 в рационе населения Восе, Дангара, Хамадони, Ховалинг, Бохтар и Кушониён от 37 до 50%, Вахшском и Левакандском районах от 22 до 17,6% также была ниже потребляемых норм.

Наряду с этим нами было установлено, что в рационе питания исследуемых районов количество жизненно важного элемента железо, недостаток которого способствует заболеванию железодефицитной анемии по сравнению с установленными потребляемыми нормами оказалось от 22 до 29% ниже нормы. Концентрация кальция также в рационе питания исследуемых групп населения не отвечает физиологическим нормам и составляет от  $460,2 \pm 15,5$  до  $564,3 \pm 17,8$  мг/сут.

**Ключевые слова;** питание, витамины, минеральные вещества, рацион питания, анемия, нормы, железа, кальций.

## STUDY OF CONCENTRATION OF VITAMINS AND MINERAL SUBSTANCES IN THE NUTRITION DIET OF THE POPULATION OF THE KHATLON REGION

H.S.Sharifzoda, D.A. Azonov, D.A., Rakhimova, Z. Khayrulozoda Z.Kh. Gafurov A.I.

This article focuses on the chemical composition of the diets of the population 8 regions of Khatlon oblast (Vose, Dangara, Hamadan, Khovaling, Vakhsh, Bokhtar, Levakand VA Kosonen). Found that consumption of food which is rich in proteins, fats, carbohydrates, vitamins and minerals plays an important role in maintaining human health. In this regard, we studied the vitamin and mineral composition of some life threatening emergencies vitamins diet 400 households in the Khatlon region. It was found that the diet of the population and Bokhtar districts

Amazoncore a lack of vitamin A is from 2 to 4%, Khovaling Levakend, Vakhsh VA Kusonje 10 17%, Dangara and Vose от 28 44%. The level of carotenes in the diet of the population in the districts of Dangara, Amazon, Khovaling, Vakhsh from 20 to 40%, Bohater and Cronian from 47.8 to 50.8 per cent below the established creosoting standards.

The concentration of vitamin B1 with the exception of Vicenikova and Bokhtar districts where this indicator is 11.7% to 42.5% was higher than the rate in other districts from 1.66% to 17% was below the established physiological norms

of consumption. . The vitamin B2 level in Riccione population Vose, Dangara, Hamadoni, Khovaling, Bokhtar and Cronian from 37% to 50%, Vakhsh and Livecanasta areas from 22 to 17.6% was also lower potrosenih standards.

Along with this we have found that the diet of the investigated areas quantity of vital element iron, which contributes to disease iron-

deficiency anemia compared to the established consumption norms were between 22 and 29% below normal. Calcium concentration also ratioe power of the studied populations does not meet the physiological norms and is  $460,2 \pm 15.5$  to  $564,3 \pm 17,8$  mg/day.

**Keywords;** nutrition, vitamins, minerals, diet, anemia, norms, iron, calcium.

*Шарифзода Хушбахт Салим, к.м.н. дотсент кафедры семейной медицины Таджикского государственного медицинского Университета им Абуали ибни Сино, соискатель докторант докторанты ГНИИ питания Министерство промышленности и новых технологии РТ .918786335.*

*Sharifzoda Khushbakht Salim, Ph.D. Dotsent, Department of Family Medicine, Tajik State Medical University named after Abuali Ibni Sino, Ph.D. student, GNII Nutrition Ministry of Industry and New Technologies of the Republic of Tajikistan .918786335*

## ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИЯ

### ЧАРАЁНИ ИНКИШОФИ БЕМОРИҲОИ СИРОЯТИИ БО РОҲИАЛОҚАИ ЧИНСӢ ГУЗАРАНДА ДАР ҶУМҲУРИИ ТОҶИКИСТОН (2010 – 2019)

Гадоев М.А.,<sup>1</sup> Саидзода Б.И.,<sup>1</sup> Эмомалиев Ҷ.Г.,<sup>2</sup> Нуруллаева Н.М.<sup>2</sup>

1. Кафедраи дерматовенерологияи МДТ «ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино».

2. МД «Маркази шаҳрии клиникаи бемориҳои пӯст ва зухравӣ».

**Муҳиммият.** Сиёсати Ҳукумати Ҷумҳурии Тоҷикистон дар соҳаи тандурустӣ ба ҳифзи солимии аҳоли равона карда шудааст. Ҳифзи некӯаҳволии санитарӣ-эпидемиологӣ яке аз самтҳои муҳим дар соҳаи тандурустӣ маҳсуб меёбад.

Индикаторҳои сифати расонидани ёриҳои ббӣ ба аҳоли нишондодҳои солимии аҳоли ва сатҳи муриш бо сабабҳои гуногун ба ҳисоб мераванд. Нишондодҳои асосии тандурустӣ аз пурра расидани кадрҳои баландхаттисос дар ин соҳа ва истифодаи технологияҳои муосири тиббӣ вобастагӣ доранд. Дар Ҷумҳурии Тоҷикистон барои омода намудани табибон се донишгоҳ (Донишгоҳи миллии Тоҷикистон факултети тиббӣ, МДТ «ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино» ва МДТ «Донишгоҳи давлатии тиббии Хатлон») фаъолият менамоянд [1, 3, 5]. Солҳои охир дар ҷумҳурӣ татбиқи технологияҳои нави тиббӣ бо мақсади гузоштани усулҳои ҳозира замони ташҳиси сироятҳои бо роҳи алоқаи чинсӣ гузаранда (СБРАҶГ) мушоҳида мегардад, ки имкон медиҳад сироятҳо сари вақт ошкор ва оризаҳои онҳо паст карда шаванд ва ҳамзамон табobati мувофиқгузаронидашаванд [2, 6].

СБРАҶГ ба бемориҳои моҳияти иҷтимоидошта дохил шуда, ба вазъи солимии аҳоли таъсири манфӣ мерасонанд ва яке аз мушкилоти муҳими тибби муосир маҳсуб меёбад. Ин ба паҳншавии васеи он дар ҷаҳон вобаста буда, онҳо сабаби бисёр бемориҳои илтиҳобии узвҳои пешобу таносул мегарданд, ки аксар вақт вайроншавии функцияҳои репродуктивӣ, безуриётӣ, эхтимолияти пайдоиши бемориҳои модарзодро дар кӯдакон ба вучуд меоранд ва ин дар навбати худ ба маҷруҳӣ бурда мерасонда, барои занон, мардон ва кӯдакон оқибатҳои вазнини равшанро ба бор меорад [4, 7, 8].

Аз рӯи маълумотҳои Ташкилоти Умумиҷаҳонии Тандурустӣ (ТУТ) ҳамасола бештар аз 400 миллион занону мардон аз СБРАҶГ сироят меёбанд, ки аз ин 130 миллионаш ба хламидиоз, 140 миллион ба трихомониаз, 85 миллион ба сӯзук ва 5 миллион ба оташак рост меояд [1, 3, 10]. ТУТ барномаҳои глобалиро оид ба меъёр ва стандартҳои муолиҷа ва пешгирии СБРАҶГ бо мақсади пасткунии сатҳи беморӣ, мустаҳкамкунии низоми назорати эпидемиологӣ ва мониторинг таҳия менамояд [5, 9, 10].

Дар иҷлосияи 69-и Ассамблеяи байналмилалӣи тандурустӣ дурнамои глобалии сектори тандурустӣ оид ба барҳам додани СБРАҶГ дар солҳои 2016-2020 тасдиқ карда шуд. Ҳадафи ин дурнамо "...таъмини тарзи ҳаёти солим ва мусоидат ба некӯаҳволии одамони ҷамаи синнусол мебошад" (Хучҷати WHA69/2016/REC/1).

Дар Ҷумҳурии Тоҷикистон таҳлили нишондодҳои СБРАҶГ-и нисбатан бештар рухдиҳанда, ки ба бемориҳои моҳиятан иҷтимоӣ дохил мешаванд, дар асоси шакли ҳисоботии № 9 (мушоҳидаҳои ҷумҳуриявии оморӣ) гузаронида мешавад. Дар ин шакл мушоҳида аз рӯи 4 шаклҳои нозологӣ амалӣ карда мешавад: сирояти гонококкӣ, оташак, трихомониаз ва сирояти хламидиявӣ. Индикаторҳои асосии арзёбии ҳолатҳои вазъи эпидемиологии ҷумҳурӣ сатҳи беморшавии аҳоли ба СБРАҶГ-и дар боло ишорашуда маҳсуб меёбад. Ба солимии репродуктивӣ ва муносибатҳои оилавӣ СБРАҶГ таъсири манфӣ мерасонад, инчунин онҳо харочоти зиёди иқтисодиро ба бор меоранд [2, 4, 8, 9]. Мушкилоти СБРАҶГ дар шароити имрӯза барои нигоҳдории тандурустӣ ниҳоят мурабба маҳсуб меёбад.

**Мақсади таҳқиқот.** Омӯзиши бемориҳои сироятии бо роҳи алоқаи чинсӣ гузаранда



дар минтақаҳои гуногуни Ҷумҳурии Тоҷикистондар солҳои 2010-2019 ва таъминоти шаҳрҳо, вилоятҳо ва ноҳияҳои ҷумҳурӣ бо мутахассисони дерматовенеролог.

**Мавод ва методҳои таҳқиқот.** Бо назардошти нишондодҳои шакли №9, ки бо фармоиши директори Маркази омили давлатии назди Президенти Ҷумҳурии Тоҷикистондар бораи «Маълумот оид ба бемориҳои бо роҳи алоқаи ҷинсӣ гузаранда, бемориҳои занбурӯғии пӯст ва хоришак» дар давоми солҳои 2010-2019 дар Ҷумҳурии Тоҷикистон, китаҳти №54, аз 11.11. соли 2013 тасдиқгардидааст, инчунин маълумотҳои Маркази ҷумҳуриявии клиникии бемориҳои пӯст ва зухравӣ оид ба таъминотнокӣ бо табибони дерматовенеролог дар Ҷумҳурии Тоҷикистонтаҳлил гузаронида шуд.

**Натиҷаҳои ба дастмада ва муҳокимаи онҳо.** Аз рӯи маълумотҳои МҶҚБПЗ дар ҷумҳурӣ Маркази Ҷумҳуриявии клиникии бемориҳои пӯст ва зухравӣ, Беморхонаи шаҳрии клиникии бемориҳои пӯст ва зухравӣ, Беморхонаи шаҳрии клиникии бемориҳои пӯст, 3 Марказҳои вилоятии бемориҳои пӯст ва зухравӣ, 14 Марказҳои ноҳиявии бемориҳои пӯст ва зухравӣ, 24 утокҳои бемориҳои пӯст вазухравӣ ва 13 шуъбаҳои бемориҳои пӯст вазухравӣ амал менамоянд.

Аз рӯи талаботҳои меъёрӣдар Ҷумҳурии Тоҷикистонба ҳар 10 000 аҳоли 0,5 воҳиди кории табиб ва ба ҳар 20 000 нафар аҳолии ноҳияҳо ва деҳот 0,2 воҳиди кории табиби дерматовенеролог чудо мегардад, ки 73%-и таъминотро ташкил дода 27% норасоии мутахассисон ба назар мерасад.

Набудани мутахассисон дар 14 шаҳру ноҳияҳои ҷумҳурӣ: Варзоб, Роғун, Ховалинг, Балҷувон, Н.Хусрав, Сангвор, Тоҷикобод, Нуробод, Ванҷ, Рӯшон, Роштқалъа, Шугнон, Мастҷоҳи кӯҳӣ, Мастҷоҳ, Лахш ба қайд гирифта шудааст.

То Истиқлолияти давлатӣ дар муассисаҳои тиббии пӯст ва зухравии Ҷумҳурии Тоҷикистон1167 кати беморхонавӣ амал мекард. Мутобиқи қарори Ҷумҳурии Тоҷикистондар бораи “Самаранокгардонии муассисаҳои тиббии Ҷумҳурии Тоҷикистондар давраи солҳои 2011-2020” 282 катҳои хоби беморхонавӣкам карда шуда алҳол 885 кат фаъолият дорад, ки аз онҳо 690 кат беморхонавӣ ва 195 кат рӯзона мебошанд.

Таҳлили мушоҳидаҳои омории бемориҳои бо роҳи алоқаи ҷинсӣ гузаранда аз рӯи шакли №9 оид ба ҳамаи минтақаҳои Ҷумҳурии Тоҷикистон дар давраи солҳои 2010-2019 гузаронида шуд, ки дар ҷадвали 1 инъикос ёфтааст.

**Ҷадвали 1. Ҷараёни инкишофи бемориҳои СБРАҶГ дар Ҷумҳурии Тоҷикистондар солҳои 2010 – 2019 (ба 100 000 нафар аҳоли)**

№ п/п	Минтақаҳои Ҷумҳурии Тоҷикистон	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
1	Оташак	5,4	3,5	3,2	4,5	4,1	3,9	3,7	4,6	4,1	4,6
2	Сироятҳои гоноккӣ	8,2	7,0	6,1	5,4	4,3	4,9	4,4	4,3	2,8	2,0
3	Трихомониаз	23,5	19,0	15,0	8,8	7,5	5,3	4,4	4,6	4,1	2,9
4	Сироятҳои хламидиявӣ	4,5	4,7	3,8	3,1	3,2	2,8	1,6	2,2	2,6	1,8
5	СБРАҶГ-ҳои дигар	6,1	1,6	2,4	0,8	7,0	1,8	1,8	2,3	3,9	3,0
Дар ҷумҳурӣ		47,7	35,8	30,5	22,6	26,1	18,7	15,9	18,0	17,5	14,3

Чӣ хеле ки аз нишондодҳои ҷадвали 1 дида мешавад, бемориҳои СБРАҶГ дар давраи аз соли 2010 то соли 2019 3,3 маротиба паст гаштанд(аз 47,7 ба 100000 аҳоли дар соли 2010 то 14,3 – дар соли 2019).Қайд кардан лозим аст, ки теъдоди умумии беморони СБРАҶГ дар соли 2019 1318 нафарро ташкил дод, ҳоло он

ки дар соли 2010 дарҶТ 3620 нафар бо аломатҳои СБРАҶГ ошкор гардида буданд. Дар сохтори СБРАҶГ нишондодҳои нисбатан возеҳи пастшавии беморӣ дар давраи ҳисоботӣ хангоми сирояти трихомонадӣ ба қайд гирифта шудааст, ки 8,1 маротиба (аз 23,5 дар соли 2010 – то 2,9 – дар соли 2019) паст шудааст, баъ-



ди ин сӯзок – 4 маротиба (мувофиқан аз 8,2 то 2,0), сирояти хламидиявӣ – 2,5 маротиба (аз 4,5 то 1,8) маротиба паст гаштааст. Суръати пастшавии бемории оташак нисбатан сусттар буд, ки дар давоми 10 соли охир танҳо 1,17 маротиба (15%, аз 5,4 дар соли 2010 то 4,6 дар соли 2019) паст гаштааст.

Пастшавии ҳолатҳои бемориҳои СБРАҶГ дар Ҷумҳурии Тоҷикистон соҳаҳои охир ба ҳақиқати воқеӣ мутобиқат намекунад, зеро бисёр беморон дар му-

ассисаҳои тиббии ғайридавлатӣ, аз тарафи табибони тахассусҳои дигар муолиҷа мегиранд, ки дар онҳо низоми ба ҳисобгирӣ ва ҳисоботдиҳӣ оид ба сироятҳои номбурда амал намекунад.

Дар заминаи солҳои охир пастшавии бемории оташак дар маҷмуъ дар Ҷумҳурии Тоҷикистон, дар баъзе минтақаҳои алоҳида ба афзоиш тамоюл доштан ва камшавии сусти он ба қайд гирифта мешавад, ки инро нишондодҳои ҷадвали 2 равшан инъикос менамоянд.

**Ҷадвали 2. Ҷараёни инкишофи бемории оташак дар Ҷумҳурии Тоҷикистон дар солҳои 2010–2019 (ба 100 000 нафар аҳоли)**

№ п/п	Минтақаҳои Ҷумҳурии Тоҷикистон	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
1	ш. Душанбе	6,7	5,7	6,6	11,2	12,4	11,8	8,8	9,7	10,6	12,9
2	НТМ	6,1	4,8	3,3	4,5	2,8	3,0	2,3	2,8	3,2	5,0
3	Вилояти Суғд	6,2	2,7	3,0	5,7	4,8	4,3	4,3	7,2	5,1	5,0
4	Вилояти Хатлон	4,2	3,0	2,5	2,1	2,2	2,2	2,9	2,7	2,5	2,1
5	ВМКБ	1,9	1,4	0,5	1,4	4,2	1,8	1,8	0,5	0,9	1,8
	Дар ҷумҳурӣ	5,4	3,5	3,2	4,5	4,1	3,9	3,7	4,6	4,1	4,6

Ҷӣ хеле ки дида мешавад, (ҷадвали 2) дар ҳамаи вилоятҳои ҷумҳурӣ тамоюл ба камшавии бемории оташак ба назар мерасад. Вале дар пойтахти ҷумҳурӣ шаҳри Душанбе манзараи баракс мушоҳида мегардад, яъне афзоиши бемории оташак 2 маротиба зиёд гаштааст (аз 6,7 – дар соли 2010 то 12,9 дар соли 2019).

**Бемории сироятии гонококкӣ** дар соли 2019 2,0 муқобили 8,2 дар соли 2010 ба ҳар 100 000 нафар аҳолиро ташкил дод, ки аз 4,1 маротиба камшавӣ гувоҳи медиҳад. Пастшавии бемории сӯзок дар минтақаҳои гуногуни ҷумҳурӣ бо суръатҳои гуногун рух додааст (ҷадвали 3)

**Ҷадвали 3. Ҷараёни инкишофи бемории сироятии гонококкӣ дар Ҷумҳурии Тоҷикистон дар солҳои 2010–2019 (ба 100 000 нафар аҳоли).**

№ п/п	Минтақаҳои Ҷумҳурии Тоҷикистон	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
1	ш. Душанбе	21,9	16,8	9,7	9,0	7,8	14,7	15,6	13,1	8,8	3,5
2	НТМ	6,7	6,4	4,8	4,7	3,3	3,3	2,8	3,4	2,7	2,3
3	Вилояти Суғд	7,6	5,4	5,2	6,4	5,9	5,3	3,7	4,1	2,6	1,7
4	Вилояти Хатлон	6,4	6,1	6,9	4,3	3,1	3,3	3,2	3,1	1,6	1,9
5	ВМКБ	3,4	5,8	1,9	1,4	0,9	0,5	1,4	1,4	1,3	0,9
	Дар ҷумҳурӣ	8,2	7,0	6,1	5,4	4,3	4,9	4,4	4,3	2,8	2,0

Ҷӣ хеле ки аз ҷадвали 3 дида мешавад, пастшавии нисбатан возеҳи бемории сӯзок дар шаҳри Душанбе ва вилояти Суғд рух додааст (мувофиқан 6,3 ва 4,5 маротиба).

Трихомоноз дар сохтори бемориҳои

СБРАҶГ мавқеи асосиро иштиро менамояд. Дар соли 2019 бемории сироятии трихомонадӣ 2,9 ба 100 000 нафар аҳолиро ташкил дод, ки 8,1 маротиба нисбат ба нишондодҳои соли 2010 пасттар мебошад (ҷадвали 4).

**Чадвали 4. Чараёни инкишофи бемории трихомониаздар Ҷумҳурии Тоҷикистон дар солҳои 2010– 2019(ба 100 000нафар аҳоли).**

№ п/п	Минтақаҳои Ҷумҳурии Тоҷикистон	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
1	ш. Душанбе	13,1	5,1	6,7	7,5	18,2	17,1	12,4	15,2	12,4	8,4
2	НТМ	31,3	21,8	13,5	10,7	5,0	3,6	2,8	3,5	3,6	1,6
3	Вилояти Суғд	38,6	34,2	30,1	10,4	8,4	4,8	5,3	4,9	4,4	2,7
4	Вилояти Хатлон	7,9	8,3	5,2	6,0	4,5	3,4	2,3	2,2	1,8	1,9
5	ВМКБ	33,0	29,4	21,0	22,3	19,7	9,2	10,5	7,2	6,7	9,7
Дар ҷумҳурӣ		23,5	19,0	15,0	8,8	7,5	5,3	4,4	4,6	4,1	2,9

Чихеле ки аз нишондодҳои чадвали 4 дида мешавад, камшавии бемории трихомониаз нисбат ба сатҳи ҷумҳуриявӣ дар НТМ (19,5 маротиба) ва вилояти Суғд (14,3 маротиба) зиёд ба назар мерасад.

**Бемории сироятӣ хламидиявӣ** дар соли 2019 1,8 ба 100 000нафар аҳолиро ташкил дод, зеро гирифташавӣ ба ин СБРАҶГ-и паҳншуда дар давраи таҳқиқшуда 2,3 маротиба кам гашт (чадвали 5).

**Чадвали 5. Чараёни инкишофи бемории сироятӣ хламидиявӣ дар Ҷумҳурии Тоҷикистон дар солҳои 2010 – 2019 (ба ҳар 100 000 нафар аҳоли).**

№ п/п	Минтақаҳои Ҷумҳурии Тоҷикистон	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
1	ш. Душанбе	13,2	12,7	10,4	3,5	8,7	14,3	4,07	9,3	21,1	7,6
2	НТМ	4,7	5,8	4,7	5,01	4,3	1,3	0,9	0,7	0,8	1,3
3	Вилояти Суғд	3,02	2,7	2,5	1,3	1,7	0,7	0,7	2,09	1,0	1,2
4	Вилояти Хатлон	3,09	3,1	2,6	3,07	2,2	2,6	2,4	1,5	0,6	0,9
5	ВМКБ	6,8	8,7	5,2	6,1	3,7	2,8	2,2	0,9	0,4	5,2
Дар ҷумҳурӣ		4,5	4,7	3,8	3,1	3,2	2,8	1,6	2,2	2,6	1,8

Дар заминаи пастшавии беморӣ (чадвали 5) дар маҷмӯъ дар бисёр минтақаҳои ҷумҳурӣ дар соли 2019 тамоюл ба афзоиши он мушоҳида гардид: аз ҷумла, дар ВМКБ 1,6 дар вилояти Хатлон 1,5 маротиба, дар вилояти Суғд 1,2 маротиба.

Пастшавии давомёфтаи бемориҳои СБРАҶГ фақат гувоҳи зуҳуроти қонуни ададҳои калон маҳсуб меёбад. Васеъшавии шабақаҳои муассисаҳои тиббии давлатӣ ва ғайридавлатӣ, табибони ба таври хусусӣ фаъолиятдошта, табибони дигар таҳассусҳо, ки ба беморони СБРАҶГ бе баҳисобгирии ҳолатҳо хизмат мерасонанд, имкон намедиханд, ки аз хусуси муътадилшавии воқеии неқӯаҳволии эпидемиологӣ дар ҷумҳурӣ изҳори назар карда шавад.

Таҳлили ҳолати бемориҳои СБРАҶГ дар маҷмӯъ дар Ҷумҳурии Тоҷикистон зарурияти тақмили низоми назорат аз болои таъсир ва баҳисобгирии бемороне, ки дар му-

ассисаҳои тиббии давлатӣ ва ғайридавлатӣ муолиҷа мегиранд, табибони ба таври хусусӣ фаъолиятдошта, табибони дигар таҳассусҳо, ки ба беморони СБРАҶГ хизмат мерасонанд ва татбиқи васеъи технологияҳои муосири тиббро ба миён мегузорад.

**Хулоса.** Натиҷаҳои таҳлил аз ноустувории вазъи эпидемиологӣ оид ба СБРАҶГ дар Ҷумҳурии Тоҷикистон шаҳодат медиҳанд. Минтақаҳои нисбатан номусоид шаҳри Душанбе, вилояти Суғд ва НТМ боқӣ мемонанд. Зарур аст, ки фаъолияти муассисаҳои тиббии ғайридавлатӣ ва табибони ба таври хусусӣ амалкунанда чӣ қадар баҳисобгирии бемориҳои СБРАҶГ ба таври қатъӣ назорат карда шавад. Ин имкон медиҳад, ки чораҳои пешгирӣ ва муолиҷаи пурраи беморон бо мақсади ҳифзи солимии репродуктивии аҳоли тақмил дода шаванд. Ҳамчунин, бояд технологияҳои нави тиббӣ бо мақсади ташхиси СБРАҶГ ҳарчи васеътар татбиқи амалии худро ёбанд.





## АДАБИЁТ

1. Зоиров, П.Т. Рациональная диагностика негонококковых уретритов у мужчин с репродуктивными нарушениями / П.Т. Зоиров, Б.И. Саидов // Ж. Здравоохранение Таджикистана. – Душанбе. – 2014. №3. – С. 60-65.
2. Исаева, М.С. Ретроспективный анализ эпидемиологической ситуации по сифилису в Республике Таджикистан за период 1991-2011 гг. / М.С. Исаева, А.М. Қосимов, М.Ф. Хомидов // Ж. Здравоохранение Таджикистана. – Душанбе. – 2012. №4. – С. 39-45.
3. Кубанова, А.А., Динамика изменений интенсивных показателей заболеваемости инфекций, передаваемым половым путем, в оценке эпидемиологического процесса и состояния здоровья населения Российской Федерации за 2006-2016 годы / А.А. Кубанова, А.А. Кубанов, Л.Е. Мелехина // Вестник дерматологии и венерологии. -2018. - № 1. Том. 94. – С. 27-37.
4. Петрова, А.Н. Заболеваемость смешанными урогенитальными инфекциями в республике Саха (Якутия) за 2015-2017 гг. / А.Н. Петрова, Л.И. Петрова // MEDICUS. – 2019. - № 5. – С. 18-21.
5. Салимзода, Н.Ф. Достижения дерматовенерологической службы Республики Таджикистан в период независимости / Н.Ф. Салимзода, Д.Н. Садыкова, А.М. Косимов, К.М. Мухамадиева // Материалы круглого стола «Достижения, перспективы, актуальные проблемы дерматовенерологии» посвященной 25-летию независимости Республики Таджикистан. – Душанбе. – 2016. – С. 11-13.
6. Уфимцева, М.А. Современная эпидемиологическая ситуация по заболеваемости инфекциями, передаваемыми половым путем, в крупном промышленном городе / М.А. Уфимцева, Е.П. Гурковская, Т.А. Береснева // Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований. – 2017. - №6, - С. 250-
7. Хомидов, М.Ф. Диагностика и лечение негонококковых уретритов у мужчин / М.Ф. Хомидов, Б.И. Саидов // Вестник последипломного образования в сфере здравоохранения. 2019. №1. С. 88-91.
8. Centers for Disease Control and Prevention. Sexually Transmitted Disease Surveillance, 2015. Atlanta, GA: Department of Health and Human Services; October 2016.
9. Davies B., Turner K.M.E., Frolund M. et al. Risk of reproductive complications following chlamydia testing: a population-based retrospective cohort study in Denmark // Lancet Infectious Diseases, The, 2016, vol. 16, no. 9, p. 1057-1064.
10. El Kettani A, Mahianй G, Abu-Raddad L, Smolak A, Rowley J, Nagelkerke N, et al. Trends in Adult Chlamydia and Gonorrhoea Prevalence, Incidence and Urethral Discharge Case Reporting in Morocco over 1995-2015 – Estimates Using the Spectrum-Sexually Transmitted Infection Model. Sex Transm Dis. 2017. September; 44 (9): 557-64. doi: 10.1097/OLQ.0000000000000647.

**ДИНАМИКА ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ИНФЕКЦИЯМИ ПЕРЕДАВАЕМЫМИ ПОЛОВЫМ ПУТЕМ, В РЕСПУБЛИКИ ТАДЖИКИСТАН (2010 – 2019)**

<sup>1</sup>Гадов М.А., <sup>1</sup>Саидзода Б.И., <sup>1</sup>Ахмедов М.М., <sup>3</sup>Эмомалиев Дж.Г., <sup>2</sup>Нуруллаева Н.М.

<sup>1</sup>Кафедра дерматовенерологии ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино».

<sup>2</sup>ГУ «Городской клинический центр кожные и венерические заболевания».

**Цель исследования.** изучение заболеваемости инфекциями, передаваемыми половым путем, в Республики Таджикистана в 2010 – 2019 гг.

**Материал и методы.** Анализ форма №9,

утвержденным приказом директора центра государственного статистики при Президента Республики Таджикистана, под № 54 от 11.11. 2013 год об «Сведения о заболеваниях, передаваемых преимущественно поло-



вым путем, грибковых кожных заболеваний и чесоткой» за 2010 – 2019 гг. по Республике Таджикистана.

**Результаты.** Из анализа форма №9, выявили, что заболеваний ИППП в 2019 г. зарегистрировано всего 1 318 случаев, что составило 14,3 против 3 620 случаев или 47,7 в 2010 г. на 100 тыс. населения. В структуре заболеваемости ИППП интенсивный показатель сифилис составил 4,6 в 2019 г. и 5,4 в 2010 г.; гонококковая инфекция – 2,0 и 8,2 соответственно; трихомоноз 2,9 и 23,5; хламидийная инфекция 1,8 и 4,5 и другие ИППП 3,0 и 6,1. По республике отмечается снижение заболевания ИППП. однако это не соответствует действительности, так как многие больные лечится в негосударствен-

ных медицинских учреждений, врачей других специальностей, который не ведется система учета и отчетности по данной инфекции.

**Заключение.** Результаты свидетельствуют о нестабильности эпидемиологической ситуации в республике. Выявили наиболее неблагоприятный регионы. Необходимо контролировать деятельность негосударственных медицинских учреждений и частнопрактикующих врачей по выявлению и учету больных с ИППП для совершенствования мер профилактики и полноценного лечения больных.

**Ключевые слова:** инфекции, передаваемые половым путем, репродуктивное здоровье, показатели заболеваемости.

## DYNAMICS INCIDENCE OF SEXUALLY TRANSMITTED INFECTIONS IN THE REPUBLIC OF TAJIKISTAN (2010 - 2019)

<sup>1</sup>Gadoev M.A., <sup>1</sup>Saidzoda B.I., <sup>1</sup>Akhmedov M.M., <sup>3</sup>Emomaliev J.G., <sup>2</sup>Nurulloeva N.M.

1. Department of Dermatovenerology of SEI “Avicenna Tajik State Medical University”.

2. <sup>2</sup>SI “City Clinical Center for Skin and Venereal Diseases”.

**Aim.** Study of the incidence of sexually transmitted infections in the Republic of Tajikistan in 2010 – 2019.

**Material and methods.** Analysis of form №9, approved by order of the Director of the Center for State Statistics under the President of the Republic of Tajikistan, under №54 from 11.11.2013 about “Data on the diseases transmitted mainly sexually, fungal skin diseases and itch” for 2010 - 2019 on the Republic of Tajikistan.

**Results.** From the analysis of form №9, it was revealed that only 1 318 cases of STIs were recorded in 2019, which made 14.3 against 3,620 cases or 47,7 in 2010 per 100 thousand population. In the structure of STI incidence, the intensive syphilis rate was 4,6 in 2019 and 5,4 in 2010; gonococcal infection – 2,0 and 8,2 respectively;

trichomonosis 2,9 and 23,5; chlamydia infection 1,8 and 4,5 and other STIs 3,0 and 6,1. In the republic, a decrease in STI disease is noted, however, this is not true, since many patients are treated in non-state medical institutions, doctors of other specialties, which does not maintain an accounting system and reporting on this infection.

**Conclusion.** The results indicate instability of the epidemiological situation in the republic. The most unfavorable regions were identified. It is necessary to monitor the activities of non-state medical institutions and private practitioners to identify and register patients with STIs in order to improve prevention measures and full treatment of patients.

**Key words:** sexually transmitted infections, reproductive health, morbidity rate.

*Бахромуддин Икром Саидзода- доцент кафедры дерматовенерологии ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино». Тел. +992 985154545; e-mail: [saidov\\_bahromuddin@mail.ru](mailto:saidov_bahromuddin@mail.ru)*

*Saidzoda B.I., assistant professor, Department of Dermatovenerology of SEI “Avicenna Tajik State Medical University”. Tel. +992 985154545; e-mail: [saidov\\_bahromuddin@mail.ru](mailto:saidov_bahromuddin@mail.ru)*



## НЕВРОЛОГИЯ

### МУТАТСИЯИ НАВИ ПАРАПЛЕГИЯИ СПАСТИКӢ ДАР ОИЛАИ ТОЧИК (SPG45-65)

Ганиева М.Т., Рабоева Ш.Р., Исаева М.Б.

Кафедраи асабшиносӣ ва асосҳои ирсияти тиббии МДТ “ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино”

**Муҳиммияти мавзӯ:** Параплегиаи спастикии ирсӣ-яке аз гурӯҳи гетерогенӣ бемориҳои ирсии системаи асабӣ-мебошад. Дар айни замон тақрибан мутатсияи 80 генҳо маълум шуданд, ки ба параплегиаи спастикии оварда мерасонад [2].

Паҳншавии параплегиаи спастикии ирсӣ тақрибан 1,0-4,0 дар 100 000 аҳоли рост меояд [4]. Тадқиқотҳои гузаронидашуда [6] муайян карданд, ки шакли маъмултарини аутосомӣ-доминантии ин беморӣ параплегиаи спастикии навъи 4 (SPG4), баъдан SPG3A ба ҳисоб меравад. Дар байни намудҳои аутосомӣ-рецессивӣ бошад, навъи SPG11 ва SPG15 бештар паҳн гаштаанд.

Муҳимтарин зухуроти клиникии беморӣ парапарези спастикии пойҳо мебошад. Дар беморон ҳаракатҳо дар андомҳои поён яку якбора душвор мешаванд, аммо на аз сабаби сустии мушакҳо, балки аз сабаби зиёд шудани тонуси мушакҳо. Ин ба ҳалалёбии нахҳое, ки аз ҳуҷайраҳои майдони 6 мувофиқи Бродман оғоз мегирад, вобаста мебошад [5]. Синну соли зоҳиршавии зухуроти клиникӣ хеле гуногун аст-аз соли аввали ҳаёт то синни 80 солагӣ [3]. Параплегиаи спастикии ирсӣ новобаста аз синну соли пайдоиш, раванди устувори авчгиранда дорад ва бо мурури замон ба маъҷубии шадиди беморон оварда мерасонад.

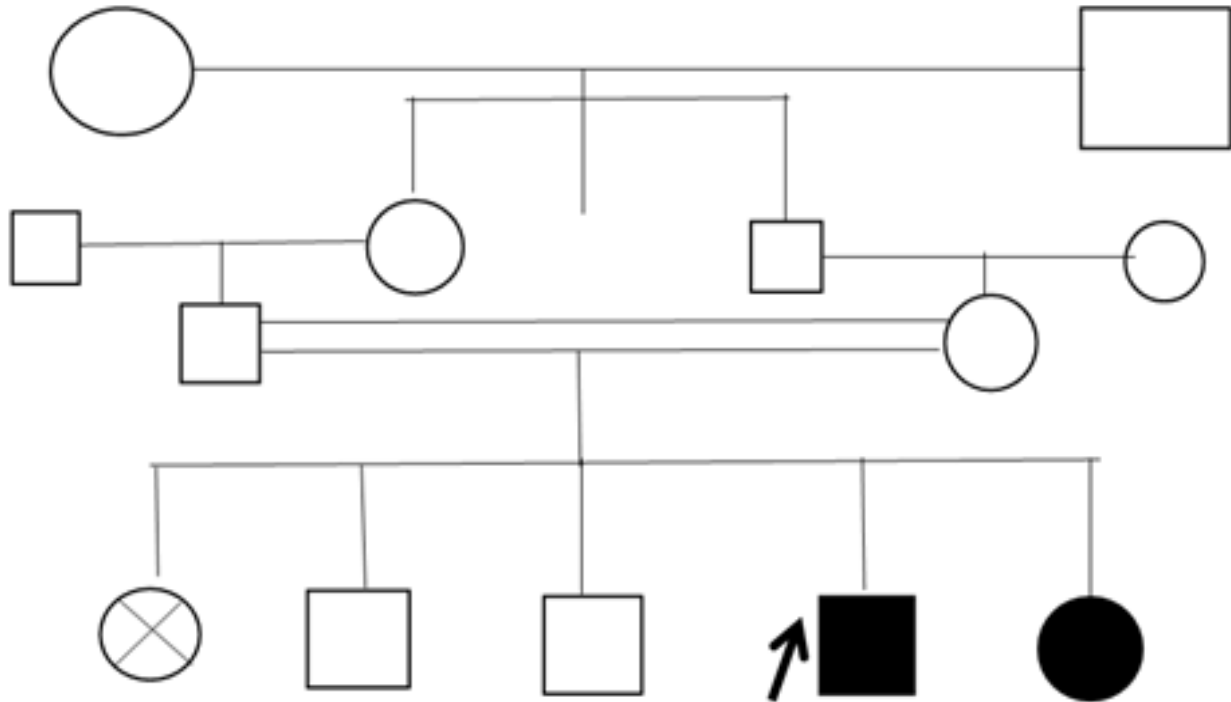
Дар робита бо гуфтаҳои боло, тадқиқоти комплекси эпидемиологӣ, клинику генологӣ ва молекулярӣ-генетикии параплегиаи спастикии ирсӣ, ки ба омӯзиши патогенези беморӣ, генографияи он, таҳлили усулҳои самарабахши ташҳиси КДН ва машварати тиббию генетикӣ нигаронида шудаанд, аҳамияти махсус доранд.

**Мақсади тадқиқот.** Омӯзиши зухуроти клиникӣ ва равиши бемории параплегиаи спастикии ирсии навъи SPG45 бо мутатсияи нав дар оилаи тоҷик.

**Мавод ва усулҳои тадқиқот.** Дар ҷараёни корҳои экспедитсионӣ ва мониторинги тиббию генетикӣ, ки аз тарафи кафедраи асабшиносӣ ва асосҳои ирсияти тиббӣ дар доираи лоиҳаи байналмиллалии омӯзиши эпидемиологияи бемориҳои ирсии системаи асаб бо иштироки мутахассисони нейрогенетик аз коллеҷи нейрогенетикии Лондон ташкил карда шуда буд, оилае муоина гардид, ки дар он 2 кӯдак бо параплегиаи спастикии андомҳои поён дар давоми якҷанд сол бо ташҳиси фалаҷи кудаконаи мағзи сар дар қайди диспансерӣ будаанд.

Бо мақсади муайян кардани беморӣ хуни онҳо бо розигиашон барои санҷиши генетикӣ гирифта шуд. Таҳлили санҷиш дар озмоишгоҳи коллеҷи нейрогенетикии Лондон гузаронида шуд. Ташҳиси КДН аз ҷустуҷӯи мутатсияи маъмули параплегиаи спастикии аз рӯи нишондодҳои адабиёт оғоз карда шуд. Ташҳиси пайдарпаии нуклеотидҳои гени беморӣ бо усули секвенатсияи мустақим дар анализатори автоматӣ гузаронида шуд.

**Натиҷаи тадқиқот ва муҳокимаи он.** Дар натиҷаи пурсиши волидон маълум гашт, ки падару модар дар никоҳи хешутаборӣ қарор доранд ва дар оилаи пробандяк хоҳари бемор ба параплегиаи спастикии гирифта аст. Ҳангоми муоинаи беморон, аломатҳои клиникии ҳарду кӯдак монанд буданд. Инчунин маълум шуд, ки кӯдаки аввал аз ҳомиладорӣ аввал вазнин таваллуд шуда, бо фавт анҷом ёфтааст (Расми 1).



**Расми 1. Харитаи ирсии оилаи И. бо мутатсияи нави параплегиияи спастикии намуди SPG45.**

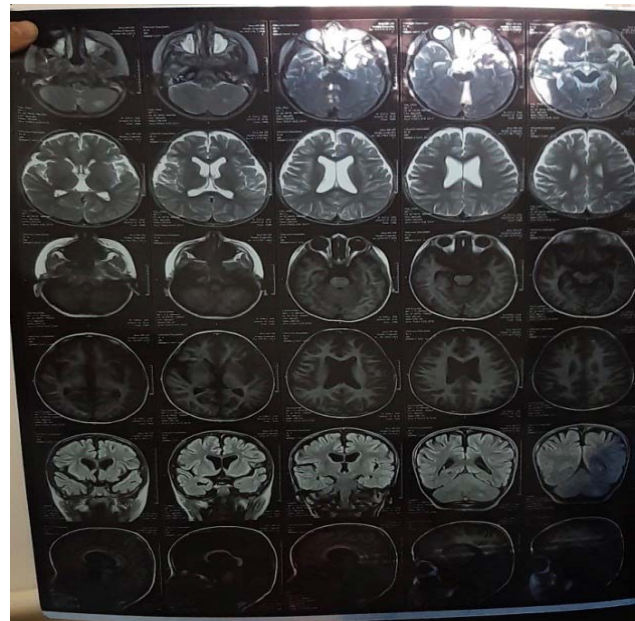
- - Пробанд (писари бемор, бо акрабак ишора шудааст)
- - Сибси бемор (духтари бемор)
- ⊗ - Сибси фавтида (духтар)
- ⊥ - Никохи хешу таборӣ

мои ҳароммағзӣ, инчунин ҷӯякҳои конвекситалӣ, тарқиши Силвиев, васеъшавии меъдаҷаҳои ҷонибӣ, дисплазияи ҷисми пинадор, тағиротҳои атрофӣ ва демиелизатсия дар ҳарду нимкураҳои калони мағзи сар қайд карда шудааст.

Аз анамнез: кӯдакон дар муҳлати 9-моҳагӣ бо тариқи буриши қайсарӣ таваллуд шудаанд (вазни пробанд ҳангоми таваллуд 3750 г, вазни сибс таваллуд 2700 г.). Пробанд дар синни 10 моҳагӣ аз сабаби дисплазияи модарзодии буғумҳои косу рон дар муддати 2 моҳ гачгузорӣ карда шудааст. Дар синни 5 солагӣ ва 12 солагӣ барои дароз кардани пайҳои панҷаи пой ҷарроҳӣ гузаронида шудааст.

Дар ҳолати асаб: парапарези спастикии пойҳо дида мешавад. Дар беморон гипертонуси андомҳои поён баръало муайян карда мешавад. Рефлексҳои патологӣ дар ҳарду пойҳо барангехта мешавад. Деформатсияи панҷаи пой ба намуди эквиванус. Беморон наздиконашро мешиносад, нишондодҳои иҷро мекунад, дизартрия доранд, худхизмат суст, норасоии аклӣ ба назар мерасад.

Дар томографияи магнитӣ -резонансии мағзи сар: васеъшавии ҳамаи ҷойгаҳҳои



**Расми 2. ТМР-и бемор бо параплегиияи спастикӣ**

Бо дарназардошти нишонаҳои параплегиияи спастикӣ дар беморон, инчунин мавҷ-



удияти 2 кӯдак дар як оила бо нишонаҳои шабех, таҳлили молекулярӣ-генетикӣ гузаронида шуд, ки барои пайдо кардани мутатсия дар генҳое, ки боиси параплегии спастикии ирсӣ мешаванд, равона шуда буд. Дар натиҷа мутатсияи нави гомозиготӣ дар гени NT5C2, варианти аксептори сплайсинг C.540-1G муайян карда шуд. Ин навъи мутатсия ба параплегии спастикии ирсӣ навъи 45 (SPG45) намуди аутосомӣ-рецессивӣ рост меояд.

Параплегии спастикиро аз руи равиши беморӣ ба ду гурӯҳ – содда ва мураккаб тақсим мекунам. Параплегии спастикии содда танҳо нишонаҳои чандирӣ ва камшавии ҳаракат дар андомҳои поёниро дорад, ки дар баъзе мавридҳо вайроншавии пешобронӣ ва пастшавии ҳиссиёти амикҳамроҳ мегардад. Дар намудҳои мураккаби ин беморӣ ба ғайр аз параплегии андомҳои поён дигар нишонаҳои неврологӣ аз қабилӣ вайроншавии идрок, атрофияи асаби босира, атаксияи мағзҷавӣ, иллати асабҳои атрофӣ, хуруҷҳои сарӣ, гиперкинезҳо ва ғайра мушоҳида карда мешавад. Тадқиқотҳо нишон медиҳанд, ки намудҳои аутосомӣ-доминантии ин бе-

морӣ бештар шакли содда доранд, намуди аутосомӣ-рецессивӣ бошад шакли мураккаб [1]. Беморони мо низ шакли мураккаби ин беморию доштанд, ки бо тадқиқотҳои пешин шабоҳат доранд.

Параплегии навъи 45 фенотипҳои гуногун дорад ва саршавии беморӣ ба синни 2-40 солагӣ рост меояд. Мувофиқи тадқиқоти мо ин беморӣ аз 3,5 солагӣ оғоз ефтааст, ки саршавии аз хама пеш аст. Сабаби ин ба чунбиши чорҷубаи пайдапаии аминокислотаҳо, ки ба тағироти бештар нисбат ба миссенс-мутатсия ва ё делетсия меорад, вобастагӣ дорад.

**Хулоса.** Ҳангоми мурочиати беморон бо нишонаҳои параплегии спастикии андомҳои поён, бояд тавзеҳи имконпазири онро тавассути яке аз намудҳои мутатсияи генетикӣ қорӣ кард, зеро имкони мутатсия дар генҳои масъули инкишофи параплегии спастикии ирсӣ истисно карда намешавад. Аз ҳамин сабаб гузаронидани омӯзиши молекулярӣ-генетикӣ дар беморони гирифтори нишонаҳои параплегии спастикии андомҳои пойҳо, алалхусус мавҷудияти якчанд бемор аз як оила аҳмияти бузург дорад.

## АДАБИЁТ

1. А.Ф. Ахметгалеева. Молекулярно-генетическое исследование спастических параплегий в Республике Башкортостан – Уфа – 2017 – С.23.
2. Г.Е. Руденская. Распространенные формы наследственных спастических параплегий/Г.Е. Руденская, и др. // Журнал неврологии и психиатрии – 2019 - №2. – С.94-104.
3. Е.Д. Белоусова. Наследственные спастические параплегии/Е.Д. Белоусова // Российский вестник перинатологии и педиатрии – 2010 - №1 – С.89-95.
4. Справочник по формулированию клинического диагноза болезней нервной системы/В.Н.Шток, О.С.Левин –“МИА”, 2006 – С.520.
5. Hereditary spastic paraplegia with cerebellar ataxia: a complex phenotype associated with a new SPG4 gene mutation/JE Nielsen et al. //Eur J Neurol – 2004. – P.817-824.
6. The global epidemiology of hereditary ataxia and spastic paraplegia: A systematic review of prevalence studies/L.Ruano et al. //Neuroepidemiology – 2014. – P.174-181.

## НОВАЯ МУТАЦИЯ СПАСТИЧЕСКОЙ ПАРАПЛЕГИИ В ТАДЖИКСКОЙ СЕМЬЕ (SPG45-65)

Ганиева М.Т., Рабоева Ш.Р., Исаева М.Б.

Кафедра неврологии и основ медгенетики ГОУ ТГМУ им. Аубалиибни Сино

**Цель исследования.** Изучить клинические проявления и течение наследственной спастической параплегии SPG 45 типа с новой мутацией в таджикской семье.

**Материалы и методы.** В ходе экспедиционных работ и медико-генетического мониторинга, организованного кафедрой неврологии и основ медицинской генетики в рамках между-



народного проекта по изучению эпидемиологии наследственных заболеваний нервной системы с участием нейробиологов лондонского колледжа нейрогенетики, было обследовано 2 ребенка со спастической параплегией нижних конечностей, которые были на диспансерном учете несколько лет с диагнозом ДЦП.

**Результаты.** При сборе анамнеза установлено, что родители состояли в родственном браке и у 2-х детей в семье диагностирована спастическая параплегия. Принимая во внимания эти похожие симптомы у пациентов, был проведен молекулярно-генетический анализ для выявления мутаций в генах, вызывающих наследственную спастическую параплегию. В результате была идентифицирована новая гомозиготная мутация в гене NT5C2, вариант акцептора сплайсинга C.540-1G. Этот тип мутации

соответствует наследственной спастической параплегии аутосомно-рецессивного типа 45.

**Выводы.** При обращении пациентов с симптомами спастической параплегии нижних конечностей возможное объяснение должно быть дано одним типом генетической мутации, так как возможность мутации в генах, ответственных за развитие наследственной спастической параплегии исключается. По этой причине молекулярно-генетическое изучение у пациентов с симптомами спастической параплегии нижних конечностей, особенно наличие нескольких пациентов в одной семье имеет большое значение.

**Ключевые слова.** Спастическая параплегия, мутация гена, ДЦП, аутосомно-рецессивный тип, наследственная спастическая параплегия.

## NEW MUTATION OF SPASTIC PARAPLEGIA IN A TAJIK FAMILY

Ganieva M.T., RaboevaSh.R., Isaeva M.B.

Department of Neurology and Fundamentals of Medical Genetics State Educational Institution Avicenna "Tajik State Medical University

**Aim.** To learn the clinical manifestations and course of hereditary spastic paraplegia type SPG 45 with a new mutation in a Tajik family.

**Material and methods.** During the expeditionary work and medico-genetic monitoring organized by the Department of Neurology and Fundamentals of Medical Genetics within the framework of an international project to study the epidemiology of hereditary diseases of the nervous system with the participation of neurobiologists from the London College of Neurogenetics, 2 children with spastic paraplegia of the lower extremities were examined, who were registered with dispensaries. several years with a diagnosis of cerebral palsy.

**Research results.** When collecting anamnesis, it was established that the parents were in a related marriage and that 2 children in the family were diagnosed with spastic paraplegia. Taking into account these similar symptoms in patients,

*molecular genetic analysis was performed to identify mutations in genes that cause hereditary spastic paraplegia. As a result, a new homozygous mutation in the NT5C2 gene, a variant of the C.540-1G splicing acceptor, was identified. This type of mutation corresponds to hereditary spastic paraplegia of the autosomal recessive type 45.*

**Conclusions.** When treating patients with symptoms of spastic paraplegia of the lower extremities, a possible explanation should be given by one type of genetic mutation, since the possibility of mutations in the genes responsible for the development of hereditary spastic paraplegia is excluded. For this reason, the molecular genetic study in patients with symptoms of spastic paraplegia of the lower extremities, especially the presence of several patients in the same family, is of great importance.

**Key words:** Spastic paraplegia, gene mutation, cerebral palsy, autosomal recessive type, hereditary spastic paraplegia.

*Ганиева Манижа Темуровна – к.м.н., заведующая кафедрой неврологии и основ медицинской генетики ГОУ «ТГМУ имени Абуали ибни Сино», тел.: 918 66 8595*

*Ganieva Manizha Temurovna – M.D.D., Head of the Department of Neurology and Fundamentals of Medical Genetics State Educational Institution Avicenna "Tajik State Medical University, mel.: 918 66 8595*





## МУАЙЯН НАМУДАНИ БАЪЗЕ АЛОМАТҲОИ ҒАЙРИҲАРАКАТИИ БЕМОРИИ ПАРКИНСОН БО ИСТИФОДА АЗ ЧЕНАКҲОИ ТАҲҚИҚӢ

Н.А. Зарипов, М.Т. Ғаниева, С.М. Абдуллозода

Кафедраи асабшиносӣ ва асосҳои ирсияти тиббии МДТ “ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино”

**Муҳимият.** Бемории Паркинсон (БП) – яке аз бемориҳои музмину авчгиранда ва нейродегенеративӣ ба шумор рафта, бар асари осеби қисмати дофаминҳосилкунандаи қишри мағзи сар пайдо мешавад. Нишонаҳои маъмулу классикии бемории Паркинсон маҷмӯи аломатҳои ҳаракатӣ – гипокинезия/камҳаракатӣ, шахшавии мушакҳо, ларзиши ором, ноустувории постуралӣ ва як қатор аломатҳои ғайриҳаракатиро ба мисоли вайроншавии вазифаҳои зехнӣ, вайроншавии кайфияту руҳияти инсон, вайроншавии хоб, истироб ва таҳлука, қабзӣ-ят, қайқунӣ ва ғайраҳоро дар бар мегиранд. Сол то сол майли афзоиш додани шумораи гирифторони бемории Паркинсон, ҷавоншавии он ва дар аксар мавридҳо ба маъюби оварда расонидни оқибати бемории мазкур ҷомеаи ҷаҳонро ба ташвиш оварда, он хусусиятҳои на танҳо тиббӣ, балки иҷтимоиву иқтисодиро низ дорро гаштааст.

Дар асоси мавоҳҳои адабиёти соҳавӣ гуфташ мумкин аст, ки басомади дучоршавии бемории Паркинсон дар байни аҳолии синну соли аз 60 сола боло 1 нафарро аз байни 100 нафар ташкил медиҳад, ки бо мурури вақт ва бар асари таъсири манфии экологиву иқлимӣ гирду атроф синну соли оғозии ин беморӣ ҷавонтар гардида истодааст, ки хело нигароникунанда ба ҳисоб меравад.

Бемории Паркинсон дар байни бемориҳои нейродегенеративӣ баъди бемории маъмулии Алтсгеймер мавқеи дуҷумро доробуда, аз рӯи нишондодҳои бо марг анҷом ёфтани беморӣ дар байни дигар бемориҳои мавқеи 14-умро ишғол намудааст.

Дар асоси таҳқиқотҳои ҳамаҷонибаи олимони соҳа айнаи замон бемории Паркинсон мултиомилӣ қабул гардидааст, зеро омилҳои асосии пайдошавии ин беморӣ то андозаи лозимӣ муайян карда нашудааст. Қайд кардан ба маврид аст, ки ҷиҳати пайдоиши бемории мазкур омилҳои генетикӣ нақши қалбидоро ишғол намудамудаанд. Аммо дар

бисёр адабиётҳо оварда шудааст, ки танҳо омилҳои генетикӣ дар баъзе мавридҳо наметавонанд ҳамчун омилҳои пайдоиш ба ҳисоб равад, зеро барои пайдоиши он маҷмӯи омилҳои нақш бозида, яке аз онҳо тақонбахшанда мебошад.

Солҳои охир дар асоси омӯзиши мезанизми патогенезӣ қайд карда мешавад, ки тағйирпазирӣ дар гени глюкосереброзидаза (GBA) яке аз омилҳои паҳнгардидаи пайдоиши бемории Паркинсон ҳисобида мешавад. Тағйирпазирӣ дар қисматҳои гуногуни гени GBA хатари пайдоиши бемориҳои гуногуни нейродегенеративиро аз ҷумла бемории Паркинсонро то андозаи 6-7 маротиба меафзояд.

Вайроншавии вазифаҳои нейробиологӣ ва когнитивӣ (зехнӣ) яке аз нишонаҳои маъмули ғайриҳаракатии бемории Паркинсон ба ҳисоб меравад, ки дар мавридҳои зиёд сабабгори асосии раванди дезадаптатсияи иҷтимоӣ ва маъюбии беморон мегардад. Мутахассисони соҳаро зарур аст, ки нишонаҳои бармаҳали вайроншавии вазифаҳои нейробиологӣ ва когнитивиро дар марҳилаи бармаҳали бемории Паркинсон муайян ва бартарафсозиро оғоз намоянд. Аммо давомнокии дуру дарози марҳилаи пӯшидаи (латентӣ) беморӣ ва мавҷуд набудани меъёрҳои дақиқи муайянсозии вайроншавии вазифаҳои нейробиологӣ дар марҳилаҳои барвақти беморӣ, як қатор мушкилиҳоро пеш меорад.

Бинобар ин мутахассисони соҳаи тиб, бахусус риштаи асабшиносиро зарур аст, ки барои ноил гардидан ба нитиҷаҳои дилхоҳи табобат ва беҳсозии сатҳи зиндагии беморони гирифтори бемории Паркинсон ташхиси бармаҳали вайроншавии вазифаҳои зехниро саривақт роҳандозӣ намоянд ва бартарафкунии онро дар давраҳои пешазклиникӣ оғоз намоянд.

**Мақсади таҳқиқот:** дарёфт ва омӯзиши аломатҳои бармаҳали ғайриҳаракатии бе-



мории Паркинсон бо истифода аз ченакҳои таҳқиқии хассос.

**Мавод ва усулҳои таҳқиқот:** тадқиқоти мазкур дар заминаи кафедраи асабшиносӣ ва асосҳои ирсияти тиббии Муассисаи давлатии таълимии “Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абӯалӣ ибни Сино” гузаронида шудааст. Дар тадқиқоти мазкур 115 нафар беморон дар марҳилаи бармаҳали бемории Паркинсон (гурӯҳи асосӣ), ки барои осонии коркарди омории маълумотҳо ба гурӯҳи асосии I (ГАI) ва гурӯҳи асосии II (ГАII) ва 42 нафар, ки аз ҷиҳати нишондодҳои синну солӣ, ҷинс ва маълумотнокӣ ҳамшабеҳ буда, гирифтори бемории Паркинсон ва дигар бемориҳои нейродегенеративӣ нестанд ва ба талаботҳои зерин мутобиқ мебошанд, шомил карда шуданд

Меъёрҳои шомилгардонӣ:

1. Ташҳиси клиникии БП;
2. Дараҷаи вазуинии БМ  $d^{*}2,5$  аз рӯи ченаки Хен ва Яр;
3. Ҳолати шуурнокӣ дар меъёр (15 ҳолтибқи ченаки Глазго);
4. Натиҷаи ченаки таҳқиқии арзёбии сатҳи вазифаҳои когнитивӣ (MMSE) 28-30 ҳол;
5. Розигии иштирокчиён барои ширкат дар дадқиқот;
6. Шунавоӣ ва биноиш дар меъёр (барои иҷроиши тестҳо);

Меъёрҳое, ки барои шомил гардонидан, монеъа ҳастанд:

1. Мутобиқ набудан ба яке аз нишондодҳои меъёрҳои шомилгардонӣ;
2. Дараҷаи вазбини вайроншавии психологӣ-деменсия;
3. Дигар бемориҳои системаи асаб, ки метавонанд ба вайроншавии зехнӣ оварда мерасонанд (омосҳо, вайроншавии мағзи сар, уфунатҳо, осебҳо ва ғ.);
4. Синну сол аз 30 поён ва аз 70 боло;

Тадқиқотҳо бо истифодаи ченакҳо ва пуршишномаҳои махсус, ки дар он маълумотҳои демографӣ (синну сол, ҷинс, маълумотнокӣ), маълумотҳо доир ба давомнокии БП, мавҷудияти дигар бемориҳои ҳамрадиқ, омилҳои

хатар, мавҷудияти бемориҳои нейродегенеративӣ, аз он ҷумла БП дар ҳешу таборони наздик ва ҳастагии умумӣ ворид карда шудааст, гузаронида шудааст. Дар ҳамаи тадқиқшавандагон муоинаи клиникӣ ва неврологӣ, таҳлиҳои умумии гематологӣ ва биокимёии хун барои инкор кардани дигар бемориҳое, ки метавонанд ба вайроншавии вазифаҳои когнитивӣ, вайроншавии хоб ва беҳолии умумӣ оварда мерасонанд, гузаронида шуданд.

Дар раванди таҳқиқоти мазкур аз тарафи моченакҳои зерин истифода карда шуданд:

1. Ченаки арзёбии хоб ҳангоми БП (PDSS);
2. Ченаки хоболудии рӯзонаи Эпворт (ESS);
3. Ченаки муайян намудани беҳолии умумӣ дар ҳолати БП (PFS);
4. Ченаки арзёбии таҳлука ва депрессия (HADS);
5. Ченаки фаъолнокии рӯзонаи Шваб ва Ингланд (S-E ADL).;

#### Натиҷаҳои тадқиқот ва муҳокимаи онҳо.

Нишондодҳои муҳими руҳияти беморон, хоболудӣ ва беҳолӣ дар ҷадвали №1 дарҷ карда шудааст. Нишондодҳои таҳлука ва хатар дар беморони гирифтори БП нисбат ба гурӯҳи назоратӣ бадтар ба назар расиданд. Новобаста аз ин ягон маълумотҳои дар болозикргардида, меъёри муайяншудаи аҳамиятноки клиниро барои нишондодҳои депрессия ва ё хатар  $HAD > 11$  ва ҳатто ҳадди ниҳии  $HAD - 7-11$  ҳолро низ сазовор нагаштанд.

Нишондодҳои хоболудӣ ва беҳолӣ дар беморони гирифтори БП нисбат ба намояндагони гурӯҳи назоратӣ болотар ба назар расиданд. Арзёбии субъективонаи беҳолӣ дар намояндагони гурӯҳи II – и асосӣ (ГАII) бештар, хоболудӣ бошад, аз рӯи ченаки Эпворта аз нишондодҳои гурӯҳи I – и асосӣ (ГАI) фарқияти зиёд надошт.

На нишондодҳои хоболудӣ ба ҳисоби миёна дар гурӯҳҳо, на нишондодҳои беҳолӣ ба ҳисоби миёна аз сатҳи дуршавии патологӣ кам набуданд, яъне ҳолҳои умумӣ  $ESS > 10$  ва ҳолҳои миёнаи  $PFS e^{*}3,3$  – ро ташкил доданд.

Чадвали №1.

Муқоисаи нишондодҳои руҳияти БП, ҳоболудӣ ва беҳолии умумӣ байни гуруҳҳои асосӣ (n=115) ва назоратӣ (n=42).

Нишондодҳо	Беморони гирифтори БП (n=115)	Гуруҳи назоратӣ (n=42)	P	I GA (N=71)	II GA (N=44)	p
Арзёбии умумӣ HAD, ҳолҳо	13,00±7,78	4,90±2,58	<b>0,000</b>	11,75±7,55	15,05±7,80	<b>0,026</b>
HADA, ҳолҳо	6,52±4,26	2,45±1,45	<b>0,000</b>	6,04±3,93	7,30±4,69	<b>0,126</b>
HADD, ҳолҳо	6,40±4,03	2,45±1,59	<b>0,000</b>	5,70±3,91	7,52±4,02	<b>0,018</b>
Давомнокии ҳоби шабона /соат	6,82±1,07	6,94±0,43	<b>0,000</b>	6,85±1,06	6,80±1,10	<b>0,810</b>
Давомнокии ҳоби рӯзона/соат	0,13±0,31	0,00±0,00	<b>0,000</b>	0,14±0,32	0,12±0,30	<b>0,557</b>
ESS, ҳолҳо	5,97±4,48	2,71±2,34	<b>0,000</b>	5,66±4,39	6,48±4,65	<b>0,346</b>
PFS, ҳолҳо	<b>43,00±17,27</b>	<b>22,35±6,54</b>	<b>0,000</b>	<b>38,80±16,2</b>	<b>49,80±16,9</b>	<b>0,001</b>

Эзоҳ: HAD – ченаки ҳата рва депрессия, HADD – арзёбии сатҳи депрессия, HADA – арзёбии сатҳи ҳатар, ESS – арзёбӣ тибқи ченаки Ерworth, PFS – баҳодиҳӣ тибқи ченаки беҳолии умумӣ, p – аҳамиятнокии маълумотҳои омории муқоисавӣ байни гуруҳи асосӣ ва назоратӣ.

Ҳамин тавр мо метавонем таъкид намоем, ки беҳолии умумӣ тибқи ченаки PFS дар беморони гирифтори БП нисбат ба гуруҳи назоратӣ бештар аёнтар ба назар расид, дар ин ҳолат ҳолҳои миёнаи PFS дар гуруҳи асосӣ бошад, ба меъери патологияи беҳорлиии умумӣ доро нагардид.

Ҳоболудӣ дар асоси ченаки ESS дар намоёндагони гуруҳи асосӣ, яъне дар беморони гирифтори бемории Паркинсон нисбат ба гуруҳи назоратӣ бештар ба назар мерасиданд, аммо дар марҳилаҳои бармаҳали беморӣ тағйиротҳои аҳамиятнок ба назар намерасиданд ва меъери ҳадди патологиро доро набуданд. Ягон беморон доир ба истифодаи маводҳои доруворӣ барои пешгирии ҳоболудӣ ва беҳолӣ маълумот зоҳир накарданд.

Хулосабарорӣ.

Ҳастанд нишонаҳои ғайриҳаракатӣ, ба мисоли: ҳоболудӣ, беҳолӣ, таҳлука, ҳатар ва депрессия, ки дар марҳилаҳои бармаҳал, яъне дар давраи пӯшидаи бемории Паркинсон пайдо мешаванд ва дар бисёр мавридҳо аз таҷлили назари мутахассисони риштаи асабшиносӣ дур мемонад. Сабабҳои асосии он дуру дароз давом кардани давраи латентии бемории Паркинсон ва мавҷуд набудани

ни меъёрҳои муайяни таҳлили ченакии ин нишондодҳо мебошад. Маълумотҳои аҳамиятнокӣ омори нишон доданд, ки нишондодҳои ҳоболудӣ, беҳолӣ ва таҳлукаву ҳатар дар гуруҳи асосӣ, яъне дар беморони гирифтори бемории Паркинсон нисбат ба намоёндагони гуруҳи дуҷум бештар ба назар мерасанд. Ин гуфтаҳо далели онанд, ки мо метавонем бо истифода аз ченакҳои махсусгардонидашудаи таҳқиқӣ (скринингӣ) истифода намуда, нишонаҳои аввалини хоси бемории Паркинсонро дарёфт ва пешгирӣ намоем.

Дар бисёр мавридҳо, дар адабиётҳо ин нишонаҳо нисбат ба бемории Паркинсон ғайриҳусусӣ шуморида шуда, бо раванди табиӣ пиронсолӣ алоқаманд меҳисобанд. Ин гуфтаҳо дар бисёр мавридҳо дуруст аст, аммо ҳастанд нишонаҳое, ки дар марҳилаҳои бармаҳал бо нишондодҳои паст бошанд, ҳам пайдо мешаванд ва танҳо дар асоси ченакҳои таҳқиқӣ ҳассос пайдо кардан мумкин аст.

Сари вақт пайдо ва бартараф кардани онҳо барои ноил гардидан ба натиҷаҳои дилхоҳ ва беҳсозии сатҳи зиндагии беморон мусоидати назаррас менамояд.

АДАБИЁТ

1. Hughes AJ., Daniel SE., Kilford L., Lees AJ et al. Accuracy of clinical diagnosis of Idiopathic Parkinson's Disease: a clinico-pathological study of 100 cases // Journal of Neurology, Neurosurgery, & Psychiatry. – 1992. – Vol. 55, No. 3. – P. 181-184.

2. Ахметжанов ВК, Шашкин ЧС, Керимбаев ТТ. Болезнь Паркинсона. Критерии диагностики. Дифференциальная диагностика. *Нейрохирургия и неврология Казахстана*. 2016;4(45):18-25.
3. Байрамукова АМ, Ажахметова АК, Карпов СМ. Эпидемиология болезни Паркинсона в различных странах мира. *Успехи современного естествознания*. 2013;9:20-21.
4. Wang CY, Chan L, Wu D, Chi WC, Yen CF, Liao HF, Hong CT, Liou TH. Effect of Cognitive Disability and Ambulation Status on Functioning in Moderate-to-Advanced Parkinson Disease. *Front Neurol*. 2020;10:1360.
5. Гимоян ЛГ, Силванян ГГ. Нарушение Когнитивных функций: актуальность проблемы, факторы риска, возможности профилактики и лечения. *Архив внутренней медицины*. 2013;2(10): 35-40.
6. Левин ОС, Артемьев ДВ, Бриль ЕВ, Кулуа ТК. Болезнь Паркинсона: современные подходы к диагностике и лечению. *Практическая медицина*. 2017;1(102):45-51.
7. Мазуренко ЕВ, Паномарев ВВ, Сакович РА. Когнитивные нарушения при болезни Паркинсона. *Медицинские новости*. 2014;1:6-15.
8. Мелёхин АИ. Использование теста рисования часов в скрининг – обследовании когнитивного дефицита. *Национальные приоритеты России*. 2014;2:186-198.
9. Рыбкина ВЛ, Азизова ТВ. Факторы риска развития болезни Паркинсона. *Неврологический Журнал*. 2017;6:287-294.
10. Соловьева АП, Горячев ДВ, Архипов ВВ. Критерии оценки когнитивных нарушений в клинических исследованиях. *Ведомости Научного центра экспертизы средств медицинского применения*. 2018; 4(8):218-230.
11. Труфанов ЕА. Дифференциальный диагноз болезни Паркинсона и эссенциального тремора. *Медицинский вестник Юга России*. 2013;(1):73-79.
12. Чухловина МЛ. Патогенетические механизмы деменции у пациентов старшего возраста с болезнью Паркинсона. *Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Карсакова*. 2014;114(7):79-82
13. Berardelli A, Wenning GK, Antonini A, Berg D, Bloem BR, Bonifati V, Brooks D, Burn DJ, Colosimo C, Funciulli A, Ferriar A, Gasser T, Grandas F, Kanovsky P, Kostic V, Kulisevsky J, Oertel W, Poewe W, Reese JP, Relja M, Ruzicka E, Schrag A, Sepi K, Taba P, Vidailhet M. EFNS/ MDS-ES/ENS [corrected] recommendations for the diagnosis of Parkinson's disease. *European Journal of Neurology* 2013; 20(1): 16-34.
14. Molenhauer B, Zhang J. Biochemical premotor biomarkers for Parkinson's disease. *Mov Disord* 2012; 27(5): 644-650.
15. Prediger RD. Effects of caffeine in Parkinson's disease: from neuroprotection to the management of motor and non-motor symptoms. *J. Alzheimers Dis* 2010; 20(Suppl 1): .S205-S220.
16. Satake W, Nakabayashi Y, Mizuta I, Hirota Y, Ito C, Kubo M, Kawaguchi T, Tsunoda T, Watanabe M, Takeda A, Tomiyama H, Nakashima K, Hasegawa K, Obata F, Yoshikawa T, Kawakami H, Sakoda S, Yamamoto M, Hattori N, Murata M, Nakamura Y, Toda T. Genome-wide association study identifies common variants at four loci as genetic risk factors for Parkinson's disease. *Nature Genetics* 2009; 41(12): 1303-1307.
17. Simon-Sanchez J, Schulte C, Bras JM, Sharma M, Gibbs RJ, Berg D, Paisan-Ruiz C, Lichtner P, Scholz SW, Hernandez DG, Kruger R, Federoff M, Klein C, Goate A, Perlmutter J, Bonin M, Nalls MA, Illig T, Gieger C, Houlden H, Steffens M, Okun MS, Racette BA, Cookson MR, Foote KD, Fernandez HH, Traynor BJ, Schreiber S, Arepalli S, Zonazi R, Gwinn K, Brug M, Lopez G, Chanock SJ, Schatzkin A, Park Y, Hollenbeck A, Gao J, Huang X, Wood NW, Lorenz D, Deuschl G, Chen H, Riess O, Hardy JA, Singleton AB, Gasser T. Genome-wide association study reveals genetic risk underlying Parkinson's disease. *Nature Genetics* 2009; 41(12):1308-1312.

18. Williams-Gray CH, Evans JR, Goris A, Thomas F, Ban M, Trevor WR, Carol B, Kolachana BS, Weinberger DR, Sawcer SJ, Barker RA. The distinct cognitive syndromes of Parkinson's disease: 5 year follow-up of the CamPaIGN cohort. *Brain* 2009; 132: 2958- 2969.

## ОПРЕДЕЛЕНИЕ НЕКОТОРЫХ НЕМОТОРНЫХ СИМПТОМОВ БОЛЕЗНИ ПАРКИНСОНА С ПОМОЩЬЮ СКРИНИНГОВЫХ ШКАЛ

Н.А. Зарипов, М.Т. Ганиева, С.М. Абдуллозода

Кафедра неврологии и основ медицинской генетики, ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино»

### Резюме

**Цель:** выявление и изучение ранних немоторных симптомов болезни Паркинсона с использованием чувствительных скрининговых шкал.

**Материал и методы:** Исследование проводилось на базе кафедры неврологии и основ медицинской генетики Государственного образовательного учреждения «Гаджикский государственный медицинский университет имени АбуалиибниСино». В данном исследовании были включены 115 пациентов на ранних стадиях болезни Паркинсона – основная группа, которая была разделена еще на две подгруппы (1 и 2 основная группа) с целью облегчения статистической обработки данных. Вторую – контрольную группу составили 42 человек похожих по демографическим показателям первую группу (пол, возраст и др.) и не имеющих нейродегенеративных патологий в том числе и болезнь Паркинсона.

**Результаты:** на основе проведенного исследования можно отметить, что существуют ранние, немоторные симптомы болезни Паркинсона, которые проявляются в латентном – скрытом периоде болезни. Так как латентный период может продолжаться от 5-7 до 20 лет то эти симптомы могут остаться не замеченными. Часто встречающиеся симптомы - тревожность, депрессия, утомляемость и чрезмерная сонливость. Эти симптомы могут появляться на ранних стадиях заболевания, но часто их связывают с естественным старением организма. Перед специалистами клинической неврологии стоит задача вовремя обнаружить и скорректировать эти симптомы во время скрытого периода болезни, чтобы достичь нужного эффекта от лечения БП.

**Ключевые слова:** болезнь Паркинсона, скрининговые шкалы, немоторные симптомы, сонливость, утомляемость.

## DETERMINATION OF SOME NON-MOTOR SYMPTOMS OF PARKINSON'S DISEASE USING SCREENING SCALES

N.A. ZARIPOV, M.T. GANIEVA, S.M.ABDULLOZODA

Department of Neurology and Basics of Medical Genetics, SEI «Avicenna Tajik State Medical University», Dushanbe, Republic of Tajikistan

### Summary/Resume

**Objective:** to identify and study early non-motor symptoms of Parkinson's disease using sensitive screening scales.

**Material and methods:** the study was conducted at the Department of Neurology and Bases of Medical Genetics of the State Educational Institution "Avicenna Tajik State Medical University". This study included 115 patients in the early stages of Parkinson's disease - the main group, which was divided into two

more subgroups (main group 1 and 2) in order to facilitate statistical data processing. The second control group consisted of 42 people with similar demographics to the first group (sex, age, etc.) and without neurodegenerative pathologies, including Parkinson's disease.

**Results:** based on the study, it can be noted that there are early, non-motor symptoms of Parkinson's disease, which are manifested in the latent period of the disease. Since the latent

period can last from 5-7 to 20 years, these symptoms may go unnoticed. Common symptoms are anxiety, depression, fatigue, and excessive sleepiness. These symptoms may appear in the early stages of the disease, but are often associated with the natural aging of the body. Clinical neurology specialists face the

challenge/task of detecting and correcting these symptoms in time during the latent period of the disease in order to achieve the desired effect of treating Parkinson's disease.

**Keywords:** Parkinson's disease, screening scales, non-motor symptoms, drowsiness, fatigue.

*Зарипов Нурали Абдуракибович, докторант PhD кафедры неврологии и основ медицинской генетики, ГОУ «ТГМУ имени Абуали ибни Сино», ORCID: 0000-0001-5494-1218, Author ID: SPIN-код:8489-6082 E-mail: [nur.tj-94@mail.ru](mailto:nur.tj-94@mail.ru)*

*Zaripov Nurali Abdurakibovich, PhD Student, Department of Neurology and Basics of Medical Genetics, Avicenna Tajik State Medical University, ORCID: 0000-0001-5494-1218, Author ID: SPIN-код:8489-6082, E-mail: [nur.tj-94@mail.ru](mailto:nur.tj-94@mail.ru)*

## ПСИХИАТРИЯ

### БАЪЗЕ МАСЪАЛАҲОИ ТАШКИЛИ ЁРИИ НАРКОЛОГӢ ДАР ҶУМҲУРИИ ТОҶИКИСТОН ДАР ШАРОИТИ МУОСИР

Ғоибов А.Ғ.

МД «ПИТ экспертиза ва реабилитатсияи тиббӣ-иҷтимоии маъҷубон» -и ВТ ва ҲИА ҶТ

**Муҳиммияти мавзӯ.** Айни замон вобастагии наркотикӣ (маводи муҳаддир) хусусияти паҳнфтаи протсессии эпидемикиро гирифтааст ва аз ҳамин сабаб таҳқиқотҳои густурдаи эпидемиологiero талаб мекунад, ки бо дақиқияти максималии имконпазир паҳншавӣ ва сохтори беморию, ки дар асари истеъмоли наркотикҳо пайдо шудаанд, инъикос намоянд [1,2]. Суиистеъмом кардани маводи муҳаддир барои саломатии инсонҳо натиҷаҳои ҷиддӣ дорад ва яке аз сабабҳои асосии ғавти бармаҳал ва маъҷубшавӣ ба ҳисоб меравад [3]. Дар робита аз ин, масъалаи ташкили ёрии наркологӣ дар Тоҷикистон ва тамоми дунё дар сатҳи милли ва динӣ, марҳалаҳои локалӣ-клиникӣ ва берун аз клиникавӣ масъалаи хеле мубрам боқӣ мемонад [4,5].

Нақшаи ташкили ёрии наркологӣ дар Тоҷикистон дастрасӣ ба таъботи амбулаторӣ ва статсионарию барои беморони мубтало ба вобастагӣ аз маводи муҳаддир, аз ҷумла ёрии иҷтимоӣ-ҳуқуқӣ, ки ба самти барқарорсозии иҷтимоӣ ва муносибатҳои меҳнатӣ (ресотсиализатсия, реабилитатсия), ҳамчунин чорабиниҳои муҳофизати ҷомеаро аз амалҳои барои ҷоме хатарноки шахсонӣ наркотиквобаста таъмин мекунад [6,7].

Ҷанбаи муҳими ёрии наркологӣ корҳои профилактикӣ бо аҳоли, махсусан дар байни гурӯҳҳои хатарноки иҷтимоӣ мебошанд, ки дар баробари муассисаҳои давлатӣ аз тарафи ташкилотҳои ғайридавлатӣ низ гузаронида мешаванд [7].

Таҷрибаи кишварҳои зиёди дунёро ҷамъбаст намуда, гуфтан мумкин аст, ки дар ҳама кишварҳои Аврупо ва Амрико дар баробари ёрии давоатӣ ҳамчунин секторҳои хусусӣ, ташкилотҳои хайриявӣ, ташкилотҳо ва иттиҳодиҳои ҷамъиятии ғайридавлатӣ низ дар ин кор иштирокчи ҳастанд [1-5].

Марҳалаи муҳимтарини расонидани ёрии тиббӣ ба шахсонӣ вобаста таъботи реабилитатсионӣ мебошад, ки бештар дар марказҳои дахлдор гузаронида мешаванд [1,2,8]. Маъмултарини онҳо инҳоянд: машғулият бо гурӯҳҳои «наркоманҳои анонимӣ», иштирок дар барномаи «12 қадам», ташриф овардан ба созмонҳои динӣ.

Реабилитатсия метавонад, ки дар ҷорҷӯбаи системаи иҷтимоии ёрирасонӣ ва ҳам дар муассисаҳои хусусӣ гузаронида шавад [1,6]. Дар ин маврид, дар як қатор кишварҳои таъботи вобастагӣ, реабилитатсияи психосотсиалӣ, ба хизматрасонии ҳифзи солимии рӯҳӣ (ИМА, Британияи Кабир) тааллуқ дорад, дар кишварҳои дигар бошад, ҷузъи иҷтимоии реабилитатсия масъулияти идораҳои иҷтимоӣ (Олмон) ба ҳисоб меравад. Таърихан дар кишварҳои пасошӯравӣ тақрибан тамоми спектри хизматрасониҳои реабилитатсионӣ – сар карда аз таъботи медикаментозӣ ба профилактика- ба зиммаи табиб-нарколог гузошта шуда буд (Беларус, Қазоқистон) [10]. Системаи ғарб ҷанбаҳои иҷтимоиро барои кормандони иҷтимоӣ, психологҳо, психотерапевтҳо воғузур кардаанд (ИМА, Олмон, Швейтсария). Хароҷоти таъботро ҳам давлат тавасути суғуртакунӣ (Полша) ва ҳам ба воситаи андозгирӣ (Британияи Кабир) ва ҳам худ беморон пардох мекунад. Масалан, дар ИМА пардохти таъбот аз ҳаҷми умумии хизматрасонӣ дар доираи полиси суғурта ва барномаи таъбот бошад, аз муассисае вобастаанд, ки бо он ташкилоти суғуртавӣ ҳамкорӣ доранд [2, 7, 9, 10].

**Аҳамияти амалӣ.** Омӯзиши ташкили ёрии наркологӣ дар Тоҷикистон ва тамоми дунё дар сатҳи милли ва динӣ, марҳалаҳои локалӣ-клиникӣ ва берун аз клиникавӣ дурнамои татбиқ намудани усулҳои нисбатан самараноктари расонидани ёри ба шахсонӣ



гирифтори нашъамандӣ ва дигар вобастагиро фароҳам месозад. Мураттба сохтани чунин ёрирасонӣ бо назардошти модели маъмулии севекторӣ (чанбаҳои тиббӣ, психологӣ ва иҷтимоӣ) ба нақша гирифта шудааст.

**Маводи асосии таҳқиқот.** Кори хадамоти наркологӣ лар асоси методикаи ягона гузаронида мешавад, вай дар самти профилактикӣ барвақт ошкор кардан, ба қайди диспансерӣ гирифтани ва реабилитатсияи оптималии беморро дар бар мегирад.

Воҳидҳои асосии сохтори ёрии наркологии аҳоли дар Тоҷикистон-маркази наркологӣ, стационарҳои наркологӣ ва хучраҳои ноҳиявии наркологӣ мебошанд. Қайд бояд кард, ки дар солҳои охири соҳибистиклолии Тоҷикистон сектори ғайридавлатии тиббӣ-психологӣ ба беморони наркотиквобаста (клиникаҳои шахсӣ) инкишоф ёфтааст. Муассисаи асосии ташкилӣ методӣ, ки ҳама сохторҳои хадамоти наркологиро муттаҳид месозад, маркази наркологӣ мебошад. Принсипи асосии фаъолияти марказ – минтақавӣ. Сохтори маркази наркологӣ мувофиқи тақсмоти идоравӣ (административӣ) дар вилоят ва ноҳияҳо ҷудо кардани хучраҳои наркологиро пешбинӣ мекунад.

Муассисаҳои ёрии амбулатории наркологӣ:

- марказҳои наркологӣ;
- хучраҳои наркологӣ;

1. Муассисае, ки ёрии наркологиро пешниҳод мекунад:

- шуъбаи наркологӣ дар диспансерҳо;
- шуъбаи наркологӣ дар беморхонаҳои психиатрӣ (рӯҳӣ);

- клиникаҳои шахсии наркологӣ;

2. Сектори ёрии реабилитатсионӣ:

- Марказҳои давлатии реабилитатсионӣ;
- Марказҳои реабилитатсионӣ дар пойгоҳҳои ташкилотҳои гуманитарии ғайридавлатӣ;

Дар шабакаи нисбатан паҳншудаи муассисаҳо, ки дар соҳаи ёрии наркологӣ хизмат мерасонанд, нигоҳ накарда, ҳанӯз ҳам як қатор проблемаҳо ва нуқсонҳо мавҷуданд, ки самаранокӣ ва сифати барномаҳои

табобатӣ ва реабилитатсионӣ барои одамони вобастаро паст месозад. Масъалаҳои ёрии расонидан ба беморони дорои вобастагии наркотикӣ дар баробари табобати тиббӣ барномаҳои иҷтимоӣ ва психокорлексионӣ талаб карда мешавад.

Ба сарфи барзиёди воситаҳо, ки дар тамоми дунё дар мубориза бар зидди нашъамандӣ пешбинӣ шудаанд, муваффақиятҳои наркологҳо чандон назаррас нест. Тибқи маълумоти таҳқиқотҳои иҷтимоӣ, як қисми шахсони наркотиквобаста, ки як бор ба муассисаҳои наркологӣ муроҷиат кардаанд, ба даст кашидан аз муроҷиат барои ёрии наркологӣ майлдоранд.

Табобати бисёр кишварҳои ҷаҳонро ҷамъбаст намуда, гуфтан мумкин аст, ки ҳар кадом кишвари Аврупо ва Амрико дар баробари ёрии давлатӣ сектори хусусӣ, хайрхоҳӣ, ташкилотҳои ҷамъияти ғайридавлатӣ ва иттиҳодияҳо низ фаъолият мекунад. Дар шароити ҷамъияти демократӣ онҳо дар вазъияти ҳамкориҳои мутақобила ва рақобати солим қарор доранд.

Дар таҳқиқотҳо, ки дар асоси принсипҳои тибби исботшуда бунёд шудаанд, ки дар замони мо усули нисбатан самаранок табобати комплексӣ ба ҳисоб меравад, ки табобати тиббиро дар ҳамбастагӣ бо барномаҳои психотерапевтӣ ва иҷтимоии реабилитатсиониро дар бар мегирад. Ҳамин тавр, системаи расонидани ёрии ба шахсони наркотиквобаста ба тақмили минбаъда зарурат доранд.

Зарур аст:

- Истифодаи самараноки захираҳои мавҷуда (давлатӣ ва ғайридавлатӣ) ва ташкили барномаҳои марҳилавии бисёрҷангии ёрии комплексии шахсони наркотиквобаста дар пойгоҳи онҳост;

- Коркард ва азнавсозии саривақтии стандартҳо ва протоколҳои расонидани ёрии комплексӣ, ки ба вобастагии наркотикӣ мубтало ҳастанд ва оилаи онҳо дар марҳалаҳои клиникӣ ва ғайриклиникӣ бо назардошти ёриҳои тиббӣ, психологӣ ва иҷтимоӣ;

- Иштирок дар сатҳи аввалияи нигоҳдорӣ тандурустӣ, ки дар он шахсоне вобаста





ошкор карда ва ба муассисаҳои наркологӣ пешниҳод кардани онҳо;

·Баҳогузори бисёрфаннии хатарҳои биологӣ, психологӣ, ва иҷтимоии ташаккули амалкунандаи профилактикаи аввалия.

·Ба протсессе табобат чалб кардани оила ва муҳити иҷтимоии одамон, вобаста аз наркотикҳо.

Имрӯз, тибқи афкори аз тарафи умум эътирофшуда як қатор муаллифон монотерапея дар муқоиса аз усулҳои комплексӣ, ба монанди гузаронидани детоксикация ё корҳои гузаронидашудаи психотерапевтӣ самаранокии камтар доранд. Тавсеаи фазои информатсионӣ аз ҳисоби интернет-технология, хеле босуръат усулҳои маънавиянд, ки дар табобати стационарӣ истифода мешаванд, зеро десекредитатсияи шахсҳо ба амал меояд, курси пурраи нотамоми

табобат ё дастурҳоро пурра риоя намеку- нанд оид ба табобат ва реабилитатсияро.

#### **Хулосаҳо:**

1. Маркази наркологӣ, статсионарҳои наркологӣ ва ҳуҷраҳои ноҳиявии наркологӣ воҳидҳои асосии сохтории ёрии наркологӣ ба аҳолии Тоҷикистон.

2. Усули табобати комплексӣ, ки психотерапевтӣро дар якҷоягӣ психотерапияи самаранок аст, ки аз тарафи як қатор таҳқиқотҳои мустақил исбот карда шудааст.

3. Системаи пешниҳод кардани ёрӣ ба шахсони наркотиквобаста дар Тоҷикистон ба тақмили минбаъда зарурат доранд (истифодаи самараноки захираҳои мавҷудбуда, азнавсозии стандартҳо ва протоколҳои расонидани ёрии комплексӣ, баҳогузори мултифаннии ҷанбаҳои биологӣ, психологӣ ва иҷтимоӣ).

### **АДАБИЁТ**

1. Алтынбеков С.А., Денисова Е.В. Исследование распространенности наркоманий и типичные характеристики наркозависимости в Республике Казахстан / Вопросы наркологии Казахстана. 2001.- №7.- С.17-21.
2. Дудко Т. Н. Наркотическая зависимость / Дудко Т. Н. Наркология – М.: Гэотар-медиа, 2008. – С. 575-612.
3. Дудко Т.Н. Современные модели реабилитации больных алкоголизмом / Т. Н. Дудко//
4. Иванец Н.Н. Руководство по наркологии. Москва, РФ: «Медицинское информационное агентство», 2008. 944 с.
5. Кошкина Е. А. Эпидемиология наркологических заболеваний / Е. А. Кошкина // Руководство по наркологии / под ред. Н. Н. Иванца. – М.: Медпрактика, 2002. – т.1. – с. 8-32.
6. Лозовой В.В. Профилактика наркомании: школа, семья: учебное пособие. Екатеринбург, РФ: Издательство «Уральского университета», 2009.168 с.
7. Малахов М.Н. Инъекционное потребление наркотиков и меры противодействия со стороны наркологической службы / Вестник Авиценны. 2008; №2. – С.89-92.
8. Наркология: национальное руководство / под. Ред. Н. Н. Иванца, И. П. Анохиной, М. А. Винниковой. – М.: Гэотар-медиа, 2008. – 720 с.
9. Сафонов О.А. История потребления, распространенность и контроль за незаконным оборотом опиатов по регионам мира. / Наркология. 2011; №4. – С.36-43.
10. Сирота Н. А. Профилактика наркомании и алкоголизма: [учебное пособие для вузов] / Н. А. Сирота, в. М. Ялтонский. – М.: Академия, 2007. – №2. – 176 с.

### **НЕКОТОРЫЕ ВОПРОСЫ ОРГАНИЗАЦИИ НАРКОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ В РЕСПУБЛИКЕ ТАДЖИКИСТАН В СОВРЕМЕННЫХ УСЛОВИЯХ.**

**Гаибов А. Г.**

ГУ «НИИ медико-социальной экспертизы и реабилитации инвалидов» МЗ и СЗН РТ.

В настоящей статье описывается система оказания стационарной, амбулаторной

и реабилитационной помощи лицам, которые страдают наркотической зависимос-



тью. Подвергнута анализу существующая система организации наркологической помощи в Таджикистане, клиническом и внеклиническом этапах. Приводятся рекомендации по усовершенствованию помощи наркозависимым лицам в Таджикистане (проведение мониторинга качества предоставляемых услуг пациентам наркологических учреждений и их семьям, создание механизмов

преемственности и координации между учреждениями и службами в сфере предоставления услуг наркозависимым лицам и их семьям, привлечение к процессу лечения семьи и социального окружения человека, зависимость от наркотиков).

**Ключевые слова:** наркотическая зависимость, мультидисциплинарный подход, этапность помощи.

## SOME ISSUES OF THE ORGANIZATION OF DRUG TREATMENT IN THE REPUBLIC OF TAJIKISTAN IN MODERN CONDITIONS.

Gaibov A. G.

Disability Prevention of the State Institution "Research Institute of Medical and Social Expertise and Rehabilitation of Disabled People" of the MHSPP RT. Republic of Tajikistan, Dushanbe,

This article describes the system for providing inpatient, outpatient and rehabilitation assistance to people who suffer from drug addiction. The existing system of organization of drug treatment in Tajikistan, clinical and non-clinical stages, was analyzed. Recommendations are made for

improving assistance to drug addicts in Tajikistan (monitoring the quality of services provided to patients of drug addiction institutions and their families, creating mechanisms of continuity and coordination between institutions and services in the provision of services to drug addicts and their families, involving family and social environment in the treatment process) addicted to drugs).

**Key words:** substance addiction, multidisciplinary approach, stages of care.

### *Сведения об авторе:*

*Гаиров Амонулло Гаирович, доктор медицинских наук, заведующий отделом профилактики инвалидности ГУ «НИИ медико-социальной экспертизы и реабилитации инвалидов» МЗ и СЗН РТ. Республика Таджикистан, г. Душанбе, ул. Хувайдуллоева, 270. Тел.: +992 (935) 930702 ; E-mail: [s\\_amon@mail.ru](mailto:s_amon@mail.ru) ORCID ID: 0000-0002-2765-0885*

### *Information about the author:*

*Gaibov Amonullo Gaibovich, Doctor of Medical Sciences, Head of the Department of Disability Prevention of the State Institution "Research Institute of Medical and Social Expertise and Rehabilitation of Disabled People" of the MHSPP RT. Republic of Tajikistan, Dushanbe, st. Huvaidulloeva, 270.: Tel. +992 (935) 930702 E-mail: [s\\_amon@mail.ru](mailto:s_amon@mail.ru)*

## СТОМАТОЛОГИЯ

### ЗУХУРОТИ КЛИНИКИИ СИРОЯТИ ВИРУСИИ КОВОКИИ ДАҲОН ДАР ШАХСОНЕ, КИ АЗ ПРОТЕЗИ ГИРИФТАНАШАВАНДА ИСТИФОДА МЕКУНАНД

Артикова Н.К.

Кафедраи стоматологияи МҒД «Донишкадаи тиббӣ-ичтимоии Тоҷикистон

**Муҳимият.** Тибқи маълумоти адабиётҳо дар 30-40%-и беморони шароити нохуб барои табобати ортопедӣ мавҷуд аст [1], зеро, аз як тараф, протезҳо пардаи луобии ковокии даҳонро осеб расонида, бутунии онро вайрон месозад ва бо ин имконияти ворид шудани микробҳои патогенӣ бо бофтаҳои амиқтар фароҳам месозад [2,3,4], аз тарафи дигар сирояти вирусие, ки дар пардаи луобии ковокии даҳон устувор аст, ихтилолҳои маҷрои хуни капиллярӣ ва пайдо шудани тағйиротҳои деструктивии пардаи луобии ковокии даҳон оварда мерасонад, ки вай даврони устуворро таъсис дода, ҳолати конструксияҳои ортопедиро бад месозад [5,6].

Дар байни агентҳои микробӣ дар ковокии даҳон ва хошияи сурхи лабҳо муайян карда мешаванд, сирояти герметикӣ нақши муҳим дорад. Тибқи маълумоти муҳаққиқони хориҷӣ, тақрибан 90%-и сокинони қурраи замин аз вируси герпеси (табҳоли) оддӣ захролуд шудаанд, аммо танҳо дар 30%-и онҳо зуҳуроти клиника беморӣ дида мешавад [7,8,9] ва дар 20%-и ҳолатҳо дар пардаҳои луобии ковокии даҳон дида мешаванд [10]. Тибқи маълумоти баъзе муаллифон ҳангоми бедардкунии ковокии даҳон дар 35%-и ҳолатҳо дар мавзеи тазриқшуда доначаҳои герпетикӣ пайдо мешаванд, ки ин аз вучуд доштани сирояти музмини герпесвирусӣ гувоҳӣ медиҳад. Исбот карда шудааст, ки пародонтоз дар 15,7%-и ҳолатҳо ҳамроҳ бо сирояти герпесвирусии типии 1 ва 2-и ошкор карда мешавад, ҳангоми гингивитҳо сирояти вирусии ҳамроҳшуда дар 55%-и беморон ҳамроҳ сурат мегирад. Тибқи маълумоти баъзе донишмандон осебҳои вирусӣ дар 10,4%-и беморони гирифтори стоматити шадиди музмини мафтозӣ ошкор карда шудааст, дар 17,9%-и ҳолатҳо вирусҳо дар

беморони гирифтори нумӯи папилломатозии пардаи луобии ковокии даҳон муайян карда шуд [12,13]. Гайр аз ин муҳаққиқони аврупоӣ нишон додаанд, ки дар 50%-и ҳолатҳо вируси папилломаи одам дар пардаи луобии ковокии даҳон дар шахсони ҷавонтар аз 45 сол муайян карда шуд, ки ин аз фаъолнокии баланди сексуалӣ дар ин давраи синнусолӣ вобаста аст [14,15,16]. Тибқи маълумоти баъзе муҳаққиқон дар беморони гирифтори стоматити музмин афтозии ковокии даҳон дар 55%-и ҳолатҳо сирояти вирусӣ ошкор карда шуд, истифодаи табобати зиддивирӯсӣ бошад, миқдори ретсидивҳо то 3 маротиба кам шудааст [14].

**Мақсади таҳқиқот.** Ошкор сохтани протсессҳои патологияи ковокии даҳон дар беморони дорои протезҳои гирифтанашаваанда дар заминаи сирояти музмини вирусӣ.

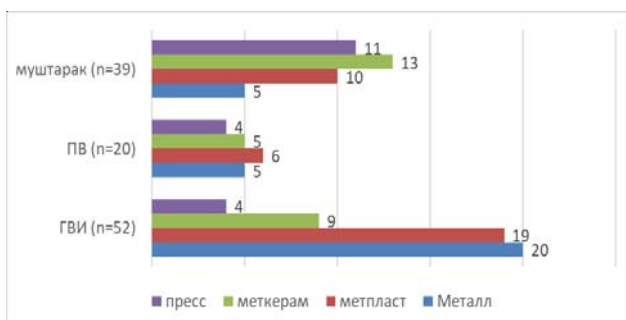
**Мавод ва усулҳои таҳқиқот.** Таҳти муоина 144 бемор, ки протезҳои гирифтанашаваандаи дандонҳо доштанд (дар 40 (27,8%) – металлокерамика, дар 39 (27,1%)–каронка (ғилофай) металлопластмассӣ, дар 35 (24,3%)– каронкаи филизӣ аз фулоди зангназананда бо буридани (напыление) нитрати титан, дар 30 (20,8%)– пресскерамика), қарор доштанд. Барои муайян кардани сирояти герпесвирусӣ усули таҳлили иммунӣ -ферментии хун ва барои муайян кардани папилловирӯс усули вокуниши полимеразии занҷирӣ (ПСР)-квант 21 истифода шудааст.

**Натиҷаҳои бадаст овардашуда.** Дар натиҷаи таҳқиқоти гузаронидашудаи сирояти вирусӣ дар 111 (77,1%)–и беморон муайян карда шудаанд (расми 1).

Тавре ки дар расми 1 дида мешавад, сирояти герпесвирусӣ (СГВ) дар 52 (36,1%)–и беморони дорои протезҳои гирифтанашаваанда – папилломавирус дар 20 (13,8%) ҳолат сирояти вирусӣ ошкор карда нашуд.



Ошкор карда шуд, ки сирояти вирусӣ бо миқдорҳои гуногун ҳангоми намудҳои гуногуни протезҳои гирифтанишаванда ошкор карда шуд (рас.2).



Расми 2. Сирояти музмини вирусӣ дар беморони дорои намудҳои гуногуни протезҳои гирифтанишаванда.

Чадвали 1. Хусусиятҳои тағйироти патологияи ковокии даҳон дар беморони дорои намудҳои гуногуни протезҳои гирифтанишаванда дар заминаи сирояти вирусӣ.

Намуди протез	катаралӣ илтиҳобӣ	эроз-решӣ	гиперплазия	хейлит	без патология
Ғилофи филизӣ (n=35)	7	9	9	9	1
Филизӣ -пластмасс (n=39)	6	7	6	8	12
металлокерамикӣ (n=40)	7	6	5	8	14
пресскерамикӣ (n=30)	1	0	2	7	20
Ҳамагӣ (n=144)	21	22	22	32	47

Тавре ки аз чадвал дида мешавад, зуҳуроти клиники сирояти музмини вирусӣ дар 97 (87,4%) беморони дорои протезҳои гирифтанишаванда мқайян карда шуд. Дар ин маврид, гиперплазия дар 22 (19,8%) беморон дорои хусусиятҳои сабзиши майдапапулӯзи ва папилломатозии сафедча, нармчандирии консистенсия дар заминаи пардаи луобии рангпариди гулобии ковокии даҳон буданд. Папилломаҳои тоқа ё сершумор аз сабзиши пардаи луобии шакли мудаввар дар пӯсти дорои сатҳи хурдонача чиндор ё озаҳмонанд. Бештар папилломаҳо дар забон, ва ком сахту нарм дида мешаванд.

Осебҳои эрозиявӣ-решӣ дар 22 (29,8%) беморон нуқсонҳои тоқа ва сершумори сатҳи амиқи пардаи луобии ковокии даҳон бо қабати сафедча-фалодӣ бо хунравии но-

Тавре ки дар расм дида мешавад, бештар аз ҳама СГВ дар беморони дорои каронкаҳои филизӣ ва металлопластмасс, яъне дар 20 (38,5%) ва 19 (36,5%) таҳқиқшудагон, бо прессметаллӣ ва металлокерамикӣ, СГВ танҳо дар 4 (7,7%) ва 9 (17,3%) ошкор карда шуд. Ба он нигоҳ накарда, ки дар шахсон, ки аз прессметаллӣ ва металлокерамикӣ СГВ ва ПВ кам дучор мешаванд, аммо омезишҳои ин сироятҳо дар 11 (28,2%) ва 13 (33,3%) беморон ба мушоҳида расид.

Ҳангоми муоина кардани пардаи луобии ковокии даҳон ва ҳошияи сурхи лабҳо дар беморони дорои сирояти вирусӣ музмин (111) тағйироти патологӣ ва унсурҳои морфологӣ, ба монанди хейлитро дар 32 (28,8%), тағйироти гиперпластикӣ – дар 22 (19,8%) беморон, осебҳои эрозиявӣ-решӣ дар 22 (19,8%) ва тағйироти катаралӣ дар пардаи луобии ковокии даҳон ошкор карда нашуд (чадвали 1).

чиз дар қабри эрозия дида мешаванд. Осебҳои эрозиявӣ-решӣ дар мавзеи милқҳо ва бофтаҳои пародонт ҷойгир шудаанд.

Илтиҳобҳои катаралӣ дар 21 (19,0%) бемор дар гиперемияи пардаи луобии даҳон дар мавзеи коми нарм ва саҳт, рухсораҳо ва милқҳо дида шудаанд. Варамидани ночизи пардаи луобии ковокии даҳон ба мушоҳида расид.

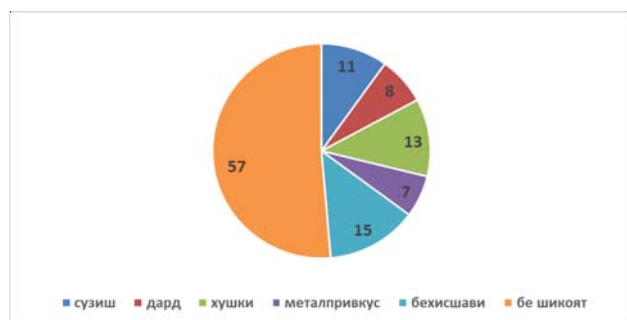
Аз ҷумлаи миқдори умумии беморони таҳқиқшуда дар 32 (28,8%) хейлитҳои ҳамроҳшуда; дар 13 (40,6%) хейлити папилломатозӣ, хейлити эксфолитивӣ – дар 12 (37,5%) метерологӣ – дар 7 (21,9%) муайян карда шуд. Хейлити папилломатозӣ дар 9 бемори дорои протезҳои металлокерамикӣ ва 4 нафар бо металлопластмассӣ муайян карда шуд. Хейлити эксфаллиативӣ дар 4 бемори дорои ғилофаҳои

филизӣ ва дар 4 нафар ғилофаки металлопластмассӣ, дар 4 нафар бо ғилофакҳои филизӣ дида шуд. Хейлити эксфолиативӣ бо хушкӣ хошияи сурхи лабҳо бо карахшии калон пластикӣ зоҳир мешаванд. Хейлити метереологӣ бо варам, гиперемия зоҳир мегардад. Папилломаҳо дар тарафҳои дарунӣ ва берунии лабҳо ҷойгир шуда, бо ҳалқаҳои мудаввари канораҳояш баробар аз зардранг то тираи қаҳваранги қутрашон аз 3 то 10 мм.

Аз миқдори умумии беморони таҳқиқшуда (111) шикоят кардан аз дар два сӯяш дар 48 (43,2%) ҳолат дида шуд, ки аз намуди протези гирифтанашиаванда вобаста набуд, шояд он аз вучуд доштани дончаҳои патологӣ дар пардаи луобии ковокии даҳон ва хошияи сурхи лабҳо алоқаманд бошад.

Аломатҳои илтиҳоби катаралӣ бештар дар 7 (20,38%) нафари истифодакуннадагони филизӣ ва дар 6 (15,4,39) бемори дорои ғилофакҳои металлопластмассӣ ба қайд гирифта шуд. Дар ғилофакҳои металлокерамикӣ ва пресскерамикӣ илтиҳоби катаралӣ мутаносибан дар 7 (17,5%, 40) ва 1 (3,3,30) ба қайд гирифта шуд.

Ба вучуд доштани тағйиротҳои патологӣ дар пардаи луобии ковокии даҳон ва хошияи сурхи лабҳо нигоҳ накарда, на ҳамаи беморон шикоят мекарданд (расми 3).



**Расми 3. Шикоятҳои бемороне, ки аз протезҳои гирифтанишиаванда дар заминаи сирояти музмини вирусӣ шикоят доштанд.**

Тавре ки дар расми 3 дида мешавад, дар байни 111 нафар бемори дорои протезҳои патологӣ пардаи луобии ковокии даҳон 54 (48,6%) шикоят доштанд, 57 (51,4%)-и беморон ҳангоми чамъоварии анамнез шикоят надоштанд.

Хулоса, сирояти музмини вирусӣ дар одамоне, ки протезҳои гирифтанишиавандаро истифода мекунанд, дар 52 (46,8%) ҳолат бо сирояти герпесвирусӣ (СГВ), дар 20(18,0%)- вирусҳои папилломаи одам (ВПО), дар 39 (35,1%)- омехтаи СГВ ва ВПО ба қайд гирифта шудааст.

Зухуроти клиники сирояти музмини вирусӣ дар 97 (87,45) бемори дорои протези гирифтанишиаванда ба мушоҳида расид, ки асосан дар шакли хейлитҳо (32,9%) зоҳир мешуданд ва назар ба осебҳои гиперплентикӣ ва эрозиявиро решӣ, ки мутаносибан дар 22 (22,7%) ҳолат ва илтиҳоби катаралӣ, ки дар 21 (21,7%)-и беморон дида шуданд, бартарӣ доштанд. Сирояти музмини вирусӣ дар шахсоне, ки протези гирифтанишиавандаро истифода мекунанд дар 57 (51,1%) бидуни эҳсосоти субъективӣ чараён дошт, яъне беморон шикоят надоштанд.

Ҳамин тавр, ҳангоми ба нақша гирифтани протези дандонҳо онро ба ҳисоб гирифтани зарур аст, ки сирояти вирусӣ ба ҳолати пардаи луобии ковокии даҳон метавонад таъсир расонад ва метавонад, ки бидуни симптом гузарад, ин сабаби бадшудани сифати протезҳои гирифтанишиаванда мегардад. Вобаста аз ин, гузаронида ни чорабиниҳои профилактикӣ дар марҳилаи тайёр кардани барои таъбириши ортопедӣ зарур аст.

## АДАБИЁТ

1. Акмалова Г.М., Чернышева Н.Д. Роль герпесвирусов в этиопатогенезе красного плоского лишая и хронического рецидивирующего афтозного стоматита с локализацией на слизистой оболочке рта/ Г.М. Акмалова, Н.Д. Чернышева //Уральский медицинский журнал.- 2013.- №05(110).-с.27-29.
2. Балкаров А.О., Карданова С.Ю., Хулаев И.В., Шхагапсоева К.А., Гендугова О.М. Состояние слизистой оболочки полости рта у лиц, пользующихся съёмными протезами./ А.О.Балкаров, С.Ю.Карданова, И.В.Хулаев, К.А.Шхагапсоева, Гендугова О.М.// Современные проблемы науки и образования. – 2018. – № 5.-с.83-86.



3. Летаева О. В. Клинико-патогенетическая характеристика больных красным плоским лишаем и обоснование терапии: автореф. дис...канд. мед. наук. Москва.- 2012.- 27с.
4. Мезгильбаева Д. М. Герпетическая инфекция и ее осложнения. / Д. М. Мезгильбаева // Проблемы стоматологии 2010 №1-2 (47-48) стр. 69-71.
5. Московский А.В., Вокулова Ю.А. Особенности ортопедического лечения при заболеваниях слизистой оболочки полости рта / А.В. Московский, Ю.А. Вокулова // Современные проблемы науки и образования. – 2015. – № 2 – с.20-25.
6. Перламутров Ю.Н., Чернова Н.И. Современные подходы в терапии пациентов с папилломавирусной инфекцией гениталий // Эффективная фармакотерапия в акушерстве и гинекологии. – 2010; 1. – С. 46-48.83
7. Успенская О.А. Динамика показателей местного иммунитета полости рта у больных хроническим рецидивирующим афтозным стоматитом и урогенитальной инфекцией/ О.А. Успенская // Стоматология. – 2015.- № 3 (38).- 196-198
8. Шевченко Е.А. Оценка вирусного компонента с целью диагностики и лечения воспалительных заболеваний ротовой полости /Е.А. Шевченко, О.А. Успенская, И.М. Кондюров, В.В. Курьлев, В.Ф. Россохин//Краткие сообщения.- Стоматология.-2012.-С. 96-99
9. Pithon M.M., Andrede A.C. Primary herpetic gingivo stomatitis in an adult patient using orthodontic appliance. Int J Odontostomat 2010. - 4(2). - С. 157–160
- Yildirim B. Prevalence of Herpes simplex, Epstein Barr and Human papilloma viruses in oral lichen planus / B. Yildirim, B. Senguven, C. Demir // Med. Oral Patol. Oral Cir. Bucal. 2011. -Vol. 16 (2).-P.170- 74.
10. Andrei G. Herpes simplex virus drug resistance: new mutations and insights / G. Andrei, R. Snoeck // Curr. Opin. Infect. Dis. - 2013. - Vol. 26, No 6. - P. 551-560.
- Cubie H.A. Diseases associated with human papillomavirus infection. Virology. – 2013. – с. 221–234
11. Bottalico D., Chen Z., Dunne A., Ostolozza J., Mc Kinney S., Sun C. The oral cavity contains abundant known and novel human papillomaviruses from the Beta papillomavirus and Gamma papillomavirus genera/ D. Bottalico, Z. Chen, A. Dunne, J. Ostolozza, S. Mc Kinney, C. Sun. // J Infect Dis. – 2011.-204(5). - 787-792.
- Cubie H.A. Diseases associated with human papillomavirus infection. Virology. – 2013. – с. 221–234
12. Bottalico D., Chen Z., Dunne A., Ostolozza J., Mc Kinney S., Sun C. The oral cavity contains abundant known and novel human papillomaviruses from the Beta papillomavirus and Gamma papillomavirus genera/ D. Bottalico, Z. Chen, A. Dunne, J. Ostolozza, S. Mc Kinney, C. Sun. // J Infect Dis. – 2011.-204(5). - 787-792.

## КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ ПОЛОСТИ РТА У ЛИЦ, ПОЛЬЗУЮЩИХСЯ НЕСЪЕМНЫМИ ПРОТЕЗАМИ

**Артыкова Н.К.**

Кафедра стоматологии НОУ «Медико-социальный институт Таджикистана»

### Резюме

**Актуальность.** Среди микробных агентов, которые выявляются в полости рта и на красной кайме губ, важную роль играет герпетическая инфекция, которая у 20% случаев проявляется на слизистых оболочках полости рта, у 10,4% больных с острыми хроническим афтозным стоматитом, в 17,9% случаев папилломатозными разрастани-

ями слизистой полости рта.

**Цель исследования.** Выявить патологические процессы полости рта у пациентов с несъемными протезами на фоне хронической вирусной инфекции.

**Материал и методы исследования.** Под наблюдением находилось 144 пациентов, пользующихся несъемными зубными протезами. Для выявления герпесвирусной инфек-



ции применяли методы иммунно-ферментного анализа крови, а для выявления папилломавируса метод полимеразно-цепной реакции (ПЦР) - квант 21.

**Полученные результаты.** В результате проведенных исследований вирусная инфекция была выявлена у 111 (77,1%) пациентов и представлена герпесвирусной инфекцией у 52 (36,1%) пациентов, папилломавирусом (ПВ) - у 20 (13,8%); сочетанием. Чаще всего ГВИ выявлялась у пациентов с металлическими и металлопластмассовыми коронками, то есть у 20 (38,5%) и 19 (36,5%) обследуемых, а с прессметаллом и металлокерамикой, ГВИ встречалась лишь в 4 (7,7%) и 9 (17,3%). Несмотря на то, что у лиц, пользующихся прессметаллом и металлокерамикой редко встречалась ГВИ и ПВ, однако сочетание этих инфекций наблюдалось у 11 (28,2%) и 13 (33,3%) пациентов. Клинические проявления вирусной инфекции были представлены хейлитами у 32(28,8%), гиперпла-

стическими изменениями – у 22 (19,8%) больных, эрозивно-язвенными поражениями у 22 (19,8%) и катаральным воспалением у 21 (19,0%) больных. У 14 (12,6%) больных не выявлено патологических изменений слизистой оболочки полости рта. Жалобы предъявляли 54 (48,6%) пациентов, а в 57 (51,4%) при сборе анамнеза небыло выявлено жалоб.

**Заключение.** Таким образом, при планировании зубопротезирования необходимо учитывать, что вирусная инфекция влияет на состояние слизистой оболочки полости рта и может протекать бессимптомно, что может стать причиной снижения качества несъемных протезов. В связи с чем, необходимо проводить профилактические меры на этапе подготовки к ортопедическому лечению.

**Ключевые слова:** герпесвирусная инфекция, папилломавирусная инфекция, несъемные протезы

## CLINICAL MANIFESTATIONS OF A VIRAL INFECTION OF THE ORAL CAVITY IN PERSONS USING FIXED DENTURES

Artykova N. K.

Department of Dentistry “Medical-Social Institute of Tajikistan”

### Summary

**Relevance.** Among the microbial agents that are detected in the oral cavity and on the red border of the lips, herpetic infection plays an important role, which manifests itself in 20% of cases on the mucous membranes of the oral cavity, in 10.4% of patients with acute and chronic aphthous stomatitis, in 17.9 % of cases papillomatous growths of the oral mucosa.

**Purpose of the study.** To identify pathological processes in the oral cavity in patients with fixed dentures with accompanying chronic viral infection.

**Material and research methods.** 144 patients using fixed dentures were under observation. Methods of enzyme-linked immunosorbent analysis of blood were used to detect herpesvirus infection and quantum 21 was used to detect papillomavirus by polymerase chain reaction(PCR).

**Results.** As a result of the studies, viral infection was detected in 111 (77.1%) patients and was represented by herpesvirus infection in 52 (36.1%) patients, papillomavirus (PV) - in 20 (13.8%); combination. Most often, Herpes Viral Infection was detected in patients with metal and metal-plastic crowns, that is, in 20 (38.5%) and 19 (36.5%) surveyed, and with press ceramics and metal ceramics, Herpes Viral Infection was found only in 4 (7, 7%) and 9 (17.3%). Despite the fact that people using press ceramics and metal ceramics rarely had Herpes Viral Infection and Pappilomovirus infection, however, the combination of these infections was observed in 11 (28.2%) and 13 (33.3%) patients. Clinical manifestations of viral infection were represented by cheilitis in 32 (28.8%), hyperplastic changes in 22 (19.8%) patients, erosive and ulcerative lesions in 22 (19.8%) and catarrhal inflammation in 21 (19.0



%) of patients. In 14 (12.6%) patients, no pathological changes in the oral mucosa were detected. Complaints were presented by 54 (48.6%) patients, and in 57 (51.4%) no complaints were revealed during anamnesis.

**Conclusion.** Thus, when planning dental prosthetics, it is necessary to take into account that a viral infection affects the state of the

oral mucosa and may be asymptomatic, which may cause a decrease in the quality of fixed prostheses. In this connection, it is necessary to carry out preventive measures at the stage of preparation for orthopedic treatment.

**Key words:** herpesvirus infection, human papillomavirus infection, fixed dentures

*Артыкова Нигина Каримджановна – заведующая кафедрой стоматологии НОУ «Медико-социальный институт Таджикистана» [nigina\\_artikova@mail.ru](mailto:nigina_artikova@mail.ru) +992-933-37-77-47//*

*Artykova Nigina Karimjanovna - Head of the Department of Dentistry in the "Medical-Social Institute of Tajikistan" [nigina\\_artikova@mail.ru](mailto:nigina_artikova@mail.ru) +992-933-37-77-47*

## БАЪЗЕ МАСЪАЛАҲОИ КЛИНИКӢ, ТАШХИС ВА НАТИҶАИ ТАБОБАТИ ОМОСҲОИ РАГИИ МАВЗЕИ ҶОҒУ РӢӢ, ГАРДАН ВА ГУНБАДИ КОСАХОНАИ САР ВА ҶОЙГИРШАВИҲОИ ДИГАР (ОРМҶРГГКСҶД).

Н.И.Бозоров<sup>1</sup>, А.Қодирӣ<sup>2</sup>.

Кафедраи онкология ва ташхиси шуоии МДТ «ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино»,  
Пажӯҳишгоҳи илмӣ-клиникии стоматология ва ҷарроҳии ҷоғу рӯӣ.

**Мубрамияти мавзӯ.** Яке аз муҳимтарин мушкилоти ҷарроҳии ҷоғу рӯӣ ва онкология ташхиси муносиб ва саривақтӣ баҳогузорӣ ба самаранокии табобати омосҳои рагии мавзеи ҷоғу рӯӣ, гардан ва гунбади косахонаи сар (ОРМҶРГГКСҶД) ба ҳисоб меравад. Омосҳои рагии мавзеи ҷоғу рӯӣ, гардан, гунбади косахонаи сар ва дигар мавзӯҳо дар байни ҳамаи омосҳои сар ва гардан аз 0,5% то 80%-ро ташкил медиҳанд [1,2,3,4,5,6, 8,9]. Омосҳои рагии мавзеи ҷоғу рӯӣ, гардан, гунбади косахонаи сар ва дигар мавзӯҳо дар заминаи садамаҳо, протсессҳои музмин, илтиҳобии аҳсус ва номахсус, нуқсонҳои модарзодии инкишофи пӯст ва изофаҳои он пайдо мешаванд, барои ҳамин ҳам онҳо метавонанд, ки хеле барвақт, дар ҳама синну сол пайдо шаванд. Дар айни замон барои баҳогузорӣ кардан ба сифати ҳаёти беморони онкологӣ саволномаҳо-анкетаҳои гуногун истифода карда мешаванд. Аммо саволномаи америкоии FАCT-Гиевропейский-ЕОРТСQLQ-С30 бештар маъмул гаштааст, ки дар он 30 савол мавҷуд аст ва дар шкалаи функсионалӣ гурӯҳбандӣ карда шудаанд, 3 шкалаи симптоматикӣ, шкалаи умумии сифати ҳаёт ва банҳои алоҳида дорад [7,8,9,10]. Дар роби-

та бо он ки хусусиятҳои клиникӣ, ташхис ва самаранокии табобати омосҳои рагии мавзеи ҷоғу рӯӣ, гардан, гунбади косахонаи сар ва дигар мавзӯҳо дар ҶТ кам омӯхта шудаанд, омӯзиши хусусиятҳои клиникии омосҳои рагии мавзеи ҷоғу рӯӣ, гардан, гунбади косахонаи сар ва дигар мавзӯҳо ҳамчун роҳи профилактикаи аввалия ва дувумӣ зарур аст. Шароити дар боло зикршуда барои идома додани ҷустуҷӯҳо дар самти омӯзиши басомади омосҳои сар ва гардан бо мақсади профилактикаи дувумӣ ва сеюмӣ, табобат ва омӯхтани сифати ҳаёт ҳангоми ОРМҶРГГКСҶД мусоидат менамояд

**Мақсади таҳқиқот.** Омӯзиши хусусиятҳои клиникӣ, ташхис, пешгириӣ ва самаранокии табобати беморони гирифтори омосҳои рагии мавзеи ҷоғу рӯӣ, гардан ва гунбади косахонаи сар ва ҷойгиршавиҳои дигар.

**Мавод ва усулҳои таҳқиқот.** Ҳангоми таҳлили ретроспективи басомад, ҷойгиршавӣ, шаклҳои клиникӣ, сабабҳои пайдошавӣ ва сохтори омосҳои рагии гуногуни хушсифати мавзеи ҷоғу рӯӣ, гардан ва гунбади косахонаи сар ва ҷойгиршавиҳои дигар (ОРМҶРГГКСҶД) дар сокинони Ҷумҳурии Тоҷикистон тибқи маълумоти муво-





чиатҳо ба МД “Маркази ҷумҳуриявии илмии онкологӣ”-и Вазорати тандурустӣ ва ҳифзи иҷтимоии аҳолии Ҷумҳурии Тоҷикистон нишон дод, ки дар байни солҳои 2015 - 2016 аз байни 6750 (100%) –и беморони дорои ООППЧЛОШ дар 35(0,51%) бемор ОРМҚРГГКСҚД муқаррар карда шуд, ки онҳо ба гурӯҳи якуми беморон дохил карда шуданд.

Самаранокии реабилитатсия дар 35(100%)-и беморони гирифтори омосҳои рагии хушсифати гуногуни мавзеи ҷоғу рӯй, гардан, гунбади косаҳои сар ва ҷойгиршавихои дигарро мо мувофиқи нишондодҳои субъективӣ ва объективӣ баҳогузорӣ кардем. Ғайр аз ин беморони гирифтори ОРМҚРГГКСҚД барқарор шудани чунин функцияҳо мушоҳида намуданд: а) босира, б) пӯшида шудани пилкҳо, в) эстетикӣ, г) мушакҳои орбита, д) нафаскашӣ бо бинӣ, е) шомма, ж) фурубарӣ, з) шунавоӣ ва ғайра.

Самаранокии объективӣ мувофиқи меъёрҳои зерин баҳогузорӣ карда шуд:

1) натиҷаи олій, вақте ки омосҳои рагии хушсифати мавзеи ҷоғу рӯй, гардан ва гунбади косаи сар ва ҷойгиршавихои дигар (ОРМҚРГГКСҚД) пас аз табобати ҷарроҳӣ ва омехта пурра нест мешаванд (яъне регрессияи пурра ба вучуд меояд). Вақте ки натиҷаҳои мусбат бидуни вайроншавии барқароршавии функцияи узвҳои сар ва гардан пас аз шаш моҳ ва як сол ба даст оварда мешавад. Ғайр аз ин, аломатҳои ретсидиви ОРМҚРГГКСҚД дар давоми 3-5 сол вучуд надорад;

2) вақте ки омосҳои рагии хушсифати мавзеи ҷоғу рӯй, гардан ва гунбади косаи сар ва ҷойгиршавихои дигар баъди табобат нисфашон нест мешавад (яъне регрессияи нопурра). Вақте ки беморон аз нав ба табобати такрорӣ ҷалб карда мешаванд ва баъди ин ба даст овардани натиҷаи мусбати барқароршавии функцияи узвҳои сар ва гардан пас аз шаш моҳ ва як сол ба даст оварда мешавад. Ғайр аз ин, аломатҳои ретсидиви ОРМҚРГГКСҚД дар давоми 3-5 сол вучуд надорад;

3) натиҷаи қаноатбахш, вақте ки андозаи омосҳои рагии хушсифати мавзеи ҷоғу рӯй,

гардан ва гунбади косаи сар ва ҷойгиршавихои дигар баъди табобат тағйир намеёбад (яъне босубот шудани протсесс). Вақте ки беморон ба табобати такрорӣ ҷарроҳӣ ва омехта ҷалб карда мешаванд ва ба даст овардани натиҷаи мусбати барқароршавии функцияи узвҳои сар ва гардан пас аз шаш моҳ ва як сол ба даст оварда мешавад, ғайр аз ин, аломатҳои ретсидиви ОРМҚРГГКСҚД дар давоми 3-5 сол вучуд надорад;

4) натиҷаи ғайриқаноатбахш, вақте ки ба даст овардани натиҷаи мусбати табобати омосҳои рагии хушсифати мавзеи ҷоғу рӯй, гардан ва гунбади косаи сар ва ҷойгиршавихои дигар баъди табобат, ҳатто пас аз истифода кардани усулҳои табобати омехта ва комплексӣ муяссар намешавад. Ба таъйин кардани гормонотерапия ва бета-блокаторҳо нигоҳ накарда, натиҷаи мусбати барқароршавии функцияи узвҳои сар ва гардан дар давоми 3-5 сол ба даст оварда нашуд. Ғар аз ин, ретсидивҳои барвақт ва дер ба мушоҳида расид, лонаҳои нави ОРМҚРГГКСҚД дар давоми як сол пайдо шуданд. Коркарди маълумотҳои омӯрӣ бо ёрии бастаи барномаи амалии «STATISTICA 6.0 (StatSoftInc., USA) анҷом дода шуд.

**Натиҷаҳои таҳқиқот ва баррасии онҳо.** Дар МД “Маркази ҷумҳуриявии илмии онкологӣ”-и Вазорати тандурустӣ ва ҳифзи иҷтимоии аҳолии Ҷумҳурии Тоҷикистон дар давраи солҳои 2015-2016 бистарӣ буданд, гузаронида шуд. Дар байни 6750(100%) беморони гирифтори ОПОМҚРГ дар 35(0,51%)-и беморон дорои омосҳои рагии мавзеи ҷоғу рӯй, гардан ва гунбади косаҳои сар ва дигар ҷойҳо муайян карда шуд, ки ба гурӯҳи аввали беморон дохил карда шудаанд.

Таҳлили синнусоливу ҷинсии таркиби беморони дорои омосҳои рагии хушсифати мавзеи ҷоғу рӯй, гардан ва гунбади косаҳои сар (ОРМҚРГГКС) дорои аҳамияти бузурги илмӣ мебошад, вай дар ҷадвали 4пешниҳод карда шудааст. Тибқи маълумоти ҷадвал дар таркиби 55(100%) –и беморони гирифтори ОРМҚРГГКС



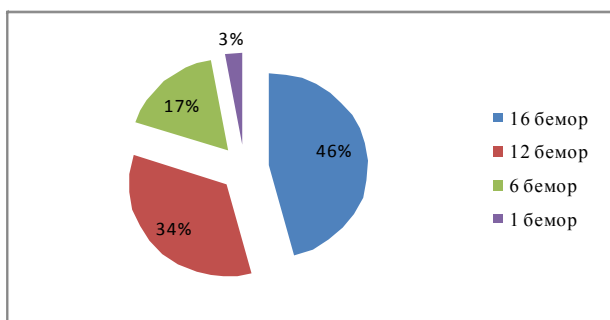
(гурӯҳи дуюм) зиёдтар популятсияи зан ба мушоҳида расид, ки 36 (65%) –и беморонро ташкил дод. Дар дараҷабандиҳои синнусолии аз 1-моҳа то яксола ОРХМҚРГГКС дар 25(69%) –и беморон духтарони синну соли ширхорагӣ буданд, баъдан дар дараҷабандиҳои синнусолии аз 2-сола то 19-сола дар 9(25%) –и беморон духтарон ва дар дараҷабандиҳои синнусолии аз 30-сола то 39-сола дар 2(6%) беморон зан буданд. Дар байни популятсияи мардҳо беморони аз 1-моҳа то яксола ОРХМҚРГГКС бештар дар 12(63%)-и беморон писарҳо, дар дараҷабандиҳои синнусолии аз 2-сола то 19-сола дар 4(21%) –и

беморон писарҳо буданд, дар дараҷабандиҳои синнусолии аз 20-сола то 39-сола дар 3(16%)-и беморони калонсол мардҳо буданд. Дар маҷмӯъ, куллаи баланди беморӣ дар беморони гирифтори ОРХМҚРГГКС бо тартиби камшавӣ чунин ба мушоҳида расид: дар 37 (67%)-и беморони синну соли 1-моҳа то яксола, дар 13(24%) – дар дараҷабандиҳои синнусолии 2-сола то 19-сола, дар 5(9%)-и беморони синну соли 20-39—сола. Ҳамин тавр, ОРХМҚРГГКС бештар дар синну соли ширхорагӣ, кӯдакӣ пубертатӣ ба мушоҳида расид, ки инро ҳангоми гузаронидани профилактикаи аввалия ба ҳисоб гирифтани зарур аст.

**Ҷадвали 1.- Гурӯҳбандӣ кардани беморони дорои омосҳои рагии мавзеи чоғу рӯй, гардан ва гунбади косахонаи сар (гурӯҳи II)**

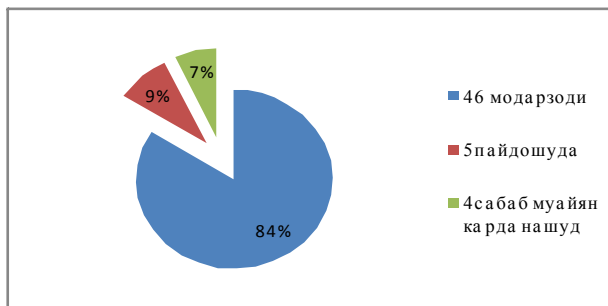
		Синну соли беморон (моҳ, сол)						
Гурӯҳи II	Ҷинс	1-12 моҳ.	2-5 сол	6-9 сол	10-19 сол	20-29 сол	30-39 сол	Ҳамагӣ
	М	12	2	1	1	2	1	19(35%)
	З	25	6	1	2	-	2	36(65%)
	Ҳамагӣ	37	8	2	3	2	3	55(100%)

Барои ҳаллу фасл кардани масъалаҳои профилактика, гузаронидани чорабиниҳои комплекси ба сари вақт ошкор кардани ОРХМҚРГГКС равона шудаанд, зарур аст, ки дар бораи ҷойи зисти беморон нишондиҳандаҳои зеринро дошта бошем. Мувофиқи маълумотҳои расми 1, дар байни 55(100%) беморони гирифтори ОРХМҚРГГКС 32(58%) –и беморон сокинони ноҳияҳои тобейи ҷумҳурӣ, 22 (40%) – сокинони вилояти Хатлон, 1 (2%) беморон сокинони вилояти Суғди ҚТ буданд. Хулоса баровардан мумкин аст, ки 28(51%) –и беморони дорои ОРХМҚРГГКС сокинони шаҳр ва 27(49%) –и беморон сокинони деҳоти ҚТ буданд.



Вобаста аз ин гузаронидани корҳои фаҳмондадиҳии мақсаднок дар байни аҳолии ҳам шҳр ва ҳам деҳоти ҚТ оид ба профилактикаи аввалияи ОРХМҚРГГКС бо мақсади бартараф намудани омилҳои хатари ин номияҳо зарур аст. гузаронидани таблиғот дар байни аҳоли, фаҳмонидани он, ки дар вақти пайдо шудани омосҳои рагии хушсифати мавзеи чоғу рӯй, гардан ва гунбади косахонаи сар барои гирифтани ёрии тиббӣ муроҷиат намудани аҳоли мувофиқи мақсад мебошад, ин имконият медиҳад, ки табобат дар муҳлатҳои барвақт бо ҳаҷми ниҳоят хурди амалиёти ҷарроҳӣ иҷро карда ва сифатихаёт пас реабилитатсияи ҷарроҳӣ беҳтар карда шавад. Яке аз самтҳои асосии ҷарроҳии клиникӣ омӯзиши сабабҳои пайдошавии омосҳои рагӣ дар маҷмӯъ ва аз ҷумла дар пӯст омосҳои рагии хушсифати мавзеи чоғу рӯй, гардан ва гунбади косахонаи сар аст, ки имконият медиҳад профилактикаи саривақтии аввалия, дувумӣ ва сеюмии омосҳои рагии хушсифати мавзеи чоғу рӯй, гардан ва гунбади косахонаи сар гузаронида шавад.

Мувофиқи маълумотҳои расми 2, дар байни 55(100%) беморони дорои ОРХМҚРГГКС дар 46(84%)-и кӯдакони бемор навзодон буданд, аз онҳо дар натиҷаи: а) садама бардоштан ҳангоми таваллуд шудан ва расонидани ёрии акушерӣ дар 19(41,31%) кӯдак; б) синну соли таваллудкунанда (аз 30-40-сола боло), сарбории вазнини ҷисмонӣ дар зиндагӣ ва дар коргоҳ, махсусан сохтори анатомиву топографии занҳои таваллудкунанда, андозаи чанин (коси хурд, калон будани чанин) дар 14(30,48%) – и кӯдакон; в) нигоҳи ҳешутабории таваллудкунанда дар (15,21%)-и кӯдакон, г) бемориҳои шадиди респиратории шадидро аз саргузаронидани ҳомилаҳо ҳангоми триместри якуми ҳомилагӣ дар 6(13%) –и кӯдакон.

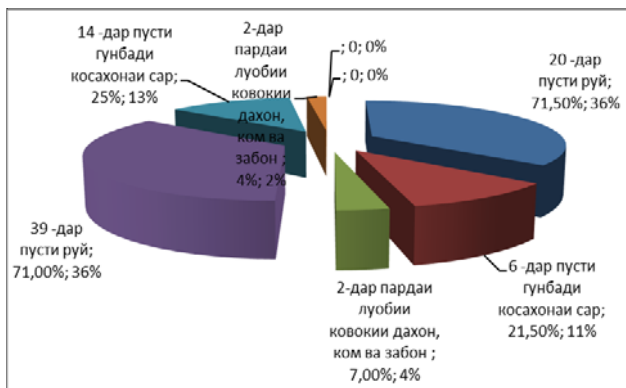


**Расми 2.- омосҳои рагии хушсифати мавзеи ҷоғу рӯй, гардан ва гунбади косахонаи сар дар байни беморон (гурӯҳи II)**

Ҳамин тавр, сабаби пайдошавии ОРХМҚРГГКС дар 46(84%) беморон модарзодӣ буд (дар натиҷаи сарбории зиёди ҷисмонӣ то таваллудкунӣ дар занҳои ҳомила дар зиндагӣ, вайроншудани сохтори анатомии кос, яъне коси танг, чараёни беморӣ дар триместри якум, вақте ки таваллудкунандаҳо бемориҳои шадиди респираториро аз саргузаронидаанд, садама ҳангоми таваллудкунӣ ва расонидани ёрии акушерӣ). Дар 5 (9%) беморони гирифтори ОРХМҚРГГКС сабаби пайдоиши беморӣ иктисобӣ (пайдошуда) буд (осебҳои гуногуни травматикӣ, латхӯрӣ ва фишорёбӣ). Дар 4(7%) кӯдаки бемори дорои ОРХМҚРГГКС сабаби пайдоиши бемориро муайян кардан мумкин нагашт. Тамоми маълумотҳои дар боло зикршударо ҳангоми гузаронидани

профилактикаи аввалия дар байни доираи васеи аҳоли (аз хусуси зарари сарбории барзиёди ҷисмонӣ дар ҳаёт, никоҳи ҳешутаборӣ, никоҳи дер), такмил додани расонидани ёрии тиббӣ ва акушерӣ ҳангоми таваллуд кунонидан, мониторинги инкишофи чанин, гузаронидани профилактикаи бемориҳои шадиди респираторӣ дар байни занҳои таваллудкунанда. Дар вақти расонидани ёрии тиббӣ ҷойгиршавии ОРХМҚРГГКС нақши муҳим дорад, вай тактикаи профилактикаи дуҷум ва табобати номияҳои рагиро муайян мекунад. Баррасии сохтори ҷойгиршавӣ дар байни 55 (100%) бемори дорои ОРХМҚРГГКС ба тартиби регрессия нишон дод, ки дар 10(18%) бемор номияҳои рагӣ дар пӯсти мавзеи фарқи сари гунбади косахонаи сар қарор доранд.

Ҳангоми расонидани ёрии тиббӣ ҷойгиршавии ОРМҚРГГКСҚД нақши муҳим дорад, вай тактикаи профилактикаи дувумӣ, алгоритми таҳлил ва табобати номияҳои рагиро муайян мекунад. Мувофиқи маълумоти расми 16, таҳлили ҷойгиршавӣ дар 28 (100%) беморони гирифтори ОРМҚРГГКСҚД нишон дод, ки дар 9(32%) -и беморон номияҳои рагӣ дар пӯсти ноҳияи наздиорбиталии рӯй ҷойгиранд, ки мижағони боло ва поён, мавзеи кунҷи дарунӣ ва берунии чашм ва курраи чашмро дар бар мегирад. Дар 8 (28%) –и беморон номияҳои рагӣ дар пӯст ва изофаҳои он дар гунбади косахонаи сар (мавзеи фарқи сар, паси сар ва чакка) ҷойгир шудаанд. Баъдан дар 20% и беморон номияҳои рагӣ дар пӯсти девораи пеши шикам, девораи сина ва ноҳияҳои назди сутунмуҳра, сатҳи кафи даст ва лдастпанча ва дар сегментҳои 7-8-уми чигар ҷойгир шудаанд. Дар 5 (18%) –и беморон номияҳои рагӣ дар пӯсти нармии гӯш, сӯроҳи берунии гӯш ва мавзеи наздигӯшӣ, нӯги бинӣ, занах мавқеъ доранд. Дар 3 (11%) –и беморон номияҳои рагӣ дар пӯсти лабҳо ва дар 3 (11%) –и беморон номияҳои рагӣ дар пардаи луобии ковокии даҳон ва забон ҷойгир шудаанд.



**Расми 3. Гурӯҳбандии ҷойгиршавиҳо дар байни беморони дорои омосҳои рағии омосҳои рағии мавзеи чоғу рӯй, гардан, гунбади косахонаи сар ва дигар ҷойҳо (ОРМҚРГГКСҚД) (гурӯҳҳои I ва II).**

Ҳамин тавр, номияҳои рағӣ, дар 28 (100%) -и беморон дар пӯсти ноҳияи назди-орбиталӣ, гунбади косахонаи сар, пардаи луобии ковокии даҳон, яъне ноҳияи чоғу рӯй ва косахонаи сар ҷойгир шудаанд.

Ғайр аз ин, дар 4(11%) - и беморон ҳамзамон вучуд доштани омосҳои аввалияи сершумори хушсифати рағӣ ба мушоҳида мерасанд, ки дар орбита, пӯсти 5 ангушти даст, пӯсти камр, сӯроҳҳои бинӣ ҷойгир шудаанд. Ҳамаи инро ҳангоми зоёндан дар занҳои таваллудкунанда, ҳангоми муоина кардани тифлони навзод бо мақсади сари вақт муайян намудани (ОРМҚРГГКСҚД), полинеоплазия ва ба нақша гирифтани амалиёти ҷарроҳӣ ба эътибор гирифтани зарур мебошад.

Баррасии сохтори ҷойгиршавиҳо дар байни 55 (100%) –и беморони (гурӯҳи II) гирифтори (ОРМҚРГГКСҚД), бо тартиби регрессия нишон дод: а) дар 10(18%) -и беморномиаҳои рағӣ дар пӯсти мавзеи фарқи сари гунбади косахонаи сар; б) дар 7(13%) – и беморон – дар пӯсти ноҳияи пешонӣ; в) дар 6(11%) –и беморон – дар пӯсти ноҳияи периорбиталӣ; г) дар 6(11%) –и беморон - дар пӯсти ноҳияи наздигӯшӣ; д) дар 6(11%) –и беморон - дар пӯсти ноҳияи рухсора; е) дар 5(9%) беморон- на пӯсти бинӣ; ж) дар 5(9%) –и беморон - дар пӯсти лабҳои болоӣ, поёни ва занҳ; з) дар 4(7%) –и беморон омосҳои рағии хушсифати пӯст дар мавзеи паси сар, гардан ва қафаси сина мавқеъ доштанд.

Дар муоинаҳои дигари клиникӣ дар байни 55 (100%) -и беморони гирифтори (ОРМҚРГГКСҚД), номияҳои рағӣ дар 2 (3,67%) -и беморон дар пардаи луобии ковокии даҳон, ком, забон, мавзеи рухсора, дар 2(3,67%) -и беморон – дар маҳалли паси гӯш ва занҳ, дар 2(3,67%) -и беморон омосҳои рағии хушсифати пӯст дар нармии гӯш ва рухсора ҷойгир шуда буданд. Ҳамин тавр, дар байни 55 (100%) -и беморони (гурӯҳи II) гирифтори (ОРМҚРГГКСҚД), номияҳои рағӣ дар 39 (71%) -и беморон асосан дар рӯй ҷойгир шуда буданд ва аз байни онҳо дар 4(10%) бемор омосҳои рағии хушсифати пӯсти рӯй ҳамзамон бо омосҳои сершумори аввалия буданд. Дар 14(25%) -и беморони боқимонда номияҳо дар пӯсти гунбади косахонаи сар ва дар 2 (4%) -и беморон номияҳои рағӣ дар пардаи луобии ковокии даҳон, ком, забон, мавзеи рухсора ҷойгир шуда буданд, барои ҳамин ҳам, ҳамаи маълумотҳои дар боло овардашударо ҳангоми гузаронидани корҳои профилактикӣ, ташхисӣ ва табобатӣ дар байни аҳоли ва беморон ба эътибор гирифтани зарур мебошад.

**Хулоса.** Ҳангоми таҳлили ретроспективии басомад, ҷойгиршавӣ, шаклҳои клиникӣ, сабабҳои пайдошавӣ ва сохтори омосҳои рағии гуногуни хушсифати мавзеи чоғу рӯй, гардан ва гунбади косахонаи сар ва ҷойгиршавиҳои дигар (ОРМҚРГГКСҚД) дар сокинони Ҷумҳурии Тоҷикистон тибқи маълумоти мурочиатҳо ба МД “Маркази ҷумҳуриявии илмии онкологӣ” -и Вазорати тандурустӣ ва ҳифзи иҷтимоии аҳолии Ҷумҳурии Тоҷикистон нишон дод, ки дар байни солҳои 2015 - 2016 аз байни 6750 (100%) – и беморони дорои ООППЧЛОШ дар 35(0,51%) бемор ОРМҚРГГКСҚД муқаррар карда шуд, ки онҳо ба гурӯҳи якуми беморон дохил карда шуданд.

Самаранокии реабилитатсия дар 35(100%) -и беморони гирифтори омосҳои рағии хушсифати гуногуни мавзеи чоғу рӯй, гардан, гунбади косахонаи сар ва ҷойгиршавиҳои дигарро мувофиқи нишондоҳои субъективӣ ва объективӣ баҳогузорӣ кардем. Ғайр аз ин беморони гирифтори



ОРМҶГГКСҶД барқарор шудани чуни  
функсияхоро мушоҳида намуданд: а) боси-  
ра, б) пӯшида шудани пилқхо, в) эстетикӣ,  
г) мушакҳои орбита, д) нафаскашӣ бо бинӣ,  
е) шомма, ж) фурубарӣ, з) шунавоӣ ва ғайра.

Баҳогузори сифати ҳаёт дар беморони ги-  
рифтори ОРМҶГГКСҶД мувофиқи шкалаи

Карновский нишон дод, ки дар 32 (91%) –и бемо-  
рон вай аз минималии 60% то максималии 100%.  
Бехтар шудааст. Дар 3 (9%) беморони боқимон-  
даи ОРМҶГГКСҶД вай аз минималии 60%  
то максималии 90% буд, ки муваффақияти табо-  
батро нишон медиҳад ва ҳамзамон зарурати так-  
мил додани онро тақозо мекунад.

## АДАБИЁТ

1. Базаров Д.В. Результаты реконструктивно-пластических операций у пациентов с опухолевыми поражениями верхних дыхательных путей / Д.В. Базаров // Евразийский онкологический журнал, -2016. -№ 2(04).-С.126.
2. Бернадский Ю. И. Гемангиомы лица и органов полости рта/ Ю. И. Бернадский // Основы челюстно-лицевой хирургии и хирургической стоматологии. М. Медицина, Минск, 2003, -С. 243-252.
3. Дан В.Н. Современные классификации врожденных пороков развития сосудов (ангиодисплазий) / В.Н. Дан, А.И. Щеголев, С.В. Сапелкин // Ангиология и сосудистая хирургия. 2006. - Т. 12, № 4. -С. 28-33.
4. Куликов Е.П., Мерцалов С.А. Результаты и качество жизни больных после пилоросохранной резекции желудка при раке/ Е.П Куликов, С.А. Мерцалов -М.:ГЭОТАР-Медиа, 2018. 144с.
5. Роль компьютерной томографии в выборе тактики хирургического лечения ангиодисплазий / Г.Г. Кармазановский и др. // Ангиология и сосудистая хирургия. — 1997. № 4. - С. 51-62.
6. Ситников А.В. Эндovasкулярные методы в диагностике и лечении ангиодисплазий и параганглиом головы и шеи : автореф. дис. . канд. мед. наук / А.В. Ситников. М., 2002. — 24 с.
7. Тимофеев А.А. Опухоли из кровеносных и лимфатических сосудов //Руководство по челюстно-лицевой хирургии и хирургической стоматологии. Киев, 2002., -С.824-83.
8. Aaronson N. K. Measuring quality of life in every oncological patient //Nederland's Tijdschrift voor Geneeskunde, 2011, Vol. 155, No.45, pp. 37-49.
9. Buckmiller LM, Richter GT, Suen JY. Diagnosis and management of hemangiomas and vascular malformations of the head and neck. Oral Dis 2010;15:405-18. [PUBMED]

## НЕКОТОРЫЕ ВОПРОСЫ КЛИНИКИ, ДИАГНОСТИКИ И РЕЗУЛЬТАТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ СОСУДИСТЫХ ОПУХОЛЕЙ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ, ШЕИ, СВОДА ЧЕРЕПА И ДРУГИХ ЛОКАЛИЗАЦИЙ (СОЧЛОШСЧДЛ)

Н.И.Базаров<sup>1</sup>, Кодири<sup>2</sup>,

<sup>1</sup>Кафедра онкологии и лучевой диагностики ГОУ “ТГМУ им. Абуали ибни Сино”;

<sup>2</sup>Научно-клинический институт стоматологии и челюстно-лицевой хирургии;

**Цель исследования.** Изучение особенностей клиники, диагностики и оценка эффективности лечения сосудистых опухолей челюстно-лицевой области, шеи, свода черепа и других локализаций.

**Материал и методы исследования.** Произведен ретроспективный анализ клинических данных историй болезни 35 больных с различными сосудистыми опухолями челю-

стно-лицевой области, шеи, свода черепа и других локализаций и оценена эффективность лечения в условиях Государственного учреждения «Республиканский онкологический научный центр» МЗ и СЗН РТ с 2015 по 2016 годы.

**Результаты и их обсуждение.** Оценка эффективности лечения у 35 (100%) больных с СОЧЛОШСЧДЛ показала, что у



24(68,57%)– отменный результат, у 5(14,29%)- хороший результат и у3(8,57%) пациентов получен неудовлетворительный результат. Качество жизни пациентов по шкале Карновского от минимальных 60% улучшилось до 100%.

**Заключение.** Адекватные методы лечения при СОЧЛОШСЧДЛ позволили добиться

удовлетворительных и отменных результатов у 91% больных, что ускорило реабилитацию, и улучшило качество жизни этих больных.

**Ключевые слова:** доброкачественные сосудистые опухоли челюстно-лицевой области, шеи, свода черепа и других локализаций, стоматология, онкология.

## SOME ASPECTS OF THE CLINIC, DIAGNOSTICS AND THE RESULTS OF TREATMENT OF VASCULAR TUMORS OF MAXILLOFACIAL REGION, NECK, TEMPLE OF THE SKULL AND OTHER LOCALISATIONS (VTMFRNTSOL).

N.I. Bazarov<sup>1</sup>, A. Kodirii<sup>2</sup>

1. Department of Oncology and Diagnostics Radiology ATSMU named after Abualiibni Sino;
2. Scientific-Clinical Institute of Dentistry and Maxillofacial Surgery;

**Objectives.** To assess clinical features, diagnostics and evaluate the effectiveness of the treatment of vascular tumors of maxillofacial region, neck, temple of the skull and other localizations.

**Material and methods.** A retrospective analysis of clinical data of case histories of 35 patients with various vascular tumors of maxillofacial region, neck, temple of the skull and other localizations was performed and the treatment effectiveness was evaluated in the conditions of the State Institution “Republican Oncological Scientific Center” of the MOH and SPP of the RT 2015 to 2016 years.

**Results and its discussion.** Evaluation of the effectiveness of treatment in 35 (100%) patients

with VTMFRNTSOL showed that in 24 (68,57%) - excellent results, in 5 (14,29%) - good results and in 3 (8,57%) patients we received an unsatisfactory result. The quality of life of patients on the Karnowski scale from a minimum of 60% improved to 100%.

**Conclusion.** Adequate methods of treatment for VTMFRNTSOL made it possible to achieve satisfactory and excellent results in 91% of patients, which accelerated the rehabilitation and improved the quality of life of these patients.

**Key words:** benign vascular tumors, maxillofacial region, the neck, temple of the skull, other localizations, stomatology, oncology.

**Бозоров Негмат Исмаилович** - д.и.т. профессора кафедраи онкология ва таъхиси шуош МДТ «ДДТТ ба номи Абӯали ибни Сино», [bazarovnegmat@mail.ru](mailto:bazarovnegmat@mail.ru)

**Базаров Негмат Исмаилович** - д.м.н., профессор кафедраи онкологии и лучевой диагностики ГОУ «ТГМУ им. Абӯали ибни Сино»; [bazarovnegmat@mail.ru](mailto:bazarovnegmat@mail.ru)

**Bazarov Negmat Ismailovich** - MD, professor of the Department of Oncology and Diagnostic Radiology, ATSMU named after Abualiibni Sino; [bazarovnegmat@mail.ru](mailto:bazarovnegmat@mail.ru)

## БАҲОГУЗОРӢ БА ОҚИБАТҲОӢ ТАЪСИРОТИИ ОРИЗАҲОӢ ДАВРАӢ ГЕСТАТИСИОНӢ БА МАҚОМИ СТАМАТОЛОГИИ ҲОМИЛАҲО

Бурхонов С.Б., Қосимов М.М.

МД ПИТ стоматология ва чарроҳии соғу рӯй, Душанбе Ҷумҳурии Тоҷикистон

**Муҳиммият.** Муоинаҳои бисёрсола ва ҷустуҷӯҳои илмӣ ба саволи таъсири имконпазири graviditas ба пайдоиш, басомад ва

ҷараёни кариеси дандонҳо ҷавоби ягона на-медиханд. Баъзе муҳаққикон вобастагии мустақили байни [2, 10] ҳамилагии беориза



ва басомади пайдошавии осеббинии дандонҳо бо кариесро намебинанд. Дар ҳоле ки мутахассисони дигар [1,3,4,5] фикри дигардоранд оид ба ин масъала. Ба андешаи онҳо, ҳомилагӣ метавонад афзудани басомади беморшавӣ бо кариесро барангезанд, онҳо вобастагии басомади нишондиҳандаҳои беморшавии стоматологӣ аз баъзе омилҳо, аз ҷумла синну соли занҳо, муҳлати хусусиятҳои чараёни ҳомилагӣ, рақами паритет, фосилаи интергенетикии оқибати беморӣ таъсир мерасонанд. Ба омилҳои дигар, ки барои пайдошавии кариес дар ҳомилаҳо инро дохил мекарданд, ки дар ин ҳолат минерализатсияи шадиди бофтаи устухони чанин, аз ҷумла дандонҳои оянда, ҳамаи ин барои пешравии камбудии калсий ҳангоми ҳомилагӣ. Далели муқарраршуда он аст, ки зиёд шудани муҳлати ҳомилагӣ дар хуни занҳои ҳомиларо кам шудани консентратсияи Са в Мд ба ҳисоб меравад. Дар давраи пайдо шудани оризаҳо ҳангоми ҳомилагӣ протесси афзудани талаботи организм ба Са пайдо мешавад, ки ин барои аз дандонҳои зани ҳомила шӯстани ин унсур мусоидат мекунад, ки ин метавонад пайдошавии паст шудани устувори эмали ба омилҳои кариесро тезонад [8,9].

Ҳатто чараёни физиологии ҳомилагӣ барои камшудани консентратсияи сафедаҳои зардоби хун мусоидат карда метавонад, ки ин метавонад боиси тағйирёбии муҳтавои сафеда дар луоб гардад, ин далел метавонад, ки дар патогенези пайдошавии кариеси дандон нақши муайян дошта бошад [5,7]. Сабабҳои зиёд дучоршавандаи пайдо шудани кариес дар занҳои ҳомила; номунтазам риоя кардани гигиенаи ковокии даҳон, баланд бардоштани эҳтимолияти зиёд шудани қабати дандон, тамоюли талаботи зиёди баъзе занҳо ба шириниҳо, маҳсулоти ҳамири, ҳамчунин дигар маҳсулотҳои дорои миқдори зиёди карбогидратҳо, номунтазам тоза кардани пас аз истеъмоли ғизо, тағйиротҳои маҳсуси сифатӣ ва миқдори нишондиҳандаҳои таркиби луоб, майл доштан ба гиповитаминоз, баланд шудани талаботи организми модар ба Са аз ҳисоби шиддатнокии ташаккулёбии системаи устухонҳои

чанин, маҳдуд шудани фтор, ҳамчун натиҷаи ин камшавии зичии эмали дандон.

Айни ҳамон, бо назардошти нишондиҳандаҳои баланди бемориҳои экстрагениталӣ дар байни занҳои ҳомилаи Тоҷикистон, проблемаҳои солимии стоматологии онҳо, хеле муваҷҷаб боқи мемонад.

Ҳамин тавр, мақсади гузаронидани таҳқиқот иртиботи байни пайдошавии оризаҳои ҳомилагӣ ва пайдо шудани кариес буд.

**Мавод ва усулҳои таҳқиқот.** Мо дар протесси таҳқиқот омӯзиши статуси стоматологиро дар 150 занҳои ҳомида, сокинони ш. Душанбеи, Ҷумҳурии Тоҷикистон анҷом додем. Ҳамаи занҳо дар қайди марказҳои солимии репродуктивӣ, мавод дар заминаи таҳлили картаҳои тиббии беморони стоматологӣ (ф. №043/у), ҳамчунин картаҳои мубодилаи онҳо қарор доштанд. Миқдори чунин оризаҳои ба давраи гестатсионӣ алоқаманд, ҳамчун гестоз, норасоии пласентарӣ, бемориҳои экстрагениталӣ – ЖДА, диабет, ФШ ҳомилаҳо, ЗВУР-и чанин ба роҳ монда шудааст. Омӯзиши таъсири онҳо ба пайдошавӣ ва инкишофи кариеси аввалия, кариеси амик, ретсидивӣ, дуомӣ, ҳамчунин оризаҳо (пулпит, ё перидонтест) осебҳои кариозии дандонгузаронида шуд.

Таҳлили гузаронидашуда нишон дод, ки синну соли занҳои ҳомилаи таҳқиқшуда ба синну соли фаъоли репродуктивӣ мувофиқат мекард, вай аз 18 то 38 сола буд. Аз ҷиҳати синну сол занҳои ҳомила ба чунин гурӯҳҳо ҷудо карда шуданд: 18-20 сола – 42 (28,5%), 21-25 сола – 44 (29,4%), 26-30 сола – 33 (22,6%), 31-35 сола – 18 (12,6%) ва аз 35 – сола боло -13 (8,6%) бемор. Аз ҷиҳати синну соли гестатсионӣ занҳои ҳомила чунин гурӯҳбандӣ карда шудаанд: то 12 ҳафта дар 47 (31,5%) ҳомила, 12-20 ҳафта дар 37 (25,3%), 20-32 ҳафта – дар 27 (18,1%) ва зиёда аз 32 ҳафта дар 39 (26,1%) ҳомила ба мушоҳида расид.

Вобастагии байни оризаҳои ҳомилагӣ ва осебҳои кариозии ковокии даҳон, бо ёрии тартиб додани чадвали вобастагии дутарафа ва муайян кардани меъёрҳои Пирсон%, баҳогузорӣ ба эҳтимолияти эътимодбахши меъёри



Пирсон, хангоми эҳтимоли боварибахш <0,05, вобастагии байнихамдигарии алома-тҳои аз ҷихати омори муҳим ҳисобида шуд.

Коркарди омории натиҷаҳои таҳқиқот бо истифода аз барномаи Statistica (Statsoft, ИМА) гузаронида шуд.

**Натиҷаҳо.** Дар байни занҳои ҳомили таҳқиқшуда, ки бинобар сабаби кариес, протесси аввалияи кариозӣ барои расонидани ёрии стоматологӣ муроҷиат намуданд, дар 119 (79,3%) ба мушоҳида расид. (Ҷадвали 1).

**Ҷадвали 1. Хусусиятҳои ҷараёни протесси кариозӣ дар дандонҳои занҳои ҳомила (n=150)**

Ҷараёни кариес	Микдор	
	%	%
Кариеси аввалия	119	79,3
Кариеси амиқ	77	51,7
Кариеси ретсидивӣ	89	59,5
Кариеси дуҷумӣ	59	39,4
Кариеси оризанок	62	41,8

Муоинаи стоматологӣ имконият дод, ки дар зиёда аз 2/3 (63,5%)-и занҳои ҳомила осебҳои кариозии якҷанд дандон ба мушоҳида расид. Осеб дидани дандонҳо бо кариеси амиқ дар зиёда аз нисфи занҳои таҳқиқшуда дандонҳо иллатнок буданд 77 нафар (51,7%). Ретсидиви протесси осебдидани дандонҳо

дар 59,5% ҳолатҳо ба назар расид, дар зиёда аз 1/3 (39,4%) занҳои ҳомила кариеси дуҷумӣ муайян карда шуд. Басомади бақайдгирии чунин кариесҳои оризанок, ба монанди пулпит ва периодонтити ҳомилагӣ дар занҳои дорои бемориҳои стоматологӣ дар ҷадвали 2 оварда шудааст.

**Ҷадвали 2. Басомади бақайдгирии оризаҳои ҳомилагӣ дар занҳои таҳқиқшуда (n=150), ки барои ёрии тиббӣ аз хусуси кариес оварда шудааст.**

Оризаҳои ҳомилагӣ	Микдор	
	% мутлақ	%
Токсикози барвақт		
Гестоз		
- Сабук		
- Миёна		
Ихтилоли ҷараёни бачадону пласентарӣ		
Таваккуфи дохилибатнии инкишофи чанин		
Камхунӣ камбудани оҳани ҳомилаҳо		
Дараҷаи 1-и ККО		
Дараҷаи 2-и ККО		
Дараҷаи 3-и ККО		

Таҳлили ҷараёни давраи антенаталӣ дар занҳои гирифтори бемориҳои стоматологӣ дар замони ҳомилагӣ муайян карда шуд, ки шакли нисбатан зиёд дучоршавандаи оризаҳои ҳомилагӣ мавҷуд будани гестоз буд, ки дар 81 (54,0%)-и таҳқиқшудагон муайян карда шуд, ки аз онҳо дар зиёда аз нисфи онҳо 42 (51,8%) ҳолат дар шакли сабук гузашт, дар 39 (48,2%) бошад, дар шакли миёнаи вазнинӣ сурат гирифтааст. Аз ҷихати басо-

мад дар ҷои дуҷумӣ оризаҳо ККО мешавад 89 (59,3%) ҳолат, аз онҳо тақрибан 2/3 ҳолат 58,4% камхунӣ дараҷаи сабук, дар 32,5% дараҷаи миёнаи вазнинӣ ва ҳамагӣ дар 8,9% дараҷаи вазнин буд. Чунин шакли ориза, ба монанди маҷрои хуни бачадону пласентарӣ дар 65 (43,3%) ҳомилаҳо мӯйяян карда шуд. Дар ҳар як зани ҳомилаи сеюм (32,6%) чанин аз таваккуфи инкишофи дохилибатнӣ озор мегарданд.



**Чадвали 3. Нишондиҳандаҳои беморшавӣ бо кариес дар занҳои ҳомила дар давраи солҳои 2014 то 2016.**

Солҳо	Беморшавӣ ба кариес		
	Ҳолатҳои ретседив ва кариеси дуюм ба як зан		
2014	0,16±0,01	0,15±0,01	0,14±0,01
2015	0,19±0,01	0,20±0,01	0,26±0,01
2016	0,31±0,01	0,32±0,01	0,30±0,01

Мувофиқи меъёрҳои ТУТ гузаронида ни таҳлили беморшавӣ, КПУ<sub>3</sub> хоси миқдори дандонҳои кариозӣ ва пломбашуда дар занҳои таҳқиқшуда, КПУ<sub>n</sub>- миқдори сатҳҳои дандонҳои аз кариеси осебдида, дар 3 соли охир муайян карда шуда буд, ки ҳамчун нишондиҳанда КПУ<sub>3</sub> ва ҳам КПУ<sub>n</sub> майли возеҳ доштан ба рушдро доранд. Ҳамин тавр, агар дар соли 2014 нишондиҳандаи КПУ<sub>3</sub> дар байни ҳомилаҳо хангоми 25 ҳафта будани муҳлати гестатсия дар як зан 0,16±0,01-ро ташкил дод. Таҳлили КПУ<sub>n</sub> ба як зан дар ҳамин ҳолат манзараи мушобехро нишон дод (чадвали 3). Рушди нишондиҳандаи ҳолатҳои ретседив ва кариеси дуюм дар як зан ошкор карда шуд, сар карда аз соли 2015 0,26±0,01 ва дар соли 2016 суръати рушд дар муқоиса аз соли 2014 аз ҷиҳати оморӣ 2 маротиба баланд буд. Сабаби чунин рушди нишондиҳандаҳои беморшавии КПУ ба як зан ин бақайдгирии баланди бемориҳои экстрагенеталӣ, оризаҳои худи ҳомилагӣ аз тариқи гестоз, ихтилоли маҷрои хуни бачадону пласентарӣ, таваккуфи рушди дохилибатнии ҷанин, ҳамаи ин ихтилоли мубодилаи маъданин Сава фторро дар

организми занҳои ҳомиларо ангезиш медиҳад.

Ҳамин тавр, таҳқиқотҳои гузаронидашуда имконият медиҳанд, ки шиддатнокии осебҳои кариозии дандонҳо дар занҳои ҳомила дар вобастагии мустақим аз ҷараёни ҳомилагӣ дар занҳо хулоса бароварда шавад. Дар ҳолате, ки ҳомилагӣ бо гестоз, НМПК, ЗВУР-и ҷанин оризанок мешавад, дараҷаи осеби кариозии ковокии даҳон баланд мешавад, ки ин ба таҷзияи босуръати бофтаҳои саъти дандонҳо, оризаҳои кариес оварда мерасонанд. Занҳои дорои ҷараёнҳои патологияи ҳомилагӣ бояд ба гурӯҳи хатари баланд оид ба пайдошавии бемориҳои стоматологӣ дохил карда шаванд.

**Хулоса. 1.** Дараҷаи шиддатнокии осебҳои дандон аз кариес дар занҳои ҳомила, дар вобастагии мустақим аз ҷараёни вазнини оризаҳои ҳомилагӣ. **2.** Мувофиқи шиддатнокии осебҳои эмали дандонҳо ва пайдошавии кариес мавқеи нисбатан пешсафро гестоз, баъдан НМПК ва ЗВУР-и ҷанин, аз бемориҳои экстрагенталии камхуни камбуда оҳан ишғол мекунанд

**АДАБИЁТ**

1. Бахмудов Б. Р. Структурная характеристика интенсивности кариеса зубов и исходный уровень стоматологической помощи у беременных женщин по данным 4-летнего наблюдения // Клиническая стоматология. - 2008. - № 2. - С. 82-86.
2. Беляков Ю. А. Зубочелюстная система при эндокринных заболеваниях. - М.: Медицина, 1983.-С. 10-44, 160-200.
3. Кисельникова Л. П., Попова Н. С. Стоматологический статус и профилактика стоматологических заболеваний у беременных // Институт стоматологии. — 2011. - № 1. - С. 90-91.
4. Косенко И. Б. Стоматологическая заболеваемость беременных: результаты социологического исследования и медицинского осмотра // Вестник медицинского стоматологического института. - 2011. - № 2. - С. 6-8.
5. Курязов А. К., Рустамова Х. Е. Показатели заболеваемости кариесом зубов у беременных // Уральский медицинский журнал. - 2012. - № 1. - С. 64-67.



6. Лукиных Л. М., Толмачева С. М. Стоматологический статус беременной женщины // Материалы 12 и 13 Всероссийских научно-практических конференций и Труды 9 съезда Стоматологической Ассоциации России. - М., 2004. — С. 337-339.
7. Серов В. Н., Пасман Н. М., Бородин Ю. И., Бурухина А. Н. Гестоз - болезнь адаптации. — Новосибирск: РИПЭЛ плюс, 2001. - 208 с.
8. Смирнова А. М., Харитонова М. П. Сравнительная характеристика стоматологического статуса беременных женщин с отягощенным и неотягощенным акушерским анамнезом // Уральский медицинский журнал. - 2010. - №3. - С.29-32.
9. Филиппов О. С. Плацентарная недостаточность. М.:Медпресс-информ, 2009. -160 с.
10. Stalp S., Zuhl R. Karies und Schwangerschaft// Stomatologie der DDR. - 1979. - Vol. 29. - № 6. - P.481 -484.

## ОЦЕНКА ПОСЛЕДСТВИЙ ВОЗДЕЙСТВИЯ ОСЛОЖНЕНИЙ ГЕСТАЦИОННОГО ПЕРИОДА НА СТОМАТОЛОГИЧЕСКИЙ СТАТУС БЕРЕМЕННЫХ

Косимов М.М., Бурхонов С.Б.

ГУ НКИ стоматологии и челюстно лицевой хирургии, Душанбе Республика Таджикистан

Наше исследование основано на изучении взаимодействия между характерными осложнениями беременности и частотой возникновения и течением кариеса. Всего нами было охвачено и проведено изучение стоматологического статуса у 150 беременных женщин. В результате анализа выявлено, что появление кариеса, частота его обострение возникновение осложнений, на прямую зависит от осложненной течения гестационного периода. Выявленные осложнения беременности протекающие на фоне первичного кариеса зачастую сопровождаются гестозом. Установлена зависимость интенсивности поражения твердых тканей зубов от тяжести течения гестоза и степени нарушения маточно-плацентарно-

го кровообращения. Возникновение или обострение уже существующих кариозных очагов в полости рта, чаще выявлялись при наличии экстрагенитальных заболеваний анемия, артериальной гипертензия, плацентарной недостаточности и гестоза. Определена зависимость тяжести течения кариеса от совокупности патологии беременных, анемии, внутриутробной задержки развития плода гестозов, плацентарной недостаточности. Установлено, что женщины с осложненным течением беременности должны находиться под систематическим наблюдением стоматолога.

**Ключевые слова:** беременность, кариес, осложнения беременности, взаимодействие.

## EVALUATION OF CONSEQUENCES OF IMPACT OF COMPLICATIONS OF THE GESTATION PERIOD ON STOMATOLOGICAL STATUS OF PREGNANT

Kosimov M. M, Burhonov S.B.

State Institute of Dentistry and Maxillofacial Surgery, Dushanbe Republic of Tajikistan

Our study is based on the study of the interaction between the characteristic complications of pregnancy and the frequency of occurrence and course of caries. In total, we examined and dental status was studied in 150 pregnant women. As a result of the analysis revealed that the appearance of caries, the

frequency of its aggravation the occurrence of complications, directly depends on the complicated and the course of the gestational period. The revealed complications of pregnancy proceeding against a background of primary caries are often accompanied by gestosis. The dependence of the intensity of the lesions of hard



tissues of teeth on the severity of gestosis and the degree of disturbance of uteroplacental blood circulation was established. The emergence or exacerbation of existing carious lesions in the oral cavity was more often detected in the presence of extragenital diseases of anemia, arterial hypertension, placental insufficiency and gestosis. The dependence of the severity of caries

flow on the totality of pathology of pregnant women, anemia, intrauterine growth retardation of gestosis, placental insufficiency was determined. It was found that women with complicated pregnancy should be under the systematic supervision of a dentist.

**Key words:** pregnancy, caries, complications of pregnancy, interaction.

*Бурхонов С.Б. – аспирант, ГУ НКИ стоматологии и челюстно-лицевой хирургии, Душанбе Республика Таджикистан*

*Burhonov S.B. - graduate student, State Institute of Dentistry and Maxillofacial Surgery, Dushanbe Republic of Tajikistan*

## МУАЙЯНКУНИИ ЧАСПИШИ КАНОРИИ КОНСТРУКСИЯҲОИ ГИРИФТАНАШАВАНДАИ ПРОТЕЗИ ДАНДОН

**А.Р.Зарипов, Х.С.Шарипов, П.О.Аминов**

Кафедраи стоматологияи ортопедии (мудири кафедра н.и.т., дотсент Зарипов А.Р.)

МДТ «ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино»

**Муҳимият.** Комебии табобати ортопедии беморон бо истифодаи протезҳои кулрехташудаи фулузотию сафолотӣ, аксаран аз босамар устуворсозии онҳо дар дандонҳои таъҷаҳ, муайян мегардад. Устуворкунии боэътимоди протезҳо, барқарорсозии мукаммали функсияҳои талафёфтаи узвҳои тартиби чоғу дандонҳо, таносубҳои топографӣ ва функционалии онҳоро таъмин менамояд [1,3,5]. Таҳлили сабабҳои вайроншавии устувори протезҳои гирифтанишаванда нишон дод, ки фоизи сементфитӣ аз 0,4 – 2,2% то 20% тағир ёфта, вусъати қариеси дандонҳои таъҷаҳ аз 23 то 50% аз миқдори умумии оризаҳо мушоҳида мегардад [2,4].

Бо маълумоти як қатор муаллифон, фоизи вайроншавии бармаҳали устуворӣ баъди протезмонӣ дар ҳудуди аз 3,2 то 18,3% тағир меёбад ва аз мӯҳлати истифодаи онҳо вобаста аст [1,2]. Мувофиқи маълумотҳо [3,4,5] қабати тунуки семент, ки таҳти ғилофаки сунъӣ воқеъ аст мубталои шиддат на танҳо аз сарбории механикӣ, балки аз тағиребии ҳарорат мегардад.

**Мақсади тадқиқот.** Муайянкунии сабабҳои вайроншавии устувори протезҳои дандонии гирифтанишаванда.

**Мавод ва усули тадқиқот:** Муайянкунии клиникӣ сифати часпиши канорӣ сохтҳои

ортопедии гирифтанишавандаи сементкардашударо дар Маркази таълимӣ, илмӣ-клиникӣ «Стоматология»-и ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино дар 20 бемор (10 мард, 8 зан) аз синни 30 то 40 сола, дар 3 сол, музимни усули клиникӣ – ретраксионӣ бо истифодаи маводҳои дуқабатаи сахҷунанда муайян намудем. Дар марҳалаи якум бо зонд тадқиқ кардани маҳали гузариши «ғилофак - дандон» дар сатҳҳои дастраси ғилофаки сунъӣ гузаронида шуд. Агар дар натиҷаи бо зонд тадқиқ кардан, вайроншавии часпиши канорӣ ба қайд гирифта шавад (дармондани зонди стоматологии қач кардашуда дар сарҳади «ғилофак – дандон»), ба марҳалаи дуҷуми муоина шурӯъ намудем. Бо ин мақсад дар маҳали сохти ортопедии гирифтанишавандаи муоинашаванда, дар муддати 5 дақиқа ретраксияи милк бо ёрии нахи ретраксионӣ дар маҳлули хлориди алюминий тар кардашуда («Ultradent», Германия) гузаронида шуд. Баъд бо ёрии қабати базисии маводи дуқабатаи силиконӣ қолаб гирифта шуд. Қолаби гирифташударо бо нештар (скальпель) ислоҳ намудем: баровардани маводи қолабгирии боқимонда аз фосилаи байнидандонӣ, шаклдиҳии новачаҳои партовӣ. Дар маҳали дандонҳои тадқиқшаванда қолаб хеле кам ислоҳ карда шуд – та-



нҳо канорҳои борики маводи қолабгирӣ, ки ба дақиқ мавқеъгирии қолаб дар ковокии даҳон ҳалал мерасонанд, гирифта шуданд.

Усули зикргаштаи оmodасозии қолаб имкон дод, ки дар маҳали дандонҳои тадқиқшаванда фишори баландтарини (максималӣ) қабати дуоми маводи ислоҳкунанда, тартиб дода шавад. Омили асосие, ки самаранокии ин усулро таъмин мекунад, интихоби дурусти қабати ислоҳкунандаи маводи қолабгирии силиконӣ мебошад. Дар кори мазкур мо маводи қолабгирии силиконии ислоҳкунандаи «Zetaplus»-ро (Италия) истифода намудем. Баъди ислоҳи қолаб, ки бо қабати якуми маводи силиконӣ гирифта шуд, ба гирифтани қабати дуюм шурӯъ намудем. Барои гирифтани қабати дуюм нахи ретраксиониро аз чӯяки милк бароварда, онро бодикқат қоқ намудем, ки беамони-яи чорӣ шуда даромадан ва таксимоти маводи ислоҳкунандаро бо ёрии канюл дар новачаи милкӣ таъмин менамояд. Гузоштани қошуқи қолабгирӣ бо қабати дуоми мавод, бо фишори сабук то мавқеъгирии устувор дар қатори дандонҳо гузаронида шуд.

Дар натиҷаи қолабгирӣ, чуқурии нуқсон дар тартиби «ғилофак - дандон», ки аз канори ғилофаки сунъӣ то канори боқимондаи пардачаи сементи тул кашидааст, ошкор гардид. Дарозии бурриши нуқсони калонтарин, ки дар қолаб акс ёфтааст, чуқурии калонтарини вайроншавии часпиши канории сохтҳои гирифтанашиавандаи протезҳои дандонӣ мебошад.

Аз рӯи маълумотҳои қайдшуда тасдиқ кардан мумкин аст, ки ҳодисаи оризаҳо, ки ба дезинтеграцияи семент дар маҳали канории ғилофаки ортопедии дандонҳо ва вусъати чараёни кариесӣ дар ин маҳал алоқаманданд, кам нестанд ва он такмилдиҳии сифати часпиши канории протезҳои ортопедии гирифтанашиавандаи устуворшудаи ковокии даҳонро талаб мекунад.

**Натиҷаи тадқиқот ва баррасии он.** Барои шарҳи маълумотҳои ба дастомада, мо тартиби баллии баҳодихии зеринро пешниҳод намудем :

0 балл – вайроншавии часпиши канорӣ нест (ҳангоми бо зонд тадқиқ кардан сарҳа-

ди «ғилофак - дандон» муайян намешавад);

1 балл - зонди стоматологӣ дар тартиби «дандон - ғилофак» сарҳадро муайян мекунад, вале дарнамеонад;

2 балл – зонди стоматологӣ дар сарҳади «ғилофак - дандон» дармеонад;

3 балл – чуқурии вайроншавии часпиши канорӣ ташкил дод: то 1мм барои молярҳо, ашқҳо, резетсҳои чоғи боло; 0,7мм. – барои премолярҳо; 0,5мм. – барои резетсҳои чоғи поён.

Натиҷаҳои тадқиқоти сифати часпиши канории протезҳои дандонии гирифтанашиаванда чунин шаҳодат медиҳанд. Нишондоди шиддатнокии вайроншавии часпиши канорӣ ҳангоми истифодаи Фучи дар се соли тадқиқот ба 0 баробар буд, ки устувории баланди сементи номбурдаро ба дезинтеграцияи канорӣ, дар муҳити ковокии даҳон нишон медиҳад.

Дар се соли назорати серамал (динамикӣ) нишондоди шиддатнокии вайроншавии часпиши канорӣ, ҳангоми истифодаи «Фучи 1» ва «Семион Ф» ба сатҳи 0 баробар буд. Бо вучуди ин, пас аз се соли коршоямӣ танҳо як ғилофак (2% аз микдори умумии ғилофакҳои гузошташуда), ки бо сементи «Семион Ф» мустаҳкам карда шуда буд, аз 50 дандони тадқиқшуда, аломати вайроншавии часпиши канориро нишон дод. Шиддатнокии зиёдтарини вайроншавии часпиши канориро мо дар гуруҳи сементҳои синк – фосфатӣ (Адгезор, Унифас 2) ошкор намудем, ки ба маълумотҳои тадқиқотчиён (1,5) ҳангоми омӯзиши лаборатории эрозияи кислотагии сементҳои номбурда, мувофиқат мекунанд.

Зимнан, натиҷаҳои сементи синк – фосфатии «Адгезор», аз нишондоди семент аз ҳамин гуруҳ «Унифас 2» 2 маротиба зиёдтар мебошанд. Ҳамин тавр, агар шиддатнокии вайроншавии часпиши канорӣ ҳангоми маҳкамкунии 50 ғилофак бо истифодаи сементи «Адгезор», дар се соли назорат дар МТК «Стоматология», ба таври муносиб 7 (14,0%), 18 (36,0%), 34 (68,0%) ва 43 (86,0%) – ро ташкил дода бошад, ҳамин нишондод ҳангоми истифодаи «Унифас 2» дар давраи тадқиқот ба 4 (8,0%), 5 (10,0%), 11 (22,0%) ва



21 (42,0%) аз 50 ғилофаки тадқиқотшаванда, баробар буд. Чунин фарқият дар маълумотхоро мо ба он далел алоқаманд мекунем, ки ба равиши дезинтегратсияи семент дар ковокии даҳон, на танҳо ҳалшавандагӣ, балки устуворӣ ба фишурдан таъсир мерасонад. Бо хусусияти зикргардида, инчунин он далел алоқаманд аст, ки сementи «Унифас 2» хосияти ҳалшавандагии нисбатан баландро доро буда, илова ба ин, аз рӯи нишондодҳои шиддатнокии вайроншавии часпиши канорӣ, дар байни на танҳо сементҳои синк –

фосфатӣ, балки дар байни сементҳои поликарбоксилатӣ зиёдтар баромад.

**Хулоса.** Усули такмилдодашудаи муайянкунии часпиши канорӣ сохти гирифта-нашавандаи протезҳои дандонии маҳкам-кардашуда, ба духтур стоматолог имкон медиҳад, ки бевосита дар клиника назорати фаъол гузаронад, маълумотҳои ба дастомадаро дуруст баҳо диҳад ва сари вақт нисбати пешгирии зуд – зуд сementафтии ғилофаҳои сунӣ дандонҳо дар амалияи стоматологияи ортопедӣ, чораҳо андешад.

### АДАБИЁТ

1. Зарипов А.Р. Стоматологияи ортопедӣ. / Сабуров С.К., Одинаев И.С. // Китоби дарсӣ.- 2019. – 400 с.
2. Зарипов А.Р. Протезҳои металлокерамикии дандон. / Сабуров С.К. // Дастурамали таълимӣ-методӣ. -2019. – 50 с.
3. Ортопедическая стоматология (несъемное зубное протезирование) [Электронный ресурс] : учебник / О. Р. Курбанов, А. И. Абдурахманов, С. И. Абакаров - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015.- 456 с. -ISBN 978-5-9704-3294-5 - Режим доступа: <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970432945.html>
4. Основы *технологии* зубного протезирования: в 2 т. Т. 2 [Электронный ресурс] : учебник / Е.А. Брагин [и др.]; под ред. Э.С. Каливрадзияна - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 392 с. - ISBN 978-5-9704-3610-3 - Режим доступа: <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970436103.html>.
5. Емельянова Т.В. Клиническая оценка качества несъемных зубных протезов у пациентов пожилого и старческого возраста, обратившихся за стоматологической помощью в различные лечебные учреждения г. Москвы /Т.В. Емельянова, И.Ю.Лебедеико // Российский стоматологический журнал. -2013. - № 5. - С.23-26.

### ОПРЕДЕЛЕНИЕ КРАЕВОГО ПРИЛЕГАНИЯ НЕСЪЕМНОЙ КОНСТРУКЦИИ ЗУБНОГО ПРОТЕЗА

А.Р.Зарипов, Х.С.Шарипов, П.О.Аминов

Кафедра ортопедической стоматологии ГОУ «ТГМУ им.Абуали ибни Сино»

Успех ортопедического лечения больных с использованием цельнолитых металлокерамических протезов во многом определяется эффективным укреплением их на опорных зубах. Надежная фиксация протезов обеспечивает полноценное восстановление утраченных функций органов зубочелюстной системы, их топографических и функциональных взаимоотношений. Усовершенствованный способ определения краевого прилегания фиксированной несъемной

конструкции зубного протеза позволяет врачу-стоматологу проводить активное наблюдение непосредственно в клинике, достоверно оценивать полученные данные и своевременно принимать меры по профилактике частых расцементировок искусственных коронок зубов в практике ортопедической стоматологии.

**Ключевые слова:** зубной протез, несъемные конструкции, расцементировки искусственных коронок.



## DETERMINATION OF THE BORDER ADJUSTMENT OF A FIXED DENTAL PROSTHESIS STRUCTURE

A.R. Zaripov, Kh.S. Sharipov, P.O. Aminov

Department of Prosthetic Dentistry SEI "TSMU named after Abuali ibni Sino"

The success of orthopedic treatment of patients with the use of solid metal-ceramic prostheses is largely determined by their effective strengthening on the abutment teeth. Reliable fixation of prostheses provides a full-fledged restoration of the lost functions of the organs of the dentoalveolar system, their topographic and functional relationships. An improved method for determining the marginal

fit of a fixed non-removable denture structure allows the dentist to conduct active observation directly in the clinic, reliably evaluate the data obtained and take timely measures to prevent frequent decementation of artificial crowns of teeth in the practice of orthopedic dentistry.

**Key words:** denture, fixed structures, crown de-cementation.

*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*

*Sharipov Khurshed Saidzhonovich, Assistant of the Department of Prosthetic Dentistry, TSMU Abuali ibni Sino, tel. 770779777*

## ТИББИ ОИЛАВӢ

### ТАБОБАТИ ҒАЙРИМЕДИКАМЕНТОЗӢ ДАР РЕАБИЛИТИТСИЯИ БЕМОРОНЕ, КИ ИНФАРКТИ МИОКАРДРО ДАР ШАРОИТИ АМБУЛАТОРӢ АЗ САР ГУЗАРОНИДААНД

Кодирова Д.А., Ҳафиззода Ф.А., Аслизод Д.

Кафедраи тибби оилавии №1 (мудири кафедра д.и.т. профессор Қодирова Д.А.) –и  
МДТ «ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино».

**Муҳиммият.** Дар ҷаҳони имрӯза фавтият аз бемориҳои дилу рағҳо (БДР) яке аз ҷойҳои аввалинро ишғол мекунад [1,2,3,4,5]. Таҷрибаи ҷаҳонӣ (ТУТ) нишон медиҳад, ки кам шудани фавти аҳоли аз БДР дар натиҷаи амалӣ сохтани комплекси ҳамоҳанги ҷорабиниҳо ба даст оварда мешавад, ки дар самтҳои асосии он тақмили системаҳои ёрии тиббӣ, татбиқи барномаҳои самаранокии профилактикӣ ва баланд бардоштани огоҳонии аҳоли ба ҳисоб мераванд.

Тибқи маълумоти Агентии омории назди Президенти Ҷумҳурии Тоҷикистон дар кишвар соли 2018 ҳиссаи БДР дар сохтори сабабҳои фавт аз бемориҳои ғайрисироятӣ 182,1 ба 100 ҳазор нафар аҳолиро ташкил медиҳад. Миқдори умумии фавтидагон аз ин беморӣ дар як сол 16443 нафар аст. Ҳамчунин, тибқи маълумоти ин ҳуҷҷат, ҳамагӣ миқдори бори аввал маъҷуб эътирофшуда дар соли 2018 вай 7882 нафарро ташкил медиҳад, ки ба ҳиссаи системаи гардиши хун 516 нафар рост меояд.

Ба андешаи як қатор муаллифон, реабилитатсия- ин маҷмӯи ҷорабиниҳои тиббӣ, педагогӣ, касбӣ ва юридикӣ мебошад, ки ба барқароршавии солимӣ ва нафарони қобили қорӣ бо имкониятҳои маҳдуди ҷисмониву психикӣ дар натиҷаи бемориҳо ва садамаҳои аз сар гузаронидауда мебошад [1,3,4].

Қорқарди усулҳои самараноки табобат, аз ҷумла истифодаи табобати ғайримедикаментозӣ БДР дар марҳалаи то беморхонагӣ, дар муассисаи ёрии аввалияи тиббиву санитарӣ хеле муҳим ба ҳисоб меравад. Ин метавонад, ки ба суст шудани суръати рушди беморӣ, фавт ва маъҷубшавии беморони гирифтори ин беморӣ оварда расонад [2].

**Мақсади таҳқиқот.** Омӯхтани басомади истифодаи табобати ғайримедикаментозӣ

дар бемороне, ки инфаркти миокардро аз сар гузаронидаанд бо мақсади самаранокии реабилитатсияи шахсони мазкур дар шароити амбулаторӣ дар таҷрибаи амалии табии оилавӣ.

**Мавод ва усулҳои таҳқиқот.** Омӯзиши басомади таъйин қардани табобати ғайримедикаментозии бемороне, ки ИМ-ро аз сар гузаронидаанд, дар 60 нафар бемори синну соли аз 54 то 79 сола буд, ки аз онҳо 40 мард ва 20 зан дар МТШ № 2 ш. Душанбе буданд. Дар ҳамаи беморон бо назардошти шикоятҳо, анамнез, маълумотҳои усулҳои объективии таҳқиқот таҳқиқоти ҷиддии клиникӣ гузаронида шуд. Маълумотҳои пешниҳоднамудаи асноди тиббӣ, картаҳои амбулаторӣ, иқтибос аз таърихи беморӣ, ҳулосаи мутахассисон ва натиҷаҳои усулҳои махсуси таҳқиқот ба ҳисоб гирифта шуданд. Таъйин қардани ин усулҳои ғайримедикаментозии табобат таҳлил қарда шуд: кинезотерапия, варзиши шифой парҳезшифой, сӯзанрефлексотерапия, фитотерапия.

Барои қорқарди натиҷаҳои таҳқиқот баътаи омории Staticfor Windows 6.0 истифода қарда шуд. Дар таҳқиқот усулҳои омори вариатсионӣ ба қор бурда шуд: ҳисоб қардани арифметикии миёна ва ғалатҳои миёнаи ин бузургҳо. Аҳамияти омории фарқиятҳои тибқи  $t$ —критерияи Сдюдент баҳзорӣ қарда шуд. Фарқият аз ҷиҳати оморӣ муҳим хангоми  $Pd^{*}0,05$  ҳисобида шуд.

**Натиҷаҳои таҳқиқот ва баррасии онҳо.** Натиҷаҳои таҳқиқот нишон дод, ки хангоми табобати ИМ- аз сар гузаронидашуда дар шароити амбулаторӣ табобати медикаментозӣ барои 98,2% таъйин қарда шуд. Яқҷоя қардани табобати медикаментозӣ бо ғайримедикаментозӣ дар беморони ИМ-ро аз сар гузаронида дар 37%-и ҳолат буд.



Аз чумлаи он бемороне, ки ИМ-ро аз сар гузаронидаанду табобати ғайримедикаментозиро гирифтаанд, парҳезшифой 86%-ҳолатро ташкил дод. Якҷоя шудани парҳезшифой бо варзиши шифоиро дар 35,4%-и беморон истифода карданд. Фитотерапияро беморон дар 16%-и ҳолатҳо рефлексотерапияро ҳамагӣ 1,8% ҳолат истифода шуданд.

**Ҳамин тавр**, усулҳои табобати ғайримедикаментозӣ дар бемороне, ки ИМ-ро дар шароити амбулаторӣ гузаронидаанд, дар муқоиса дар ҳолатҳои хурд (37%) буд, нисбат ба табобати медикаментозӣ (98,2%) буд. Маълум аст, ки усулҳои ғайримедикаментозии табобат барои паст шудани фишори шарёни, кам шудани массаи бадан, кам шудани талабот ба воситаҳои антигипертензивӣ ва антиангиналӣ ва пурқувват кардани самаранокии онҳо мусоидат мекунанд. Бо назардошти он, ки табобати ғайримедикаментозии беморони ИМ-ро аз сар гузаронида бояд дар реабилитатсияи комплексӣ дар шароити амбулаторӣ, дар фаъолияти амалии табиби оилавӣ, кардиологҳо ва терапевтҳо ба таври васеъ истифода карда шавад.

**Чамъбаст.** Табобати ғайримедикаментозӣ дар бемороне, ки ИМ-ро дар шароити амбулаторӣ гузаронидаанд, ба қадри нокифоя истифода мешавад. Самаранокии иқтисодии табобати ғайритиббӣ, таъсири хуби онҳо ба чараёни ИБС ва ба чараёни реби-

литатсияи беморони ИМ-ро аз сар гузаронидашуда дар шароити амбулаторӣ ба таври васеъ истифода намудан мувофиқи мақсад аст.

**Хулоса.** Омӯзиши басомади таъйин кардани табобати ғайримедикаментозӣ барои бемороне, ки ИМ-ро аз сар гузаронидаанд, дар 60 бемори синну соли 54-79-сола гузаронида шуд, ки аз онҳо 40 нафар зан ва 20 нафар мард буд, ки дар МТШ №2 ш. Душанбе бистарӣ буданд. Чунин усулҳои табобати ғайримедикаментозӣ, ки таъйин карда шуда буданд, таҳлил карда шуданд: кинезотерапия (варзиши шифой), парҳезшифой, сӯзанрефлексотерапия, фитотерапия. Натиҷаҳои ба даст овардашуда нишон доданд, ки хангоми табобати беморони ИМ-ро аз сар гузаронида дар шароити амбулаторӣ, табобати медикаментозӣ дар 98,2%-и ҳолатҳо таъйин карда шуда буд. Якҷоя кардани табобати ғайримедикаментозӣ бо табобати медикаментозӣ дар беморони ИМ-ро аз сар гузаронида дар 37%-и ҳолатҳо ба назар расид. Табобати ғайримедикаментозӣ дар беморони ИМ-ро дар шароити амбулаторӣ аз сар гузаронида нокифоя истифода мешавад. Самаранокии иқтисодии табобати ғайримедикаментозиро, таъсири хуби онро ба чараёни БИД ва ба протсессии реабилитатсияи беморони ИМ-ро аз сар гузаронида ба ҳисоб гирифта, ба таври васеъ истифода кардани ин усули табобат дар шароити амбулаторӣ мувофиқи мақсад аст.

## АДАБИЁТ

1. Влияние различных программ физической реабилитации на приверженность к выполнению тренировок / С. А. Помешкина, В. А. Беззубова, О. Л. Барбараш // Российский национальный конгресс кардиологов (с международным участием) «Новые технологии в практику здравоохранения»: материалы конгресса. – М., 2018. – С. 1052.
2. Кодирова Д.А. Тибби оилави. Нашри 2., Душанбе, 2019.- 357с.  
Оценка доступности и качества медицинской реабилитации в Кемеровской области / Г.Н. Царик, Т.Н. Корбанова, О.Е. Абросова и др. // Политравма. 2017. № 3. – С. 55-63. (0,54 п.л., автора – 0,35 п.л.)  
Царик Г.Н. Организация системы восстановительного лечения / Г.Н. Царик, Т.Н. Корбанова//Монография. – Кемерово: ИнСЭПЗ, 2014. – 124 с.(7,44 п.л., автора – 6,35 п.л.).
3. Impact of different exercise – based cardiac rehabilitation programs on exercise adherence / S. Pomeshkina, V. Bezzubova, O. Barbarash // EuroPrevent: materials of scientific conference. – Ljubljana (Slovenia), 2018. – P. 184.





## НЕМЕДИКАМЕНТОЗНАЯ ТЕРАПИЯ В РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ ПЕРЕНЕСШИХ ИНФАРКТ МИОКАРДА АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ

Кодирова Д.А., Хафиззода Ф.А., Аслизод Д.

Кафедра семейной медицины №1 (зав. кафедрой д.м.н. профессор Кодирова Д.А.)  
ГОО «ТГМУ имени Абуали ибн Сино».

В данной статье рассматривается проблема немедикаментозной терапии у пациентов перенесших инфаркта миокарда в амбулаторных условиях, которая используется по сравнению с медикаментозной терапией в малых количествах случаев. Было проанализировано назначение следующих немедикаментозных методов лечения, а именно: кинезотерапия, лечебная

физическая культура (ЛФК), диетотерапия, иглорефлексотерапия, фитотерапия. В работе применялись методы вариационной статистики: вычисление среднеарифметической и средней ошибки данной величины.

**Ключевые слова:** немедикаментозная терапия, инфаркт миокарда, реабилитация, амбулаторные условия.

## NON-MEDICINAL THERAPY IN REHABILITATION OF PATIENTS HAVE PASSED MYOCARDIAL INFARCTION AMBULATORY CONDITIONS

Kodirova D.A., Hafizzoda F.A., Aslizod D.

Department of Family Medicine No. 1 (Head of the Department, Doctor of Medical Sciences, Professor D.A. Kodirova) GOU "TSMU named after Abuali ibn Sino".

This article discusses the problems of non-drug therapy in patients with myocardial infarction on an outpatient basis, which is used in comparison with drug therapy in small numbers of cases. The appointment of the following non-drug methods of treatment was analyzed, namely: kinesiotherapy, exercise

therapy (exercise therapy), diet therapy, acupuncture, herbal medicine. Methods of variation statistics were used in the work: calculation of the arithmetic mean and mean error of a given value.

**Key words:** non-drug therapy, myocardial infarction, rehabilitation, outpatient conditions.



## ТРАВМАТОЛОГИЯ

### НАТИЧАҲОИ ТАБОБАТИ ЭНДОПРОТЕЗКУНОНИИ БУҒУМИ КОСУ РОН ҲАНГОМИ БАРОМАДАГИИ МОДАРЗОДИ РОН

Шарипов М.А., Қурбонов С.Х., Мирзобеков Қ.С., Дустов Х.С.

Кафедраи травматология, ортопедия ва ҚҲС-и МДТ «ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино», Душанбе, Тоҷикистон

**Мубрамият.** Ҳангоми баромадагии модарзодии рон дар калонсолон усули асосии табобат айни замон эндопротезкунонии буғуми косу рон махсуб меёбад, ки имкон медиҳад бемор аз лангидан, синдроми дард ва кӯтоҳшавии андом раҳо ёфта, ҳамчунин ҳаҷми ҳаракат ва қобилияти таъҷиб кардан ба андомро барқарор созад [1-2]. Ҳангоми ин амалиёт баъди анҷомдиҳии остеотомияи кӯтоҳкунанда истифодаи пояҳои бесеманти истифода карда мешавад. Интиҳоби мазкур ба синну соли ҷавони беморон ва хоҳиши пешгирӣ аз расидани сементи устухон ба байни қисмҳои остеотомия кардаи рон вобаста мебошад [3]. Аммо дар ашхоси солхӯрда бе ин ҳамравандҳои регенератсия паст буда, хавфи ноустувории пояи имплант баланд аст. Барои эндопротезкунонии сементи бо остеотомияи кӯтоҳкунанда муҳим аст, ки хавфи ворид шудани семент ба байни шикастапораҳои рон пешгирӣ карда, устухонпарда то ҳадди имкон нигоҳ дошта шавад. Ҳангоми усули сементи устуворкунӣ роҳ ёфтани семент ба канали рон миқдори хучайраҳои мағзи устухонро коҳиш медиҳад ва иқтидори регенеративии эндоэпители кам мекунад [4]. Ба афзалиятҳои назарраси усули сементи устуворкунӣ метавон муътадили ибтидоиро нисбат дод, ки дар ҳол пас аз полимеризатсияи семент рух дода, ба табдилёбии пораҳо ба қисми ягона, истифодаи бомуваффақияти унсурҳои бесеманти модули мусоидат мекунад. Аммо мушоҳида гаштааст, ки дар сурати бад будани сифати бофтаҳои устухонӣ ва гардани кӯтоҳ буридашуда истифодаи усули сементи устуворкунӣ бехтар мебошад [5]. Муваффақияти эндопротезкунонии буғуми косу ронҳо ба гайр аз ҷарроҳии баланддараҷа, боз ба табобати физиофункционали бо мақсади барқ-

ароршавии функсияи андомҳо вобастагӣ дорад [6].

Бо таъҷиб ба гуфтаҳои боло, ба ақидаи мо, истифодаи эндопротезкунонии бесеманти буғуми косу рон дар беморон бо баромадагии модарзоди рон мувофиқан барои беморони ҷавон ва солхӯрда интиҳоби нисбатан дуруст буда, аксар вақт натиҷаи мусбат медиҳад.

**Ҳадафи тадқиқот.** Гузаронидани арзёбии натиҷаи навъҳои эндопротезкунонии буғуми косу рон дар беморони бо баромадагии модарзоди рон.

**Мавод ва усулҳои тадқиқот.** Натиҷаҳои эндопротезкунонии буғуми косу рон дар беморон бо баромадагии модарзоди рон дар 44 бемори ҷавон ва солхӯрдаи синни аз 15 то 65-сола, ки дар шуъбаи ортопедияи МД НМЧ ҚТ «Шифобахш» дар давраи аз соли 2015 то 2020 дар табобати ҷарроҳӣ қарор доштанд, мавриди таҳлил қарор гирифтанд. Беморон шартан ба ду гурӯҳ ҷудо карда шуданд: гурӯҳи 1 – 24 (54,5%) бемори сини ҷавон, ки ба онҳо эндопротезкунонии бесеманти гузаронда шуд; гурӯҳи 2 – 20 (45,5%) бемори солхӯрда, ки ба онҳо эндопротезкунонии сементи буғум гузаронда шуд. Натиҷаҳо аз рӯи ҷадвали Харрис арзёбӣ шуданд. Муқоисаҳо бо маълумоти ибтидоӣ, яъне то ҷарроҳӣ гузаронда мешуданд.

**Ҷарроҳӣ бо усули Paavilainen.** Дар шароити асептики бо беҳискунии умуми эндотрахеали буриши паст аз қисми берунаи мавқеи буғуми косу рони чап, дар ҳаҷми 12 см гузаронида шуд. Қабат бо қабат бофтаҳо кунд ва тез кушода мавқеи мадвари калон кушода шуд. Сипас пардаи буғум т-шакл бурида артротомия гузаронида шуд. Бо ёрии остеотом остеотомия аз қисмати 1/3-и болои устухони рон гузаронида, сипас аз

қисми гарданак остеотомия гузаронида сараку гарданаки рон ба пурраги гирифта шуданд. Бо ример ҳуқа тоза карда ҷои хуқкаи сунъи сохта шуд хуқкаи сунъии мустаҳкам карда шуд. Инчунин ба канали усту-

хон ҷои пояи эндопротез озод намуда пояи имплант мустаҳкам карда шуд, сараки он дар ҳуқа бартараф карда шуд. Баъдан қисмати проксимали устухони ҷудокарда ба болои устухони рон васл намуда бо 1- мурувват ва симҳои тантали мустаҳкам гардонида шуд. Ҷои ҷарроҳӣ шуста карда гемостаз, гузоштанги найчаи обиаткаш гузаронида шуда захм қабат қабат духта шуд.



Натиҷаҳои ба даст омада бо ёрии омори тафриқӣ, вариатсионӣ (А.И.Ойвин 1966) бо ҳисоб кардани  $M \pm m$  ва бо муайян кардани нишондодҳои аҳамияти омории тафовутҳо (t) коркард шуданд. Агар эҳтимолияти хатогии имконпазир (P), ки мувофиқи ҷадвали Стюдент муайян карда мешуд, аз 0,05 кам бошад, фарқ бо эътимод маҳсуб меёфт.

Муайян намудани дардманди бо шкаллаи ВАШ

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10					
Дард нест	Дарди суст	Дарди кунд	Дарди шадид	Дарди ниҳоят шадид	Дарди тоқатнопазир
0	1-3	4-6	7-9	10	

Дард нест аз ҳад зиёд дард

**Натиҷаҳои тадқиқот ва баррасии онҳо.** Ҳангоми таҳлили натиҷаҳои эндопротезкунонии бугуми косу рон баъди ҷарроҳӣ дар мавриди беморони ҷавон ва солхӯрда бо баромадагии модарзодии рон фарқ дар таъсири мусбат ва манфӣ дар ҳарду гурӯҳ ошкор гардид. Дар рафти таҳлили натиҷаҳои ҷарроҳӣ дар гурӯҳи 1 ин гунна оқибатҳо муайян карда шуданд: ноутоворӣ – 2,8%, зинда мондани унсурҳои ронӣ 97,2%, баҳодихӣ мувофиқи ҷадвали Харрис  $89 \pm 6,1$  дар муқобили  $27 \pm 3,2$  то ҷарроҳиро ташкил дод.

Ҳангоми таҳлили натиҷаҳои ҷарроҳӣ дар гурӯҳи 2 оқибатҳои зерин муайян гардид: ночаспонӣ – 4,2%, зинда мондани унсурҳои ронӣ 94,1%, баҳодихӣ мувофиқи ҷадвали

Харрис  $83 \pm 3,3$  дар муқобили  $28 \pm 4,2$  то ҷарроҳиро ташкил дод, ки сифати зиндагии беморон баланд гардид.

Натиҷаҳои мусбати эндопротезкунонии бесеманти бугуми косу рон дар беморони сини ҷавон бо баромадагии модарзодии рон ба он асос меёбад, ки дар онҳо консолидацияи унсури ронӣ ба таври назаррас беҳтар мегузарад ва қобилияти регенеративии организми ҷавон хеле баланд аст.

Натиҷаи таҳлили ВАШ нишон дод, ки то амалиёт ҳангоми ҷарроҳии тотали агар  $8,9 \pm 0,6$  бошад баъди ҷарроҳии  $3,1 \pm 0,8$  ва дар амалиёти эндопротезкунонии семанти бошад то амалиёт  $9,6 \pm 0,4$  ва баъди аз он  $4,8 \pm 0,3$ -ро ташкил дод.

То табобат		Баъди табобат	
тотали	семанти	тотали	семанти
$8,9 \pm 0,6$	$9,6 \pm 0,4$	$3,1 \pm 0,8$	$4,8 \pm 0,3$

Таҳлили натиҷаҳои визуали-аналогии миқёси (шкала) дарди нишондод, ки дард аз ҷиҳати статикӣ паст шудааст. Нишондиҳан-

даи назаррас вобастаги дорад ба вақти барқарорсозӣ. Муҳимтарин нишондиҳандаҳо дар 6 моҳи авали пас аз ҷарроҳии мушоҳида



карда шуданд. Ин кохиш ёфтани дараҷаи алоими дарди ва сихатшавии беморон пас аз гузаронидани амалиёти чарроҳи эндопротезкунии тотали бугуми косу ронҳо ба назар мерасад.

Аз сабабе ки дар беморони солхӯрда хавфи начаспидан бо сабабҳои синну соли калон аст, аз ҷониби мо нисбати онҳо эндопротезкунии сементии бугуми косу рон истифода шуд, зеро устуворшавии эътимодбахш дарҳол пас аз полимеритзатсияи семент қайд гардида, ба устуворшавии биологӣ мусоидат мекунад.

Натиҷаҳои овардаи мо ба маълумоти муаллифони дигар мувофиқат мекунад.

**Хулоса.** Усули эндопротезкунии бидуни сементи бугуми косу рон дар беморони ҷавон бо баромадагии модарзоди рон устуворшавии эътимодбахшро таъмин мекунад ва имкон медиҳад оризаҳои марбут ба эндопротезкунии сементии бугуми косу рон пешгирӣ шаванд.

Эндопротезкунии сементии бугуми косу рон дар беморони солхӯрда бо баромадагии модарзоди рон барои устуворшавии ибтидоии бо эътимод ва тавонбахшии барвақтӣ шароит фароҳам меорад.

### АДАБИЁТ

1. Сафаров Д.М. Результаты тотального эндопротезирования тазобедренного сустава при врожденном вывихе бедра. Вестник Авиценны. 2017;4:524-527.
2. Артыков К.П., Сафаров Д.М. Состояние антиоксидантной системы до и после реконструктивного эндопротезирования тазобедренного сустава при врожденном вывихе бедра. Вестник Авиценны. 2016;3:14-7.
3. Абельцев В.П., Крымзлов В.Г., Переярченко П.В., Коволёв А.И., Бекетова И.В., Змиева С.В. Восстановительное лечение после эндопротезирования тазобедренного сустава при диспластическом коксартрозе. Кремлёвская медицина. Клинический вестник. 2012;2:61-5.
4. Тряпичников А.С., Камшилов Б.В., Чегуров О.К., Зайцев О.П., Ермаков А.М. Некоторые аспекты эндопротезирования тазобедренного сустава с подвзвельной укорочивающей остеотомией при врожденном вывихе бедра (обзор литературы). Травматология и ортопедия России. 2019;25(1):165-176. DOI:10.21823/2311-2905-2019-25-1-165-176.
5. Чегуров О.К., Нифтуллаев Э.Г. Лечение больной с врожденным вывихом бедра методом реконструктивного эндопротезирования. Гений ортопедии. 2013;3:82-4.
6. Неверов В.А. Отдаленные результаты эндопротезирования тазобедренного сустава / В.А. Неверов, С.Х. Курбанов, С.К. Серб // Вестник хирургии им. И.И. Грекова, 2011. Т. 170 №3 стр.96-100

### РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЕ ТАЗОБЕДРЕННОГО СУСТАВА ПРИ ВРОЖДЕННОМ ВЫВИХЕ БЕДРА

Шарипов М.А., Курбанов С.Х., Мирзобеков К.С., Дустов Х.С.

Кафедра травматологии, ортопедии и ВПХ-и ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибн Сино», Душанбе, Таджикистан

При врожденном вывихе бедра у взрослых основным методом лечения является оперативное вмешательство эндопротезирование тазобедренного сустава который улучшает биомеханика сустава создает условия для нормальной ходьбы, снимает болевой синдром и устраняет укорочение конечности. Многие ортопеды предпочитают после укорочивающие остеотомии без-

цементное фиксации эндопротеза ножки. У пациента старшего возраста кроме того, что у них снижено иммунная система еще имеется сопутствующие заболевание которые не удается произвести тотальное эндопротезирование тазобедренного сустава.

**Ключевые слова:** Врожденный вывих бедра, эндопротезирование тазобедренного сустава.



## HIP ENDOPROSTHESIS TREATMENT RESULTS FOR CONGTNITAL HIP DISLOCASION

**Sharipov M.A., Qurbonov S.Kh., Mirzobekov Q.S., Dustov Kh.S.**

Department of traumatology , orthopaedics and military surgery of the SEI « Avicenna Tajik State Medical Univetsity» Dushanbe , Tajikistan

In congenital hip dislocasion in adults, the main method of treatment is surgery- hip endoprosthesis, which improves the biomechanics of the joint, creates conditions for normal walking, relieves pain syndrome and eliminates limb shortening. Many orthopedists prefer, after a shortening

osteotomy, a cement-free fixation of the endoprosthesis of the leg. Patient with a reduced immune system and with accompanied diseases will not be allowed to carry out total hip endoprosthetics.

**Keywords:** congenital dislocation of thigh, hip prosthetics.

*Шарипов Мирзо Абдуллоевич – к.м.н., доцент кафедры травматология, ортопедия и ВПХ ГОУ Таджикского государственного медицинского университета им.Абуали ибни Сино, тел(+992) 935055003*

*Sharipov Mirzo Abdulloevich – c.m.s. associate professor deoportment of orthopedic trauma and military surgery of Avicenna Tajik State Medical University. Tel.num: (+992) 935055003*



## ФАРМАКОЛОГИЯ

### ХУСУСИЯТИ ГИПОЛИПИДИМИКЦИИ МАВОДИ КОМПЛЕКСИИ ФЕРАЗОН ВА РАВҒАНҲОИ ЭФИРИ ХАНГОМИ ГИПЕРЛИПИДЕМИЯИ ТВИНИ ДАР КАЛЛАМУШҲОИ САФЕД.

Х.А.Ғаниев.

ОМИТ, МДТ “ ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино, Пажӯҳишгоҳи давлатии ғизои Вазорати саноат ва технологияи нави Ҷумҳурии Тоҷикистон

**Муҳимият.** Беморҳои синдроми метоболитикӣ, аз он ҷумла, беморҳои чигар системаи гепатобилиарӣ, гиперлипидемия ва диабет қанд навъи II дар замони ҳозира, яке аз мушкilotи тибби муосир ба ҳисоб меравад (1).

Маълум аст, ки вайроншавии мубодилаи липидҳо дислипидемия ё гиперлипидемия омилҳои пешбарандаи рушди атеросклероз, сетатози чигар ва як қатор беморҳои дилу рағҳои хунгард ки дар натиҷаи зухуроти гиперхолестеринемия ва тағйирёбии рағҳои атерогенни ба амал меояд. Муайян карда шудааст, ки ин зухурот дар натиҷаи номувозанагии липопротеидҳо, аз ҷумла зиёдшавии холестерин, триглицеридҳо, липопротеидҳои зичиашон паст, липопротеидҳои зичиашон ниҳоят паст ва коҳишёбии консентрасияи холестерин дар липопротеидҳо рух медиҳад. Самаронокӣ ва механизми таъсири *lus-golu-tern* дар модели гиперлипидемияи твини (твин-80) ба вучуд оварда шудааст (2). Дар айни замон барои табобати атеросклероз ва вайроншавии мубодилаи липидҳо маводҳои доруғии ватанӣ ва хоричӣ истифода бурда мешавад, аз ҷумла гуруҳи статинҳо, сорбилҳо, безалип, холестеринамин, клофибрат. Муайян карда шудааст, ки маводи доруғии номбаршуда ба меъдаю рӯдаҳо, чигар мусбӣ таъсири мерасонад. Дар айни замон онҳоро барои табобати атеросклероз ва дислипидимия, истифода мебаранд. Муайян карда шудааст, ки статинҳо дар баробари ҳосияти дислипидимияшон, ангиогенро ба танзим дароварда ҳолати функционалии эндотеларо беҳтар менамояд. Хусусияти реологии хунро беҳтар намуда, агрегацияи тромбоцитҳоро паст менамояд. Таъсири зидди илтилтиҳобӣ, антиоксидантӣ дошта, гирехҳои атеросклерозиро ба танзим мебарорад (4). Бо вучуди самаронокии баланд доштани статинҳо, тибқи тадиқотҳои гузаро-

нидашуда маълум гашт, ки истифодаи дарозмуддати он метавонад таъсири манфӣ расонад, аз ҷумла гепатотоксикӣ, нефротоксикӣ. Бо зиёд шудани меъёри он дар организм, зухуроти миопатия, рабдомилоз ва кам шудани холестерол дар миоситҳо дида мешавад (5).

Аз ин лиҳоз, коркард ва омӯзиши моддаҳои фаъоли биологӣ таркиби гиёҳҳои шифобахш бартариятҳои гуногун, аз ҷумла, дорои хусусиятҳои гипополипидикӣ, гипохолестерини доранд, ҷои асосиро тероноидҳо, ки растаниҳои равғандор мебошанд, ишғол меkunанд. Тадқиқотҳои эксперименталӣ аз он далолат меkunанд (5-6). Муайян карда шудааст, ки терпеноидҳо дорӣ хусусиятҳои гиподислипидимикӣ, антибактериалӣ, зиддиилтиҳобӣ, спазмолитикӣ ва антиоксидантӣ мебошад.

Аз ин лиҳоз, мо дар нақша гирифтём, ки таъсири комплекси маводҳоро (феразон) дар муқоиса бо олиметин аторвастатин мавриди омӯзиш қарор дода, тавассути гузаронидани тадиқотҳои озмоишӣ хусусияти гипополипидемии онҳоро муайян намоем.

Вобаста ба ҷустуҷуи маводҳои нави гипополипидимикӣ дар байни растаниҳои доруғии алоҳида, равғанҳои атрӣ ва истифодаи маводҳои комплекси муҳим мебошанд.

**Мақсади тадиқот.** Омӯзиши таъсири гипополипидемии маводҳои комплекси феразон, феразон + липовитол, феразон + лимонеол, феразон + карвиол, феразон + олиметин, аторвастатин, аторвастатин + липовитол дар калламушҳои сафед.

**Мавод ва усулҳои тадиқот.** Омӯзиш дар 72 калламуши безоти сафед, вазнашон 180-220гр гузаронда шуд. Нигоҳдориҳои ҳайвонот мувофиқи қоидаҳо, вобаста ба талаботи тоқлиникӣ аз руи ГОСТ 51000,3 ва 51000,4 ва талаботҳои дастури байналмилалӣ конвенсия Аврупой оид ба ҳимояи ҳайвонотҳои сутун-

мухратор, ки дар тадқиқот истифода мешаванд, роҳандозӣ карда шудааст. Ҳайвонҳои омӯзишӣ ва назоратӣ дар муҳити ҳарорати стандартӣ бо таъмини рӯшноии табиӣ ба дастзании озод бо об ва хӯрок нигоҳ дошта шуданд. Дар мақолаи мазкур якчанд усулҳои биохимиявӣ, аз ҷумла холестерини умумӣ бо усули Илка бо истифодаи маҷмӯи маводҳои озмошӣ аз ширкати Витал, липопротеидҳои зичиашон баланд бо усули энзиметикӣ Бурштено-Самаю (1999), липопротеидҳои зичиашон паст усули ферментативӣ (Камишиков 1976), триглицеридҳои Зилверсвит ва Девис (1986), усули калориметриометрӣ, туршшавии липидҳо дар хун бо усули спектофотометрии Гаврилов (1983). Ҳангоми таҷриба мо ҳайвонотро ба 9-гурӯҳ ҷудо намудем. Ҳар як гурӯҳ аз 9 калламуш иборат буд. 1. Гурӯҳи муқоисавӣ (9); 2. Гурӯҳи назоратӣ (9); 3. Феразон 0,5+Твин 80(220мг); 4. Феразон +липовитол

(0,5+9,02) + Твин-80 (220мг); 5. Феразон +лимоненол +Твин 220мг; 6. Феразон+Карвиол(0,5+0,02)+Твин80(220мг); 7. Феразон + олиметин (0,5+0,02) +Твин 80(220 мг). 8. Аторвастатин-0,02+Твин-80 (220мг); 9. Аторвастатин+липовитол(0,02+0,020)+Твин80(220мг).

**Натиҷаҳо ва баррасии онҳо.** Муайян карда шуд, ки дар раванди сохтани модели гиперлипидемии твини (80) вайроншавии мубодилаи липидҳо аз ҷумла, липидҳои зичиашон паст, липидҳои зичиаш ниҳоят паст, триглицеридҳо, фосфолипидҳо ва вайроншави ва оксидшавии перикиси липидҳо ва каталаза ба назар мерасад. Ғайр аз ин ҳангоми истифодаи модели гиперлипидемӣ фаъолшавии нишондодҳои ферментҳои ҷигар АЛТ, АСТ ва гадуи зерӣ меъда дида мешавад. Натиҷаҳои ба даст омадаи якмоҳа нишон дод, ки ҳангоми таъсири твин бо меъёри 80 – 230 мг дар дохили шикам амалӣ карда шуд.

**Ҷадвали 1.- Таъсири комплекси феразон ва равангҳои эфири ба нишондодҳои липидҳо ва липопероксидасия.**

	Нишондодҳо.				
	ХУ-ммол/л	ТГ-ммол/л	липидҳои умумӣ г/л	В-липипротеинҳо Ед/л	МДА
Гуруҳи муқоисавӣ.	1,96±0,01	1,7±0,5	7,8±1,3	13,8± 0,66	3,0±0,06
Твин-80 230 мг 1маротиба дохили ковокии шикам.					
Назоратӣ.	4,3±0,3 119,3	3,24±0,02 90,5	13,2 ± 1,1 69,2	31,8±0,65 130,4	5,98±0,01 99,3
Феразон-0,5	2,4±0,03 -44,1	2,7±0,02 -16,6	9,6±0,8 -27,2	17,2±0,45 -46	3,4±0,06 -43,1
Феразон+Липовитол (0,5+0,02)	2,35±0,02 -45,3	2,5±0,02 -23	8,5±0,56 -35,6	11,5±0,32 -63,8	3,1±0,03 -48,1
Феразон +лимоненол (0,5+0,02)	2,4±0,03 -44,1	2,6±0,03 -19,7	8,9±0,48 -32,5	12,6±0,26 -60,3	3,4±0,04 -43,1
Феразон +Карвиол (0,5+0,02)	2,3±0,03 -46,5	2,55±0,3 -21,2	8,6±0,6 -34,8	12,0±0,6 -62,2	3,2±0,4 -46,4
Феразон+Олиметин (0,5+0,02)	2,5±0,02 -41,8	2,7±0,3 -16,6	8,7±0,45 -34	13,2±0,55 -58,4	3,5±0,3 -43,1
Аторвастатин-0,02	2,4±0,02 -44,1	2,65±0,3 -18,2	8,8±0,5 -33,3	12,3±0,38 -61,3	3,4±0,3 -41,4
Аторвастатин+Липовитол (0,02+0,02)	2,12±0,02 -50,6	2,58±0,3 -20,3	8,5±0,32 -35,6	10,5±0,8 -67	3,2±0,3 -46,4

Дар натиҷаи тадқиқоти як моҳи таҷрибавӣ нишон дод, ки дар модели “Твин” ҳангоми як маротиба ворид намудани он ба ковокии шикам мубодилаи липидҳо дар организми ҳайвоноти тадқиқотӣ дигаргун мешаванд.

Натиҷаҳои ба дастомада нишон медиҳанд, ки ҳангоми таъсири комплекси маводҳои Феразон 0,5 миқдори холестерин 44,1%, Феразон + липовитол 0,5+ 0,02 45,3%,

Феразон+ лимоненол 0,05+0,2 44,1%, Феразон+ карвиол 46,5%, Феразон+ олиметин 41,8% ва маводи Аторвастатин 0,02 44,1% холестерини хунро кам мекунад, лекин миқдори холестерини хун аз гурӯҳи назоратӣ нисбат ба муқоисавӣ 119,3% зиёд мешавад.

Кам шудани миқдори триглицеридҳо дар ин гурӯҳи таҷрибавӣ аз 16,6 то 23,3% -и онҳо мушоҳида шуд.



Маводи аторвастатин 18,2%, аторвастатин + липовитол 20,3% миқдори триглитсеридхоро дар хуни калламушони таҷрибавӣ кам шудааст.

Аз рӯи натиҷаҳои ба дастамада липидҳои умумӣ аз 30,2 то 36,4% кам шудани

онҳо мушоҳида шудаанд. Дар муқоиса бо гурӯҳи назоратӣ липопротеидҳои зичиашон баланд, липопротеидҳои зичиашон паст ва липопротеидҳои зичиашон ниҳоят паст дар чадвали 2 оварда шудааст.

**Чадвали 2.- Хусусияти гиполипидемики комплекси феразон ва равганҳои эфири хангоми гиперлипидемиаи твини дар калламушҳои сафед.**

	Нишондодҳо.			
	ЛПЗБ-ммол/л	ЛПЗП-ммол/л	ЛПЗНП-ммол/л	КА
Гурӯҳи муқоисавӣ.	1,5±0,01	0,800±0,001	0,340±0,003	0,306±0,004
<b>Твин-80 -230 мг дохили ковокии шикам 1 маротиба</b>				
Назоратӣ.	0,93±0,001 -38	4,05±0,1 400	0,680±0,001 100	3,623±0,6 9,5 Ҷара
Феразон-0,5	1,66±0,04 78,4	1,28±0,2 68,3	0,540±0,003 -20,5	0,445±0,008 -87,7
Феразон+Липовитол (0,5+0,02)	1,86±0,03 100	0,990±0,004 -75,5	0,500±0,001 -26,4	0,263±0,003 15 Ҷара
Феразон + лимонеол (0,5+0,02)	1,7±0,2 82,7	1,22±0,12 -70	0,520±0,008 -23,5	0,411±0,001 8 Ҷара
Феразон + Карвиол (0,5+0,02)	1,75±0,3 88,1	1,1±0,03 -72,8	0,550±0,006 -19,1	0,314±0,002 10,5 Ҷара
Феразон+Олиметин (0,5+0,02)	1,63±0,08 75,2	1,41±0,01 -65,1	0,540±0,007 -20,5	0,533±0,004 6,5 Ҷара
Аторвастатин-0,02	1,66±0,08 78,4	1,27±0,015 -68,6	0,530±0,005 -22,0	0,445±0,001 8,2 Ҷара
Аторвастатин+Липовитол (0,02+0,02)	1,76±0,08 89,2	0,876±0,001 -78,3	0,516±0,003 -24,1	0,204±0,001 15 Ҷара

Чӣ тавре ки аз чадвали 2 дидем, миқдори ЛПЗБ дар муқоиса бо гурӯҳҳои контролӣ аз 78,2 то 89,2% миқдори он зиёд шудааст. ЛПЗП бошад нисбат ба гурӯҳи назорати миқдори он аз 65,1 то 78,3% кам шудааст.

Дар раванди таҷрибаи якмоҳа мо инчунин миқдори диалдегиди малоний ва каталазаро муайян кардем. Натиҷаҳо нишон доданд, ки хангоми гиперлипидемиа дар организми ҳайвонҳои таҷрибавӣ миқдори туршшавии липидҳо дар хун зиёд шуда, хангоми таъсири комплексӣ маводҳои таҳқиқшаванда дар муқоиса бо маводи маълум

аторвастатин тақрибан нишондодҳои якхела доранд.

**Хулоса.** Аз натиҷаи ба дастамада маълум гашт, ки маводҳои комплекси Феразон 0,5 Феразон + липовитол 0,5+ 0,02, Феразон + лимонеол, Феразон + карвиол, Феразон + олиметин дар муқоиса бо маводи маълуми Аторвастатин, хосияти баланди гиполипидемикӣ, гиполипидӣ истифода бурда шаванд.

Натиҷаи тадқиқотҳои биохимиявӣ хун нишон дод, ки дар муддати 1 моҳи таҷрибаи маводҳои комплексӣ хосияти паст намудани мубодилаи липидҳоро дорад.

**АДАБИЁТ**

1. Азонов Д.А., 1995, Холов А.Х., Шарипов Х.С., 2010, Никалаевский В.В., 2000 Машарина Т.А. 200-9. Антиоксидантным, противовоспалительным, сплазмолотическим свойствам эфирных масел
2. Азонов Д.А и соавт. Гиполипидемические свойства эфирных масел-Душанбе. Истеътод-2015-С3-6.
3. Верин В.К. 1971: Азонов Д. А. 2011. Скуратов А.Г. 2012. Bigoniua P.A. 2009.
4. Гепатология (под ред. Н.А Буна, Н.Р Колледма, Б.Р. Уолкера, Пер С англ.-М Ред Элсивер. 2009-192с-6 Шифф Ю.Р Я Введения в гепатологию Ю.Р Шифф, М. Ф Соррел, У.С Мэддрей. Пер С англ. И ГЭОТАР-Медиа 2011 704с





5. Противовосполительные, противовирусные, антимикробные, иммуномодуляторы; мембраностабилизирующие и антиоксидантные препараты. (Аюшиева С. Ц. 2003; Буверов А.О, 2001; Вегеровский 2002; Саратиков 2003; Азонов 2011).
6. Строев Ю.И. Классические и современные представления о метаболическом синдроме. / Вестник Санкт-Петербургского Университета. -2007. Вып.4С 3-13.
7. Ходко С.В, Макарова М.Н-2016. Механизмы тагсири lus-golu-tern дар модели гиперлипидемии твин(Твин-80).

## ГИПОЛИПИДЕМИЧЕСКИЕ СВОЙСТВА КОМПЛЕКСНОГО СРЕДСТВА ФЕРАЗОН И ЭФИРНЫЕ МАСЛА ПРИ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОМ ТВИНОВОМ ГИПЕРЛИПИДЕМИИ НА БЕЛЫХ КРЫСАХ

Х.А. Ганиев

(ЦНИЛ-ТГМУ имени Абуали ибни Сино, ГНИИ питания Министерство промышленности и новых технологий Республики Таджикистан)

Авторами было изучено гиполипидемические свойства комплексного введения феразона и эфирных масел на фоне ТВИН-ового гиперлипидемии на белых крысах. Полученные результаты свидетельствуют о том, что комплексное введение феразона(мг) (0,5), феразон+липовитола (0,5+0,02), феразон лимоненла(0,5+0,02), феразон+карвиола(0,5+0,02), феразон+олиметина(0,5+0,02) в сравнение с Аторвастатин(0,02) и Аторвастатин+Липовитол (0,02+0,02) обладают

выраженными гиполипидемическими свойствами. Полученные результаты свидетельствуют о том, что месячное введение испытуемых средств оказывают выраженную гиполипидемическую и гипохолестеринемическую свойствами и эффективность превосходят аналогичные свойства препаратов сравнения.

**Ключевые слова:** Гиперлипидемия, гиполипидемия, гиперхолестерин, феразон, твин, лимонен, олиметин, аторвастатин.

## HYPOLIPIDEMIC PROPERTIES OF PHERAZONE COMPLEX AGENT AND ESSENTIAL OILS IN EXPERIMENTAL TWEEN HYPERLIPIDEMIA IN WHITE RATS

Kh.A. GANIEV

(Central Scientific Research Laboratory – Avicenna Tajik state medical university, SRIT of Ministry of industry and new technologies of the Republic of Tajikistan)

The authors studied the hypolipidemic properties of the complex administration of ferazone and essential oils against the background of TWIN hyperlipidemia in white rats. The results indicate that the introduction of ferazone (mg) (0.5), and ferazone+lipovital (0.5+0.02), ferazone of limonene (0.5+0.02), ferazone+Carviola (0.5+0.02), ferazone+olimetin (0.5+0.02) compared with Atorvastatin (0.02) and Atorvastatin+Lipovital

(0.02+0.02) have strong lipid-lowering properties. The results obtained indicate that the monthly administration of the tested drugs has pronounced hypolipidemic and hypocholesterolemic properties and the effectiveness exceeds the analogical properties of the comparison drugs.

**Key words:** Hyperlipidemia, hypolipidemia, hypercholesterin, ferazone, twin, limonene, olimetin, atorvastatin.

*Х.А. Ганиев – директор, ЦНИЛ-ТГМУ имени Абуали ибни Сино, г. Душанбе, Республика Таджикистан, к.б.н. доцент. Tel: +992 933668813, E-mail hurshed. g a. @mail.ru.*

*Kh.A. Ganiev – Director of Central Scientific Research Laboratory – Avicenna Tajik state medical university, Candidate of Biological Sciences, associate professor. Tel: +992 933668813, E-mail hurshed. g a. @mail.ru.*



## ҚАРРОҲӢ

### НИШОНДОДҲО БАРОИ ТАБОБАТИ ҚАРРОҲӢИ ВАРИКОСЕЛЕ ДАР НАВРАСОН

Артиков К.П.<sup>1</sup>, Юлдашев М.А.<sup>2</sup>, Садуллоев Б.Ф.<sup>1</sup>, Хван И.Н.<sup>1</sup>

1.Кафедраи бемориҳои қарроҳии № 2 МДТ «ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино».

2.Кафедраи қарроҳии МДТ «Донишгоҳи миллии Тоҷикистон»

**Муҳиммият.** Варикоселе васеъшавии патологияи системаи варидии варидбофти пампиноформ аст, ки хояҳоро дренаж мекунад. Чунин ҳисоб мекунад, ки паҳншавии варикоселе дар популятсияи наврасӣ дар 10-15%-и ҳолатҳо ба мушоҳида мерасад, миқдори асосии он ба синну соли аз 11-солагӣ то 19-солагӣ рост меояд [1,2,3,4].

Дар Ассотсиатсияи Аврупоии урологҳо (EAU) оид ба бенаслии мардҳо масъалаҳои варикоселе дар наврасон ва алоқамандии онҳо бо оқибатҳои бороварӣ (наслронӣ) ба таври мухтасар баррасӣ шудааст [5]. Таҳқиқотҳо оид ба варикоселе дар популятсияи педиатрӣ ва наврасон маҳдуд мебошанд, сатҳи исботи вобаста аз табобат ва осебҳои афзоишбанди хояҳо дар ин популятсия паст аст. Метатаҳлили ба наздикӣ гузаронидашуда (соли 2017) оид ба табобати варикоселе дар наврасон ва кӯдакон нишон дод, ки дар адабиётҳои муосиргуногунфаҳмиҳои зиёд ба назар мерасад ва дар он таҷрибаҳои рандомизированные ва назоратшаванда вучуд надоранд [6,7].

Тавсияҳои охири (соли 2019) Кумитаи репродуктивии Америкоиро (ASRM) ба инобат гирифта, мо барои наврасони дорои варикосели яктарафа ва дутарафа барқарорсозии қарроҳиро пешниҳод [8]. Агар андозаи варикосели хояҳо якхела бошад, муоинаи мунтазамо ҳамасола зарур мебошад. Исбот карда шудааст, ки ҳангоми барвақт ошкор кардан ва қарроҳӣ намудани варикоселе на танҳо андозаи хояҳо, балки нишондодҳои спермограмма низ барқарор карда мешаванд [9].

Муқаррар карда шудааст, ки варикоселе дар наврасон аксар вақтҳо сабаби вайрон шудани функсияи хояҳо мегардад. Барои дақиқ кардани меъёри хатари талафоти репродуктивӣ мушаххас кардани тактикаи табобат дар наврасони дорои дараҷаҳои во-

зеҳиашон гуногуни варикоселе ба кор бурда шуд. Таҳлили муқоисавии усулҳои табобати варикоселе гузаронида шуд. Муқаррар карда шуд, ки хатари талафоти репродуктивӣ ҳангоми варикосели дараҷаи III баланд мешавад [10,11]. Варикоселе дар 35% -и мардҳои дорои бенаслии аввалия ва 70-81%-и мардҳои бенаслии дуюмӣ аз ҷумлаи ҳамаи популятсия мардҳо ба қайд гирифта мешавад [12,13]. Дар наврасон ҳангоми варикоселеи дараҷаи III дар 46,5 % асимметрияи хояҳо аз ҳисоби гипотрофияи хояи чап пайдо шудааст. Пас аз варикоселэктомии дар ин кӯдакон беҳтаршавии инкишоф дар 30,4 % ба назар расид, дар 41,3 % опешравии протесси патологӣ мушоҳида шуд [14].

Таҳлили варикоселе, интиҳоби тактикаи табобат ва муоинаи динамикии наврасон аз калонсолон фарқ мекунад. Барои муайян кардани тактикаи табобати варикоселе дар наврасон ҷустуҷӯи фаъоли сабабҳои осеби хоя пешниҳод карда мешавад. Дар ин маврид мониторинги функсияи репродуктивии наврасон дар динамика зарур ба шумор меравад. Ҳангоми варикоселе сушт шудани бороварӣ на танҳо бинобар зухуроти клиникӣ, балки бинобар осебҳои хроматин ва ДНК низ ба амал меоянд [15].

Ба он нигоҳ накарда, ки нишондиҳандаҳои асосии варикоселэктомия дар наврасон гипотрофияи хояҳо ва дард мебошанд, муқаррар карда шуд, ки сифати нутфа (сперма) бидуни хурд шудани ҳаҷми хояҳо низ бад шуда метавонад. Гипотезае пешниҳод гардид, ки варикоселэктомия миқдори умумии ҳаракатнокии нутфоро ҳангоми патоспермия дар наврасон ва ҷавонон беҳтар месозад. Барои ҳамин ҳам наврасони гирифтори варикоселе бояд баъд аз пайдо шудани Tanner V аз таҳлили нутфа гузаранд [16].

Дар якҷанд даҳсолаи охир бештари таҳқиқотҳо, ки ба омӯзиши патофизиологияи



варикоселе бахшида шудаанд, диққати худро ба омӯхтани гардиши хуни хояҳо нигаронида буданд. Допплерографияи ранга воситаи асосии стандартии ташхисии баҳогузорӣ ба варикоселе мебошад. Маъмулан, ташхиси варикоселе аз ҷиҳати клиникӣ ҳангоми таҳқиқоти физикалии дорои танҳо 70%-и махсусият ва аз доплерографияи ранга тасдиқ кардашуда (ҳассосият 97% ва аз доплерографияи ранга тасдиқ кардашуда 94%) гузошта мешавад. Ин восита вазнинии варикоселе ё регургитатсияро ҳангоми варикоселе низ баҳогузорӣ мекунад, кутри варидӣ, мавҷуд будан ё набудани рефлюкси хун ва дигар параметрҳои ба он вобастаро нишон медиҳад [29, 30, 146, 159, 110].

Системаи таснифии ба наздикӣ пешниҳод кардашуда, ки дар асоси баҳогузорӣ кардани суръат ё давомнокии регургитатсия ҳангоми варикоселе аснои маневри Валсалва бунёд шудааст, ба коррелятсияи байни зухуроти муайянкардашуда ва статуси клиникӣ, ҳамчунин чараёни беморӣ диққати бештар медиҳад [17]. Муаллифон суръати максималии регургитатсияро аснои маневри Валсалва ва фарқияти кутрҳои варидӣ дар ҳолати оромӣ ва маневри Валсалва баҳогузорӣ мекунад. Суръати аз 38 см/с баланди регургитатсия аснои маневри Валсалва ва фарқияти кутри варидҳо дар бофти пампиношакл дар байни оромӣ ва маневри Валсалва  $>20\%$  аз хатари хеле баланди таваккуфи рушди хоя дар беморони чавон гувоҳӣ медиҳад. Мувофиқи назари як гурӯҳ муҳаққиқон табобати чарроҳии ин гурӯҳи беморонро барвақттар шуруъ кардан зарур аст, то ин ки гипотрофияи хояҳо пешгири карда шавад. Бемороне, ки суръати регургитатсияи онҳо ҳангоми маневри Валсалва камтар аз 38 см / с ва фарқияти кутри варид дар бофти пампиношакл дар байни оромӣ ва маневри Валсалва  $<20\%$  аст, таваккуфи назарраси рушди хоя ё атрофияи хоя дар муоинаи минбаъда ба назар нарасид.

Табобати чарроҳӣ маъмулан дар беморони фарқияти андозаи хояҳояшон  $> 20\%$  анҷом дода мешавад; барои беморони дигар муоинаи ҳамасолаи андоза ва параметрҳои нутфа тавсия карда мешавад [18].

Дастрасии васеъ ба ТУС муҳим будани дигар усулҳои визуализатсия, баҳогузорӣ ба варикоселе, термография ва тибби радиатсиониро кам мекунад. Термография имконият медиҳад, ки варикоселе бо роҳи муайян кардани гипертермияи минтақавӣ дар сатҳи варидбофти пампиношакл ё хоя ошкор карда шавад [19]. Чунин меҳисобанд, ки ҳарорат дар варидбофти пампиношакл  $>34^\circ\text{C}$  ва ҳарорат дар хояҳо  $> 32^\circ\text{C}$  ба будани варикоселе гувоҳӣ медиҳад, фарқияти ҳарорат  $>0,5^\circ\text{C}$  байни тарафҳои рост ва чапи хоядон низ ҳамин гуна аст. Таҳқиқот бинобар махсусияти кам доштани маҳдуд аст, зеро илтиҳоби хоядон ва номияҳо метавонанд, ки баландшавии маҳдуди ҳароратро ба бор оранд [20]. Стсинтиграфия имконият медиҳад, ки варикоселе муайян ва гемодинамикаи васкуляризатсияи шарёнӣ ва варидии хоядон баҳогузорӣ карда шавад [21]. Ба ҳар ҳол, омилҳои зиёде мавҷуданд, ки садди роҳи истифодаи стандартии ташхиси варикоселе мешаванд. Онҳо, масалан, зарурати тазриқи дохиливаридии радиоизотопҳо пас, табиати инвазивии онро дар муқоиса аз ТУС, методологияи гетерогении таҳқиқотҳои нашршударо, иртиботи наҷандон возеҳи дуршавӣ, ки ибтидои стисинтиграфия ошкор карда шудааст ва натиҷаи табобат, ҳамчунин дастрасии нисбатан камро дар бар мегиранд.

То имрӯз танҳо як кори нашршуда буд, ки дар бораи имкониятҳои томографияи компютерӣ дар ташхиси динамики варидбофти пампиношакл маълумот додааст [23]. Таҳқиқот бо истифода аз КТ-ангиография нақши тағйироти системаи варидии пасифоқӣ, монанди вариди ретроаорталии чапи гурдахоро дар этиопатогенези варикоселе тасдиқ кардааст [24]. Гарчанде истифодаи маъмулии ТК барои баҳогузорӣ ба беморони дорои варикоселе нишондод надорад, дар ҳолати пайдо шудани шубҳаи клиникӣ муайян карда шудааст, ки варикоселе зухуроти омоси фазои пасифоқӣ мебошад [25].

Ангиографияи магнитӣ-резонансӣ алтернативаи диққатҷалбкунандаи ТК ҳангоми баҳогузорӣ ба фазои пасифоқӣ мебошад ва имконият медиҳад, ки варикоселе визуа-



лизатсия карда шавад. Набудани нурафкани ионизатсионӣ ва имконияти гузаронидани тест дар беморони дорои зиддинишондод ба истифодаи моддаҳои иондори контрастӣ бартари ин усул ба ҳисоб мераванд [26].

Дар хусуси сифати нутфаи беморони гирифтори варикоселеро бад кардани маҷрои хуни аномалии ҳояҳо гипотеза мавҷуд аст. Натиҷаҳо кореллятсияи назарраси манфии байни ҳаракатнокии пешравандаи сперматозоидҳо ва шохиси резистентнокии маҷрои хуни дохилипаренхиматозии шарёниро ( $p < 0,05$ ) нишон доданд. Ин метавонад, ки ба аномалияҳои гуногуни ба варикоселе алоқаманд, монанди сусти шудани синтези тестостерон ва сперматогенез оварда расонад. Ғайр аз ин, ин таҳқиқот нишон дод, ки ҳаракатнокии сперматозоидҳо ҳангоми баланд шудани суръати максималии маҷрои хун, суръати маҷрои хуни базалӣ ва қутри вариди пампиношакл кам мешавад [86, 161, 144].

Бештари вақтҳо таҳлили муқоисавии усулҳои ҷарроҳии табобати варикоселе, бо фарогирии ҷарроҳии кушодаи қадкашак (Иванисевич), баланди пасисифоқӣ (Паломо), субингиналӣ, баланди қадкашак, микроҷарроҳӣ ва лапароскопӣ иҷро карда мешавад. Ҳангоми ҷарроҳии нишондиҳандаи баландтарини муваффақият (100%) ва усули Паломо (93%) ба қайд гирифта шуд, дар муқобили нишондиҳандаи техникаи субингиналӣ (88%). Аммо сатҳи нисбатан баландтари гидроселе ҳангоми техникаи лапароскопии ҷарроҳӣ ба мушоҳида расид, пас аз ҷарроҳӣ 32% -и беморон осеб دیدанд. Ба қор бурдани усули микроҷарроҳӣ ба нишондодҳои муваффақият таъсир нарасониданд, аммо пайдо шудани гидроселе 0% ҷой дошт. Яке аз ҳолатҳо аз 16 ҳолати атрофияи ҳояҳо дар гурӯҳи микроҷарроҳӣ ба амал омад. Ошкор карда шуд, ки микроҷарроҳии субвагиналӣ ва варикоселэктомияи баланди қадкашак аз нуқтаи назари калоншавии ҳояҳо нишондиҳандаҳои яхела доранд (мутаносибан 70% и 78%). Дастарсии васеъ вақти кам сарф шуда барои ҷарроҳиро фароҳам сохт, миқдори ками варидаҳо ҷудо карда шуданд ва қутри шарёни нутфавӣ калон-

тар буд, ки ин идентификатсия ва нигоҳдориро осон гардонид [37, 60]. Пурсиши соли 2012 нишон дод, ки 2016 танҳо 13%-и урологҳои соҳаи педиатрӣ дар фаъолияти худ таҳлили нутфаро ба қор мебаранд, нисфи онҳо ҳангоми баррасӣ намудани чамъоварии нутфа аз бемор худро каме нороҳат ҳис мекунанд. Беморон ва волидайнӣ онҳо низ пурсида шуданд, онҳо низ аз нороҳатии худ оид ба идея гирифтани намунаи нутфа (сперма), аз ҷумла бинобар ками дониш нороҳатишонро изҳор доштанд [100]. Ин ташвишвар аст, зеро таҳқиқот нишон дод, ки мавҷудияти варикоселе метавонад, ки ба параметрҳои нутфа дар ин популятсия таъсир расонад. Наанс бо ҳаммуаллифон (соли 1991) дар беморони 17-20-солаи гирифтори варикосели тарафи чап ва гипотрофияи ипсилатералӣ дар заминаи камҳаракатии бетағйир ва морфологияи сперматозоидҳо кам шудани миқдори умумии сперматозоидҳо ба қайд гирифтанд [27]. Christman M.S. бо ҳаммуаллифон (соли 2013) дар фарқият аз маълумотҳои қаблӣ (соли 2007) муқаррар карданд, ки дар наврасони (Tanner V дар 14–20 солаҳо) фарқияти андозаи ҳоя  $> 10\%$  концентратсияи хеле пасти сперматозоидҳо ва миқдори зиёди сперматозоидҳои ҳаракаткунанда ба мушоҳида расид. Ин таъсир ҳангоми  $> 20\%$  будани фарқияти андозаи ҳоя бештар буд. Тақрибан 60%-и писарҳо Tanner V с  $> 20\%$  асимметрияи ҳаҷми ҳояҳо дорои миқдори умумии ҳаракат буданд  $< 10$  миллион [28].

Ба ақидаи баъзе муҳаққиқон, илман исбот карда нашудааст, ки варикоселе ба функсияи ҳоя таъсир мерасонад ё не. Аммо таҳқиқотҳои сершумор ба он ишора мекунанд, ки пас аз табобати ҷарроҳии варикоселе сифати нутфа бештар мешавад [29], барои ҳамин ҳам бо мақсади пешгӯии байнифизикӣ (interphysiality), муҳлати табобати наврасонро муайян кардан зарур аст.

Андозаи умумии ҳоя омили пешгӯйикунии миқдори умумии сперматозоидҳои ҳаракаткунанда дар наврасон мебошад. Ба ҳар ҳол, як таҳқиқот нишон дод, ки на синну сол, на фарқияти андозаи ҳояҳо наметавонанд, ки андозаи нутфа (сперма), спермато-



зоидҳо, ҳаракатнокии сперматозоидҳо ё микдори умумии ҳаракатнокиро дар наврасон муайян кунанд. Нишон дода шуда буд, ки андозаи хояҳо пас аз барқарорсозӣ тавассути ҷарроҳӣ беҳтар мешавад [30]. Дар иттилои дигар оварда шудааст, ки барқарорсозии варикоселе дар беморони синну соли 15-19-солаи дорои варикосели дараҷаҳои II ё III таваккуфи рушди хояро ба вучуд оварда, дар 12 моҳи пас аз ҷарроҳӣ ба рушди босуръат оварда расонид [31].

Ба андешаи Коган М.И. бо ҳаммуаллифон (соли 2009) таҳқиқотҳои гузаронидашуда нишон доданд, ки дар ҳама ҳолатҳо, вақте ки шохиси атрофияи хояҳо камтар аз >8% буд, дар ҳамаи наврасони гирифтори варикоселе патоспермия ба назар расид [32].

Таботати варикоселе дар популятсияи педиатрӣ ва наврасӣ баҳснок боқӣ мемонад. Т.Н. Lee бо ҳаммуаллифон с соавт (соли 2016), дар байни 70 уролог-педиатрҳо аз хусуси нишондодҳои варикоселэктомия дар байни наврасон пурсиш гузарониданд. Муаллифон иттилоъ доданд, ки нишондиҳандаи нисбатан муҳимтар барои варикоселэктомия хурд шудани андозаи хояи ипсилатералӣ (78%), дарди хоя/хоядон (11%) ва дараҷаи варикоселе (11%) ба ҳисоб мераванд. Бештар усулҳои субингвиналии микроҷарроҳӣ (51%), анъанавии қадкашак (24%) ва лапароскопӣ (14%) истифода шудаанд [33].

Таҳқиқоти профили гормоналӣ ҳангоми таботати варикоселе ҳам дар наврасон ва ҳам дар калонсолони ҷинси мард муфид мебошанд. Ҳангоми варикоселе сатҳи нисбатан баланди зардобии гормони фолликулостимулятсионӣ (FSH) ва гормони лютеинизатсионӣ (LH) бо сатҳи нисбатан пастии ингибини В муқаррар карда шуд. Ғайр аз ин, муайян карда шуд, ки сатҳи ингибини В паст буд, аммо гормонҳои дигар (LH, ФСГ, тестостерон) дар ҳолати меъёр қарор доштанд, коррелятсия бо параметрҳои сперма набуд. Дар айни замон оид ба истифодаи нишондиҳандаҳои лаборатории профили гормоналӣ ҳангоми таҳқиқоти ин популятсия нуқтаи назари ягона вучуд надорад [34].

Фаъолнокии тактикаи ҷарроҳӣ дар синну соли наврасӣ аз он сабаб руҳ медиҳад, ки

дар кӯдакони то 14-сола пас аз варикоселэктомия ҳаҷми тестикулярӣ бо дараҷаи хуб барқарор мешавад [35].

Таҳқиқоте ки соли 2014 дар ИМА гузаронида шуд, нишон дод, ки варикоселэктомия бештар дар вақти хурд шудани андозаи хояи ипсилатералӣ (96%), дарди хояҳо (79%) ва тағйироти параметрҳои таҳлили сперма (39%) гузаронида мешавад. Муносибати бештар дучоршавандаи ҷарроҳӣ нисбат ба варикоселэктомия дар ин таҳқиқот лапароскопӣ (38%), микроҷарроҳии субингвиналӣ (28%), қадкашакӣ (14%) ва пасисифокӣ (13%) буданд. Ин таҳқиқотҳо мавҷуд набудани фикру ақидаи ягона дар байни урологҳои кӯдакон нисбат ба ташхис, муҳоҷибат ва ҷарроҳии варикоселеро дар кӯдакон ва наврасон нишон медиҳад. Ғайр аз ин, ин ин дараҷаи якхела набудан ба коркарди принсипҳои роҳбарикунандаи стандартӣ дар ин гурӯҳи беморон маҳдуд мешавад [36].

Яке аз нишондодҳо барои таботати ҷарроҳии варикоселе хурд кардани ҳаҷми хоя дар тарафи осебдида мебошад, зеро пас аз ҷарроҳӣ ва калон шудани наврас ассиметрияи тестикулярӣ кам ва ё баробар мешавад. Баъзе муҳаққиқон тасдиқ мекунанд, ки ҳатто ҳангоми аз 20% баланд будани шохиси атрофия дар наврасон дар давоми се сол муоина кардани онҳо зарур аст, зеро тақрибан дар 70% кам шудани фарқияти ҳаҷми хояҳо ба амал меояд [37].

Таботати ҷарроҳии варикосел бо мақсади пешгирӣ дар наврасон ба он сабаб иҷро карда мешавад, ки ҳангоми варикосел дар 20-40%-и мардҳои интерфизикӣ ва нишондиҳандаҳои сифатии нутфа хеле паст шудааст варикоцеле с профилактической целью у подростков обусловлено тем, что при варикоцеле у 20-40% мужчин развивается инфертильность и качественные показатели спермы значительно занижены по сравнению здоровыми. Это положение обосновано рекомендациями ВОЗ [38].

Ба наздикӣ (соли 2019) бо мақсади исбот кардани самаранокии варикоселэктомия шарҳи систематикӣ метаанализи таботати варикосел дар кӯдакон ва наврасон гузаронида шуд. Таботати варикосел андозаи



хояро беҳтар ва концентратсияи умумии сперматозоидҳоро дар мукоиса аз муоина зиёд кард. Аммо натиҷаҳои дурр, аз ҷумла падарӣ ва фертилият, то ҳанӯз номаълум боқӣ мондаанд [39].

Муқаррар карда шудааст, ки ҳангоми варикосел ассиметрияи тестикулярӣ андоза дар давраи пубертӣ нисбатан возеҳтар аст. Дар кӯдакони дорои дараҷаҳои IV-V-и инкишоф тибқи Таннер, эҳтимоли ошкор намудани ассиметрияи тестикулярӣ ҳангоми варикосел дар мукоиса аз дараҷаҳои I-III баланд аст [40].

Дар робита аз ин, ассиметрияи тестикулярӣ ҳангоми варикосел нишондиҳандаи муҳими интиҳоб кардани беморон барои табобати ҷарроҳӣ мебошад. Аммо таҳқиқотҳои сершумор онро ба сифати меъёри ягона истифода кардан тавсия намекунанд. Дар кӯдакон ва наврасон ассиметрияи тестикулярӣ ба қадри кофӣ боэҳтимоли нест, зеро дар протсессии инкишоф имконияти баробар кардани андоза ва шохиси атрофияи тестикулярӣ шояд аҳамият надошта бошад. Ҳамаи ин сабаи дар наврасон ҷустуҷӯ кардани усулҳои нисбатан махсус мешаванд, ки тавонанд возеҳии осеби хояҳоро ҳангоми варикосел ошкор созанд [41].

Минбаъд муайян карда шуд, ки шохиси атрофияи хоя 15% ва суръати ниҳии гардиши баръаксии хун, дар варидаи дохилии нутфавӣ зиёда аз 38 м/с -ро ташкил дода, мушоҳидаи минбаъда номатлуб аст [42]. Инчунин муайян карда шуд, ки пас аз варикоселэктомия суръати ниҳии гардиши баръаксии хун зиёда аз 20 см / с буда, пас эҳтимолияти нигоҳ доштани ассиметрияи андозаи хоя ва инкишофибозгаштани беморӣ баланд аст [43].

Waalkeset a1. Ҳангоми таҳлили равишҳои муносири тактики табобати ҷарроҳии варикоселе дар наврасон, тасдиқдоранд, ки нишондодҳои ҷарроҳӣ, гипотрофияи тестикулярӣ 20% ё бештар мебошад. Агар дар ин ҳолат суръати ниҳии гардиши баръаксии хун 38 см / с ва зиёдтар аз он бошад, пас нишондодҳои ҷарроҳӣ мутлақанд ва мушоҳидаи динамикӣ талаб карда намешавад. Ҳангоми ассиметрияи тестикулаҳо аз 20%

камтар ва суръати ниҳии гардиши баръаксии хун камтар аз 30 см / с будан, дар давоми сол, мушоҳидаи динамикӣ лозим аст. Ҳангоми бад шудани ин нишондодҳо, гузаронидани варикоселэктомия зарур аст [44].

Ҳамин тариқ, ҳангоми пурсиши 74 духтурони урологи кӯдакони таҷрибаомӯз, 49%-и пурсидашудагон дар наврасони гирифтори варикотселе аз ТУС скрутум истифода карданд, ки ҳаҷми тестикулярӣ дар 38% муайян карда шудааст. Аз се як ҳиссаи посухгӯяндагон фавран пас аз ошкор кардани ассиметрияи тестикулярӣ, нишондодҳо барои варикотселектомия гузоштан. Дар 57% беморон таҳлили нутфа нагузаронида шуда буд. Ин маълумотҳо тафовути назарраси байни таҳқиқоти илмӣ ҷамъшуда ва равиши амалии ӯ дар табобати наврасони дорои варикотселеро нишон медиҳад [45].

Бо вучуди ин, пас аз табобати ҷарроҳии варикотселе, сифати мании инзолшуда (эякулят) ба таври назаррас беҳтар мегардад, ки ин ба ҳомиладорӣ оварда мерасонад. Ҳамин тариқ, яке аз метатаҳлилҳои нишон медиҳад, ки азоспермия дар 5-10% мардони дорои варикотселе муайян карда мешавад ва пас аз табобати ҷарроҳӣ бошад, дар 21-55%-и ҳолатҳо сперматозоидҳо дар ҳолати инзол пайдо мешаванд [46].

Бояд қайд кард, ки таҳқиқотҳои сершумор дар ин масъала парокандаанд ва ҳатто таҳқиқоти тасодуфӣ маъруф оид ба иртиботи варикотселе бо безуретӣ, наметавонанд самаранокии усулҳои ҷарроҳии табобати безуретиро исбот кунанд. Аз ин рӯ, эҳтимолияти таъсири мусбии варикоселектомия дар бороварӣ аён аст, аммо исбот нашудааст [47].

Варикотселектомияи микроҷарроҳӣ дар наврасон сатҳи падариро ба таври назаррас афзоиш дод ва вақти то бордоршавиро, пас аз ҷарроҳӣ кӯтоҳ кард. Дар беморони гирифтори варикотселе, ки аз табобати микроҷарроҳӣ гузаштаанд, параметрҳои нутфавӣ афзоиш ёфт ва эҳтимолияти падарӣ нисбат ба гурӯҳи назоратие, ки варикотселектомияро нагузашта буданд зиёдтар буд. Инро сатҳи падарӣ 77,3% дар гурӯҳи вари-



котселэктомияи микрочарроҳӣ ва 48,4% дар гурӯҳи назоратӣ тасдиқ кард, ки ин фарқи-яти хеле назаррасро нишон дод ( $p < 0.005$ ). Вақти миёнаи бордоршавӣ дар гурӯҳи ва-рикоtselэктомияи микрочарроҳӣ ( $11.18 \pm 6.5$  моҳ) нисбат ба гурӯҳи назоратӣ ( $16.85 \pm 6.9$  моҳ,  $p < 0.005$ ) кӯтоҳтар буд. Афзоиши концентратсия ва ҳаракатнокии нутфа дар гурӯҳи баъдичарроҳӣ дар муқоиса бо гурӯҳи назоратӣ (43.4% ва 46.7%,  $p < 0.05$ ) ба таври назаррас баландтар (53,8% ва 62,2%) буд [48].

Умуман дар аҳолии кӯдакон сатҳи васеи такрори варикоцеле (0-18%) ва ташаккули гидротселеи баъдичарроҳӣ (0-29%) мушоҳида мешавад. Суръати табобати такрорӣ пас аз 1-5 соли эмболизатсияи кушод, лапароскопӣ ва зерипӯстӣ 1,5%, 3,4% ва 9,9%-ро, суръати гидротселе мутаносибан 4,9%, 8,1% ва 5% -ро ташкил доданд. Сатҳи баланди ташаккули гидротселе дар беморони ниҳоят хурдсол мушоҳида карда шуд. Гарчанде ки фарқиятҳо байни сатҳи табобати такрорӣ ва ташаккули гидротселе байни гурӯҳҳои табобати кушод ва лапароскопӣ ба таври назаррас фарқ намекарданд, тамоюли афзоиши басомади когортаи лапароскопӣ ба назар мерасид. Мушкилоти асосии баъдичарроҳии техникаи Паломо, ки аксар вақт дар беморони наврас истифода мешаванд, ташаккули гидротселе мебошад, ки дар 29% беморон рух медиҳад, ки 20% -и онҳо гидроселэктомияро талаб мекунанд [49].

Мутаассифона, урологҳои кӯдакон нисбат ба андрологҳо усули микрочарроҳиро камтар истифода мебаранд, аз сабаби таҷрибаи маҳдуд ва нигарониҳо дар атрофияи интраселярии хояи пас аз варикоtselэктомия, ки падидаи кам ба назар расида, вале харобиовар мебошад. Nagel M. ва ҳамкоро-наш нақшаҳои интихоби амалияи дастрасии чарроҳӣ барои варикоtselэктомия дар наврасонро аз соли 2003 то 2012 омӯхтанд ва

муайян карданд, ки усули микрочарроҳӣ танҳо дар 2% варикоtselэктомияҳои кушод ба қайд гирифта шудааст [50].

**Хулоса**, табобати чарроҳии варикоцеле дар наврасон проблемаи мураккаб буда, аммо ҳалнашуда боқӣ мемонад. Ин пеш аз ҳама ба омӯзиши нокифояи этиопатогенез ва ихтилоли гардиши хун ҳангоми варикоцеле вобаста аст. Хурд шудани андозаи хоя ҳангоми варикоцеле зухуроти хеле маъмул аст, аммо ин бо мурури замон худ аз худ нопадид мешавад, гарчанде дар сеяки наврасон он афзоиш меёбад ва метавонад дар оянда сабаби безуретӣ гардад. Патоспермия дар наврасони гирифтори варикоцеле метавонад бидуни гипотрофияи хоя бошад. Дар чунин ҳолатҳо, дард дар сатҳи хоядон, дараҷаи варикоцеле ва патоспермия нишондоди амалиёти чарроҳӣ мебошанд. Гарчанде баъзе муҳаққиқон чунин мешуморанд, ки ин пешгӯии варикоtselэктомия нест. Аз ин рӯ, дар ин ҳолатҳо, онҳо мушоҳидаи динамикии то сесоларо барои наврасон пешниҳод мекунанд. Аммо, бисёр тарафдорони табобати чарроҳии варикоцеле дар наврасон бо ин розӣ нестанд.

Интихоби намуди табобати чарроҳии варикоцеле дар наврасон низ баҳсноқ аст. Бо сабаби усулҳои гуногуни табобати чарроҳии варикоцеле дар наврасон, ҳар як муҳаққиқ усулҳои тактикаи чарроҳии худро тарғиб мекунад. Аз ин рӯ, доимо мета-таҳлили адабиёт оид ба табобати варикоцеле дар наврасон ва кӯдакон гузаронида мешавад ва ин нишон медиҳад, ки озмоишҳои тасодуфии назоратшуда мавҷуд нестанд. Ҷамаи ин ба баҳсҳо ҳангоми гузоштани таҳкурсии оянда ишора мекунад. Аз ин лиҳоз, бояд стандартҳои клиникаи таҳхис ва индексатсияи параметрҳои табобатро эҷод кард. Дар баррасии пешниҳодшуда, то ҳадди имкон, ҷанбаҳои муҳими интихоби усули табобати чарроҳӣ барои варикоцеле дар наврасон таъкид шудаанд.

## АДАБИЁТ

1. Адекватная диагностика лечение простопатии у детей и лиц молодого возраста с варикоцеле - залог улучшения качества репродуктивного здоровья/ А.В. Аникиев, Е.А. Володько, Д.Н. Годлевский, А.Б. Окулов// Репродуктивное здоровье детей и подростков – 2016.



2. Баранов А.А., Намазова-Баранова Л.С., Ильин А.Г. Сохранение и укрепление здоровья подростков — залог стабильного развития общества и государства (состояние проблемы). Вестник РАМН. 2014; 5–6: 65–70.
3. Ишонаков Х.С. Эпидемиологические и андрологические аспекты двустороннего варикоцеле автореферат диссертации на соискание ученой степени доктора медицинских наук / Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова. - Москва, 2010 -42с
4. Damsgaard J. Varicocele is associated with impaired semen quality and reproductive hormone levels: a study of 7035 healthy young men from six European countries. / J. Damsgaard, U.N. Joensen, E. Carlsen // Eur Urol.- 2016.- №70.- P.1019–1029.
5. Jungwirth, A, Giwercman, A, Tournaye, H. European Association of Urology guidelines on male infertility: the 2012 update. Eur Urol 2012; 62: 324–332.
6. Brannigan R.E. Introduction: Varicoceles: A contemporary perspective. / R.E. Brannigan// Fertil Steril.- 2017.- №108.- P. 361-363.
7. Chu DI, Zderic, SA, Shukla, AR. The natural history of semen parameters in untreated asymptomatic adolescent varicocele patients: a retrospective cohort study. J Pediatr Urol 2017; 13: 77 e1–e5.
8. Practice Committee of the American Society for Reproductive Medicine; Society for Male Reproduction and Urology. /Report on varicocele and infertility: a committee opinion. //Fertil Steril. – 2014.- 102.- P.1556–1560.
9. Damsgaard, J, Joensen, UN, Carlsen, E. Varicocele is associated with impaired semen quality and reproductive hormone levels: a study of 7035 healthy young men from six European countries. Eur Urol 2016; 70: 1019–1029.
10. Муслимов Ш.Т. Сравнение результатов лапароскопической и микрохирургической варикоцелэктомии / Ш.Т. Муслимов, А.Б. Богданов // Урология. – 2011 – №6 – с. 83 – 87.
11. Самойлов А.С. Сравнительная характеристика эффективности хирургического лечения варикоцеле у спортсменов разными методами: операции мармара и лапароскопического клипирования яичковой вены. / А.С. Самойлов, А.Г.Мартов, П.С.Кызласов, М.В.Забелин, А.А. Кажера // Урология – 2016. - №6. – с.44–46.
12. Боков А.И., Кызласов П.С., Абдулхамидов А.Н. Эффективность микрохирургической варикоцелэктомии при мужском бесплодии с последующей стимуляцией сперматогенеза // Урол. ведомости. - 2015. - № 1 (5) –С. -21-29.
13. Варикоцеле у подростков: проблема мужской фертильности /А.Г. Пугачев, В.В. Евдокимов, С.В. Захариков, В.И. Ерасова // Экспериментальная и клиническая урология. – 2010.- №3. – С. 42-46.
14. Осипов И.Б.. Тестикулопатия у подростков с варикоцеле/ И.Б. Осипов, Д.А. Лебедев, М.И. Комиссаров // Педиатр – 2016 – Т.7 – №2 – с. 214.
15. Гамидов С.И., Авакян А. Идеопатическое бесплодие у мужчин: эпидемиология, этиология, патогенез, лечение. // Врач. 2013. №7. С. 2-4.
16. Fine R.G Barriers to use of semen analysis in the adolescent with a varicocele: survey of patient, parental, and practitioner attitudes. /R.G. Fine Gitlin, J.Redal//J Pediatr Urol.- 2016.- №12-P. 411–416.
17. Kozakowski KA, Gjertson CK, Decastro GJ, Poon S, Gasalberti A, Glassberg KI. Peak retrograde flow: a novel predictor of persistent, progressive and new onset asymmetry in adolescent varicocele. J Urol. 2009;181:2717–2723.
18. Diamond DA, Gargollo PC, Caldamone AA. Current management principles for adolescent varicocele. Fertil Steril. 2011;96:1294–1298.
19. Geatti O, Gasparini D, Shapiro B. A comparison of scintigraphy, thermography, ultrasound and phlebography in grading of clinical varicocele. J Nucl Med. 1991;32:2092–2097.





20. Assessment of the effects of varicocelelectomy on the thermoregulatory control of the scrotum. Merla A, Ledda A, Di Donato L, Romani GL. *Fertil Steril.* 2004;81:471–472.
21. Hemo-dynamic evaluation of left testicular varicocele by scrotal scintigraphy. Minayoshi K, Okada H, Fujisawa M, Yamasaki K, Kamidono S. *Eur Urol.* 2001;39:30–35.
22. Incidence, significance and natural history of persistent retrograde venous flow after varicocelelectomy in children and adolescents: correlation with catch-up growth / J.P. Van Batavia, A.M. Fast, S.N. Nees et al. // *J Urol.* - 2013, Aug. - Vol.190(2). - P.689-695.
23. Incidence, significance and natural history of persistent retrograde venous flow after varicocelelectomy in children and adolescents: correlation with catch-up growth / J.P. Van Batavia, A.M. Fast, S.N. Nees et al. // *J Urol.* - 2013, Aug. - Vol.190(2). - P.689-695.
24. Chandramohan S, Chakravertry S. Re: “Scrotal varicocele, exclude a renal tumour”. Is this evidence based? *Clin Radiol.* 2007;62:192–193.
25. El-Saeity NS, Sidhu PS. “Scrotal varicocele, exclude a renal tumour”. Is this evidence based? *Clin Radiol.* 2006;61:593–599.
26. Wang, F, Chen, Y, Zhao, J. Subcutaneous endoscopically assisted ligation of spermatic vessels (SEAL-SV) using an epidural-&-spinal needle: a novel technique to repair adolescent varicocele. *Pediatr Surg Int* 2017; 33: 917–919.
27. Haans, LC, Laven, JS, Mali, WP. Testis volumes, semen quality, and hormonal patterns in adolescents with and without a varicocele. *Fertil Steril* 1991; 56: 731–736.
28. Christman, M.S., Zderic, S.A., Kolon, T.F. Comparison of semen analyses in youths with a history of cryptorchidism or varicocele. *J Urol.* 2013; 190: 1561–1565
29. Does varicocelelectomy improve semen analysis outcomes in adolescents without testicular asymmetry? / I.David, A.ChuStephen, R. ZdericAseem, K.ShuklaArun et al.// *Journal of Pediatric Urology.* – 2017.-13(1).- P.761-765.
30. Treatment of Varicocele in Children and Adolescents: A Systematic Review and Meta-analysis from the European Association of Urology *European Urology* Hoen/L. Quadackaers, J. Undre, S. Bogaert et al.// *European Urology.*- 2019.- 75 (3).- P. 462-463.
31. Prevalence, etiology, testicular function and clinic outcome before and after varicocelelectomy: A systematic review / M. Mirchenari, B. Abbasi, M. Tavalae, L. Azadi, M. Nasr-Esfahani, J Gorgan // *Univ Med Sci.* – 2019.- 21(3).- P.1-12.
32. Варикоцеле: противоречия и проблемы / М.И. Коган, А.А. Алвин, А. Афоко и др. // *Урология.* - 2009. - №6. - С.67-72.
33. Lee T.H. Diagnosis and management of pediatric and adolescent varicocele: a survey of pediatric urologists in Korea. / T.H. Lee, J.H. Jung, Y.K. Hong// *Chonnam Med J.*- 2016.- №52.- P. 207–211.
34. Brannigan R.E. Introduction: Varicoceles: A contemporary perspective. / R.E. Brannigan// *Fertil Steril.*- 2017.- №108.- P. 361-363.
35. Cimador M The hemodynamic approach to evaluating adolescent varicocele. /M. Cimador, M. Castagnetti, I. Gattuccio// *Nat Rev Urol.*- 2012.- №9.- P. 247–257.
36. Pastuszak A.W. Kumar V, Shah A. Diagnostic and management approaches to pediatric and adolescent varicocele: a survey of pediatric urologists / A.W. Pastuszak, V Kumar, A. Shah.// *Urology.*- 2014.- № 84. P. 450–455.
37. Kolon T.F. Evaluation and management of the adolescent varicocele. /T.F. Kolon // *J Urol* 2015. -№914.- P.1194–1201.
38. Usefulness of 2010 World Health Organization Reference Values for Determining Indications for Varicocelelectomy /Young Ju Leea Sung Yong Chob Jae-Seung Paicka SooWoong Kima // *J.urology.*-2015.- P.1.-12
39. Treatment of Varicocele in Children and Adolescents: A Systematic Review and Meta-analysis from the European Association of Urology *European Urology* Hoen/L. Quadackaers, J. Undre,



- S. Bogaert et al. // *European Urology*. - 2019. - 75 (3). - P. 462-463.
40. Adolescent varicocele: influence of Tanner stage at presentation on the presence, development, worsening and/or improvement of testicular hypotrophy without surgical intervention / J.P. Van Batavia, S.L. Woldu, P.M. Raimondi et al. // *J Urol*. - 2010, Oct. - Vol. 184(4 Suppl). - P. 1727-1732.
41. Testicular volume and fertility potential in men operated due to varicocele and testicular hypotrophy in adolescence / P. Bryniarski, Z. Kaletka, J. Huk, M. Fryczkowski, G. Prokopowicz, M. Zyczkowski // *Cent European J Urol*. - 2013. - № 66. - P. 56-59.
42. Adolescent varicocele - is the 20/38 harbinger a durable predictor of testicular asymmetry? / J.P. Van Batavia, G. Badalato, A. Fast, K.I. Glassberg // *J Urol*. - 2013. - Vol. 189(5). - P. 1897-1901.
43. Incidence, significance and natural history of persistent retrograde venous flow after varicoectomy in children and adolescents: correlation with catch-up growth / J.P. Van Batavia, A.M. Fast, S.N. Nees et al. // *J Urol*. - 2013, Aug. - Vol. 190(2). - P. 689-695.
44. World Health Organization. WHO manual for the standardized investigation and diagnosis of the infertile couple. Cambridge, UK: Cambridge University Press; 2000.
45. Variations in the management of asymptomatic adolescent grade 2 or 3 left varicoceles: A survey of practitioners / K. Coutinho, D. McLeod, K. Stensland, J.A. Stock // *J Pediatr Urol*. - 2013, Dec - Vol. 11 - P. 203-205.
46. Elzanaty S. Varicocele repair in non-obstructive azoospermic men: diagnostic value of testicular biopsy - a meta-analysis. *Scandinavian Journal of Urology*. 2014; 48(6): 494-8.
47. Dohle GR, Diemer T, Givercman A. Male infertility. *European Association of Urology Guidelines*. 2011; 32-4.
48. Zayan S., Akbay E. Paternity Rates and Time to Conception in Adolescents with Varicocele Undergoing Microsurgical Varicocele Repair vs Observation Only: A Single Institution Experience with 408 Patients / *The Journal of Urology*, Volume 198, Issue 1, 2017, Pages 195-201.
49. Johnson D. Sandlow J. / *Treatment of varicoceles: techniques and outcomes* // *Fertility and Sterility* Volume 108, Issue 3, 2017, Pages 378-384.
50. Harel, M, Herbst, KW, Nelson, E. Practice patterns in the surgical approach for adolescent varicoectomy. *Springerplus* 2015; 4: 772.

## ПОКАЗАНИЯ К ХИРУРГИЧЕСКОМУ ЛЕЧЕНИЮ ВАРИКОЦЕЛЕ У ПОДРОСТКОВ Артыков К.П.,<sup>1</sup> Юлдашев М.А.,<sup>2</sup> Садуллоев Б.Ф.,<sup>1</sup> Хван И.Н.<sup>1</sup>

1. Кафедра хирургических болезней № 2 ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино»

2. Кафедра хирургии ГОУ «Таджикский национальный университет»

С внедрением ультразвуковых методов диагностики варикоцеле у подростков ее диагностика стала более точной. Вместе с тем детские урологи чаще стали выполнять оперативные вмешательства у подростков. Однако оперативные вмешательства варикоцеле у подростков показаны не всем подросткам. Даже при гипотрофии яичка необходимо наблюдение, т.к. с ростом подростка ассиметрия яичка может выравниться. Показания к оперативному лечению варикоцеле у подростков должны быть обоснованными. Помимо клинических признаков, вены пампиноформного сплетения по данным

УЗИ должны быть не менее 3 мм, скорость обратного тока крови по внутренней семенной вене при маневре Вальсальвы более 38 см/сек, ассиметрия тестикул должна быть >20%. Другим подросткам необходимо динамическое наблюдение и, при ухудшении этих показателей показана оперативное лечение. Необоснованное хирургическое лечение варикоцеле у подростков приводит к ухудшению состояния тестикул, нарушению фертильности и бесплодию. При выборе оперативного вмешательства необходимо внедрять современные технологии такие как: микрохирургическая варикоцелэктомия



и формирование межвенозных анастомозов.

**Ключевые слова:** подростки, варикоцеле,

пампиноформное сплетение, внутренняя семенная вена, яичко, рефлюкс, асимметрия тестикул, гипотрофия яичек, патоспермия.

## INDICATIONS FOR SURGICAL TREATMENT OF VARICOCELE IN ADOLESCENTS

Artykov K.P.,<sup>1</sup> Yuldashev M.A.,<sup>2</sup> Sadulloev B.F.,<sup>1</sup> Khvan I.N.<sup>1</sup>

Department of Surgical Diseases No. 2 GOU "TSMU named after Abuali ibni Sino"

Department of Surgery, SEI «Tajik nacional university»

With the introduction of ultrasound methods for diagnosing varicocele in adolescents, its diagnosis has become more accurate. At the same time, pediatric urologists are more likely to perform surgical interventions in adolescents. However, surgical interventions for varicocele in adolescents are not indicated for all adolescents. Even with testicular hypotrophy, observation is necessary, since with the growth of the adolescent, the asymmetry of the testicle can even out. Indications for surgical treatment of varicocele in adolescents should be justified. In addition to clinical signs, the veins of the pampiniform plexus, according to ultrasound, should be at least 3 mm, the rate of reverse blood flow through the internal spermatic vein during the Valsalva maneuver

should be more than 38 cm / sec, and the asymmetry of the testicles should be > 20%. Other adolescents need dynamic observation and, if these indicators deteriorate, surgical treatment is indicated. Unreasonable surgical treatment of varicocele in adolescents leads to a deterioration in the condition of the testicles, impaired fertility and infertility. When choosing a surgical intervention, it is necessary to introduce modern technologies such as microsurgical varicocelectomy and the formation of intervenous anastomoses.

**Key words:** adolescents, varicocele, pampiniform plexus, internal spermatic vein, testicle, reflux, testicular asymmetry, testicular hypotrophy, pathospermia.

*Садуллоев Боирҷон Файзуллоевич – Доткоранти PhD-и кафедраи урологияи МДТ «ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино»; тел.: (+992) 98 4000 400; e-mail: dr.boir@mail.ru*

*Садуллоев Боирҷон Файзуллоевич – Докторант PhD кафедраи урологияи ГОУ «ТГМУи мени Абӯалӣ ибни Сино»; тел.: (+992) 98 4000 400; e-mail: dr.boir@mail.ru*

*Sadulloev Boirjon Fayzulloevich - PhD student of urology department, State Educational Institution «Avicenna Tajik state medical university»; tel.: (+992) 98 4000 400; e-mail: dr.boir@mail.ru*

## ТАБОБАТИ САМАРАНОКИ ЗИДДИБАКТЕРИАЛӢ ДАР ТАБОБАТИ КОМПЛЕКСИИ БЕМОРОНИ МУБТАЛО БА ОРИЗАҲОИ ФАСОДӢ-НЕКРОЗИИ ДИАБЕТИ ҚАНД

Набиев М.Х., Хидирзода М. Б.

Кафедраи ҷарроҳии умумии №2 (мудири кафедра н.и.т., Набиев М.Х.)-и МДТ «ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино»

**Мухиммият.** Дар ҷомеаи имрӯзаи ҷаҳонӣ диабет қанд аллакақ хусусияти пандемия пайдо кардааст. Шахсони қобили қориро дар ҳудуди 50-60-соларо осеб расонида, паҳншавии ин беморӣ дар якҷанд даҳсолаи охир аз 130 миллион то ба 366 миллион нафар расидааст,

ки 7%-и аҳолии Замиро ташкил медиҳад. Бо назардошти гуфтаҳои боло, мутахассисони Федератсияи умумичаҳонии диабет тахмин мекунад, ки то соли 2030 паҳншавии диабет қанд то 522 миллион ҳолат хоҳад расид, яъне ҳар як сокини даҳуми сайёра гирифтори ин



беморӣ мегардад. [1,2,3]. Дар ин ҳолат диabetи қанд на танҳо оризаҳои чиддиро ба бор меорад, балки чараёни бе ин ҳам вазнини бемории рағҳо, махсусан андомҳои поёниро вазнинтар мегардонад [4]. Попанҷаи диabetӣ-яке аз оризаҳои вазнинтарини диabetи қанд аст, ки дар натиҷаи осеб дидани асабҳо ва рағҳои андомҳои поёнӣ ба вучуд меояд [5,6]. Дар ҷумҳурии мо дар соли 2014 ба таври расмӣ 34853 бемори мубтало ба диabetи қанд ба қайд гирифта шудааст, ки дар 549 бемор диabetи қанд бори нахуст ташхис карда шудааст [8,9]. Беморшавӣ ва фавтият аз ин беморӣ назар ба бемориҳои дилу рағҳо 5 маротиба, аз бемориҳои шарёнҳои магистрале андомҳои поёнӣ 3-5 маротиба бештар аст, басомади ишемияи ниҳой аз популясияҳои боқимонда 5 маротиба зиёд аст.

**Мақсади** таҳқиқоти мазкур омӯзиши ҷанбаҳои микробиологии пайдошавии сироятҳои ҷарроҳӣ, муайян кардани спектри табобати зиддибактериалӣ ва таъсири интиҳобии зиддибактериалии оризаҳои фасодӣ-некрозии диabetи қанд ба ҳисоб меравад.

**Мавод ва усулҳои таҳқиқот.** Асоси таҳқиқотро натиҷаҳои мувоҷибаи 155 бемори мубтало ба оризаҳои фасодӣ-некрозии диabetи қанд ташкил медиҳанд, ки ба шӯбаи ҷарроҳии МТШ №3 дар давраи солҳои 2013-2018 мувоҷиат кардаанд. Вобаста ба ҷинс занҳо бартарӣ 88(56,7%) доштанд, мардҳо 67 (43,3%) буданд.

Синну соли ба таҳқиқот дохил кардашудаҳо 38-74 сол буд. Давомнокии максималии беморӣ аз замони ошкор карда шуданаш 21 сол буд. Аксари беморон диabetи қанди типии 2 - 96,8% доштанд, дар 3,2% -и беморон типии 1-ба му-

шоҳида расид. Тамоми таҳқиқшудагон ба ду гурӯҳ ҷудо карда шуданд: назоратӣ ( 75 бемор) ва асосӣ (80 бемор). Ҳарду гурӯҳ аз рӯйи ҷинс, синну сол, вазнинии беморӣ тақрибан як хел буд.

Барои назорат кардани самаранокии табобат таҳқиқоти динамикии микробиологӣ ва ситологии биопатҳои бофтаҳои гузаронида, динамикаи чараёни решро аз ҷиҳати аломатҳои клиникӣ ва ҳолати гемодинамикаи минтақавӣ тибқи маълумоти доплерографияи ултрасадоӣ, дараҷаи паҳншавии де-струксияи устухон тибқи маълумоти рентгенографияи попанҷа омӯхта шуд.

Усули бактериологии таҳқиқоти таркиби реш бо идентификатсияи микрофлора тибқи усули Loeble E.(1974) дар модификатсияи Кузина М. И. (1983) гузаронида шуд. Муайян кардани ҳассосияти микрофлора нисбат ба доруҳои антибактериалӣ ва муҳтавои миқдори онҳо бо 1г бофта мувофиқи усулҳои маълумӣ амалӣ карда шуд. Нишондиҳандаҳои миқдориро дар шакли ҳисса (%) ҳисоб карданд, нишондиҳандаи миқдорӣ дар шакли нишондиҳандаи миёна ва ҳатоии он ( $M \pm m$ ) ҳиоб карда шуд. Таҳлили дисперсионӣ бо усули Вилкоксон иҷро карда шуд.

**Натиҷаҳои таҳқиқот.** Сабаби асосии биостарӣ кунонидани беморон ва мувоҷиати онҳо барои гирифтани ёри ҷарроҳӣ пешрафтани ихтилолҳои трофикии бофтаҳои попанҷа, реш, протсессҳои фасодӣ-илтиҳобӣ ва некрозӣ, то ҳадди қарасони ангуштон, ҳатто то ҳуди попанҷа, қисмҳои дисталии андомҳои поёнӣ, флегмона, сироятҳои некрозии бофтаҳои нарм ва карбункул буд.

**Ҷадвали 1.- Амалӣҳои ҷарроҳии ҳоси дар беморони гурӯҳҳои асосӣ ва назоратӣ ҳангоми диabetи қандипопанҷа (ДҚП)**

Хусусияти амалӣҳои ҷарроҳӣ	Миқдори беморон	
	Гурӯҳи асосӣ n=80	Гурӯҳи назоратӣ n=75
I. Некрэктомия	48	62
II. Экзартикулятсияи ангуштони попанҷа ва баъдан резексияи сараки усугуҳонҳои банди ангуштон.	28	41
III. Чок кардани флегмона	31	36
IV. Буридан ва чок кардани карбункул		
V. Ампутатсияи трансметатарзалӣ	11	17
VI. Ампутатсияи баланд:		
- дар сатҳи рон	7	11
- дар сатҳи соқ	4	7
<b>Ҷамагӣ</b>	<b>118</b>	<b>156</b>

Ҳангоми таҳқиқ намудани киштҳо аз лонаҳои фасодноки 155 бемор ассотсиатсияҳои микробӣ аз 2 то 10 намуди микроорганизмҳоро дар бар гирифтааст. Бештар ассотсиатсияҳои стафилококк бо микрофлораи грамманфӣ (клебсиелл, энтеробактерия) бартарӣ доштанд. Дар 31,6%-и мушоҳидаҳо микрофлора дар намуди монокултураи *Staphylococcus*, *Enterococcus*, *Proteus* дида мешуд (ҷадвали 2). Дар ҳарду гурӯҳи беморон дар ҳамаи муинаҳо бо таъйин кардани табобати эмпирики антибактериалӣ гузаронида шуд. Тибқи натиҷаҳои таҳқиқоти мо гузаронидани табобати иммуностимулятсионӣ бояд бо ислоҳи мубодилаи карбогидрат, қатъ кардани протесси сироятӣ, ишемия ва табобати антикоагулянтӣ якҷоя карда шавад. Паст шудани фаъолнокии фун-

ксионалии звеноҳои гуморалӣ ва ҳуҷайравии иммунитет дар беморони дорои ДҚ барои пайваст шудани сирояти дуҷумӣ дар беморони дорои ОФ ДҚП (диабети қанди попанча) шароит месозад, ки барои он ҷараёни тӯлкашида хос аст. Ҳамаи ин беморон, ба ҳайси беморони дорои хатари баланди микрофлораи полирезистентӣ, новобаста аз аломатҳои илтиҳоби бактериалӣ бояд табобати заруриро бигиранд.

Дар табобати ГНО ДҚ нақши асосиро муносиб гардонидани истифодаи АБТ нақши асосиро дорад. Ислоҳи табобати ибтидоии микробиологӣ пас аз ба даст овардани натиҷаҳои таҳқиқоти микробиологӣ, имконият медиҳад, ки доруҳои нисбатан арзони этиотропӣ (мақсаднок) бо доираи маҳдуди таъсир истифода шаванд.

**Ҷадвали 2. – Хусусияти микрофлора дар беморони дорои оризаҳои фасодӣ-некрозии диабетӣ қанд.**

Микроорганизмҳо	Миқдори беморон
<i>Staphylococcus aureus</i>	29
<i>Staphylococcus aureus</i> + <i>Candida</i>	7
<i>Candida</i>	2
<i>E. Colli</i>	7
<i>Streptococcus haemolyticus</i>	7
<i>E. Colli</i> + <i>Candida</i>	5
<i>Enterobacter spp.</i>	5
<i>E. Colli</i> + Занбурӯғҳои хамиртуруш	6
Занбурӯғҳои хамиртуруш	8
<i>Staphylococcus epidermidis</i>	5
<i>Staphylococcus aureus</i> + <i>E. Coli</i>	3
<i>Spp. Aureginosa</i> + <i>E. Colli</i>	2
<i>Streptococcus haemolyticus</i> + <i>Staphylococcus epidermidis</i> + <i>Candida</i>	4
<i>Spp. Aureginosa</i> + <i>Staphylococcus epidermidis</i>	3
<i>Strep. Pyogenicus</i> + <i>Staphylococcus aureus</i> + <i>E. Coli</i>	3
<i>Staphylococcus epidermidis</i> + <i>Candida</i> + <i>Proteus</i>	1
<i>Proteus</i>	2
<i>Staphylococcus aureus</i> + <i>Proteus</i>	3
<i>Staphylococcus Pyogenicus</i>	2
<i>Streptococcus haemolyticus</i> + <i>Staphylococcus aureus</i>	4
<i>Streptococcus haemolyticus</i> + <i>Staphylococcus aureus</i> + <i>E. Coli</i>	3
<i>Proteus</i> + Дрожевые гриби	7
<i>Staphylococcus aureus</i> + НФГОб + Занбурӯғҳои хамиртуруш	6
НФГОб + Занбурӯғҳои хамиртуруш	6
<i>Spp. Aureginosa</i>	9
<i>Streptococcus haemolyticus</i> + <i>Staphylococcus aureus</i> + <i>Klebsiella</i>	8
<i>Staphylococcus aureus</i> + <i>Klebsiella</i> + Занбурӯғҳои хамиртуруш	2
<i>Spp. Aureginosa</i> + Занбурӯғҳои хамиртуруш	2
<i>Enterobacterii</i> + Занбурӯғҳои хамиртуруш	4

Таъсири мақсадноки табобати антибактериалӣ ба флораи патогении микробӣ бо назардошти резистентнокӣ – принсипи

стратегии табобати ба ҳадди максималӣ самаранокӣ оризаҳои фасодноки некрозии ДҚ, пешгирии антибиотикорезистентно-



кии барангезандаҳоро таъмин мекунад. Ислоҳи табобати эмпирикӣ дар асоси на-тиҷаҳои пешакии таҳқиқоти микробио-

логӣ бо таъйин кардани доруҳои мақсад-нок (этиотропӣ)-и доираи таъсирашон маҳ-дудтар (ҷадвали 3).

**Ҷадвали 3.- табобати эмпирики антибактериалӣ, ки дар беморони гуруҳҳои асосӣ व्या назоратӣ хангоми ОФН ДҚ гузаронида шудаанд.**

Хусусияти беморӣ ва муҳлати он	Монотерапия	Табобати омехта
Карбункул	Пинитсилин, Сефотаксим, Сефтриаксон, Сефопиразон, Ампитсиллин сулбактам, Левокинг, селтозидим	Сипрофлоксатсин + метрогил, Сефотаксин + Аминогликозид, Сефтриаксон + Аминогликозид, Сефапирозон + Аминогликозид
Флегмона	Сефипем, Имепенем, Мерапинем, Левокинг, селтозидим	Сипрофлоксасин + метрогил, Сефтазидим + метрогил, Селтозидим + метрогил
Синдроми попанҷаи диабетӣ	Сефипем, Имипинем, Мерапинем, Левокинг, селтозидим	Сипрофлоксатсин + метрогил, Сефтазидим + метрогил, Сефипим + Аминогликозид или Левокинг или Азитронеа, Эмипенем или Мерапенем + Левокинг или Азитранем или метрогил, Сефопем + Ванкамицин, Эминепем или Мерапинем + Ванкамитсин

Таҳқиқот нишон дод, ки масъалаи муно-сибати монотерапия ва комбинатсияи анти-биотикҳ бахшнок боқӣ мемонад. Дар маври-ди микрофлораи полирезистентнокӣ ва паҳ-ншавии оризаҳои фасодӣ-некротӣ бартарӣ ба табобати омехта дода мешавад. Шарти асосии ба даст овардани муваффақият дар

вақти ОФН ДҚ режими оптималии дозагирӣ бо назардошти хусусиятҳои фармасевтии доруҳо ва механизми таъсири доруҳо ба ҳисоб меравад. Вояи тавсияшаванда ва ре-жими воридсозӣ, ки самаранокии худро дар таҳқиқоти клиникӣ дар беморони дорои гур-даи фаъол, дар ҷадвали 4 оварда шудааст.

**Ҷадвали 4.- Вояҳои тавсияшудаи доруҳои антибактериалӣ.**

Доруҳо	Вояи тавсияшуда
Сефаласпарнин бе антисинигной: фаъолнокӣ: Сефотаксим Сефтриаксон	1-2г. ҳар як 8 соат 1-2г. рӯзе як маротиба
Сефалоспоринҳои антисинигной: Сефипем Сефтазидим (селтозидим)	2г. ҳар як 8 -12 соат часов 1г. ҳар як 8 соат
Карбопинем: Эмипинем Мерапенем	0,5г. ҳар як 6 соат, 1г. баъди 8 соат 1г. ҳар як 8 соат
Эргопинем	1г. дар шабонарӯз
Бета-лактама Ингибитор Бета-лактама: Пинерасилин / Газобактам Ампитсиллин / Сулбактам	4,5г. ҳар як 6 соат, 3г. ҳар як 6 соат,
Аиногликозиды: Тобромитсид Амикатсин	7мг/кг дар шабонарӯз 20мг/кг дар шабонарӯз
Фторхинолонҳои антисинигной: Левофлоксасин Сипрофлоксатсин	750мг дар шабонарӯз 400мг ҳар як 8 соат
Макролидҳо: Азетреном Ванкамитсин Линезомед	1-2г. ҳар як 6 соат 15мг/кг баъди 12 соат 600мг баъди 12 соат

Ҳангоим муоина кардани ҳассосият нисбат ба антибиотикҳои флораи грамманфӣ бештар ба сипрофлоксатсин (80,5%), сефтриаксон (80,4%), ҳамчунин левофлакстатсин (83,5%), граммусбат – мепрапинем (97,5%), ба левофлоксатсин (98,5%) ва сефтриаксон (80,5%) ҳассосият дошт.

Таҳлили маълумотҳои ба даст овардашуда нишон медиҳанд, ки хангоми ба статсионар дохил шудан дар 32%-и беморон ситолгияи потсесси барвақт хусусияти дегенеративӣ-илтиҳобӣ дошт. Дар 100%-и беморон бошад, намуди фасодӣ-некрозии ситограмма ба мушоҳида расид.

Дар ҳамаи беморон дар ситограммаҳо дар байни нейрофилҳои вайроншуда вучуд доштани микроорганизмҳо ба мушоҳида расид. Дар 38%-и беморон ситологияи протсесси барвақт ба намуди фасодӣ-илтиҳобӣ мувофиқат намуд. Дар шабонарӯзи 10-15-уми гузаронидани табобати антибактериалӣ хусусияти ситологии протсесси реш тағйир ёфта дар 42% ба намуди илтиҳобӣ ва дар 38% ба илтиҳобӣ-регенераторӣ табдил ёфт. Идома додани курси расонидани дохилишараёнии интиҳобии доруҳои антибактериалӣ дар беморони гурӯҳи асосӣ бо намуди илтиҳобии ситограмма дар давоми 10 рӯз имконият дод, ки вай дар 90% ба регенеративӣ иваз карда шавад. Дар ҳамон муҳлат имконият пайдо шуд, ки ба паст кардани сатҳи контаминатсияи микробӣ дар чиркхона то  $10^3$  -  $10^4$  ҷисмҳои микробӣ дар 1г бофта дар 87% бемор муяссар гардид. Дар беморони гурӯҳи назоратӣ хангоми ситограммаи намуди илтиҳобӣ дар давоми 10 рӯз имкон дод, ки он дар 42% ба регенераторӣ иваз карда шавад. Дар ҳамин муҳлат муяссар гашт, ки пастшавии сатҳи контаминатсияи микробӣ дар чиркхона то  $10^3$  -  $10^4$  ҷисмҳои микробӣ дар 1г бофта дар 38% бемор иҷро карда шавад.

Басомади ампутатсияҳои аввалияи баланд дар беморони гурӯҳи асосӣ 9 (11,2%) ва дар гурӯҳи назоратӣ 14 (18,6%) бо шаклҳои ишемикӣ ва нейроишемикии ДҚС

бо имконнопазир будани ислоҳи чарроҳӣ дар маҷрои хуни андомҳои поёнӣ бинабар намуди дисталии осеб ва басомади вазнини бемориҳои ҳамроҳшуда ба мушоҳида расид. Ампутатсияҳои марҳилавӣ, баланди андомҳо пас аз амалиётҳои хурди чарроҳӣ дар беморони гурӯҳи асосӣ танҳо дар 2 бемор ва дар гурӯҳи назоратӣ дар 4 бемор иҷро карда шуд. Фавтияти умумӣ дар беморони гурӯҳи асосӣ 4 (5%) ва дар гурӯҳи назоратӣ 8 (10,6%) беморро ташкил дод. Сабабҳои асосии фавти беморон норасоии шадиди дилу рағҳо ва эндотоксикози идомаёбанда мебошанд.

Ҳамин тавр, раванди сироятӣ дар беморони дорои оризаҳои фасодӣ-некрозии попанҷаи диабетӣ хусусияти полимерфӣ дорад, ки дар асари вучуд доштани ҳам микроорганизмҳои анаэробӣ ва ҳам аэробӣ бо дараҷаи баланди олудашавии бофтаҳо ва усули пешниҳоднамудаи моид ба табобати таъсири интиҳобӣ бо назардошти хусусият ва ҳассосияти барангезандаҳои сирояти фасодӣ мумкин аст, ки барои табобати беморони дорои оризаҳои фасодӣ-некрозии ДҚ дар шароити шӯъбаи махсусгардонидашуда истифода карда шавад.

**Хулоса.** 1. Раванди сироятӣ дар беморони дорои оризаҳои фасодӣ-некрозии попанҷаи диабетӣ хусусияти полимерфӣ дорад, ки дар асари вучуд доштани ҳам ҳам аэробӣ бо дараҷаи баланди олудашавии бофтаҳо микроорганизмҳои анаэробӣ ва ҳам ба амал меояд.

2. Табобати муосири антибактериалӣ дар беморони гирифтори ОФН ДҚ дар заминаи зарурати равиши комплексӣ нисбат ба ин мушкилот аст, бахусус: табобатаи муносиби чарроҳии лонаи фасод, қатъ кардани зухуроти ниҳони ишемикӣ, таъйинисамараноки доруҳои зиддибактериалӣ бо назардошти ҳассосияти онҳо ба назорати ситологии муҳтавои чароҳат.

3. Усули таъсиррасонии интиҳобии табобат бо назардошти хусусият ва ҳассосияти барангезандаи ОФН ДҚ дар шароити шӯъбаи махсусгардонидашуда .



## АДАБИЁТ

1. Абдуллоев Д.А., Юсупова Ш.Ю., Набиев М.Х. Дифференцированное лечение синдрома диабетической стопы, осложнённого гнойно-некротическими процессами//*Вестник Авиценны*. 2014; (2):69-73.
2. Биниенко М.А., Коцлова А.А., Давыденко В.В., Власов Т.Д. Использование дермального эквивалента для ускорения заживления трофических язв при синдроме диабетической стопы// *Вестник хирургии*. Том 175. 2016; (5): 63-68.
3. Гавриленко А.В., Котов А.Э., Лоиков Д.А. Результаты лечения критической ишемии нижних конечностей у больных сахарным диабетом// *Анналы хир.* 2013;(6):48.
4. 3. Галимов О.В., Ханов В.О., Иванов А.В. и др. Комплексный подход в терапии больных с синдромом диабетической стопы//*Хирургия*. 2014; (3):80-85.
5. Галимов О.В., Ханов В.О., Сайфуллин Р.Р. и др. Синдром диабетической стопы: принципы комплексного лечения // *Вестник хирургии*. Том 174. 2015;(5): 61-65.
6. Дедов И. И., Шестаковой М. В., Сунцов Ю.И. Результаты реализации подпрограммы «Сахарный диабет» федеральной целевой программы «Предупреждение и борьба с социально значимыми заболеваниями 2007-2012 годы» //*Сахарный диабет*. 2013; Т. 16, (25). Спецвыпуск 2: 2-16.
7. Набиев М.Х., Юсупова Ш.Ю., Сайхунов К.М. Сравнительный анализ результатов комплексного оперативно-медикаментозного лечения больных с осложненными формами синдрома диабетической стопы.*Вестник Авиценны*. 2017; (2): 203-207.
8. Набиев М.Х., Абдуллоев Д.А., Хафизов Б.М. Комплексная оценка и коррекция состояния свёртывающей системы крови у больных с синдромом диабетической стопы // *Здравоохранение Таджикистана*. 2017;(3): 55-61.
9. Удовиченко О.В., Коротков И.Н., Герасименко О.А. Доступность и эффективность реваскуляризирующих вмешательств у амбулаторных больных с нейроишемической формой синдрома диабетической стопы // *Эндокр. хир.* 2011;(2):39-48.
10. Тухтаев Ф.М., Султанов Д.Д., Шаймонов А.Х., Гулин А.В., Саидов М.С. Современное состояние проблемы ведения больных с посттромботической болезнью нижних конечностей (обзор литературы) // *Вестник Тамбовского университета. Серия: естественные и технические науки*. 2017. 22(2): 368 – 374;
11. Храмили В.Н. Роль местных средств в профилактике и лечении инфекционных осложнений синдрома диабетической стопы//*Хирургия*. 2011; (10):78-82.
12. Шумков О.А., Лобарский М.С., Алтухов И.А. и др. Реализация мультидисциплинарного подхода к лечению синдрома диабетической стопы: роль ангиохирурга //*Хирургия*. 2013;(11): 9-15.
13. Armstrong D. G., Boulton A. J., Bus S. A. Diabetic foot ulcers and their recurrence. *New England Journal of Medicine*. 2017. 376(24), 2367-2375;
14. Markakis K., Faris A. R., Sharaf H., Faris B., Rees S., Bowling F. L. Local Antibiotic Delivery Systems: Current and Future Applications for Diabetic Foot Infections. *The international journal of lower extremity wounds*. 2018. 17(1), 14-21;
15. Morbach S., Furchert H., Groblinghoff U. et. al. Long-term prognosis of diabetic foot patients and their limbs: amputation and death over the course of a decade // *Diabetes Care*. 2012; Vol. 35. (10): 2021-2027.





## РАЦИОНАЛЬНАЯ АНТИБАКТЕРИАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ГНОЙНО-НЕКРОТИЧЕСКИМИ ОСЛОЖНЕНИЯМИ САХАРНОГО ДИАБЕТА

М.Х.Набиев, М. Б. Хидирзода

Кафедра общей хирургии №2 ТГМУ им. Абуали ибни Сино, зав. каф., к.м.н. Набиев М.Х.

### Резюме.

Сахарный диабет – одно из самых тяжёлых патологических состояний в современной медицине. Вызывая многочисленные осложнения, такие как ангио- и нейропатия, сахарный диабет при этом довольно трудно поддаётся лечению, как и его осложнения. Одним из наиболее социально значимых осложнений сахарного диабета (СД), не зависящим от длительности заболевания, типа диабета, возраста и пола больного, является синдром диабетической стопы. Вопросы консервативного и хирургического ведения данной группы больных требуют модернизации и оптимизации.

В основу данного исследования положены результаты ведения 155 пациентов с гнойно-некротическими осложнениями сахарного диабе-

та, обратившихся в хирургическое отделение ГУ ГМЦ №3 за период с 2013 по 2018 годы. Касательно гендерного распределения преобладали лица женского пола - 88(56,7%) больных, в то время как лиц мужского пола было 67 (43,3%). Возраст лиц, включённых в исследования находился в широких пределах – 38-74 лет. Максимальная длительность заболевания от момента его выявления составляла двадцать один год. Значительная часть больных имели сахарный диабет второго типа - 96,8%, сахарный диабет первого типа отмечался лишь у 3,2% больных. Все участники исследования были распределены на две клинические группы: контрольную (75 пациентов) и основную (80 больных).

**Ключевые слова:** сахарный диабет, синдром диабетической стопы, ампутация, гнойные осложнения.

## RATIONAL ANTIBIOTIC THERAPY IN THE COMPLEX TREATMENT OF PATIENTS WITH PURULENT-NECROTIC COMPLICATIONS OF DIABETES MELLITUS

М. Kh. Nabiev, M. B. Khidirzoda

Department of General Surgery №2, Avicenna Tajik state medical university, head of the department ph.D. Nabiev M. Kh.

### Summary.

Diabetes mellitus is one of the most severe pathological conditions in modern medicine. While causing numerous complications such as angio- and neuropathy, diabetes mellitus is rather difficult to treat, as are its complications. One of the most socially significant complications of diabetes mellitus (DM), regardless of the duration of the disease, type of diabetes, age and sex of the patient, is diabetic foot syndrome. The issues of conservative and surgical management of this group of patients require modernization and optimization.

This study is based on the results of the management of 155 patients with purulent-necrotic complications of diabetes mellitus who applied to the surgical department of the State Medical Center No. 3 for the period from 2013 to 2018. A significant part of the patients had type 2 diabetes mellitus - 96.8%, type 1 diabetes mellitus was observed only in 3.2% of patients. All study participants were divided into two clinical groups: control (75 patients) and study (80 patients).

**Key words:** diabetes mellitus, diabetic foot syndrome, amputation, purulent complications.

*Набиев Музаффар Холназарович - к.м.н., заведующий кафедрой общей хирургии №2 ТГМУ им. Абуали ибни Сино; Таджикистан, г. Душанбе, ул. Академиков Раджабовых-6/2, Телефон: +992 987 25 60 60; E-mail: [muzaffar.nabiev.2017@mail.ru](mailto:muzaffar.nabiev.2017@mail.ru)*

*Nabiev Muzaffar Kholnazarovich - Candidate of Medical Sciences, Head of the Department of General Surgery №2, Avicenna Tajik state medical university; Tajikistan, Dushanbe, st. Academicians Rajabov-6/2, Phone: +992 987 25 60 60; E-mail: [muzaffar.nabiev.2017@mail.ru](mailto:muzaffar.nabiev.2017@mail.ru)*



## УРОЛОГИЯ

### БЕМОРИИ МУЗМИНИ ГУРДАҲО ҲАМЧУН НАТИҶАИ БЕМОРИИ САНГИ ПЕШОБ

Б.Н. Усмонов<sup>1</sup>, Ф.С. Саъдуллоев<sup>1</sup>, А.А. Абдувоҳидов<sup>2</sup>.

Кафедраи урологияи МДТ «ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино»,

2. Клиникаи байналмилалии «Ибни Сино».

**Муҳиммият.** Бемории музмини гурдаҳо (БМГ) ихтилоли гомеостаз мебошад, ки дар натиҷаи камшавии ислоҳнашавандаи массаи нефронҳои амалкунандаи нефронҳо ба вучуд меоянд. Вай ҳангоми ҳама бемориҳои пешравандаи бемориҳои гурдаҳо пайдо мешавад ва бо комплекси бисёрсимптом зоҳир мегардад, иштироки ҳама узвҳо ва системаҳои беморон, ки ин протсесс иштирок мекунад, инъикос менамояд. Сабабҳои бештар дучоршавандаи БМГ гломерулонефрит, пиелонефрит ва дигар нефритҳои интерстициалӣ, нефропатияи диабетӣ ба шумор мераванд. Вобаста аз пиршавии аҳолии кишварҳои пешрафта дар байни сабабҳои БМГ нефросклерози ангиогенӣ (гипертоникӣ, атеросклерозӣ) ва бемориҳои урологӣ қойи намоёнро ишғол менамоянд, ки ҳамроҳ бо генедодироҳҳои пешоб (гипертрофияи простата, омосҳо, сангҳо) қараён мегиранд.

Таҳти мафҳуми норасоии гурдаҳо чунин бадшавии функсияи гурдаҳо фаҳмида мешавад, ки онро тағйирёбии муҳити дарунии организм новобаста аз этиологияи беморӣ ҳангоми камшудани массаи нефронҳои амалкунанда зиёда аз 2 маротиба ҳама протсессҳои гурдаҳо вайрон мешаванд: филтатсияи калобачаҳо, реабсорбсияи проксималии глюкоза, транспорти каналчавии натрий, гализати осмотикӣ ва чудошавии пешоб [1,2].

Дар организм таваққуф кардани мочевина ва дигар маҳсулоти мубодила, баланд шудани сатҳи онҳо дар зардоби хун ҳангоми камшудани миқдори нефронҳо то 30% аз миқдори умумии онҳо ба вучуд меоянд [3]. Ба мушкilotи норасоии гурдаҳо солҳои охир диққати бештар дода мешавад [4,5]. Ин аз паҳншавии васеи протсесси мазкури патологӣ вобаста аст, фавтияти баландро ба бор меорад.

Дарачаи баланди дучоршавии ин ориза хусусиятҳои пайдошавӣ ва қараёни он барои ҳар як табиб, урологи амалӣ маълуманд. БМГ ҳан-

гоми бемориҳои урологӣ дар 24-26%-и ҳолатҳо [6] ва ҳангоми бемориҳои аденомаи гадуи простата, нефролитиази коралловӣ ва сангҳои зиёди ҳарду гурдаҳо норасоии музмини гурдаҳо дар 65-100% -и ҳолатҳо пайдо мешавад [7].

Табобати қарроҳии беморони урологияи дорои норасоии музмини гурдаҳо боиси сар задани ихтилолҳои муътадил ё возеҳи функцияҳои гурдаҳо дар 73% ҳолат оварда мерасонад. Тағйиротҳои нисбатан вазнин дар беморони гирифтори марҳалаи интермитни норасоии музмини гурдаҳо ба назар мерасад. Беморони санги пешоб, поликистози гурдаҳо, пиелонефрити музмин нисбат ба дигар бемориҳои урологӣ бо норасоии шадид ё музмини гурдаҳо зоҳир мешавад [4,5,8].

Бештар аз ҳама пайдошавӣ ва пешравии норасоии гурдахоро бемории санги пешоб ва пиелонефрити шадид ба вучуд меоранд. Барои ин якҷоя шудани омилҳои уродинамика ва гемодинамикаи узвҳои системаи пешоб [9], вучуд доштани рефлюксҳо [10], трансформатсияи гидронефротикӣ [8] мусоидат мекунад. Омилҳои манфие, ки ба қараёни бемории санги пешоб ва функцияҳои гурдаҳо вучуд доштани периуретри ба ҳисоб меравад, ки дар 75%-и беморони дорои сангҳои аввалия ва 95% бо сангҳои ретсидивӣ [11]. Бисёри вақтҳо қарроҳии урологӣ ба паст шудани қобиляти функционалиии гурдаҳо, пешравии норасоии музмини гурдаҳо оварда мерасонад.

Ҳангоми бемориҳои урологӣ дар пайдошавии норасоии функционалиии гурдаҳо нақши муҳимро инҳо мебозанд: вайрон шудани аксулқараёни муносиби пешоб дар роҳҳои пешоб бо ретенсияи он, вучуд доштани протсесси фаъоли илтиҳобӣ дар гурдаҳо, фишорбаландии шарёнӣ.

**Мақсади таҳқиқот.** Бемории санги пешоб проблемаи актуалии тибби муосир ба

ҳисоб меравад, зеро дар байни бемориҳои гурдаҳо дар ҳама минтаҳои қурраи замин, аз ҷумла дар кишвари мо [12,13] яке аз ҷойҳои намоёнро ишғол мекунад. Дар ин маврид дар ҳама ҷо майл ба рушди доимии беморшавии аҳоли ба ин бемории мураккаб ба мушоҳида мерасад. Рушди ҳамасолаи беморшавӣ 1,1-3% -ро ташкил медиҳад [14].

Бемории санги пешоб дорои хусусиятҳои ҷараёни тӯлонии тақроршаванда мебошад ва вобаста аз ин бо оризаҳои зиёд дар шакли пиелонефрит, фишорбаландии шарёни, норасоии гурдаҳо бисёри вақтҳо боисси маъҷубшавии пеш аз мӯҳлат оварда мерасонад [15].

Маълумоти фаровони адабиётҳои илмӣ гувоҳӣ медиҳанд, ки пиелонефрити бемориҳои санги пешобро дар 44,4(98%) -и ҳолат ҳамроҳӣ мекунад [16]. Хангоми осебҳои дутарафа, сангҳои сершумор ё нефролитиози коралловӣ вучуддоштани конкрементҳои ретсидивӣ, пиелонефрит дар ҳамаи ҳолатҳо ба назар мерасад.

Дар аксари мавридҳо пиелонефрити музмин боиси пайдо шудани бемории санги пешоб мешаванд ва ҳатто барои пайдо шудани бемории санги пешоб мусоидат мекунад, аммо асосан зуд-зуд пайдо шудани сироят дар гурдахоро конкрементҳо боис мешаванд.

Давомнокии нефролитиоз ва пиелонефрити музмин омили ягонаи муайянкунандаи ихтилоли функсияҳои гурдаҳо ба ҳисоб мераванд. Барои пайдо шудан ва пешравии норасоии гурдаҳо хангоми бемориҳои санги гурдаҳо чунин омилҳо, ба монанди ихтилоли барвақти гемодинамика, тағйироти уродинамика [16], вучуддоштани рефлюксҳо, трансформатсияи гидронефротикӣ, ҳамчунин фишорбаландии шарёни мусоидат мекунад [19].

Пайдоиши пиелонефрит хангоми бемориҳои санги пешоб, ҳамчун сабаби муҳими пайдо шудани БМГ А.Я. Пител ба рефлюки ҳавзак-гурдаҳо аҳамияти муҳим додаст, ки ба ақидаи вай дар 21-24% нефролитиоз ва хангоми халаи гурдаҳо, ки конкрементҳо ба вучуд овардаанд, дар 38,6-40,8% ба мушоҳида расид.

Бемории санги пешоб баъди пиелонефрит дар урология дар ҷойи дуҷум меистад, ки нисбатан бештар ба норасоии музмини гурдаҳо

оварда мерасонад [16], тибқи маълумоти Чапаридзе Ф.Ф. (2007) сабаби фавти беморони гирифтори уролитиоз дар 62,3%, норасоии гурдаҳо ба ҳисоб меравад. Маълумотҳои адабиёте, ки аз басомади БМГ хангоми бемории санги пешоб гувоҳӣ медиҳад, дар 20 соли охир хеле гуногунанд. В.И. Воробсов (2005), З.С. Вайнберг (2011) ва дигарон БМГ-ро хангоми бемории санги пешоб танҳо дар 9,2-17,6 ҳолат ба мушоҳида расид. Дар баробари ин, дар солҳои охир қорҳои зиёде пайдо шудаанд, ки дар онҳо ба оризаҳои зиёдтари дар шакли норасоии гурдаҳо хангоми нефролитиоз дар 41,6-64,6% ишора мекунад, хангоми нефролитиози кораллошакл дар 94,8-100% ҳолатҳо ишора мекунад [20].

Дар тезонидани фавти паренхимаи гурдаҳо хуруҷҳои зиёди пиелонефрит аҳамияти калон доранд, ки аксари вақтҳо ҳамроҳ бо пиелонефрити шадиди фасодӣ ҷараён дорад, ки хангоми бемории саанги пешоб то 65,7% бо шоки бактериалӣ, сепсис [20], инсидоди роҳҳои пешоб, ки ба анурия оварда расонидан то 29,2% буд [21]. Омилҳои манфии ба ҷараёни бемории санги пешоб БМГ таъсир мерасонанд, зиёд мавҷуд будани периуретрит ба ҳисоб мераванд, ки дар 75% беморон бо сангҳои аввалия ва ретсидивӣ дар 95% дида шуд [22].

Мавҷуд будани конкремент дар якҷоягӣ бо якҷанд омилҳо ба тағйироти назарраси морфологӣ дар гурдаҳо оварда мерасонад, ки рангорангии онҳо аз вазнинии ҷараёни оризаҳои зикршуда, ҳолати гурдаҳо то сангҳосилшавӣ, бузургихову ҷойгиршавии конкремент, ҳолати организм дар маҷмӯъ – ҳамаи ин дар якҷоягӣ метавонад ба пайдошавии босуръати БМГ оварда расонад. Тағйиротҳои склерозӣ дар бофтаҳои гурдаҳо аксаран ҳамроҳ бо таҷдиди ҷарбӣ, фишорёбӣ ва атрофияи нефронҳо, аз даст додани чандирӣ девораи системаи ҳавзаку косача ба ваайроншавии функсияи гурдаҳо ва норасоии гурдаҳо оварда мерасонад.

Ҳам аз лиҳози патогенетикӣ ва ҳам аз лиҳози табобати шакли мустақили такнозологии БМГ нефролитиози марҷонӣ мураккабтар ба ҳисоб меравад. Ин шакли БМГ дар 8-35%-и ҳолатҳои сохтори БМГ ташхис карда мешавад. Синну соли асосӣ, ки дар он бори нахуст нефролитиоз ошкор карда мешавад, аз 35 то



50-солагӣ аст, ки ин бештари мавридҳо сабаби маъюбшавии табақаи қобили меҳнати аҳоли мегардад [25,26].

Бемории санги пешоб гоҳо дорои чараёни вазнин буда, боиси сар задани оризаҳои гуногун мегардад. Сангҳои пешоб бошанд дар сохтори таркиб ва ташаккули худ комплекси протсесҳои патологиро дар ҳамаи сатҳҳои нефрони гурдаҳо, бофтаҳо ва рағҳои мобайниро амиқтар месозанд, ки ин дар ниҳояти қор боиси аз даст додани потенциали функционалии гурдаҳо гашта, бо марҳалаҳои гуногуни норасоии гурдаҳо зоҳир мешавад.

**Ҳамин тавр**, зикр бояд қард, ки дар пайдошавии норасоии гурдаҳо ҳангоми бемориҳои санги пешоб нақши асосиро вайроншавии аксулчарааёни пешоб бо ретенсияи (нигоҳдорӣ)-и роҳҳои болоии пешоб, вучуд доштани сироят ва дараҷаи фаъолнокии он иҷро мекунанд. Омилҳои вазнинкунанда, сангҳосилшавии такрорӣ, андозаи конкремент, давомнокии вучуд доштани он дар роҳҳои болоии пешоб, фишорбаландии шарёнӣ ба шумор мераванд ва проблемаи мазкур то ҳол актуалӣ боқӣ мемонад, гарчанде дар табобати БМГ ҳангоми уролити-аз муваффақиятҳо ба даст оварда шудаанд.

### АДАБИЁТ

1. Алчинбаев М.К., Сарсебеков Е.К., Малих М.А. Современные методы лечения мочекаменной болезни. – Алматы, 2017. – 141 с.
2. Антонов Н.М., Пролиско С.В. Осложнения кораллоидного нефролитиаза. // II конференция научного общества урологов Грузии. V научная сессия института урологии и нефрологии им. А.П. Цуликидзе. – Тбилиси, 2012. – С.18-19.
3. Шейман Д.А. Острая почечная недостаточность. В кн.: патофи-зиология почки (пер. с англ.). – М., «Бином», 2007. – С.161
4. Bruzzi I., Benigni A., Remuzzi G. Role of increased glomerular protein traffic in progression of renal failure. // *Kidney Intern.* – 2007. – v. 52. – suppl. 62. – P. 29-31.
5. Blantz R. Pathophysiology of prerenal azotemia. // *Kidney Intern.* – 2008. – v. 53. – № 2. – P. 512-523.
6. Данилков А.П. Клиника, диагностика и лечение хронической почечной недостаточности при урологических заболеваниях. Дисс... докт. мед. наук.– М.– 2018.– С. 15-64.
7. Джавад – Заде М.Д. Особенности клинического течения хронической почечной недостаточности при мочекаменной болезни и предоперационная подготовка больных. // *Вестн. хир. им. И.М. Грекова.* -2013. – Т.131. – Вып.12. – С. 40-45.
8. Джавад – Заде М.Д., Мальков П.С., Агаев М.М., Гамидов И.М. Лечение больных мочекаменной болезнью, осложненной хронической почечной недостаточностью. // конференция научных обществ урологов Грузии, 2-я, научная сессия института урологии и нефрологии им. А.П. Цуликидзе, V-я: Тезисы докладов. – Тбилиси, 2012. – С.27-28.
9. Дутов В.В. Современные способы лечения некоторых форм мочекаменной болезни: дис. ... докт. мед. наук: 14.00.40. – М., 2011. – 193 с.
10. Ермакова Н.А. Пиелонефрит и хроническая почечная недостаточность при кораллоидном нефролитиазе. // *Современные методы диагностики и лечения почечной недостаточности, заболеваний мочевого пузыря и мужских половых органов.* – Горький, 2014. – С.19-22.
11. Заборовский Г.Н. Мочекаменная болезнь как причина заболеваемости и инвалидности. // Конференция урологов Литовский ССР, 4-я. – Каунас, 2017. – С.38-Кравцова Т.Я. Особенности острого пиелонефрита у больных сахарным диабетом. Автореферат дисс... канд. мед. наук., М., 2014. – С. 19-20.
12. Кацыф А.М., Краснопольский Л.В. Аденома предстательной железы и функциональная недостаточность почек. // *Актуальные проблемы урологии и нефрологии.* – Киев, 2010. – С. 98-104.
13. Климов Б.Н., Давидов М.И. О гнойном пиелонефрите. // *Мат. Пленума Правления Всеросс. Общества урологов.*: Тез. докл. – Екатеринбург. – 2016. – С. 44.



14. Clegh J.S. Drug administration in renal failure // Am. J. Med. – 2017. – P. 555.
15. Kocvara R., Plasgura P., ferric A. et al.. A prospective study of non-medical prophylaxis after a first kidney stone, // В. JU int.. – 2017. – v.4. – P.393-398.
16. Лопаткин Н.А. Хроническая почечная недостаточность. В кн.: Урология. – М., «Медицина», – 2015. – С. 471-485.
17. Лопаткин Н.А. Хронический пиелонефрит. // Мат. Пленума Правления Всеросс. Общества урологов.: Тез. докл. – Екатеринбург. – 2006. – С. 107-125.
18. Лопаткин Н.А. Хроническая почечная недостаточность при урологических заболеваниях. В кн.: Урология. – М., «Медицина», – 2005. – С. 11-12.
19. Лопаткин Н.А., Дзеранов Н.К. Пятнадцатилетний опыт применения ДЛТ в лечении МКБ // Пленум Правления Всерос. общ-ва урологов. – М., 2013. – С.5-25.
20. Яненко Э.К., Кульга Л.Г. Острый пиелонефрит и паранефрит при коралловидным нефролитиазе. В кн.: Сб. научн. Трудов. – М., 2011. – С. 69.
21. Рябинский В.С., Колпаков И.С. К вопросу анализа оперативного лечения больных коралловидным нефролитиазом. // Конференция урологов Литовский ССР, 4-я: Тезисы докладов. – Каунас, 2017. – С.78-79.
22. Степанов В.Н., Колпаков И.С., Акимов С.Я. Опыт оперативного лечения коралловидных камней почек. // Пленум Всероссийского научного общества урологов. Тезисы докладов. – Горький, 2018. – С.50-52.
23. Трапезникова М.Ф., Дутов В.В. Сравнительный анализ современных методов лечения коралловидного нефролитиаза // Мат. Пленума Правления Рос. общества урологов. – Сочи, – 2013. – С. 311-312.
24. Хурцев К.В. Современные методы лечения и прогноз функционального состояния почек больным коралловидным нефролитиазом: дис. канд. мед. наук: 14.00.40.– М., 2013.– 98 с.

## ХРОНИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ ПОЧЕК КАК СЛЕДСТВИЕ МОЧЕКАМЕННАЯ БОЛЕЗНЬ

**Б.Н. Усмонов, Ф.С. Саъдуллоев, А.А. Абдувохидов.**

Кафедра урологии ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино», Международная клиника Ибни Сино.

## CHRONIC KIDNEY DISEASE AS A CONSEQUENCE OF UROLITHIASIS

**B.N. Usmonov, F.S. Sadulloev, A.A. Abduvohidov.**

Department of Urology GOU “ Avicenna Tajik state medical university “,  
Ibni Sino International Clinic.

Abstract: This article is devoted to the occurrence of chronic kidney disease in urological diseases that occur in 24-26% of cases. Most often, the development and progression of renal failure is caused by diseases such as urolithiasis and acute

pyelonephritis. Urolithiasis is characterized by a severe course, contributing to the development of various complications, which ultimately leads to a loss of the functional potential of the kidney, manifested by various stages of renal failure.

*Усмонов Бахтиёр Нуриллоевич – докторант PhD кафедры урологии в ГОУ «ТГМУ им Абуали ибни Сино».*

*Usmonov Bakhtiyor Nurilloevich - PhD candidate of the Department of Urology at the State Educational Institution “ Avicenna Tajik state medical university”.*



## ТИББИ НАЗАРИЯВӢ

### БОЗСОЗИИ МУТОБИҚШАВИИ МОРФОЛОГӢ ВА МОРФОМЕТРИИ ТӢБЧАӢОИ ГУРДАВИИ НЕФРОНӢОИ ГЕНЕРАТСИЯАШОН ГУНОГУН

Р.Х. Зокиров, О.Т. Девонаев, Н.Р. Саломзода, М.Ф. Менликулов

Кафедраи анатомияи одам ва истилоҳоти тиббии лотинии ба номи Я.А.Раҳимов  
(мудирӣ кафедра н.и.т., Зокиров Р.Х.)-и МДТ «ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино»

**Мубрамияти мавзӯ.** Ҳама масъалаҳое, ки ба проблемаи баландкӯҳӣ алоқаманданд, дар ҳоли ҳозир бояд ба масъалаҳои таъҷилӣ мансуб бошанд. Ин ба раванди давомдори муҳочират табақаҳои гуногуни аҳоли ва ҳайвоноти кишоварзӣ ва ҳонагӣ ба кӯҳҳо вобаста аст. Барои Тоҷикистон, ки 93%-и ҳудуди он кӯҳистон аст ва дар он ҷо қисми зиёди аҳолии ҷумҳурӣ зиндагӣ мекунад, мушкилоти физиология ва морфологияи кӯҳҳо аҳамияти аввалиндараҷа доранд.

**Мақсади таҳқиқот** омӯзиши маҷмӯи хусусиятҳои гистологӣ, гистохимиявӣ ва морфометрии тағйирёбии мутобиқшавӣ дар гурда буд, ки азнавсозии сохтори рағҳои пайванди микросиркулятории узвро ҳангоми мутобиқшавии организм ба омилҳои кӯҳҳои баланд муайян мекунад.

**Мавод ва усулҳои таҳқиқот.** Омӯзиши морфологияи ташаккулёбии бофтаҳои рағ дар 30 сағи барқамоли ҳар ду чинс бо вазни 10-15 кг гузаронида шуд, ки дар кӯҳҳои ағбаи Анзоб бо баландии 3375 метр аз сатҳи баҳр бардошта шудаанд. Барои таҳқиқот омодагии пурра ва умумии қисмҳои гуногуни гурда ва капсули фиброзии он хидмат карданд. Пас аз куштани ҳайвонот, гурдаҳоро бароварда, вазни онҳоро чен карданд ва бо теги ҳифозӣ ба миқдори стандартӣ пора карданд. Гурдаҳо дар маҳлули 10% нейтралӣ формалин нигоҳ дошта шуданд.

**Натиҷаҳои таҳқиқот.** Маълум аст, ки тӯбчаҳои гурдаи нефронҳои гуногун аз рӯйи хусусиятҳои морфометрӣ фарқ мекунанд. Ҳамин тавр, тӯбчаҳои нефронҳои зеркапсулӣ шаклҳои занбурӯгӣ, куррашакл ва байзашакл доранд, ки масоҳати онҳо  $19570+260$  мкм<sup>2</sup> буда, таносуби ин нишондиҳандаҳо 186,5%-ро ташкил медиҳад. Дар минтақаи интракортикалӣ нефронҳое мавҷуданд, ки

масоҳати гилофакҳои гурдашон  $22880+260$  мкм<sup>2</sup> мебошад. Дар айни замон, масоҳати тӯбчаҳои рағҳои онҳо ва ковокии гилофаки тӯбчагӣ мутаносибан:  $14440+280$  мкм<sup>2</sup> мебошад ва таносуби ин нишондиҳандаҳо 171%-ро ташкил медиҳад. Тӯбчаҳои аз ҳама калонтаринро нефронҳое доранд, ки дар ҳудуди юкстамедулярӣ ҷойгиранд -  $24380+250$  мкм<sup>2</sup>. Дар айни замон, масоҳати тӯбчаҳои рағҳои онҳо ва ковокии гилофак мутаносибан  $15220+270$  мкм<sup>2</sup> ва  $240$  мкм<sup>2</sup> мебошад ва таносуби ин нишондиҳандаҳо 163%-ро ташкил медиҳад.

Артериолҳои тӯбчавии эфферентии нефронҳои интракортикалӣ тақрибан бо диаметри артериолаҳои афферентӣ баробаранд. Онҳо ба моддаи мағзӣ мегузаранд ва ба бастаҳои рағҳои тунуки девор, ки аз артериолаҳои рост иборатанд, тақрибан аз капиллярҳои одӣ то андозае калонтар мешаванд, тақсим мешаванд. Шохаҳои сершумор аз рағҳои эфферентӣ ва аз артериолаҳои мустақим ҷудо шуда, шабакаи капиллярии перитубулярии моддаи мағзиро ташкил медиҳанд, ки дар шакли қороллаи рағҳо ба охири пистонакҳои аҳромҳо мерасанд. Диаметри капиллярҳои васеи моддаи мағзӣ  $13,23+0,35$  микрон аст. Муқаррар карда шудааст, ки хусусиятҳои сохти шабакаи рағҳои минтақаҳои гуногуни гурда сохтори паренхима ва сохтори онро инъикос мекунанд. Дар бахшҳои гурда, ки дар микротоми яққунӣ омода шудаанд, мо тавонистем, хусусиятҳои мавзееи сохтори банди капиллярии ин узвро муайян кунем.

**Хулоса.** Натиҷаҳои бадастомада нишон медиҳанд, ки азнавташкилдиҳии бофтаҳои рағҳо дар гурдаи сағ аз ёзандагии баланди иқтидори захиравии рағҳои дохилиорганӣ ва элементҳои нефрон дар зерӣ таъсири оми-



лҳои баландии муҳити зист, барои ҳайвонҳои мутобиқнашуда ғайриодӣ аст. Равандҳои азнавташкилдихӣ баргардонида мешаванд ва хусусияти чуброну мутобиқшавӣ доранд,

ки хангоми таҳияи чораҳои мӯолиҷавӣ ва пешгирикунанда барои мутобиқсозии бомуваффақияти бадан дар шароити баландкӯҳӣ бояд ба назар гирифта шаванд.

### АДАБИЁТ

1. Э.С.Валишин. Морфология внутриорганного сосудистого русла почки, её роль в патогенезе нарушения почечного кровообращения. Дисс. канд. мед. наук. – Казань, -1966. -186 с.
2. О.Т.Девонаев. Морфология сосудистого русла почки при охлаждении. Автореф. дисс.-канд.мед.наук. – Новосибирск, 1992. – 17с.
3. С. Курбанов. Динамика изменения площади почечного тельца в условиях высокогорья // Влияние природно-климатических факторов на организм человека и животных. – Душанбе. - 1987. – С. 20-21.
4. С.М.Пантелеев.Морфометрическая оценка динамики роста и дифференцировки почечных телец нефронов различных генераций в онтогенезе человека // Сб. науч. трудов, посвящ. 30-летию Тюменского мединститута. – Тюмень. - 1993. – С. 92-107.
5. Т.Р.Рузиев. Морфофункциональный анализ процессов компенсаторной и регенерационной гипертрофии почки крыс, кроликов и собак: Автореф. дисс. канд. биол. наук. – Душанбе, 1966. - 32 с.

### МОРФОЛОГИЧЕСКАЯ И МОРФОМЕТРИЧЕСКАЯ АДАПТАЦИОННАЯ ПЕРЕСТРОЙКА ПОЧЕЧНЫХ КЛУБОЧКОВ НЕФРОНОВ РАЗНЫХ ГЕНЕРАЦИЙ

**Р.Х. Зокиров, О.Т. Девонаев, Н.Р. Саломзода, М.Ф. Менликулов**

Кафедра анатомии человека и латинской медицинской терминологии имени Я.А. Рахимова (заведующий кафедрой, к.м.н., Зокиров Р.Х.) ГОУ «ТГМУ имени Абуали ибни Сино»

Данные, приведенные в этой научной работе, являются результатом собственных исследований авторов, где ими рассматриваются разные отделы и фиброзные капсулы

почки собаки в условиях высокогорья.

**Ключевые слова:** Морфология, морфометрия, адаптация, клубочки субкапсулярных нефронов.

### MORPHOLOGICAL AND MORPHOMETRIC ADAPTATION REARRANGEMENT OF RENAL GLOMERULI NEPHRONS OF DIFFERENT GENERATIONS

**R.H.Zokirov, O.T.Devonaev, N.R.Salomzoda, M.F.Menliculov**

Department of Human Anatomy and Latin medical terminology named after Ya.A.Rakhimov of SEI “Avicenna TSMU”

The data given in this scientific work are the result of the authors' research, where they consider different parts and fibrous capsules of

the dog's kidney in the highlands.

**Key words:** morphology, morphometry, adaptation, glomeruli of subcapsular nephrons.

**Зокиров Рахматулло Хомидович** – к.м.н, заведующий кафедрой анатомии человека им. Я. Р. Рахимова Таджикского государственного медицинского университета имени Абуали ибни Сино E.mail. rahmatullo. Zokirov @ mail.ru, тел: 900-21-67-67

**Zokirov Rakhmatullo Khomidovich** – c.m.s., head of the department of Human Anatomy named after Ya. A. Rakhimov of Avicenna Tajik State Medical University, E.mail. rahmatullo. Zokirov @ mail.ru, tel: 900-21-67-67



## ШАРҲИ АДАБИЁТ

### АЗ ТАЪРИХИ ПАЙДОИШ ВА РУШДИ ИЛМИ КИМИЁИ УЗВӢ

Холиқов С. С.

Кафедраи химияи Донишгоҳи давлатии Кӯлоб ба номи Абӯабдуллоҳи Рӯдакӣ

Химияи органикӣ пайвастагиҳои карбон, сохт, таркиб, хосият ва табилёбии онҳоро меомӯзад. Ҳангоми таҳлили васеи дарёфти илми кимиёи органикӣ мо ба давраи пайғомбар Зардушт рафта мерасем. „Авесто“ гаҳвораи овони тифлии ниёғони мост, ки сарчашмаи суруду тарона, хаммосаву муноҷот, дуруду паём, тавбаву надомат, илми тиб, биология, минералогия, маъданҳои металлҳо, истехсоли моддаҳои хушбӯӣ (эфирҳо ва пайвастагиҳои онҳо) маҳсуб меёбад. „Авесто“ нахустин қомуси тамаддун ва аввалин ғанҷинаи фарҳангии ориёӣҳои шарқӣ-саромадони тоҷикон аст. Ҳунармандону табибон аз моддаҳои табиат, аз гулу гиёҳҳо, буттаҳо, маҳсусан аз решаҳои хор доруҳои гуногун тайёр менамуданд.[4. с 6.].

Дар китоби „Авесто“, аллақай одамон дар бораи маҳлулҳо, усули истехсоли онҳо, захрҳои гуногун, ки аз морон истехсол мегарданд, обҳои даргиранда (спиртҳо) моддаҳои гуногун хушбӯйкарда, ки ҳангоми маросимҳои динӣ истифода мегарданд, маъданҳое, ки аз онҳо олотҳои ҷангӣ истехсол мекарданд, маълумотҳо дода шудааст. Дар Аврупо аз асри XVI сар карда, капитализм қадамҳои устувори худро гузошта муносибати нави ҷараёнҳои иҷтимоӣ, иқтисодӣ-сиёсӣ рӯи кор омаданд. Саноати бофандагӣ бо суръати баланд тараққӣ кард. Саноати хӯрокворӣ рӯ ба инкишоф ниҳод. Саноати металлургӣ талаботҳои нави худро ба миён гузошт. Соҳаи тиб дучори тағйироти кулӣ гардид. Талабот ба рангунандаҳои органикӣ даххо маротиба афзуд. Истехсоли эфирҳои хушбӯӣ аз растаниҳои гуногун талаби замони гардид. Саноати кулолгарӣ аз Шарқ тавассути Испания ба Аврупо сарҳадро убуру намуд.

Кулол шояд моддае бошад, ки инсоният аввалин бор аз он маснуоти сунӣ ҳосил карда бошад. Маснуоти аз гил тайёршуда тақрибан 25-30 ҳазор сол то эраи мо маълум буд.

Дар асбобҳои рӯзгор ба кулолии одамон расми одамон, паррандаҳо, ҳайвонот, хазандаҳо ба воситаи рангҳои органикӣ, ки аз таркиби растаниҳо гирифта мешуд, оро дода мешуданд. Дар Европа фарфор дар асри XVI ба воситаи мамлакати Испания аз ватани аҷдодии худ Хитой ба ғарб рафт. Дар Хитой то соли 220 то эраи мо фарфор маълум буд. Ресепти фарфории ғарбиро немис физикӯ химик Эренфрид Чиригаузвсоли 1703 кашф намуда, дар ин асос корхонаи истехсолии худро ба кор даровард. Ҳамон ғуфтаҳои дар боло зикр шуда сабаби инкишофи илмҳои табиӣ риёзӣ, физика, математика, химияи гайриорганики, химияи органикӣ созгор шуданд. Ҳамзамон қайд кардан ба маврид аст ки роҳҳои ҳосил кардани моддаҳо, ки аз табиати зинда ва гайри зинда ба даст оварда мешуд ба он асос гузошт, ки илми химияро ба қисмҳои химияи органикӣ ва химияи гайриорганики тақсим намоем. Ёдрас менамоем, ки дар аввалҳои қарни XIX аввалин маълумотҳо дар бораи химияи органикӣ ҳосил шуданд. Дар он замони вазифаи ин илм омӯхтани табиати моддаҳо буд, ки онҳо аз таркиби организмҳои ҳайвонот ва наботот ба вучуд омадаанд [1.с. 54-55]

Яке аз хусусиятҳои моддаҳои органикӣ бӯии онҳо мебошад. Ба бӯи моддаҳои органикӣ аз давраҳои қадим одамон диққати ҷиддӣ медоданд. Бӯи хуш, талх, бадбӯӣ, тунд, буйҳое, ки одамонро гулӯгир мекард, ба инсон маълум буданд. Бештари моддаҳои органикӣ бӯи хоси худро доранд. Дар ин соҳа яке аз олимони Олмон Конп Герман Франс Морис (30.10. 1817- 20.11.1892) дар китоби худ «Таърихи химия» менависад. Ин олим муайян намуд, ки хосияти буйноки моддаҳои органикӣ ба пайвастагиҳои носер будани онҳо вобастагӣ дорад. Буйнокии моддаҳо яке аз хусусиятҳои маҳсуси моддаҳои органикӣ мебошад ва он нақши бузургро дар мавҷу-





дияти организмҳои зинда мебозад. [3.с.100]. Моддаҳои органикӣ ин барандагони бӯйҳои гуногун мебошад. Муайян кардани вобастагии байни сохти модда ва бӯйнокии он ба рои химияи органикӣ проблемаи ҳозира ва оянда мебошад. Ба табиати бӯй инсонҳо аз давраҳои қадим таваҷҷуҳ карда буданд. Файласуфон Эпикур ва Демокрит пешниҳод намуданд, ки бӯйи моддаҳои органикӣ аз табиати атомҳои модда вобастаги дорад. Дар асри XVI истеҳсоли равғанҳои эфири дахҳо маротиба афзуд. Болоравии истеҳсолоти рохҳои гуногуни истеҳсоли онҳоро зиёд намуд. Истифодабарии ин равғанҳо дар тиб ба ҳукми анъана даромад.

Муайян кардани сарчашмаи бӯй дар таркиби равғанҳои эфири ба табиби немис Параселс Геофраст (24.XI.1493-24.IX.1541) тааллуқ дорад. Ин табиб пешниҳод намуд, ки бӯйи растаниҳо аз моддаҳои аз таркиби онҳо хориҷшаванда, инчунин аз моддаи маҳсули бо номи „*primum ens*“ вобастаги дорад. Дар соли 1732 корҳои олими дигари голандӣ аз химик, ботаник, табиб Бургаве (Бурхаве) Герман (31.XII.1668 - 23.IX.1738) ба миён омад. Ин олим пешниҳод намуд, ки барандаи бӯй ин як зарраҳои ҳасос аст, ки онҳоро „*spizitus rector*“ номид, маҳсуб меёбад. Маънои -руҳи раҳбар, ки баъдтар ин моддаро номи „*arome*“ ё „*aromat*“ пайгири намуд. Ломоносов М.В исбот намуд, ки бӯйи моддаҳо аз табиати ҳуди моддаҳо пайдо мешавад ва он хусусияти мавҷӣ дорад. Олими дигари Олмон пешниҳод намуд, ки бӯй ба монанди рушноӣ ва садо мебошад, ки бо ҳаво бархӯрд намуда, ба организми инсон таъсир мекунад.

Олими дигари Олмон Либих Юстус (12.V.1803-18.IV.1873) пешниҳод намуд, ки бӯе ки равғанҳои эфири ҳосил мекунад, ин таъсири эфирҳо бо ҳаво мебошад. Дар натиҷаи ин таъсир бӯй ҳосил мешавад.

Аз ҳама бӯйи пурқувват ҳамон эфире ба вучуд меорад, ки он тезтар ба оксигени ҳаво ба реаксия дохил шавад. Ин олим соли 1835 кислотаи бодомро кашф намуд [4.с.266]. Вай аввалин маротиба дар химия мафҳуми «алдегид»-ро ба миён гузошт, ки яке аз пайвастагиҳои муҳими органикӣ ба шумор меравад. Соли 1846 яке аз моддаҳои органикӣ -

тирозинро кашф намуд. Яке аз асосгузори агрохимия ба шумор меравад. Олими дигари Олмон Лимприхт Генрих Франц Петер (21.IV.1827-13.V.1909) мебошад. Соли 1866 антрасенро кашф намуд. Соли 1898 эфири этилро истеҳсол намуд. Соли 1870 яке аз моддаҳои маъмули органикӣ- фуранро кашф намуд. 105 сол пеш аз эраи мо Тсан Лун аз Хитой рохҳои ҳосил кардани коғазро аз таркиби дарахтон, пояи зағир, латтапораҳо пешниҳод кард. Фишер Эмил Герман (9.X.1852-15.VII.1919) дар университети шаҳри Бон таҳсил намуда (1871-1872) ва баъдтар университети Страсбургро соли 1874 хатм карда аст. Зери роҳбарии Фридрих Август Кекуле (7.IX.1879-13.VII.1896) қору фаъолият карда аст. Баъдтар зери роҳбарии Байер Адолф Иоганн Фридрих Вилгелм Фон, (31.X.1835-20.VIII.1917) химик-органик буд, ба корҳои озмоишӣ дар самти химияи корбогидрогенҳо, сафедаҳо ва пайвастагиҳои пурины фаъолият намуд. Соли 1882 таркиби сохти пайвастагиҳои пуриниро тадқиқ намуда ҳосилаҳои он –кофеин, теобромин, ксантин, гипоксантин, теофилин, гуанин ва аденинро синтез намуд. Дар натиҷаи тадқиқоти ҳеле зиёди он қисми дигари химияи органикӣ ангиштовҳо ба фанни алоҳида табдил ёфт. Соли 1884 реаксияи ҳосилшавии озонро ҳангоми гарм кардани маносахаридҳо кашф кард. Соли 1887 қандро бо роҳи синтези ҳосил намуд. Номенклатураи ангиштовҳоро пешниҳод намуд, ки то ҳоло истифода мешавад. Соли 1890 маноза, фруктоза, глюкозаро синтез кард. Аввалин шуда ҳангоми синтези моддаҳо ферментҳоро истифода бурд. Ба омӯзиши сохти сафедаҳо шурӯъ намуда ба он муваффақ ҳам шуд, ки таркиби онҳоро муайян кунад. • муайян намуд, ки таркиби сафедаҳо ҳангоми гидролизи онҳо ба аминокислотаҳо чудо мешаванд. Маводи сохтмони сафедаҳо ин аминокислотаҳо мебошанд. [5с. 454-455].

Соли 1902 ба синтези полипептидҳо машғул шуда, моддаи тозаи дипептидро ҳосил намуд. Соли 1907 октадекапептидро бо массаи молекулави 1213 ҳосил намуд. Соли 1903 кислотаи диэтилбарбитурро кашф намуд, ки бо номи веронал ки дар тиб ба ҳайси моддаи



хобоваристифода мешавад, кашф намуд. Барои дастовардҳои бузургаш соли 1902 ба мукофоти Нобелӣ шарафёб шуд. Устои вай- В. Байер барои корҳои дар самти химияи органикӣ ва истеҳсоли рангкунандаҳо соли 1905 сазовори мукофоти Нобелӣ гардид. Дигар химик машхуртарини Олмон, ки дар рушди химияи органикӣ саҳми босазо гузоштааст, Валлах Отто (27.III.1847-26.II.1931) мебошад. Университети Тетинро соли 1869 хатм намудааст. Дар самти пайвастиҳои органикии алитсиклӣ кор кардааст. [бс. 86-87]. Соли 1891 терпенҳои лимонен, фелландрен, фенхон, терпинеолро синтез намуда, хосиятҳои онҳоро омӯхт. [7. с. 56]. Ба гурӯҳи терпенҳо моддаҳои дохил мешаванд, ки аз боқимондаи изопрен сохта шудаанд. Номии умумии терпенҳоро изопреноидҳо меноманд. Яке аз изопреноидҳои паҳншудаи табиӣ каучуки натуралӣ- полиизопрен мебошад.

СНЗ

$\text{CH}_2=\text{C}-\text{CH}=\text{CH}_2$ -Изопрен .

$[-\text{CH}_2-\text{CH}=\text{CH}-\text{CH}_2-]_n$ -полиизопрен (каучуки табиӣ)

Терпенҳо асосан бо миқдори зиёд дар таркиби, геран, гулҳо, лимон, мурч, пудина, лаванд ва дигар растаниҳо мерӯянд. Формулаи умумии карбогидрогенҳои терпени чунин аст ( $\text{C}_6\text{H}_8$ ) n. Лимонен дар таркиби рағани лимӯ, скипидор, пудина вучуд дорад. Ҳосилаҳои дипентенҳо (канабидиол) моддаи касалии рӯҳиро ба вучуд оваранда буда, дар таркиби наша (марихуан) вомерӯрад. Камфора кетони бисиклики қатори камфан мебошад. Камфора аз замони пеш дар тиб ҳамчун стимулятори фаъолкунандаи дил истифода мешуд. Бо таъсири бром ба камфора моддаи дигар бромкамфора ҳосил мешавад, ки фаолияти дилро хуб намуда, асабро ором менамояд. [7.с.629-32]. Ин олимони олмонӣ Валлах Отто яке аз бунёдгузорони саноати моддаҳои хушбӯӣ дар Олмон ба ҳисоб меравад. Соли 1910 барои хизматҳои бузургаш дар соҳаи илми химия ба мукофоти Нобелӣ сарфароз гардонид шуд. Пайдошавии заводи истеҳсоли астрил, ки ба моддаҳои органикӣ терпенҳо мувофиқ аст, садҳо олимони соҳаи химияи органикиро ба майдон овард. Аз со-

лҳои 1850-1860 сар карда, химияи органикӣ бо суръати баланд рӯшд намуд. Дар Фаронса яке аз олимони машхури химия Гриняр Франсуа Огюст Виктор ( 6.V.1871-13.II.1935) ба майдони илми химияи органикӣ ворид шуд. Университети Лионро соли 1893 хатм намуд. Директори мактаби саноати химия дар Лион буд. Самти асосии фаъолиятҳои синтези моддаҳои органикӣ мебошад. Соли 1900 аввалин моддаи магниорганикиро истеҳсол намуд. Яке аз реактивҳои машхур реактиви Гриняр дар химияи органикӣ мавриди истифода қарор гирифтааст, маҳсули истеҳсоли дасти ӯ мебошад. Асосгузори китоби 23-ҷилдаи „ Дастури химияи органикӣ “ мебошад. Барои меҳнатҳои зиёд дар рушди химияи органикӣ соли 1912 ба гирифтани мукофоти Нобелӣ шарафёб гардид.

Дигар олимони химияи органикӣ ин Вилштеттер Рихард Мартин (13.VIII.1872-3.VII.1942) мебошад. Университети Миюнхенро соли 1894 хатм кардааст. Дар бахши биохимия кор кардааст. Соли 1897 структураи какаинро муайн намуд. Соли 1896 моддаи нави органикӣ - тропилиденро кашф намуд. Тропинро бо роҳи синтез ҳосил намуд. Соли 1907-1910 бо ҳамроҳии А.Штолем хролофилли кристалӣ истеҳсол намуд ва формулаи онро муқаррар намуд. Соли 1907 сиклобутанро, сиклооктан, сиклооктатетраен синтез намуд, ки дар он давра дастоварди бузург ҳисоб мешуд. Хиноҳоро омӯхт ва онҳоро истеҳсол намуд. Таркиби моддаҳои органикиро омӯхта бисёр моддаҳои рангашон гуногунро истеҳсол намуд. Соли 1918 ба тадқиқи ферментҳо даст зад, амилазаро чун мушаддас намуд. Соли 1923 реаксияи ҳосилшавии кокаинро дар 18 зина пешниҳод намуд. Соли 1929 гидролизи селюлозаро кашф намуд. Соли 1915 бо гирифтани мукофоти Нобелӣ шарафёб гардид. Қайд кардан ба маврид аст, ки дар Аврупо аз соли 1900 то соли 1980 ин олимони дар рушди илми химияи органикӣ саҳми гузошта ва сазовори мукофоти Нобелӣ гардидаанд.

Нобел Алфред Берн Хард ( 21.X.1933-10.II.1896) инженер-химик, саноатчи, кашшоф маҳсуб меёфт. Соли 1853 дар Россия зиндагӣ намудааст. Дар ширкати ба номи



Нобел, ки аз падараш буд, барои соҳаи илми харбии Россия маҳсулот мебаровард. Ин ширкат соли 1885 заводи аввалини худро дар дунё барои истеҳсоли нитроглитсерин ташкил намуд.

Алфред Нобел директори аввалини ин завод интихоб гардид. Баъд дар тамоми ҷаҳон заводҳои динамитро кушод. Ин заводҳо ба ӯ тааллуқ дошт. Кашфиёти ӯ ба моддаҳои тарканда асос ёфта буд. Соли 1863 пешниҳод намуд, ки барои детонатсияи нитроглитсерин капсулаи симоби моеъ ро бояд истифода бурд. Азбаски нитроглитсерин моддаи зуд тарканда буд ва дар вақти истеҳсолот дар завод хатарзо буд, ӯ роҳи дигари истеҳсоли динамитро пешниҳод намуд. Нитроглитсеринро дар

моддаи кизергур адсорбсия намуд ки он хавфи таркишро дар вақти истеҳсол ба маротиб кам намуд. Соли 1873 истеҳсоли желатини таркандаро ба роҳ монд, ки аз маҳлули нитроселюлоза ва нитро глитсерин ташкил шуда буд. Соли 1897 борути бедуд, ки аз омехтаи нитроглитсерин, пероксилин камфар иборат буд ба истифода дод. Микдори даромади худро дар он давра, ки 33 миллион крони шведӣ буд дар соҳаҳои физика, химия, физиология, тиб, адабиёт ба фонди байналмилалӣ ба номи мукофоти Нобелӣ сарф намуд. Номи химикони соҳаи химияи органикиро аз соли 1900 ба тариқи зайл пайнавишт менамоем, ки сазовори мукофоти байналмиллалӣ Нобели дар рушди илми кимиёи органикӣ шудаанд.

#### Дорандагони ҷоизаи Нобел

1. Фишер Эмил Герман (9.X.1852-15.VII.1919) (Олмон). Соли 1902 гирифт.
2. Отто Георг (Вилгелм (4.XI.1902-1.VIII.1982) (Олмон). Соли 1905.
3. Бехнер Эдуард (20.V.1860-13.VIII.1917) (Олмон). Соли 1907.
4. Валах Отто (27.III.1847-26.II.1931) (Олмон). Соли 1910 .
5. Гриняр Франсуа Огюст Виктор ((Франсия) (6.V.1871-13.XII.1935) Соли 1912.
6. Вилштеттер Рихард Мартин (13.VIII.1872-3.VII.1942) (Олмон). Соли 1915.
7. Виланд Генрих Отто (4.VI.1877-5.VIII.1957) (Олмон). Соли 1927.
8. Виндаус Адолф Отто Рейнголд (25.XII.1876-9.VI.1959), (Олмон). Соли 1928 .
9. Хеуорс (Геворт, Хэворт) Уолтер Норман (19.III.1883-19.III.1950) (Англия). Соли 1937.
10. Коррер Паул (21.IV.1889-18.VI.1971) (Шветсия). Соли 1937.
11. Кун Рихард (3.XII.1900-31.VII.1967) (Олмон). Соли 1938
12. Виртанен Арттури Илмари (15.I.1895-11.XI.1973, (Финляндия). Соли 1945
13. Самнер Джеймс Бетчеллер (19.XI.1887-12.VIII.1955) (Америка). Соли 1946
14. Нортрог Дж.Хоуард (р.5.VII.1891-1992) (Америка). Соли соли 1946.
15. Тизелиус Арне Вилгелм Каурин (10.VIII.1902-29.X.1971) (Шветсия) Соли 1948
16. Дилс Отто Рауль Герман (23.1.1876-7.III.1954) (Олмон) . 1950.
17. Штаудингер Герман (23.III.1881-8.IX.1965) (Олмон). Соли 1876.
18. (Пауменг ) Лайнус Карл (28.II.1901-5.III.1995) ;(Америка Соли 1954.
19. Дю Винью Винсент (18.V.1901-11.XII.1978) (Америка). Мукофоти Нобели соли 1955
20. Тед Александр (2.X.1907- 5.VI.2001) ( Англия). соли 1957.
21. Сенгер (Сангер) Фредерик (13.VIII.1918-5.I.2009) (Англия). Соли 1958
22. Либби Уиллард Франк (17.XII.1908-9.IX.1980) (Америка) . Соли 1960
23. Келвин (Калвин) Мелвин (8.IV.1911-5.01.2006) (Америка). Соли 1961
24. Кендрю Джон Коудери( 24.III.1917-5.04.2008) (Америка). Соли 1962
25. Тсиглер Карл Валдемар (26.XI.1898-11.VIII.1973) (Олмон). Соли 1963
26. Натта Джулио (26.II.1903-2.V.1979) ( Италия). Соли 1964
27. Кроуфт, Ходжкин Дороти (12.V.1910-05.01.2003) (Англия). Соли 1964 .
28. Леруар Луис Федерико (06.IX.1906-3.XII.1987) (Аргентина). Соли 1970
29. Гертсберг Герхард (25.XII.1904-05.03.2005) (Канада). Соли 1971
30. Анфинсен Кристиан Бемер (26.3.1916-04.01.2003) (Америка). Соли 1972
31. Мур Станфод (4.9.1913-23.8.1982) (Америка). Соли 1972



32. Флори Пол Джон (19.6.1910-9.9.1985)(Америка). Соли 1974
33. Липскомб Уилям Нанн (9.12.1919-01.04.1998) (Америка). Соли 1976
34. Митчелл Питер (29.9.1920-01.04.2001) (Англия ).Мукофоти Нобели соли 1978
35. Браун Герберт Чарлз (22.5.1912-04.03.2003) (Америка ). Соли 1979
36. Берг Пол (30.6.1926-04.05.2009) (Америка ). Соли 1980

### АДАБИЁТ

1. Академик Э.У. Нуъмонов. Дар хотираи шогирдон ва ҳамкорон, Душанбе, Нашриёти “Дониш” 2019 тахти нашри академик У.М. Мирсаидов
2. Дунёи илми академик Нуъмонов Э.У. Душанбе: ЧДММ “Меҳрона” - 2017
3. Ишанкул Усмонович Нуъмонов тахти нашри Мирсаидов У.М. нашриёти “Дониш” Душанбе-1989
4. Абдулхай Комилӣ, Зиндагиномаи Муҳаммад Закариёи Розӣ, Муассисаи давлатии Сар-редаксияи илми энциклопедияи милли тоҷик душанбе– 2016.
5. Химия дар ҳаёт ва саноат, Нуъмонов Э.У. Сталинобод, 1958с.
6. Академик Э.У. Нуъмонов Учёный, патриот, гуманист, Ответственный редактор академик АНРТ У. Мирсаидов Душанбе «Дониш» - 2008
7. Химияи органикӣ, Ширинбек Холиков, ЧДММ “Эрграф” душанбе–2011с.
8. Очерки по истории органической химии, издательства–наука Москва -1977год.
9. История химии в России издательство наука, Москва, 1985год

### ИЗ ИСТОРИИ ПОЯВЛЕНИЯ И РАЗВИТИЯ ОРГАНИЧЕСКОЙ ХИМИИ.

**Холиков С. С. - к.х.н, доцент кафедры химии КГУ им. Абуабдулло Рудаки**

В данной статье рассказывается об истории появления органической химии с древних времён до наших дней. Следует отметить что органической химии в течение пройденной пункт выработывал множество веществ для социальных нужд общества. В развитие науки органической химии вклад немецких учёных такие как Либих, Юстус,

Парацельс, Геофраст, Фишер, Эмиль Герман, Вильгельм Фон, Валлах Отто, огромна. Эти учёные с начала 18 веков смогли выделить этот науку от других науках и превратить в самостоятельную науку.

**Ключевые слова:** углерод, эфир, кислота, запах, алдегид, белки, кофеин, сахар, терпен, изопрен, Гриньяр, хинон, Нобель, Фишер.

### FROM THE HISTORY OF THE EMERGENCE AND DEVELOPMENT OF ORGANIC CHEMISTRY

**Kholikov S. S. - Candidate of Chemical Sciences, Associate Professor of the Department of Chemistry, KSU named after Abuabdullo Rudaki**

This article tells about the history of the emergence of organic chemistry from ancient times to the present day. It should be canceled that organic chemistry during the passed point has produced a lot of weight for the social needs of society. The contribution of German scientists such as Liebig, Justus, Parazels, Geofrast, Fischer, Emil Hermann, Wilhelm

Von, Wallach Otto to the development of the science of organic chemistry is enormous. These scientists from the beginning of the 18th century were able to distinguish this science from other sciences and turn it into an independent science.

**Key words:** carbon, ether, acid, odor, aldehyde, proteins, caffeine, sugar, terpene, isoprene, Grinyar, quinone, Nobel, Fisher.

*Холиков С. С. - к.х.н, доцент кафедры химии КГУ им. Абуабдуллох Рудаки, ул. С. Сафаров - 14 E-mail. safar-57@mail.ru Тел: 902.42.60.66.*



## ОМУЗИШ ВА БАҲОГУЗОРИИ ТАМОЮЛНОКИИ БЕМОРОНИ ДОРОИ ШАКЛИ ПАХНЁФТАИ РЕВМАТОИДӢ ВА АРТРИТИ РЕВМАТОИДӢ БО БЕМОРИҲОИ ҲАМРОҲШУДА БА ТАБОБАТИ БАЗИСИИ ДОРУҲОИ ЗИДДИИЛТИҲОБӢ

Ҳамидов Ф.М. Ҳасанзода С.М., Охонова О.Д. Саидов Ё.У. Махмудзода Х.Р.

Кафедраи талими асосҳои бемориҳои дарунии МДТ “Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абӯалӣ ибни Сино”.

**Муқаддима.** Артрита ревматоидӣ (АР) - бемории аутоиммунии ревматикӣ, ки дар он зухуроти артрита эрозиявии мутаносиб (синовит) ва спектри васеи ғайрибуғумӣ (системавӣ) дида мешавад [1,2].

Аммо беморони гирифтори артрита ревматоидиро на ҳамеша беморони ҳамроҳшудаи соматикӣ, бемориҳои дилу рағҳо, бемориҳои шушҳову бронхҳо, бемориҳои гурдаҳо ва диабет қанди тип II ҳамроҳӣ мекунанд.

Айни замон АР ва дигар бемориҳои музмин, ки табобат ва реабилитатсияи тӯлоии бисёрсоларо талаб мекунанд, тамоюли пасти беморон ба табобат объекти омӯзиши фаъол дар тамоми дунё ба шумор меравад, зеро аксар вақт табобати бесамар дар натиҷаи тамоюли паст ва нофаъоли беморон ҷиҳати татбиқи амалии стратегияҳои гуногуни фармакотерапевтӣ ба ҳисоб меравад [9,10,11].

Дар байни бемориҳои музмини ревматикӣ, АР метавонад, ки ҳамчун модели муносиб барои омӯختани тамоюлноки ба табобат ва таъсири он ба пешгӯии беморӣ дар маҷмӯъ пешниҳод карда шавад, зеро манзараи клиника АР дар сурати набудани табобати муносиб дар муҳлати кӯтоҳ метавонад, ки ба оқибатҳои фоҷиабор оварда расонад [1,12,13,14].

Дар доираи банақшагирии консепсияи муносири фармакотерапияи РА - стратегияи «TreattoTarget -T2T» - «Табобат то расидан ба ҳадаф», экспертҳо дар аввал намунаҳои тавсия барои беморон, ҳамчун оқибати мантиқии принсипи аввалини умумии T2T таҳия намуданд, ки муҳим будани иттиҳоди ревматолог ва беморонро дар муваффақияти табобати АР-ро таъкид кардаанд [15-18].

Дар ин самт табобати самараноки АР дар заминаи имплементатсияи принси-

пҳои асосӣ ва тавсияҳои стратегияи T2T дар амалияи воқеии клиникӣ зарурати иштироки фаъолна ва босаводонаи беморро дар протсессии табобат талаб мекунад. Нишон дода шудааст, ки иттиҳоди самимӣ ва давомноки ревматологу бемор шартӣ асосии амалӣ гардонидани стратегияи назорати ҷиддӣ ва ба даст овардани ҳадафҳои ниҳии табобати АР ба ҳисоб меравад [19-21]. Беҳтар сохтани тамоюлнокии беморон дар доираи стратегияи T2T гузаронидани барномаҳои маърифатиро, ки дар заминаи талаботи воқеии беморон асос ёфтаанд, тақозо мекунад [9,15,21].

Аммо, ба муҳим будани проблема нигоҳ накарда, пеш аз ҳама, дар ҷанбаи амалии он, маълумот дар бораи тамоюлнокии беморони АР ба табобат дар адабиётҳои илмӣ миқдоран кам ва гоҳо муҳолифи ҳамдигаранд, детерминантҳои тамоюлнокии беморони АР тақрибан омӯхта нашудааст. Дар баробари ин, бисёр муҳаққиқон тасдиқ мекунанд, ки бештари беморони дорои АР (аз 35 то 65%) дар самти тамоюлноки ба табобат мушқилот доранд [14,15,21]. Аз тарафи дигар, мавҷуд будани бемориҳои ҳамроҳшуда дар беморони дорои АР аз бисёр ҷиҳатҳо вазифаи бе ин ҳам мушкили табобати бемории асосӣ ва тамоюлнокии беморонро ба табобат мушқилтар месозанд [22-25].

**Мақсади таҳқиқот:** пешниҳод кардани натиҷаҳои таҳлил ва баҳогузори беморони дорои АР ба табобати БПВП ва идентификатсияи детерминантҳои набудани тамоюлнокии беморон.

**Мавод ва усулҳои таҳқиқот.** Ба таҳқиқот 126 бемори дорои АР-и пахнёфта (бо меъёри ACR, 1987) синну соли аз 18 то 66-сола (синну соли миёна  $49,5 \pm 3,8$  сол) фаро гирифта шуд (ҷадвали 1).



**Чадвали 1. Тавсифи умумии клиникӣ-иммунологии беморони гирифтори АР-и пахнёфта, Ме (персентили 25-ум; 75-ум).**

Нишондиҳанда	АР бе бемориҳои ҳамроҳшуда (n=72)	АР бо бемориҳои ҳамроҳшуда o(n=54)
Синну сол	50,4 [24; 58]	54,6 [26; 65]
Чинс, м/з, n (%)	18 (42,9)/24 (57,1)	12 (35,2)/ 22(64,8)
Давомнокии беморӣ, моҳ	35,2 [12; 38]	36,8 [18; 42]
Rб – марҳалаи мантиқӣ (I, II, III, IV), %	0//26,1/61,9/11,9	0//32,3/55,8/11,8
СФ (I, II, III), %	18,1/67,4/14,5	9,6/67,1/23,3
DAS28, баллы	5,2 [4,2;6,2]	5,4[4,6;6,2]
IgM РФ +, n (%)	34 (80,1)	29 (85,2)
СРБ, мг/л	20,8[8,8; 32,8]	24,6 [12,6; 36,6]
Дараҷаи фаъолнокии (II, III), %	36,2/63,8	45,8/54,2

Аксари бештари беморони гирифтори АР (чадвали 1) аз ҷиҳати РФ серопозитивӣ - 63 (83%) буданд. Аз 76 бемори гирифтори АР дар 44 (57,9%) бемор дараҷаи III –и фаъолнокии шохиси diseaseactivityscore (DAS28) –ро доштанд, 21 (42,8%) – дараҷаи II фаъолнокии. Марҳалаҳои I, II, III ва IV-и рентгенологии беморӣ тибқи таснифи Steinbroker мутаносибан дар 0, 22, 45 ва 9 бемор ошкор карда шуд. бештари беморони дорой (зиёда аз 80,%) дорой синфҳои функционалии II буданд.

Ҳама беморони дорой РА-и пахнёфта (n=126) вобаста аз мавҷудият ё вучуд надоштани бемориҳои ҳамроҳшуда ба ду гурӯҳ ҷудо карда шуданд. Ба гурӯҳи I - 72 бемори дорой АР бидуни бемориҳои ҳамроҳшуда ва дар гурӯҳи II – 54 бемори дорой АР дар якҷоягӣ бо бемориҳои ишемикии дил (БИД) буданд.

Марҳалаҳои рентгенологии АР мувофиқи таснифи модификацияшудаи Steinbroker бо роҳи рентгенографияи стандартии устухонҳо ва қисмҳои дисталии попанҷа муайян карда шуданд. Дараҷаи фаъолнокии АР бо ёрии шохиси DAS28 [25] муайян карда шуд. Мансуб будани АР ба вариантҳои серопозитивӣ ё серонегативӣ тибқи аксуламали латекс-агглютинатсия муайян карда шуд.

Бемориҳои ҳамроҳшуда: дар ҷои аввал бемориҳои системаи нафаскашӣ меистанд. Ташҳиси ҳамаи беморон дар асоси таҳқиқотҳои клиникӣ-лабораторӣ, анамнезӣ ва рентгенологӣ сурат гирифт. дар маҷмӯъ бемориҳои системаи нафаскашӣ дар 40 %-и беморони гурӯҳи 2 во хӯрданд.

Дар байни бемориҳои ҳамроҳшуда БИД аҳамияти калон дорад, вай дар асоси маълумотҳои клиникӣ, лабораторӣ ва инструменталӣ верификация мешавад. Ҳамаи беморони таҳқиқшуда аз ЭКГ дар 12 дуршавиҳои маълумӣ гузаронида шуданд, ЭхоКГ миувофиқи усули стандартӣ (дар дастгоҳи ултрасадоии «PIJIPS 8D», Германия) бо ҳисобкунаки ростхата 3 – 3,5 мГс иҷро карда шуд. Дар баъзе беморон Ҳангоми зарурат ЭКГ – намунаҳо бо сарбории ҷисмонии меъёрӣ (велоэргометрия) анҷом дода шуд. дар маҷмӯъ дар гурӯҳи беморони дорой АР дар якҷоягӣ бо БИД чунин шаклҳои БИД идентификация шуданд: стенокардия – дар 56,4%, инфаркти миокард –дар 10%, ишемияи ббедарди миокард ва аритмия – дар 33,6%-и таҳқиқшудагон. Дар маҷмӯъ дар байни беморони таҳқиқшудаи гурӯҳи 2 зиёда аз 50 %-ро ташкил дод.

Ҷойҳои сеюм ва чорумро бемориҳои гурдаҳо ишғол намуданд, дар ҳамаи беморон бар иловаи ташҳиси аз ҷиҳати клиникӣ-анамнезӣ боэътимод таҳқиқоти маълумотҳои клиникӣ-лабораторӣ, инструменталӣ, ба монанди ҳолати функционалии гурдаҳо бо роҳи таҳлили пешоб, таҳқиқоти ултрасадоии қанди хун низ анҷом дода шуд, ҳамин тавр, Ҳангоми таҳқиқот чунин бемориҳо гурдаҳо ошкор карда шуд- дар 70 % - пиелонефрит, дар 6% нефропатияи диабетӣ, дар боқимондаҳо дар асоси скрининг таҳқиқот дараҷаи I-и норасоии музмини гурдаҳо муайян карда шуд.

Бо мақсади баҳогузорӣ кардани тамоюлнокии беморон ба истеъмоли БПВП мо давомнокии истеъмоли доруро аз лаҳзаи оғози



истеъмоли доруҳои зикршуда то лаҳзаи таҳқиқоти мазкур ҳисоб кардем. Дар ниҳояти қор давомнокии (миқдор, моҳ) –и истеъмоли БПВП муайян карда, таносуби он нисбат ба давомнокии АР аз лаҳзаи верификацияи таъхис муайян карда шуд.

Дар ин маврид, агар бемор доруи тавсиякардашударо дар тамоми давра – аз лаҳзаи таъйин кардани БПВП то лаҳзаи ба таҳқиқот шомил кардани бемор на камтар аз 80%-и вақт истеъмом карда бошад, беморро моил ба таъобат ҳисобиданд.

Гурӯҳи назоратиро 40 одами солим (28 зан ва 12 мард) ташкил дод, ки бемории узвҳои даруниро надоштанд, счинну соли миёнаи онҳо

- 48 сол (34-66 сол) буд.

Натиҷаҳо бо ёрии барномаи «Statistica-10» ширкати StatSoftInc. 1984-2012 коркарди оморӣ карда шуданд. Натиҷаҳои ба даст овардашуда дар шакли нишондиҳандаҳои миёна (M) ± инҳирофи стандартӣ (s) дар ҳолати тақсимоти муътадили тағйирёбандаҳо ё медиана (Me) бо фосилаи интерквартилии 25-75 протсентил ([25Q;75Q]) ҳангоми тақсимоти аз муътадил фарқкунанда. Барои баҳогузорӣ кардан ба эътимоднокии фарқиятҳои байни нишондодҳо аз t – критерияи Студент истифода карда шуд.

**Натиҷаҳо ва баррасии онҳо.** Тамоюлноки ба таъобати БПВП-ро мо дар беморони до-

рои АР паҳнффта РА (n=76) баҳогузорӣ намудем, ки дар онҳо қаблан (то ба ин таҳқиқот шомил кардан) истеъмоли тӯлонии БПВП тавсия карда шуда буд. Дар ин маврид дар таҳқиқоти мо, ба монанди таҳқиқотҳои дигар муаллифон [9,10,14], дар ҳар як бемор чунин параметрҳои ба истеъмоли БПВП алоқаманд омӯхта шуданд: давомнокии анамнези ревматоидӣ, аз лаҳзаи таъйин кардани ҳар як доруи гурӯҳи БПВП, давомнокии истеъмоли он ва сабабҳои қатъ кардани он.

Бо мақсади баҳогузори амиқи тамоюлнокии беморон ба таъобат маълумотҳои анамнезӣ (муоширати худӣ бемор) ва асноди тиббӣ (картаи амбулаторӣ ва иқтибос аз таърихи беморӣ) низ ба таври муфассал омӯхта шуд.

Доруҳои қатори базисӣ (асосан доруҳои аминокислотинӣ, сулфасалазин, намаки тилло ва лефлуномид) асосан дар режими давраи таъобат аз тарафи аксари бештари (63,7%) беморон қабул карда шуд (ҷадвали 2).

Дар таҳқиқоти мо мисли дигар пажӯҳишҳо [14,21] дар протсесси таҳлили мақсаднок ва баҳогузори майлнокии (1 майл надоштани) беморон ба таъобати объекти таҳқиқот инҳо буданд: сабаби қатъ кардани БПВП; миқдор ва спектри таъсирҳои нохуб ва оризаҳо, доруҳои қаблан истеъмомшуда, вучуд доштани; нефропатияи диабетӣ, НМГ, ҳамчунин вазъи оилавӣ ва сатҳи таҳсилоти бемор.

## Ҷадвали 2. Миқдори таъйин кардан, спектр ва моягирии БПВП дар беморони дорои АР (n=76) –и паҳнффта то лаҳзаи ба таҳқиқот ворид кардани беморон.

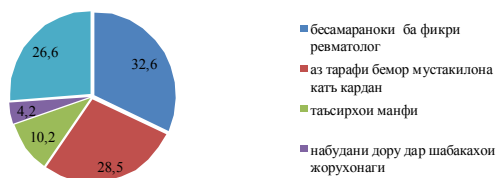
№	Дору	Миқдори беморон		Диапазони дозаи шабонарӯзӣ ё дозаи ҳафтаина	Давомнокии истеъмом, моҳ
		I группа	II группа		
1.	Делагил	10(16,%)	10 (26,4%)	200-400	3-6
2.	Плаквенил	5 (12,6%)	5 (13,1%)	200	3-4
3.	Сулфасалазин	13 (9,1%)	13 (34,3%)	1-2	3-9
4.	Лефлуномид	5(12,6%)	5(13,1%)	10-30	2-4
5.	Намаки тилло	5 (12,6%)	5 (13,1%)	30-50	4-6
6.	Метотрексат	25(32%)	25()	2,5-10 мг	6-12
	ҲАМАГӢ	63	63	-	-

Таҳлил ва баҳогузори муфассали маълумотҳои анамнезӣ, ҳамчунин маълумотҳои асноди тиббӣ гувоҳи он ҳастанд, ки сабаби асосии қатъ кардани БПВП дар беморони таҳқиқшуда инҳоянд: а) самаранок набудан

ба фикри мутахассис -ревматолог (32,6%); б) мустақилона аз тарафи бемор қатъ кардани истеъмоли дору (28,5%); в) таъсири манфии доруҳои базисӣ (10,2%); г) вучуд надоштани доруҳо дар шабакаҳои доруҳо-



нагӣ (4,1%); д) беасос қатъ кардан аз тарафи табиби оилавӣ (24,6%) (расми 1), дар ин хусус қаблан донишмандони дигар низ иттилоъ додаанд [10,21].

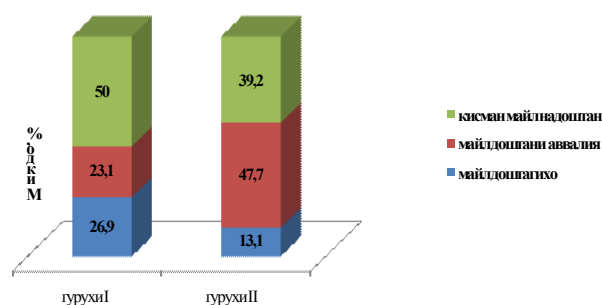


**Расми 1. Сабабҳои асосии қатъ кардани истеъмоли БПВП аз тарафи беморони гирифтори АР (n=49)-и пахнёфта.**

Дар гурӯҳҳои беморони таҳқиқшудаи I (АР бе бемориҳои ҳамроҳшуда; n=72) ва II (АР бо бемориҳои ҳамроҳшуда; n=54) (ҷадвали 1) бо АР пахнёфта (n=126), истеъмоли кунандаи БПВП, миқдори бемороне, ки ба табобати базисӣ майл доранд, дар маҷмӯъ 19,9 %-ро ташкил дод (мутаносибан 26,9% ва 13,1% дар байни беморони гурӯҳҳои I ва II) (расми 2). Чунин тамоюли пасти беморони гирифтори АР ба табобати БПВП дар пажӯҳишҳои олимони дигар низ ба назар мерасад [9,14,21].

Ба гурӯҳи майл доштан ба табобат он беморони дорои АР дохил карда шуданд, ки онҳо тақрибан доимо БПВП-и тавсияшударо дар тамоми давра истеъмоли мекарданд (аз лаҳзаи таъйин кардани дору то лаҳзаи ба таҳқиқот дохил кардани он) на камтар аз 89%-и вақт.

Дар байни беморони ба табобат майл доштагӣ (мутаносибан 49,9% ва 47,7% дар гурӯҳҳои I ва II), алоҳида 15 бемор (30,6% аз миқдори умумии беморони гирифтори АР-и пахнёфта, ки қабалн БПВП истеъмоли кардаанд), идентификатсия карда шуд, мутаносибан 6 ва 9 нафар дар гурӯҳҳои I ва II, ки қаблан бо сабабҳои гуногун тамоман БПВП қабул накардаанд, ба он нигоҳ накарда, ки ревматологҳо ин доруҳоро чандин маротиба тавсия кардаанд. Ин категорияи беморонро мо шартан ба гурӯҳи аввалияи майл надоштагӣ ба табобат ҷудо кардем. Инҳо асосан беморони чинси мард буданд, ҳолаташон хуб буд, ва бемории ҳамроҳшуда БИД доштанд.



**Расми 2. Баҳогузорӣ ба майлноки ба табобати БПВП дар беморони гурӯҳи I (n=28) ва II (n=21) бо АР пахнёфта (n=49).**

Дар гурӯҳи беморони дорои АР-и пахнёфта, шахсони тамоилдошта ба табобати БПВП, давомнокии умумии беморӣ ва давомнокии АР то верификатсияи ташхис назар ба беморони тамоюлнодошта кӯтоҳтар буд, ки ин ба маълумотҳои муаллифони дигар дар хусуси кам шудани дараҷаи тамоюлноки ба табобат бо гузашти вақт, мувофиқат мекунад [9,14,15].

Дар ҳамаи беморони қисман майл доштан ба табобат, ки қаблан БПВП (n=49)-ро қабул кардаанд, детерминантҳои майл надоштан ба табобат омӯхта ва баҳогузорӣ карда шуданд. Натиҷаҳои дар ин самт ба даст овардашуда нишон медиҳанд, ки детерминанти асосии тамоюлнодоштани беморони дорои АР инҳо буданд: чинси мард, таъсири иловагии манфии БПВП (бештар аз узвҳои роҳи ҳозима), вазъи нохуби оила (таниҳо), сатҳи пасти таҳсилот ва мавҷудияти бемориҳои ҳамроҳшуда (асосан БИД, бемориҳои системаи нафаскашӣ, диабети қанд ва бемориҳои гурда ва ихтилолҳои ваҳму депрессивӣ), ки ин бо маълумотҳои дигар муаллифон мувофиқат мекунад [9,10,20,21,24].

#### Хулоса

Натиҷаҳои таҳқиқот тамоюлнокии пасти беморони дорои АР-ро нисбат ба табобати патогенетикӣ (истифодаи БПВП) нишон дод: фақат 19,9%-и таҳқиқшудагон БПВП-и тавсияшудародар зиёда аз 80%-и вақт қабул кардаанд. Илова бар ин, 30,6%-и беморони дорои АР бо сабабҳои гуногун умуман ягон вақт доруҳои қатори базисиро қабул накардаанд.





Аз як тараф, доираи васеи детерминантҳои майл надостан ба табобат ва басоманди баланди дучоршавии БИД дар беморони дорои АР (дар 47,2%-и таҳқиқшудагон) оптимизатсияи стратегияи табобатро дар

умум талаю мекунад, аз тарафи дигар, зарурати чувствҷӯии равишҳои муосири беҳтарсозии майлнокии беморони ин комрбидӣ ба табобатр, пеш аз ҳама баргузорию барномаҳои маърифатиро ба миён меорад.

### АДАБИЁТ

1. Насонов ЕЛ. Метотрексат при ревматоидном артрите – 2015: новые факты и идеи. Научно-практическая ревматология. 2015;53(4):421-33. Available from: <http://dx.doi.org/10.14412/1995-4484-2015-421-433>
2. McInnes IB, Schett G. The pathogenesis of rheumatoid arthritis. N Engl J Med. 2011; 365(23):2205-19. Available from: <http://dx.doi.org/10.1056/NEJMr1004965>.
3. Насонов ЕЛ, Гордеев АВ, Голушко ЕА. Ревматические заболевания и мультиморбидность. Терапевтический архив. 2015;87(5):4-9. Available from: <http://dx.doi.org/10.17116/terarkh20158754-9>
4. Никитина НМ, Афанасьев ИА, Ребров АП. Коморбидность у больных ревматоидным артритом. Научно-практическая ревматология. 2015; 52(2):149-54. Available from: <http://dx.doi.org/10.14412/1995-4484-2015-149-154>
5. Новикова ДС, Попкова ТВ, Кириллова ИГ, Горбунова ЮН, Маркелова ЕИ, Лучихина ЕЛ, и др. Оценка кардиоваскулярного риска у больных ранним ревматоидным артритом в рамках исследования РЕМАРКА (предварительные данные). Научно-практическая ревматология. 2015;53(1): 24-31.
6. Храмова НА, Трухина ЕВ. Особенности диагностики и лечения ишемической болезни сердца при ревматоидном артрите (результаты собственных исследований). Современная ревматология. 2012; 6(2):84-8.
7. Горбунова ЮН, Новикова ДС, Попкова ТВ, Маркелова ЕИ, Корсакова ЮО, Фомичева ОА, и др. Кардиоваскулярный риск у больных ранним ревматоидным артритом до назначения базисной противовоспалительной терапии (предварительные данные исследования РЕМАРКА). Научно-практическая ревматология. 2014; 52(4):381-86. Available from: <http://dx.doi.org/10.14412/1995-4484-2014-381-386>
8. Кропотина ТВ, Морозова НА, Гудинова ЖВ, Кокухина НС. Сердечно-сосудистые факторы риска у больных ревматоидным артритом. Современные проблемы ревматологии. 2013; (5)5:69-78.
9. Орлова ЕВ, Денисов ЛН, Арсеньев АО, Каратеев ДЕ. Оценка приверженности больных ревматоидным артритом фармакологическим и немедикаментозным методам лечения и ее динамика под влиянием образовательной программы. Научно-практическая ревматология. 2012; (3)52:68-74.
10. Ахунова РР, Яхин КК, Якупова СП, Салихов ИГ. Приверженность больных ревматоидным артритом лечению базисными противовоспалительными препаратами. Клиницист. 2012;1:42-6.
11. Фофанова ТВ, Агеев ФТ, Смирнова МД, Деев АД. Приверженность к терапии в амбулаторных условиях: возможность выявления и оценка эффективности терапии. Кардиология. 2017; 57(7):35-42. Available from: <http://dx.doi.org/10.18087/cardio.2017.7.10004>
12. Авдеева АС, Каратеев ДЕ, Денисов ЛН, Насонов ЕЛ. Европейский конгресс ревматологов (Париж, 11–14 июня 2014 г.) – проблемы ревматоидного артрита. Научно-практическая ревматология. 2014;52(6):689-96.
13. Насонов ЕЛ, Александрова ЕН, Новиков АА. Аутоиммунные ревматические заболевания: итоги и перспективы научных исследований. Научно-практическая ревматология. 2015; 53(3):230-7.



14. Торопцова НВ, Никитинская ОА. Приверженность лечению остеопороза у больных ревматоидным артритом. *Русский медицинский журнал*. 2014; 22(7):491-4.
15. Орлова ЕВ, Каратеев ДЕ, Булгакова НА. Лечение ревматоидного артрита до достижения цели (Treat to Target): российская версия международных рекомендаций для пациентов. *Научно-практическая ревматология*. 2013; 51(3):246-54.
16. Jurgens MS, Welsing PM, Jacobs JW. Overview and analysis of treat-to-target trials in rheumatoid arthritis reporting remission. *Clin Exp Rheumatol*. 2012; 30(4 Suppl 73):S56-63.
17. Solomon DH, Bitton A, Katz JN, Radner H, Brown EM, Fraenkel L. Review: treat to target in rheumatoid arthritis: facts, fiction, or hypothesis? *Arthritis Rheumatol*. 2014; 66(4):775-82. Available from: <http://dx.doi.org/10.1002/art.38323>
18. Kaneko Y, Koike T, Oda H, Yamamoto K, Miyasaka N, Harigai M, Yamanaka H, Ishiguro N, Tanaka Y, Takeuchi T. Obstacles to the implementation of the treat-to-target strategy for rheumatoid arthritis in clinical practice in Japan. *Mod Rheumatol*. 2015; 25(1):43-9. Available from: <http://dx.doi.org/10.3109/14397595.2014.926607>
19. Smolen JS, Landewe R, Breedveld FC, Buch M, Burmester G, Dougados M, et al. EULAR recommendations for the management of rheumatoid arthritis with synthetic and biological disease-modifying antirheumatic drugs: 2013 update. *Ann Rheum Dis*. 2014; 73(3):492-509. <https://doi.org/10.1136/annrheumdis-2013-204573>
20. Лыгина ЕВ, Пронькина ЕВ, Якушин СС. Структурированная программа обучения больных ревматоидным артритом самостоятельному мониторингу активности заболевания. *Научно-практическая ревматология*. 2014; 52(1):37-43. Available from: <http://dx.doi.org/10.14412/1995-4484-2014-37-43>
21. Рябицева ЛФ, Солодовников АГ, Лесняк ОМ. Приверженность базисной терапии больных ревматоидным артритом, ее детерминанты и влияние на исходы заболевания. *Уральский медицинский журнал*. 2009; 2(56):32-8.
22. Ogdie A, Yu Y, Haynes K, Love TJ, Maliha S, Jiang Y, et al. Risk of major cardiovascular events in patients with psoriatic arthritis, psoriasis and rheumatoid arthritis: a population-based cohort study. *Ann Rheum Dis*. 2015; 74(2):326-32. Available from: <http://dx.doi.org/10.1136/annrheumdis-2014-205675>
23. Nurmohamed MT, Heslinga M, Kitas GD. Cardiovascular comorbidity in rheumatic diseases. *Nat Rev Rheumatol*. 2015; 11(12):693-704. Available from: <http://dx.doi.org/10.1038/nrrheum.2015.112>
24. Soubrier M, Barber Chamoux N, Tatar Z, Couderc M, Dubost JJ, Mathieu S. Cardiovascular risk in rheumatoid arthritis. *Joint Bone Spine*. 2014; 81(4):298-302. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jbspin.2014.01.009>
25. Каратеев ДЕ. Острые вопросы стратегии лечения ревматоидного артрита. *Современная ревматология*. 2015; 9(1):84-92. Available from: <http://dx.doi.org/10.14412/1996-7012-2015-1-84-92>

## References

1. Nasonov EL. Metotreksat pri revmatoidnom artrite – 2015: noviefaktii ideyi [Methotrexate in rheumatoid arthritis – 2015: new facts and ideas]. *Nauchno-prakticheskaya revmatologiya [Rheumatology science and practice]*. 2015; 53(4):421-33. Available from: <http://dx.doi.org/10.14412/1995-4484-2015-421-433>
2. McInnes IB, Schett G. The pathogenesis of rheumatoid arthritis. *N Engl J Med*. 2011; 365(23):2205-19. Available from: <http://dx.doi.org/10.1056/NEJMra1004965>
3. Nasonov EL, Gordeev AV, Golushko EA. Revmaticheskie zabolevaniya i imul'timorbidnost' [Rheumatic diseases and multimorbidity]. *Terapevticheskij arhiv [Therapeutic Archive]*. 2015; 87(5):4-9. Available from: <http://dx.doi.org/10.17116/terarkh20158754-9>



4. Nikitina NM, Afanasyev IA, Rebrov AP. Komorbidnost' u bol'nikhrevmatoidnimartritom [Comorbidity in patients with rheumatoid arthritis]. *Nauchno-prakticheskayarevmatologiya [Rheumatology Science and Practice]*. 2015; 52(2):149-54. Available from: <http://dx.doi.org/10.14412/1995-4484-2015-149-154>
5. Novikova DS, Popkova TV, Kirillova IG, GorbunovaYuN, Markelova EI, Luchikhina EL, et al. Ocenkakardiovaskulyarnogoriska u bol'nijhrannimrevmatoidnimartritom v ramkakhissledovaniya REMARCA (predvaritel'niedannie) [Cardiovascular risk assessment in patients with early rheumatoid arthritis within the REMARCA study: preliminary data]. *Nauchno-prakticheskayarevmatologiya [Rheumatology Science and Practice]*. 2015; 53(1):24-31.
6. Khramtsova NA, Trukhina EV. Osobennostidiag nostikiilecheni yaishemiche skoybolezniserdcaprirevmatoidnomartrite (rezul'tatisobstvennikhissledovaniy) [Features of diagnosis and treatment of ischemic heart disease in rheumatoid arthritis (results of own studies)]. *Sovremennayarevmatologiya [Modernrheumatology]*. 2012; 6(2):84-8.
7. GorbunovaYuN, Novikova DS, Popkova TV, Markelova EI, KorsakovaYuO, Fomicheva OA, et al. Kardiovaskulyarniy risk u bol'nikhrannimrevmatoidnymartritom do naznacheniya bazisnoyprotivovospalitel'noyterapii (predvaritel'niedannieissledovaniya REMARCA) [Cardiovascular risk in patients with early rheumatoid arthritis before disease-modifying antirheumatic therapy (preliminary data of the REMARCA study)]. *Nauchno-prakticheskayarevmatologiya [Rheumatology Science and Practice]*. 2014; 52(4):381-86. Available from: <http://dx.doi.org/10.14412/1995-4484-2014-381-386>
8. Kropotina TV, Morova NA, Gudinova ZV, Kokukhina NS. Serdechno-sosudistiefak toririska u bol'nikhrevmatoidnimartritom [Cardiovascular risk factors in patients with rheumatoid arthritis]. *Sovremennieproblemirevmatologii [Modern problems of rheumatology]*. 2013; (5)5: 69-78.
9. Orlova EV, Denisov LN, Arsenyev AO, Karateev DE. Ocenkapriverzhennostibol' ni khrevmatoidnimartritomfarmakologicheskiminemedikamentoznimmetodamlecheniyaiyeyodinamika pod vliyaniemobrazovatel'noyprogrammi [Assessment of adherence to drug and non-drug treatments and its changes under the influence of an education program in patients with rheumatoid arthritis]. *Nauchno-prakticheskayarevmatologiya [Scientific and practical rheumatology]*. 2012; (3)52: 68-74].
10. Akhunova RR, Yakhin KK, Yakupova SP, Salikhov IG. Priverzhennost' bol'nikh revmatoidnimartritomlecheniyubazisnimiprotivovospalitel'nimipreparatami [Adherence of the patients with rheumatoid arthritis to base anti-inflammatory treatment]. *Klinicist [Clinical physician]*. 2012; 1:42-6.
11. Fofanova TV, Ageev FT, Smirnova MD, Deev AD. [Adherence to Therapy in the Outpatient Setting: the Ability to Identify and Assess the Effectiveness of Therapy]. *Kardiologiya [Cardiology]*. 2017; 57(7):35-42. Available from: <http://dx.doi.org/10.18087/cardio.2017.7.10004>
12. Avdeeva AS, Karateev DE, Denisov LN, Nasonov EL. Evropeyskiy kongress revmatologov (Parizh, 11–14 iyunya 2014 g.) – problemirevmatoidnogoartrita [The European Congress of Rheumatology (Paris, 11-14 June 2014): Problems of rheumatoid arthritis]. *Nauchno-prakticheskayarevmatologiya [Scientific and practical rheumatology]*. 2014; 52(6):689-96.
13. Nasonov EL, Aleksandrova EN, Novikov AA. Autoimmunierevmaticheskiezabolevaniya: itogiiperspektivinauchnikhissledovaniy [Autoimmunerheumaticdiseases: Resultsandprospects forresearches]. *Nauchno-prakticheskayarevmatologiya [Rheumatology science and practice]*. 2015; 53(3):230-7.
14. ToroptsovaNV, NikitinskayaOA. Priverzhennost' lecheniyuos teoporozaubo l'nikhrevmatoidnimartritom [Commitmenttotreatingosteoporosisinrheumatoidarthritispatients]. *Russkiymedicinskiy zhurnal [Russian medical Journal]*. 2014; 22(7):491-4.
15. Orlova EV, Karateev DE, Bulgakova NA. Lechenierevmatoidnogoartrita do dostizheniyatseli (Treat to Target): rossiyskayaversiya mezhdunarodnikhre



komendacydylyapacientov [Treating rheumatoid arthritis to target: Russian version of international guidelines for patients]. *Nauchno-prakticheskaya yarevmatologiya [Scientific and practical rheumatology]*. 2013; 51(3):246-54.

16. Jurgens MS, Welsing PM, Jacobs JW. Overview and analysis of treat-to-target trials in rheumatoid arthritis reporting remission. *ClinExpRheumatol*. 2012; 30(4Suppl 73):S56-63.

17. Solomon DH, Bitton A, Katz JN, Radner H, Brown EM, Fraenkel L. Review: treat to target in rheumatoid arthritis: facts, fiction, or hypothesis? *Arthritis Rheumatol*. 2014; 66(4):775-82. Available from: <http://dx.doi.org/10.1002/art.38323>

18. Kaneko Y, Koike T, Oda H, Yamamoto K, Miyasaka N, Harigai M, Yamanaka H, Ishiguro N, Tanaka Y, Takeuchi T. Obstacles to the implementation of the treat-to-target strategy for rheumatoid arthritis in clinical practice in Japan. *Mod Rheumatol*. 2015; 25(1):43-9. Available from: <http://dx.doi.org/10.3109/14397595.2014.926607>

19. Smolen JS, Landewe R, Breedveld FC, Buch M; Burmester G; Dougados M, et al. EULAR recommendations for the management of rheumatoid arthritis with synthetic and biological disease-modifying antirheumatic drugs: 2013 update. *AnnRheumDis*. 2014;73(3):492-509. <https://doi.org/10.1136/annrheumdis-2013-204573>

20. Lygina EV, Pronkina EV, Yakushin SS. Strukturirovannaya programma obuche niyabolnikhrevmatoidnimartritomsamostoyatel'nomumonitoringuaktivnostizabolevaniya [A structured training program for patients with rheumatoid arthritis to self-monitor disease activity]. *Nauchno-prakticheskayarevmatologiya [Scientific and practical rheumatology]*. 2014; 52(1):37-43. Available from: <http://dx.doi.org/10.14412/1995-4484-2014-37-43>

21. Ryabitseva LF, Solodovnikov AG, Lesnyak OM. Priverzhennost' bazisnoytera piibol'nikhrevmatoidnimartritom, yeyodeterminantiivliyanienaiskhodizabolevaniya [Adherence to disease-modifying drugs in rheumatoid arthritis patients, its determinants and influence on clinical outcomes]. *Uralskiymeditsinskiy zhurnal [Ural Medical Journal]*. 2009; 2(56):32-8.

22. Ogdie A, Yu Y, Haynes K, Love TJ, Maliha S, Jiang Y, et al. Risk of major cardiovascular events in patients with psoriatic arthritis, psoriasis and rheumatoid arthritis: a population-based cohort study. *Ann Rheum Dis*. 2015; 74(2):326-32. Available from: <http://dx.doi.org/10.1136/annrheumdis-2014-205675>

23. Nurmohamed MT., Heslinga M., Kitas GD. Cardiovascular comorbidity in rheumatic diseases. *Nat Rev Rheumatol*. 2015;11(12):693-704. Available from: <http://dx.doi.org/10.1038/nrrheum.2015.112>.

24. Soubrier M, Barber Chamoux N, Tatar Z, Couderc M, Dubost JJ, Mathieu S. Cardiovascular risk in rheumatoid arthritis. *Joint Bone Spine*. 2014; 81(4):298-302. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jbspin.2014.01.009>.

25. Karateev DE. Ostrievoprosistrategiilecheniyarevmatoidnogoartrita [Treatment strategy for rheumatoid arthritis: hot topics]. *Sovremennayarevmatologiya [Modern Rheumatology]*. 2015; 9(1):84-92. Available from: <http://dx.doi.org/10.14412/1996-7012-2015-1-84-92>

## ИЗУЧЕНИЕ И ОЦЕНКА ПРИВЕРЖЕННОСТИ БОЛЬНЫХ РАЗВЕРНУТОЙ ФОРМОЙ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА И РЕВМАТОИДНЫЙ АРТРИТ СОПУТСТВУЮЩИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ К ЛЕЧЕНИЮ БАЗИСНЫМИ ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ПРЕПАРАТАМИ

Хамидов Ф.М. Хасанзода С.М., Охонова О.Д. Саидов Ё.У. Махмудов Х.Р.

Кафедра пропедевтики внутренних болезней, Таджикский государственный медицинский университет им Абуалиибни Сино, Душанбе, Республика Таджикистан

**Цель исследования:** представить результаты анализа и оценки состояния приверженности пациентов с РА к терапии БПВП и идентифицировать детерминанты неприверженности больных.

**Материал и методы:** проведен анализ и оценка приверженности к терапии БПВП у 126 пациентов с достоверным РА без с (n=62) сопутствующей патологией которым ранее (до момента включения в настоящее исследование) рекомендовался длительный прием БПВП.

Подавляющее большинство пациентов с РА были серопозитивны по РФ – 63 (83%). 44 из 76 больных РА (57,9%) имели III степень активности по индексу diseaseactivityscore (DAS28), 21 (42,8%) – II степень активности. I, II, III и IV рентгенологические стадии заболевания по классификации Steinbroker выявлены у 0, 22, 45 и 9 пациентов соответственно. Большинство пациентов с РА (более 80,%) имели II функциональные классы (ФК).

С целью оценки степени приверженности больных к приему БПВП нами подсчитывалась продолжительность приема препарата от момента начала приема указанных препаратов до момента настоящего исследования. В итоге была определена продолжительность (число, мес) приёма БПВП, и высчитывалось его отношение к продолжительности РА от момента верификации диагноза.

**Результаты:** у обследованных пациентов с развернутым РА, количество пациентов приверженных к базисной терапии составило 19,9%, остальные пациенты (80,1%) были классифицированы как частично приверженными к лечению. Выявлено, что ведущими факторами неприверженности у больных страдающих РА к получаемой лечению больше всего приходилось именно изза наличия побочных эффектов лекарственных препаратов кроме препарата метотрексат а также имеющийся сопутствующие заболевание .

**Заключение:** Результаты исследования свидетельствует об очень низкой приверженности пациентов страдающих РА, прежде всего пациентов одновременно страдающих сопутствующей патологией, к терапии БПВП, что показывает необходимости найти современные подходы к улучшению приверженности пациентов данной комбинации больных к лечению, крайне необходимо проведения национальных образовательных программ.

**Ключевые слова:** ревматоидный артрит, приверженность больных к лечению, детерминанты неприверженности.

## STUDY AND EVALUATION OF ADHERENCE PATIENTS WITH ADVANCED FORM OF RHEUMATOID ARTHRITIS AND RHEUMATOID ARTHRITIS WITH CONCOMITANT DISEASES TO TREATMENT OF BASIC ANTI-INFLAMMATORY DRUGS

**Khamidov F.M. SaidovYo.U. MakhmudovKh.R. KarimovSh.T.**

Department of Propaedeutics of Internal Diseases, Avicenna Tajik state medical university, Dushanbe, Republic of Tajikistan

**The aim of the study** is to present the results of the analysis and assessment of the condition of adherence patients with RA to BAID therapy and to identify the determinants of non-adherence patients.

**Material and Methods:** analysis and evaluation of adherence to BAID therapy was conducted in 126 patients with a valid RA without (n = 62) comorbidity pathology who had previously (up to the time of inclusion in the present study) been recommended long-term intake of BAID.

The vast majority of patients with RA were seropositive in RF - 63 (83%). 44 from 76

patients with RA (57.9%) had III degree of activity according to the diseaseactivityscore index (DAS28), 21 (42.8%) - II degree of activity. I, II, III and IV radiological stages of the disease according to Steinbroker classification were detected in 0, 22, 45 and 9 patients, respectively. Most patients with RA (over 80,%) had II functional classes (FC).

In order to assess the degree of adherence patients to BAID, we calculated the duration of drug intake from the moment of beginning of these drugs to the moment of the present study. As a result, the duration (date, month) of BAIDwas determined, and its relation to the

duration of RA from the moment of verification of the diagnosis was calculated.

**Results:** in examined patients with deployed RA, the number of patients committed to baseline therapy was 19.9%, the rest of the patients (80.1%) were classified as partially committed to treatment. It was revealed that the leading factors of non-tolerance in patients suffering from RA to the treatment received were the most due to the presence of side effects of drugs other than methotrexate, as well as the concomitant disease.

**Conclusion:** The results of the study show a very low adherence of patients suffering from RA, especially patients suffering from concurrent comorbidity, to BAIDtherapy, which shows the need to find modern approaches to improve patient adherence to this combination of patients for treatment, it is extremely necessary to conduct national educational programs.

**Key words:** rheumatoid arthritis, patient adherence to treatment, determinants of non-adherence.

*Хамидов Фируз Маджитович – заочный аспирант кафедры пропедевтики внутренних болезней, Таджикский государственный медицинский университет им Абуалиибни Сино, тел 93 500 46 56 E mail. Firuzhm@mail.ru*

*Khamidov Firuz Majitovich - correspondence graduate student of the Department of Propedeutics of Internal Diseases, Avicenna Tajik state medical university, tel: 93 500 46 56. E mail. Firuzhm@mail.ru*

## ЧАШНВОРА



**Аъзам Азизовичи мухтарам**, фаъолияти Шумо ба сифати як мутахассиси варзидае, ки дар марҳилаҳои камолоти касбиатон самтҳои табибӣ, омӯзгорӣ ва илмро тавъам карда тавонистаед, қобили тавачҷух ва пайравии дигарон мебошед. Дар Донишгоҳи тиббӣ фаъолиятро аз ассистентии кафедра сар карда, то мартабаҳои профессорӣ ва мудирии кафедраи ҷарроҳии кӯдакон сабзида расидед. Махсусан саҳми Шумо дар ташкили Беморхонаи клинӣ ва шаҳрии ҷарроҳии кӯдакон калон мебошад. Тадқиқотҳои илмиатон оид ба масъалаҳои ҷарроҳии

катъӣ ва таҷдидии иллатҳои инкишофёбандаи уретра ва узвҳои таносул то имрӯз дар байни мутахассисони соҳа аҳамияти калонро доро мебошанд. Шумо нахустин шуда дар амалияи ҷарроҳии кӯдакони Тоҷикистон усулҳои нодири ҷарроҳиро ҳангоми суддабандии девораи масона, дисплазияи баҳши масонавии уретра ҷорӣ намуда, дар қисмати болоӣ ва поёнии роҳҳои пешоббарор ҷарроҳӣҳои таҷдидӣ ва пластикӣ гузаронидаед, ки то ҳол усулҳои мазкур ба таври васеъ истифода мешаванд.

Шумо муаллифи 400 таълифоти илмӣ, аз ҷумла 15 монография, 30 дастури таълимию методӣ ва тавсияи методӣ, 24 ихтироот, 80 пешниҳоди навоварона буда, зеро роҳбаритон шогирдони зиёде рисолаҳои номзадӣ ва доктории худро дифоъ намудаанд.

Хизматҳои Шумо бо Ифтихорномаи Шӯрои Олии ҶШС Тоҷикистон, медали «Барои меҳнати шоён», Ифтихорномаҳои Сафорати ИҶШС дар Афғонистон ва Ҳукумати Афғонистон ва Ҷумҳурии Мали, медали тиллои Ташкилоти умумиҷаҳонии моликияти зеҳнӣ дар назди Маркази миллии патенту ахбории Вазорати рушди иқтисодиёт ва савдои ҚТ кадрдонӣ гаштааст.

Устои гирифта, Аъзам Азизович, Шуморо бо ҷашни зодрузатон табрику муборакбод намуда, бароятон осмони софу беғубор, тани дурусту хотири чамъ хушбахтию некномиҳои зиёд орзу менамоем.

*Роҳбарияти Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абӯалӣ ибни Сино ва ҳаياتи таҳририяи маҷаллаи илмӣ-амалии “Авчи Зухал” Шуморо бо рӯзи мавлудатон табрик гуфта, бароятон тандурустӣ, хушбахтӣ, ва дастовардҳои тозаи илмиву омӯзгориву муолиҷавиро таманно доранд.*



**Фирӯз Абдуфатқоевичи мухтарам, Фаъолияти** Шумо ба сифати як мутахассиси варзидае, ки фаъолиятикасбиатонро ҳамчун омӯзгор ва олими сермахсул ба рушду нумуи яке аз соҳаҳои калидӣ ва дар айни замон мураккаби илми тиб-физиология бахшидаед, қобили тавачҷух ва пайравии дигарон мебошад. Шумо солҳои зиёд вазифаи ассистентӣ (1976-82), дотсентӣ (1982-90) ва мудирии ка-

федраи физиологияи нормали донишгоҳро (1996-2016) бошарафона иҷро намуда, тавасути талошҳои пайғиронаатон ба унвонҳои баланди профессорӣ ва доктори илмҳои тиб сазовор гаштаед. Дар миёни аҳли кафедра ҳамчун шахси ҳалиму меҳрубон, омӯзгори серталабу ғамхор шинохта шуда, соҳиби эҳтироми самимӣ гаштаед. Ба ҳайси олими варзидаи соҳа дар таълиф ва таҳияи якчанд китобҳои дарсӣ, дастурҳои таълимӣ фаъолона ширкат варзида, бештар аз 200 мақолаи илмиатон оид ба масъалаҳои мубрами соҳа дар нашрияҳои гуногуни илмии ҷумҳурӣ ва берун аз он ба таъби расидаанд, ки ҳар кадоми онҳо дар кушодани гиреҳҳои нозуки соҳаи тиб нақши босазо гузоштаанд.

Хизматҳои бенуқсонатон бо медалҳои «Барои хизмати шоён», «Хизмати шоиста», «10-солагии Қувваҳои Мусаллаҳи Ҷумҳурии Тоҷикистон» ва медали ҷашнии соҳавӣ бахшида ба 1025-солагии Абӯалӣ ибни Сино қадрдонӣ гаштаанд.

**Фирӯз Абдуфатқоевичи мухтарам, Шумо**ро бо ҷашни зодрузатон табрику муборакбод намуда, бароятон, тани дурусту хотири чамъ хушбахтию некномии ҳамаи одаму менамоем.

*Роҳбарияти Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абӯалӣ ибни Сино ва ҳаёти таҳририяи маҷаллаи илмӣ-амалии “Авчи Зухал” Шуморо бо рӯзи мавлудатон табрик гуфта, бароятон тандурустӣ, хушбахтӣ, ва дастовардҳои тозаи илмиву омӯзгориро таманно доранд.*





Давлат Раҳматовичи муҳтарам, метавон гуфт, ки Шумо умри азизи худро фидои тандурустии ахли чома сохта, фаъолияти худро аз ассистентии кафедраи технологияи фарматсевтӣ оғоз намуда, то ба дараҷаи профессорӣ ва мудирии кафедраи мазкур камол ёфтаед. Баъди хатми Академияи фарматсевтии шаҳри Пятигорски Россия (1970), дар оғоз муддати беш аз даҳ сол барои рушду нумӯи ҳадамоти фарматсевтӣ дар минтақаҳои гуногуни кишвар меҳнати садоқатмандонаро паси сар намудаед. Баъдан бо мақсади такмили донишу маҳорати касбӣ

боз тӯли се соли дигар дар Донишгоҳи тиббии шаҳри Москва ба номи И.М.Сеченов (1980-83) худро бо донишҳои баланди касбӣ мусаллаҳ намуда, ҳамчун номзади илм ба Ватан баргаштед ва фаъолияти минбаъдаи касбиатонро дар ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино ба тарбияи мутахассисони ҷавон бахшида, тӯли солҳо дар соҳаи технологияи фарматсевтӣ ба дастовардҳои назаррас ноил гаштед. Ҳамчун декани факултаи фарматсевтӣ ва директори Маркази илмию таҷрибавӣ ва истехсолии фарматсевтӣ оид ба коркарди доруҳои нав ва ашёи ватанӣ низ аз худ қобилияти баланди ташкилотчигӣ зоҳир намуда, дар пешрафти ин самтҳои фаъолияти донишгоҳ саҳми босазо гузоштаед.

Шумо ҳамчун олими соҳа низ шахси муваффақед ва беш аз 300 таълифоти илмӣ, 5 монография, 17 тавсия ва дастурҳои методикӣ нишонҳои фаъолияти пурсамари Шумо дар ҷодаи илм маҳсуб меёбанд. Зери роҳбариятон шогирдони зиёде рисолаҳои илмӣ худро дифоъ намуда, имрӯз бо номуқори Шумо ҳамчун устоди саҳтгиру мушфиқ ҳаққонӣ ифтихор менамоянд.

Давлат Раҳматовичи гиромӣ, Шуморо бо ҷашни зодрузатон табрику муборакбод намуда, бароятон, тани дурусту хоҳири ҷамъ хушбахтию некномҳои зиёд орзу менамоем.

*Роҳбарияти Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абӯалӣ ибни Сино ва ҳайати таҳририяи маҷаллаи илмӣ-амалии “Авчи Зухал” Шуморо бо рӯзи мавлудатон табрик гуфта, бароятон тандурустӣ, хушбахтӣ, ва дастовардҳои тозаи илмиву омӯзгориву муолиҷавиро таманно доранд.*



## АЗ ҲАЁТИ ОЛИМОНИ МАЪРУФ



Абуали ибни Сино

Родился в семье исаилита из Балха, переселившегося под Бухару. В действительности, точная дата рождения - как и смерти (обычно указывается или просто месяц шабан, или первая пятница месяца Рамадан 428 года по лунной хиджре) - неизвестна. Мальчик с раннего возраста проявлял исключительные способности и одарённость. Уже к десяти годам он знал наизусть почти весь Коран. Затем его отправили изучать мусульманское законоведение в школу, где он был самым младшим. Но вскоре даже самые взрослые из слушателей школы оценили ум и знания мальчика и приходили к нему советоваться, хотя Хусейну только исполнилось 12 лет. Позже он изучал логику и философию, геометрию и астрономию под руководством приехавшего в Бухару учёного Абу Абдаллаха Натили. С 14 лет юноша начал заниматься самостоятельно. И геометрия, и астрономия, и музыка ему давались легко, пока он не познакомился с «Метафизикой» Аристотеля. В автобиографии он упоминал, что несколько раз прочитал этот труд, но не смог понять его. Помог-

ла в этом книга Аль-Фараби с комментариями к «Метафизике».

В 16 лет Ибн Сину пригласили лечить самого эмира Бухары. В автобиографии Авиценна писал: «Я занялся изучением медицины, пополняя чтение наблюдениями больных, что меня научило многим приёмам лечения, которые нельзя найти в книгах».

Абу Али ибн Сина в 997 году переехал из Бухары в Хорезм,<sup>[14]</sup> где прожил 15 лет до 1012 года. В 997—998 гг. Бируни вел переписку с Ибн Синой по различным вопросам космогонии и физики, воплощённую в форме вопросов и ответов. В Ургенче Ибн Сина посчастливилось работать в Академии Мамуна, где уже сформировалась передовая научная элита Среднего Востока. В их числе были ученый-энциклопедист Абу Райхан Беруни, астроном-медик Абу Сахл Иса ибн Иахья ал-Масихи, которому Ибн Сина посвятил свой труд об измерении углов. Кроме этого среди ученых были медик Абу-л-Хайр ибн ал-Хаммар, Абу Наср ибн Ирак — племянник хорезмшаха и др. Основы двух трудов, составивших славу Ибн Сины, «Канона врачебной науки» (Ал-Канун фит-т-тибб) и «Книги исцеления» (Китаб аш-шифа) закладывались в Хорезме — в Ургенче. «Канон врачебной науки» был начат в Хорезме в 1000 г., а закончен около 1020 г.<sup>[15]</sup> В 1012 году Ибн Сина покинул Хорезм и направился в Хорасан.

В 1015—1024 гг. Ибн Сина жил в Хамадане, сочетая научную деятельность с весьма активным участием в политических и государственных делах эмирата. За успешное лечение эмира Шамс ад-Давла он получил должность визира, но нажил себе врагов в военных кругах. Эмир отклонил требование военных предать Ибн Сину казни, но принял решение сместить его с занимаемой должности и выслать за пределы своих владений. Через сорок дней с эмиром случился очередной приступ болезни, который заста-



вил его отыскать учёного и вновь назначить своим министром.

После смерти эмира за попытку перейти на службу к правителю Исфахана на четыре месяца он был заточён в крепость. Последние четырнадцать лет жизни (1023—1037) служил в Исфахане при дворе эмира Ала ад-Давла<sup>[en]</sup>, где для него создали благоприятные условия для научной деятельности. Он был главным врачом и советником эмира, сопровождал его даже в военных походах. В течение этих лет Ибн Сина, подстёгиваемый критикой его стиля, обратился к изучению литературы и филологии. Также продолжал плодотворную научную работу. Завершил «Канон врачебной науки». Многие рукописи трудов, в том числе «Книга справедливости» («Китаб уль-инсаф») сгорели во время нападения на Исфахан газнийского войска. Во время одного из военных походов правителя Исфахана у Ибн Сины открылась тяжёлая желудочная болезнь, от которой вылечить себя он не смог. Умер Ибн Сина в июне 1037 года, перед смертью продиктовав завещание незнакомцу. В завещании он дал указание отпустить всех своих рабов, наградив их, и раздать всё своё имущество беднякам.

Похоронили Авиценну в Хамадане у городской стены, а через восемь месяцев его прах перевезли в Исфахан и перезахоронили в мавзолее эмира.

### **Основные медицинские произведения Ибн Сины:**

· «Канон врачебной науки» (или *Канон медицины*, «Китаб ал-Канун фи-т-тибб») — сочинение энциклопедического характера, в котором предписания античных медиков осмыслены и переработаны в соответствии с достижениями арабской медицины. В «Каноне» Ибн Сина предположил, что заболевания могут вызываться какими-то мельчайшими существами. Он первый обратил внимание на заразность оспы, определил различие между холерой и чумой, описал проказу, отделив её от других болезней,

изучил ряд других заболеваний. Существует множество переводов «Канона врачебной науки» на латинский язык. В «Каноне» две книги из пяти посвящены описанию лекарственного сырья, лекарственных средств, способам их изготовления и употребления. Из 2600 лекарственных средств, описанных в «Каноне», 1400 — растительного происхождения<sup>[16][17]</sup>.

· «Лекарственные средства» («Ал-Адвият ал калбия») — написан во время первого посещения Хамадана. В произведении подробно приведены роль сердца в возникновении и проявлении пневмы, особенности диагностики и лечения заболеваний сердца.

· «Удаление вреда от разных манипуляций посредством исправлений и предупреждений ошибок» («Дафъ ал-мазорр ал куллия ан ал-абдон ал инсония би-тадорик анвоъ хато ан-тадбир»).

· «О пользе и вреде вина» («Сиёсат ал-бадан ва фазоил аш-шароб ва манофиъих ва мазорих») — самый короткий трактат Ибн Сины.

· «Поэма о медицине» («Урджуса фитиб»).

· «Трактат о пульсе» («Рисолайи набзийа»).

· «Мероприятия для путешественников» («Фи тадбир ал-мусофирин»).

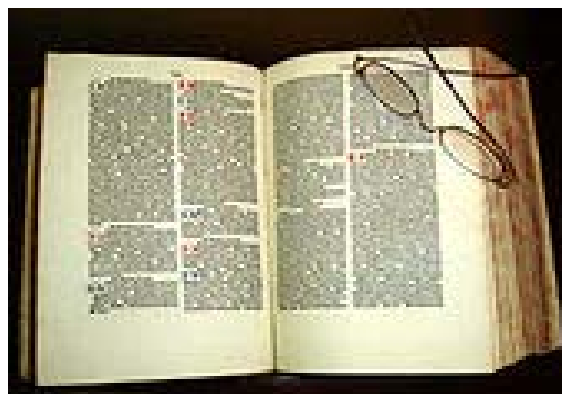
· «Трактат о сексуальной силе» («Рисола фил-л-бох») — описаны диагностика, профилактика и лечение сексуальных нарушений.

· «Трактат о уксусомёде» («Рисола фи-с-сиканджубин») — описаны приготовление и лечебное применение различных по составу смесей уксуса и мёда.

· «Трактат о цикории» («Рисола фил-хиндабо»).

· «Кровеносные сосуды для кровопускания» («Рисола фил-урук ал-мафсуда»).

«Рисола-йи жудия» — описывается лечение заболеваний уха, желудка, зубов. Кроме этого, в нём описаны проблемы гигиены. Некоторые исследователи оспаривают авторство Авиценны.



**Латинская копия «Канона врачебной науки»**

**Арабская копия Ал Кунун-фит-Тиб**



**ҚОИДАҲОИ ҚАБУЛИ МАҚОЛАҲО****Муаллиф бояд ҳангоми ба идораи маҷаллаи "Авчи Зухал"  
Пешниҳод намудани мақола ҚОИДАҲОИ зеринро риоя кунад:**

1. Мақола бояд дар компютер бо истифода аз барномаи VS Word 6,0-7,0 хуруфи андозааш 14 Times New Roman Tj, хошияҳо 2,5 см ва фосилаи байни сатрҳо 1,5 мм хуруфчинӣ ва дар ду нусха дар як тарафи варақ чоп карда, бо ҳамроҳии шакли ҳатмии электронии мақола пешниҳод гардад.

2. Мақолаҳои оригиналие, ки ба мушоҳидаҳои чудогонаи 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 суроғаи зерин фиристонед: 734025, Ҷумҳурии Тоҷикистон,  
ш. Душанбе, хиёбони Рӯдакӣ-139, МДТ «ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино»,**

**Идораи маҷаллаи "Авчи Зухал"**

*Ба чопаш 30.08.2021 имзо шуд. Андозаи 60x84 1/16,  
10 ҷузъи чопӣ. Адади нашр 100 нусха.*