



САРДАБИР

д.и.т.

Мухаббатов Циёнхон Қурбонович

**Ҷонишини сардабир ва
мухаррири масъул**

н.и.ф., дотсент

Юсуфов Абдулло Исмоилович

ҲАЙАТИ ТАҲРИРИЯ

Ибодов С.Т. - д.и.т., профессор
Ҳақназарова М.А. - д.и.т., профессор
Исмоилов К.И. - д.и.т., профессор
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.,
Қурбонбекова П.Қ.,
Носирӣ Қ.Н.,
Қаландаров Ё.Қ.,
Ишонқулова Б.А.,
Қурбонов С.С.,
Қурбонов Ҷ.М.,
Раззоқов А.А.,
Раҷабов У.Р.,
Ҳокироев Т.З.,
Шарофова Н.М.,
Шерматов Д.С.,
Юлдошев У.Р.

АВҶИ ЗУҲАЛ

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

Маҷаллаи илмӣ - амалӣ

Ҳар се моҳ чоп мешавад.

21-июни соли 2010 таъсис ёфтааст.

Наشري ҷорӣ:

№ 4 (41) 2020

Мувофиқи қарори Раёсати КОА назди Президенти Ҷумҳурии Тоҷикистон" 31.01. соли 2019, тахти №29 маҷаллаи мазкур ба феҳристи маҷаллаву нашрияҳои илмии тақризӣ, 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, тахти №0124 ба кайд гирифта шуд.

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

СУРОҶАИ ТАҲРИРИЯ:

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



ГЛАВНЫЙ РЕДАКТОР

д.м.н.

Мухаббатов Джиёнхон Курбанович

**Заместитель главного редактора
ответственный редактор**

к.ф.н., доцент

Юсуфов Абдулло Исмаилович

РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ

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

РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ

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

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:
№ 4 (41) 2020**

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

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

АДРЕС РЕДАКЦИИ:

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



МУНДАРИЧА

ТИББИ АМАЛӢ

АКУШЕРӢ-ГИНЕКОЛОГӢ

Рачабзода Н., Ҷӯраев О.С., Абдуллоева Р.А., Узакова У.Д. Сохтори гистологии трофобласт ва мӯякчаҳои хорион ҳангоми бо роҳи медикаментозӣ хорич кардани ҳомилагии инкишофнаёфта.....	5
--	---

БЕМОРИҲОИ ДАРУНӢ

Зубайдов Р.Н., Муминова М.И., Халилова Д.А., Рачабов Ҳ.А. Таҳлил ва арзёбии паҳншавии омилҳои маъмулии хатари инкишофи оризаҳои дилу рағӣ ва ҳолати спектри липидии хун дар мизочони бо артрити псориастикӣ.....	10
Уроқов К.З., Ҳочиева Г.Б., Ҳиммат М. Ё., Ғаниева М.П., Шамсов А.Т. Хосиятҳои умумии клиникӣ ва омилҳои хатарноки фишорбаландии шараёнии шахсони калонсол дар қиёс.....	17

БЕМОРИҲОИ СИРОЯТӢ

Нуров Р.М. Таҷриба ва таҷрибаҳои маҳмалак дар кӯдакон дар шароити муосир.....	23
Ҳочаева Н.М., Бегайдарова Р.Х., Маҷонова М.Ҷ. Ҷанбаҳои клиникӣ-иммунологии сиёҳсулфа дар кӯдакон дар марҳалаи ҳозира.....	25
Шарифов М.Ч., Шарифзода Т.М. Ҷараёни сирояти сиёҳсулфа дар кӯдакон дар шароити ваксинатсияи умумӣ.....	32

БЕҲДОШТ

Рачабзода С.Р., Ҷонова Б.Ю., Дустов Ҷ.Х., Раупов Ф.О. Таъсири ҳамкориҳои ҷомеа дар доираи бизнеснашагири ба нишондодҳои солимӣ дар сатҳи шабакаи муассисаҳои кумаки аввалияи тиббию санитарӣ.....	37
Эгамназаров Х.Н. Методологияи арзёбии хавф ба саломатии аҳоли.....	41
Юсупов З.Я., Бабаев А.Б., Ашуров Г.Г., Мақсудова З.Я. Таҳқиқоти ихтилоли ҳиссиёти зоика дар коргарони саноати арзиз.....	44

ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИЯ

Қосимов О.И., Муниева С. Х., Нуралиев М.Д., Хомидов М.Ф. Баҳогузорӣ ба сифати ҳаёти беморони дорои намудҳои гуногуни хадшаҳои пӯст.....	49
Нуралиев М.Д., Эгамова Ш.Б., Муниева С.Х. Хусусиятҳои морфологии пӯст дар беморони гирифтори вителиго.....	54
Саидзода Б.И., Ахмедов А., Гадоев М.А. Беморшавӣ аз сироятҳои бо роҳи алоқаи чинсӣ гузаранда дар ҷумҳурии Тоҷикистон.....	58

ПЕДИАТРИЯ

Исмоилов К.И., Давлатов С.Т., Исмоилова М.А., Курбонов Н.Б. Хусусиятҳои майли гемостаз дар кӯдакони норасид бо пневмония.....	64
--	----

ТИББИ ОИЛАВӢ

М.П.Носирова, Д.И.Иномзода, Мирзокалонова М.Ҷ. Масъалаҳои ташаккули тарзи ҳаёти солим дар хонандагони муассисаҳои таҳсилоти умумӣ.....	68
---	----



ҶАРРОҲӢ

Амонов Ш.Ш., Назаров Ш.Қ., Раҳматуллоев Р.Р., Назарзода Ф.Н., Қаҳоров М.А. Ҷарроҳии лапароскопии реши суроҳшудаи гастродуоденалӣ бо перитонити пахнғашта ориздоршуда.....	72
Қурбонов Ҷ.М., Мусоев Д.А., Қурбонов Ҷ.Ҷ. Пешгирии паёмдҳои тромбоэмболитикӣ дар вақти амалиёти холесистэктомияи лапароскопӣ.....	77
А.Р.Сараев, Ш.Қ.Назаров, Б.Ҷ.Султонов поксозии видеолапароскопии ковокии шиками беморон бо перитонити пахнғашта дар марҳилаи баъд аз ҷарроҳӣ.....	79

ЭНДОКРИНОЛОГИЯ

Анварова Ш.С., Носирова Б.С. Хусусиятҳои клиникаи ҷараён ва пешгӯии диабети қанди навъи II дар якҷоягӣ бо covid-19.....	85
Ҳакимӣ А., Ҳакимӣ Н. Иртиботи масрафи нӯшиданиҳои ширин бо хатари ибтило ба диёбет ва саратон дар шароити ҷанг ва стресс дар Афғонистон.....	88

ТИББИ НАЗАРИЯВӢ

Қодирӣ А. Физикаи квантумӣ ва имкони зарроти "шуурмандӣ" -и физикӣ.....	93
Саломзода Н.Р., Зокиров Р.Х., Тоштемирова З.М., Тағйиротҳои морфологии луобпардаи рӯдаи дувоздаҳангушта зимни марҳилаи барвақтии мӯолиҷа дар кӯдакони сӯхтагӣ.....	96
Тағойқулов Э.Х., Шарипов Ҷ. Ю., Ибодзода С.Т., Аҳмедова Р.Р., Тулаганова С.М. Хусусиятҳои канории масоҳати резишгоҳи равзанаи ғадуди рӯдаҳо дар девораи кунҷи тихигӯҳу кӯррӯда дар одамони синнашон гуногун.....	98
Усмонов М.У. Асосноккунии анатомии морфологияи рағҳои ғадуди сипаршакл дар одам.....	103

ФАРМАКОЛОГИЯ

Халифаев Д.Р., Аҳмедов Ф.А., Сафарзода Р.Ш., Имомиён Р. Шарбатҳои тиббӣ ва мавқеи онҳо дар бозори Тоҷикистон.....	106
---	-----

ШАРҲИ АДАБИЁТ

С.М. Абдуллозода, Х.Н. Эгамназаров, К.М. Курбонов, Мавлонзода А.Ҳ. Нақши рӯза ва гуруснагӣ дар пешгирии бемориҳои музмини ғайрисироятӣ.....	110
---	-----

ҶАШНВОРА	118
-----------------------	-----

АЗ ҲАЁТИ ОЛИМОНИ МАЪРУФ	121
--------------------------------------	-----



АКУШЕРИ-ГИНЕКОЛОГИ

СОХТОРИ ГИСТОЛОГИИ ТРОФОБЛАСТ ВА МҶАҶАҶАҶОИ ХОРИОН ҲАНГОМИ БО РОҶИ МЕДИКАМЕНТОЗӢ ХОРИЧ ҚАРДАНИ ҲОМИЛАГИИ ИНКИШОФНАӢФТА

Н.¹ Рачабзода, О.С.² Қўраев, Р.А.¹ Абдуллоева, У.Д.¹ Узакова

¹. Кафедраи акушерӣ ва гинекологии №1 (мудири кафедра - д.и.т. М. А. Ҳақназарова)
МДТ "ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино", Маркази миллии тиббии "Шифобахш"
Ҷумҳурии Тоҷикистон (директори марказ - Шамсзода Х.А.)

Муҳимият. Мубрамии проблемаи ҳомилагии инкишофнаӢфта аз тағйироти муносибатҳои муносири клиникӣ-лабораторӣ ва морфологӣ, инчунин аз чорабиниҳои табобатӣ-профилактикии ин беморӣ вобастагӣ дорад [7].

Ҳомилагии инкишофнаӢфта ва Ӣ фаваи дохилибатнии чанинин (эмбрион) ва қатъшудани инкишофи он дар ҳар як ҳолати панҷуми исқоти ғайри ихтиёрӣ дида мешавад, ки миқдори онҳо дар кишварҳои мутараққӣ аз 10 то 20% -и миқдори умумии ҳомилагиро ташкил медиҳад [2,3].

Дар даҳсолаи охир муҳаққиқон бисёр омил будани сабабҳои фаваи барвакти чанинро яқдилона эътироф мекунанд ва ба ин сабабҳо тамоюли генетикӣ, сироятнокшавии узвҳои репродуктивӣ, ихтилолҳои гормониро дохил мекунанд [9]. Механизмҳои гуногуни ихтилоли ҳолати трофобласт ва хорион ҳангоми ҳомилагии инкишофнаӢфта ба таври фаъолона баррасӣ ва мавриди муҳокима қарор дода мешаванд. Чунончи, Мегоні Р. Л. бо ҳаммуаллифон (2018) чунин меҳисобанд, ки сабаби асосии оризаҳои акушерӣ, аз ҷумла, ҳомилагии инкишофнаӢфта, ихтилоли пласентатсия мебошад. Омилҳои гуногуни илтиҳобӣ ва ғайри илтиҳобӣ мустақиман ба ҳуҷайраҳои трофобластӣ, асосан, ба воситаи механизмҳои проапоптикии илтиҳобӣ ва аксуламалҳои идоранашавандаи иммуномодулятсионӣ нигаронида шудаанд. О.Н. Харкевич ва ҳаммуаллифон (соли 2019) чунин меҳисобанд, ки ҳангоми ҳомилагии инкишофнаӢфта хурдшудани майдони трофобласт ва рағҳои мӯякҳои хорион дида мешавад. Инро сохтори гистологии трофобласт ва рағҳои мӯякҳои хорион дар беморони дорои дефитсити (камбуди) антитромби-

ни III, протеинҳои С ва S ва талафоти ибтидоии ҳомилагӣ дар триместри I тасдиқ мекунанд [8]. Дар айни замон таҳқиқотҳои, ки механизмҳои қатъкунии ҳомилагиро нишон медиҳанд, нокифоя ҳастанд.

Гуфтаҳои болоро ба ҳисоб гирифта, омӯзиши хусусиятҳои трофобласт ва дарахти хориониро ҳангоми ҳомилагии инкишофнаӢфта ақтуалӣ меҳисобем.

Мақсади таҳқиқот: омӯзиши сохтори морфологии трофобласт ва мӯякҳои хорион ҳангоми ҳомилагии инкишофнаӢфта.

Мавод ва усулҳои таҳқиқот. Таҳлили сохтори морфологии трофобласт ва хорион дар 70 нафар зане, ки дар муҳлатҳои аввал ва дури ҳомилагӣ чанинашонро аз даст додаанд ва дар таваллудхонаи шаҳрии №1 ш. Душанбе дар давраи солҳои 2016-2019 бистарӣ буданд анҷом дода шуд.

Меъёри асосии ба гурӯҳи шомил қардан қатъшудани рушди ҳомилагӣ дар муҳлати на камтар аз 22 ҳафта буд. Муҳлати ҳомилагиро аз рӯйи рӯзи якуми ҳайзбинӣ ва андозаи думғозаву устухони фарқи сар тибқи маълумоти таҳқиқоти ултрасадоӣ муайян мекунанд.

Барои ба ҳадди камтарин расонидани таъсири беморӣ ва ҳолати ҳомилаҳо сабабҳои истисно қарда шуданд, ки метавонистанд сабаби тағйиротҳои морфологӣ гарданд: бисёрчанинӣ, анэмбрионӣ, аномалияи инкишофи бачадон, ҳолати йоддефитсит, диабети қанд, бемориҳои хун, сили пӯст, бемориҳои илтиҳобии шадид ва музмин, шохиси массаи бадан зиёда аз 25 кг/м².

Гурӯҳи таҳқиқшудагон ба ду қисм ҷудо қарда шуданд: гурӯҳи якум Ӣ гурӯҳи асосӣ маҳсулоти ҳомилагиро дар 40 зани дорои ҳомилагии инкишофнаӢфта ва гурӯҳи дуюм



ё гурӯҳи мукоиса 30 нафар зани дорои исқоти ғайриихтиёрии мувофиқи муҳлати гестацияро дар бар гирифтанд.

Хориҷкунии медикаментозии бачадон дар ҳамаи таҳқиқшудагон бо истифода аз мифепристон - антигестаген ва мизопростол - простагландин E1 гузаронида шуд. Мо мувофиқати аз тарафи ТУТ барои исқоти сунъӣ то 22 ҳафтаи ҳомилагӣ тавсиякардари мавриди истифода қарор додем. Чунин схема истифода карда шуд: мифепристон 200 мг оралӣ (дахонӣ). Дар муҳлати ҳафтаҳои 7-12 -ум пас аз 24-48 соат- мизопростол оралӣ 400 мкг, зиёда аз 7 ҳафта - пас аз 24-36 ҳафта - интравагиналӣ - 800 мкг., минбаъд 400 мкг дар ҳар як се соат то хориҷшудани ҷанин, аммо на бештар аз 4 мартаба [1,14].

Ҳаҷми таҳқиқот ҷамъовариҳои анамнези умумӣ ва махсус, муайян кардани гемоглобин, тромбоцитҳо, фибриноген, ҳамчунин таҳқиқоти ултрасадоӣ ва гистологиро дар бар гирифт. Намунаҳо барои таҳқиқоти морфологӣ пас аз холишавии медикаментозӣ ё ғайриихтиёрии бачадон ба даст оварда шуданд.

Мавзӯҳои интиҳобшударо аз хунҳои зиёдатӣ шӯста тоза ва бо маҳлули 10%-и формалин фиксатсия карданд, маводро ба парафин андохтанд, бурришхоро (порчахоро) тайёр карда, онҳоро бо гематоксилин ва эозин ранг карданд.

Васкуляризацияи мӯякчаҳои хорионро аз рӯйи системаи тасвиркардаи Nakvoort R.A. et al., 2006 омӯхтем [10]: баҳои 0 - номаълум, миқдори мӯякчаҳо барои баҳогузори кифоя нестанд. Дараҷа I - муътадил. Рағҳо бо ҳуҷайраҳои ҳастадори хун тақрибан дар ҳар як (ақаллан дар 9 то аз 10 адад) мӯякча дида мешавад, намуди мушаххасдоранд, ҳам дар марказ ва ҳам дар қанор ҷойгир шуда буданд (дар тамос бо қабати трофобластикӣ). Дар баъзе мӯякҳо миқдори рағҳо ҳатто аз 5 адад бештар буд. Дараҷа II - гипоплазияи сабук. На дар ҳамаи мӯякҳо рағҳои ҳуҷайраҳои ҳастадори хун мавҷуд аст, миқдорашон кам аст, асосан дар марказ ҷойгир шудаанд. Дараҷа III - гипоплазияи вазнин. Мӯякчаҳо асосан рағ

надоранд, аммо дар як мӯякча рағе ҷойгир шудааст, ки якчанд ҳуҷайраҳои ҳастадори хунро дорад. Дараҷа III - берағ. Ҳамаи рағҳо берғ ҳастанд, хеле кам рағчаҳои майдадоранд ва ё бе ҳуҷайраҳои ҳастадори хун ҳастанд. Ҳамчунин таҳлили дигар хусусиятҳои морфологӣи мӯякчаҳои хорион гузаронида шуд: тағйироти гидропикӣ, фиброз, дегенератсияи фибриноидӣ.

Ғайр аз ин мувофиқати хорионҳои мӯякчадор ба муҳлати ҳомилагӣ баҳогузори карда шуд: таҳлили миқдорӣ ва сифатии дараҷаи болиғии мӯякчаҳо (эмбрионалӣ, байни мӯякчаҳои ноболиғу болиғ ва таносуби физиологии онҳо), ки аз амиқии норасоии плацента гувоҳӣ медиҳад.

Бо мақсади баҳогузори ба возеҳии аксуламалҳои компенсаторӣ-мутобиқгардонӣ таҳлили вучуд доштан ва андозаи гиреҳҳои синцитиалӣ, таносуби ҳуҷайраҳои Ланганс, миқдор ва ҳолати мӯякчаҳои терминалӣ гузаронида шуд. Дар инҳо таносуби мӯякчаҳо, ҳамчунин афзоиш кардани капиллярҳо дар онҳо, зиёдшудани таносуби физиологии мӯякчаҳо, ки мембранаҳои синцитиокапиллярӣ доранд, вучуд доштани капиллярҳои ба таври паретикӣ васешуда муайян карда шуд. Барои ташхиси протесси илтиҳобӣ муайянкунандаи инфилтратҳои нейтрофилиро истифода кардем.

Ҳамчунин баҳогузори ҳолати трофобласт ва эндометрия вобаста аз бартари субстрати мӯяғии морфологӣ мувофиқи тавсияҳои Милованов ва ҳаммуаллифон баҳогузори карда шуд (2013) [4,5]:

- протесси илтиҳобӣ ҳангоми бартари аломатҳои хоси эндометрити шадиди абсесдиҳанда ва музмин;

- нокифоя будани фазаи лютеинӣ - ҳангоми бартари аломатҳои детсидуализатсияи суст ва норасоии стромаҳои эндометрияи париеталӣ ва мавзеи бачадону плацентарӣ;

- ихтилолҳои геморрагӣ -тромбозҳои массиви микрорағҳо эндометрияи париеталӣ ва хуномосҳои ретрохориалӣ.

Таҳқиқотҳои патоморфологӣ дар лабораторияи Маркази миллии тиббии "Шифобахш" Ҷумҳурии Тоҷикистон (директор -



Шамсзода Х.А.) аз тарафи сарпатоморфологи ВТ ва ХИ ҚТ Қўраев О.С. гузаронида шуд.

Маълумотҳо ҳамчун инхирофи + стандартӣ пешниҳод каржда шуданд. Фарқияти байни нишондиҳандаҳои миёнаи гурӯҳҳо бо ёрии t- критерияи Стюдент барои муқоисаҳои алоҳида ё бо ёрии таҳлили дисперсионӣ барои муқоисаҳои сершумор баҳогузорӣ карда шуд.

Нишондиҳандаи $p < 0,05$ муҳим ҳисобида мешавад. Фарқияти байни нопойдории ғайрипараметрӣ бо ёрии 2 Пирсон гузаронида шуд. Гипотезаи сифрӣ ҳангоми $p < 0,05$ бетаътибор доништа шуд. Коэффитсиенти ислоҳи дараҷавии Спирмен барои муайян кардани иртиботи мутақобилаи байни васкулярисатсияи мӯякчаҳо ва миқдори исқотҳои қаблӣ истифода карда шуд.

Натиҷаҳои таҳқиқот. Бештари беморон ба синну соли репродуктивии оптималӣ дохил мешуданд, дар ин маврид зиёда аз нисфи онҳо дар ҳар як гурӯҳ 20-24 сола буданд ($p > 0,05$). Фарқияти умумӣ байни гурӯҳҳо ночиз буд, аммо дар гурӯҳи муқоисашаванда занҳои 20-24-сола 2 маротиба зиёдтар ($p < 0,05$) буданд. Дар синну соли наврасӣ ҳомилагии инкишофнаёфта дар 7,5% -и таҳқиқшудагон ташхис карда шуд, дар гурӯҳи муқоисашаванда онҳо 2,2 маротиба зиёд (16,7%) буданд, таносуби баръакс дар синну соли дери репродуктивӣ ба мушоҳида расид: 25% ва 13,3%.

Мухлати ҳомилагӣ дар ҳарду гурӯҳ фарк намекард ва 10,6 + 0,34 ва 9,8 + 0,32 ҳафтара ташкил дод ($p > 0,05$)

Ғафсии трофобласт тибқи маълумоти ТУС ҳангоми исқоти ғайриихтиёрӣ назар ба ҳомилагии инкишофнаёфта 1,8 маротиба зиёд буд: 1,1 + 0,03 см и 0,6 + 0,01 см ($p < 0,05$).

Дарёфтҳои асосии таҳқиқоти гистологӣ дар трофобласт ҳангоми ҳомилагии инки-

шофнаёфта тромбоз ва артериопатияи инсидодӣ, ки басомади он 75%-ро ташкил кард, кам шудани миқдори пардаҳои синтситии рағҳо ва зиёд шудани миқдори гирехҳои синтситиалӣ буданд.

ДТағйироти мазкурро ҳамчун тағйироти махсус баҳогузорӣ накарданд, онҳо метавонанд, ки ҳам асноӣ аз даст додани чанин ва ҳам ҳангоми дигар оризҳои акушерӣ, масалан, дар презклампсии [12] дидан мумкин аст.

Дар маводи таҳқиқшуда тромби шарёнҳои ҳалзунӣ ошкор карда шуд, дар 33%-и онҳо ҳангоми ҳомилагии инкишофнаёфта инфаркт ба қайд гирифта шуд.

Субстрати патоморфологӣ дар ҳомилаҳои дорои ҳомилагии инкишофнаёфта дар муҳлати зиёда аз 13 ҳафтаи ҳомилагӣ ихтилоли гардиши хун буд, ки дар 75%-и таҳқиқшудагон дида шуд. Дар байни онҳо зухуроти барои тромбофилия хоси дар шакли хунравӣ дар заминаи серхунӣ бартарӣ дошт, ки 50% ва 25%-ро ташкил доданд.

Таҳлили морфологии трофобласт ва эндометрия дар 32 зани ҳомилаи дорои ҳомилагии инкишофнаёфта ҳангоми 0-12 ҳафта будани муҳлати гестатсия бартарӣ доштани ихтилоли гардиши хун дар 68,8%-и таҳқиқшудагон бартарӣ дошт, ки асоситарини онҳо низ хунравӣ дар 46,9% ва пурхунии рағҳо серхунӣ- 21,9% ба ҳисоб мерафтанд.

Натиҷаҳои ҳосилшудаи таҳқиқотро пажӯҳишҳои А.И.Мирова ва ҳаммуаллифон (с.2017) [6] тасдимекунанд, ки онҳо таҳқиқотҳои гистологии намунаҳои хорионро дар 24 беморзан ҳангоми барвақт аз даст додани чанин гузарониданд, ки онҳоро муаллифон бо таъсири манфии (негативии) тромбофилия ба мӯякчаҳои хорион вобаста медонистанд.

Дар хорион ҳангоми ҳомилагии инкишофнаёфта мӯякчаҳои дараҷаи болиғиашон гунгун ба мушоҳида расид (чадвали 1).

Чадвали 1.- Ҳолати хориони мӯякчадор ҳангоми ҳомилагии инкишофнаёфта вобаста аз муҳлати гестатсия.

Гурӯҳҳо	Асосӣ		муқоисавӣ		p
	n	%	n	%	
Мувофиқат кардани муҳлати гестатсияи					
Мувофиқат мекунад	3	7,5	29	96,7	<0,001
Мувофиқат намекунад	30	75	0	0	
Болиғшавии диссотсионии мӯякчаҳо	7	17,5	1	3,3	<0,001



Мувофиқат накардани болиғшавии мӯякчаҳои хорион ҳангоми ҳомилагии инкишофнаёфта назар ба исқоти ғайриихтиёрӣ 28 маротиба бештар буд. Таваҷҷуҳи махсусро вучуд доштани мӯякчаҳои мобайнӣ ва ноболиғ дар нисф ва мӯякчаҳои эмбрионалӣ ва фибрози онҳо дар 12,5% ҷалб карда буд. Дар ду ҳолат аз ҳад зиёд таҳшиншавии фибрин дида шуд, ки хусусияти протсессҳои инволүтивӣ-дистрофикӣ ба ҳисоб мерафтанд.

Симптомҳои илтиҳоб ҳангоми ҳомилагии инкишофнаёфта танҳо дар 7,5% ба қайд гирифта шуд, ки дар ин ҷо инфилтратсияи лейкоцитарӣ муайян карда шуд. Дар гурӯҳи муқоисашаванда чунин тағйирот 3 маротиба зиёд буд.

Мо вбастагии мустақими ғафсии трофобласт ва сатҳи васкуляризатсияи мӯякчаҳои хоро ташхис кардем ($r=0,4$).

Хулоса, ҳангоми исқоти ғайриихтиёрӣ, ки ба муҳлати ҳомилагӣ мувофиқат мекунад, сабаби асосии он протсессҳои илтиҳобӣ мебошад. Манзараи морфологӣ трофобласт ҳангоми ҳомилагии инкишофнаёфта дорои басомади баланди тромбоз, хунравихо, камшавӣ ё набудани рағҳо дар мӯякчаҳои хорион мебошад.

Васкуляризатсияи дефектдор метавонад, ки сабаби инвазияи нокифояи трофобласт гардад, ки ба қатъ шудани ҳомилагӣ дар муҳлатҳои барвақт оварда мерасонад.

АДАБИЁТ

1. ВОЗ. Безопасный аборт. Рекомендации для систем здравоохранения по вопросам политики и практики. ВОЗ. Второе издание. 2014.
2. Капанадзе Д.Л (2015) Радзинский В.Е., Майскова И.Ю., Димитрова В.И. Под ред. Радзинского В.Е. Неразвивающаяся беременность. 2-е издание. 176 с. ГЭОТАР-Медиа. 2017
3. Капанадзе Д.Л Акушерские и перинатальные исходы у беременных с мультигенными и приобретенными формами тромбофилии и синдромом потери плода в анамнезе Автореф. дисс. на соискание ученой степени к.м.н. Москва, 2015г.
4. Милованов А.П., Кузнецова Н.Б., Буштырева И.О. Морфология, характерные сочетания полиморфных генов гемостаза и особенности патогенеза ретрохориальной гематомы при неразвивающейся беременности //Архив патологии. - №5. - 2016. С.3-8.
5. Милованов А.П., О.П.Герасимова Клинико-морфологический контроль эффективности прегравидного лечения женщин при неразвивающейся беременности //Акушерство и гинекология. - 2013. - №5. - С.87-90
6. Милованов А.И., Харкевич О.Н., Голофаст О.Е., Глуховец И.Б. Особенности гистологического строения трофобласта и ворсин хориона при рецидивирующей потере беременности у пациенток с тромбофилиями. Российский медико-биологический вестник имени академика И.П.Павлова. Т.25, №4, с.621-641. 2017г
7. Подзолкова Н.М., Скворцова М.Ю., Денисова Т.В. 2018.ГЭОТАР-Медиа Самопроизвольное прерывание беременности
8. Харкевич О.Н., Милованов А.И., Голофаст О.Е. Гистопатологические особенности трофобласта и ворсин хориона у пациенток с дефицитом природных антикоагулянтов и привычной потерей беременности. Евразийский Союз Ученых (ЕСУ) № 8 (65). С. 21-28. 2019
9. Feizollahi N. The effect of coagulation factors polymorphisms on abortion /N. Feizollahi, Zayeri Z.D., Rezaeeyan H. //Frontiers in Biology. 2018. - 13. - P.190-196.
10. Nakvoort R.A., Lisman B.A.M., Boer K., Bleker O.P. et al. Histological classification villous vascularization in early pregnancy. //Human reproduction, v.21. №5. 2006. P.1291-1294
11. Jindal P., Regan L., Fourkata E. O., Rai R., Moore G., Goldin R.D., Sebire N.I. Placental pathology of recurrent spontaneous abortion : the role of histopathological examination of products of conception in routine clinical practice: a mini review. Human Reproductive 22(2): 212-216
12. Kaymaz E., Gun B.D., Ozmen KG. May the morphological finding in the first - trimester abortion materials be indicative of inherited thrombophilia Могут ли морфологические данные в материале для аборта в первом триместре указывать на наследственную тромбофилию J.Obstet. Gynaecol. Res. 2020 DOI 10. 1111/jog.14419



13. Pinar H., Gibbins K.J., Mai H., Siver R. Early Pregnancy Losses: Review of Nomenclature, Histopathology and Possible Etiologies. //Fetal and Pediatric Pathology. 37. 1-19;
14. Wu H-l., Marwah Sh., Wang P., Wang Q.M, Chen X.W. Misoprostol for medical treatment of missed abortion: a systematic review and network meta-analysis. //Sci. Rep.2017. 10; №7(1). Page 1664

ГИСТОЛОГИЧЕСКОЕ СТРОЕНИЕ ТРОФОБЛАСТА И ВОРСИН ХОРИОНА ПРИ МЕДИКАМЕНТОЗНОМ ОПОРОЖНЕНИИ НЕРАЗВИВАЮЩЕЙСЯ БЕРЕМЕННОСТИ

Рачабзода Н., Джураев О.С., Абдуллаева Р.А., Узакова У.Д.

Изучены патогенетические механизмы прекращения развития плода. Целью исследования явилось изучение морфологической структуры трофобласта и хориона. Объем исследования включает 70 случаев. Детально изучено состояние ворсинок хориона по системе, описанной Hakvoort R.A. et al., 2006. Диагностирована высокая частота

тромбоза, кровоизлияний, уменьшение или отсутствие сосудов в ворсинках хориона. Показано, что дефектная васкуляризация может быть причиной недостаточной инвазии трофобласта, которая приводит к прекращению беременности в ранние сроки.

Ключевые слова: неразвивающаяся беременность, трофобласт, ворсины хориона.

THE HISTOLOGICAL STRUCTURE OF THE TROPHOBLAST AND CHORIONIC VILLI DURING DRUG EMPTYING OF NON-DEVELOPING PREGNANCY

Rajabzoda N., Djuraev O.S., Abdullayeva R.A., Uzakova U.D.

Department of Obstetrics and Gynecology №1 (Head of department- Ph.D Haknazarova M.A.) TSMU them. Abuali Ibni Sino, National Medical Centre "Shifobahsh" (Head of Centre- Shamszoda H.A.)

Studied the pathogenetic mechanisms of the termination of fetal development. The purpose of the study was to study the morphological structure of the trophoblast and chorion. The scope of the survey includes 70 cases. The state of the chorionic villi was studied in detail according to the system described by Hakvoort R.A. et al., 2006. Diagnosed with a high

incidence of thrombosis, hemorrhage, a decrease or a absence of blood vessels in the chorionic villi, it was shown that defective vascularization can cause insufficient trophoblast invasion, which leads to termination early pregnancy.

Key words: non-developing pregnancy, trophoblast, chorionic villi

Рачабзода Назирабону- аспирантка кафедры акушерства и гинекологии №1 ГОУ "ТГМУ имени Абуали ибни Сино", тел (+992)

Rajabzoda N.- aspirant of Department of Obstetrics and Gynecology №1, TSMU them. Abuali Ibni Sino, tel. (+992)



БЕМОРИҲОИ ДАРУНӢ

ТАҲЛИЛ ВА АРЗӢБИИ ПАҲНШАВИИ ОМИЛҲОИ МАЪМУЛИИ ХАТАРИ ИНКИШОФИ ОРИЗАҲОИ ДИЛУ РАГӢ ВА ҲОЛАТИ СПЕКТРИ ЛИПИДИИ ХУН ДАР МИЗОЧОНИ БО АРТРИТИ ПСОРИАТИКӢ

Р.Н. Зубайдов¹, М.И. Муминова¹, Д.А.Халилова¹, Ҳ.А.Рачабов².

Кафедраи таълими асосҳои бемориҳои дарунии (мудири кафедра, д.и.т., Саидов Ё.У.)
МДТ "Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абӯалӣ ибни Сино", ш. Душанбе, Ҷумҳурии Тоҷикистон, МД МТ ДПҚТ

Муқаддима. Ба муваффақиятҳои калони ба дастамада дар масъалаҳои муолиҷаи беморони АПС ва тақмили доимии бархурдҳои фармакотерапия нигоҳ накарда, пастшавии нигоҳ дошташудаи давомнокии умри ин гурӯҳ мизочон мисли пешина мушкilotи мубрами тарбодшиносии муосир боқӣ мемонад [1-3]. Дар сенарияи клиникии АПС хатари баланди инкишофи ОДР бо муриши кардиоваскулярӣ, 35-40% аз сатҳи популятсияи умумӣ ва қиёспазирӣ бо ҳамин гуна мизочони диабети қанди (ДҚ) типии 2 тавсифоти ба таври умум қабулшудаи АПС маҳсуб меёбанд [4-6].

Давоми ду даҳсола дар тарбодшиносии илмӣ-амалӣ маълумотҳои ба қадри кофӣ асоснок чамъ шудаанд ва натиҷаҳои онҳо гувоҳи медиҳанд, ки дар сохтори муриши барзиёд ва пешазвақтии мизочони АПС бартари зиёд ба ОДР рост меояд, ки инкишофи барвақтӣ ва босуръати атеросклерози (АС) авҷнок ва баъзан ҳамроҳшавии ГА (ИМ, инсулт, марги ногаҳони коронарӣ)-ро ба вуҷуд меоранд [5-7].

Чамъбасти таҳлилҳои бисёрсола ва арзёбии масъалаҳои мавҷудаи мушкilotи коморбиднокии АПС бо иллатҳои кардиоваскулярӣ (ИКВ) аз он гувоҳи медиҳанд, ки инкишоф ва авҷгирии ОДР дар заминаи иштироки доимии илтиҳоби музмини аутоиммунӣ тадриҷан як қатор хусусиятҳои фарқкунанда пайдо мекунад: аз ҷумла, а) характери бисёррагии вайроншаии шараёнҳои коронарӣ; б) характери такрорёбии чараёни синдроми шадиди коронарӣ (СШК) ва ИМ; в) зудии баланди вохӯрандаи шаклҳои атипикӣ ва беаломати бемории ишемикии дил - ИБС (ОКС, ИМ) бо хатари баланди инкишофи оризаҳои фаталӣ; г) зудии

баланди вохӯрандаи АТБ-и бо ном "чароҳатнок ва илтиҳобӣ"; д) иштироки алокаи байниҳамдигарии зич ва яқҷояи ОДР бо зухуротҳои вистсералии АПС ва унсурҳои синдроми метаболикӣ [1,2,6,8]. Вобаста ба ин бисёр таҳқиқотчиён қайд менамоянд, ки хусусиятҳои дар боло ишорашудаи фарқкунандаи континууми кардиоваскулярӣ ҳангоми АПС дар навбати худ эҳтиёткориҳои паст ва диққати нокифояи ҳам табибон ва ҳам беморонро нисбат ба ИКВ дар беморони РА ва АПС пешакӣ муайян менамояд ва ин ба ташхиси деракӣ бо зудии баланди оқибатҳои нохуш бурда мерасонад, ки ин аз моҳияти умумипопулятсионӣ якҷанд қарат мегузарад [4-6,9].

Маълумотҳое, ки дар адабиётҳои солҳои охир пешниҳод гардидаанд, аз он гувоҳи медиҳанд, ки асоси инкишоф ва авҷгирии спектри васеи иллатҳои кардиоваскулярӣ (ИКВ) ҳангоми АПС -ро комплекси ба ҳам зич алоқаманди омилҳои зерин ташкил медиҳанд: ОХ-и маъмулии кардиоваскулярӣ, захрнокии кардиоваскулярии бисёр доруҳои зиддиилтиҳобӣ (пеш аз ҳама ДЗИН ва ГК) ва илтиҳоби музмини аутоиммунӣ [8-12]. Илова бар ин, бисёр таҳқиқотчиён чунин мешуморанд, ки илтиҳоби музмини аутоиммунӣ механизми пешбарандаи патогенетикии АС ва атерогенез маҳсуб меёбад [4,13,14].

Дар замони муосир бисёр маълумотҳое чамъ омадааст, ки мувофиқи онҳо дар беморони АПС илтиҳоби музмини аутоиммунӣ аз бисёр ҷиҳат шакли ОХ, пеш аз ҳама АГ ва спектри липидии хунро ба таври манфӣ тағйир медиҳад ва аз бисёр ҷиҳат ба саҳми онҳо дар инкишоф ва авҷгирии ОДР қувват мебахшад [6,15,16]. Дар натиҷа АГ ва дислипидемияи профили атерогенӣ дар



алокаи зичи байниҳамдигарии якҷоя бо реаксияҳои аутоиммунӣ илтиҳобӣ тадричан ташаббускорони асосии на танҳо авҷгиронии ИКВ ҳангоми РА ва АПс, балки инчунин сабабгори бозсозии сохторӣ-функционалии КВС дар маҷмуъ мегарданд, ки имконияти ташаккули "патогенези коморбидӣ"-и ба худ хосро пешбинӣ менамоянд [5,10-12].

Бо назардошти гуфтаҳои боло ҳалли кардиналии масъалаҳои мавҷудаи бешумор ва баҳсноки мушкilotи коморбиднокии АПс ва ИКВ зарурияти таҳқиқотҳои минбаъда ро ба миён меорад.

Мақсади таҳқиқот- пешниҳод намудани натиҷаҳои таҳлил ва арзёбии паҳншавии омилҳои маъмулии кардиоваскулярии хатар (ОХ) ва ҳолати спектри липидии хун дар беморони бо артрити псориастикӣ (АПс) мебошад.

Мавод ва методҳои таҳқиқот. Ба таҳқиқот 46 нафар мизочон (25 зан ва 21 мард) бо ташхиси дақиқи АПс (аз рӯи меъёрҳои CASPAR, 2006 г.), синнусоли аз 32 то 59 сола (синнусоли миёнаи $52,6 \pm 4,2$), ки дар муолиҷаи статсионарӣ дар МШТ № 2 -и шаҳри Душанбе дар давраи солҳои 2012 - 2019 қарор доштанд, ворид карда шуданд. Ҳамаи мизочон аз рӯи стандартҳои тавсиянамудаи Ассотсиатсияи тарбодшиносони ФР, 2010 муоина карда шуданд [9].

Қисмати аксари мизочони АПс аз рӯи IgM-омили тарбодӣ (ОТ) зардобманфӣ - 44 (95,5%) буданд. Дараҷаҳои I, II ва III-и фаъолнокии равандҳои илтиҳобӣ аз рӯи индекси DAS28 дар мизочони АПс мувофиқан дар 8,7/21,7/69,6%- шахсони муоинашуда ҷой дошт. Дар 22 нафар аз 46 (47,8%) беморони муоинашудаи АПс зухуротҳои вистсералии беморӣ ба қайд гирифта шуд.

То ба таҳқиқот ворид шудан беморон доруҳои қатори базисиро нагирифта буданд ва қариб ба назорати махсус ба таври систематикӣ ДЗИН ва ГК қабул намудаанд.

Дар ҳамаи мизочони муоинашуда мавҷудият ва паҳншавии ОХ-и зерини инкишофи ИКВ омӯхта ва арзёбӣ карда шуданд: тамокукашӣ, дислипидемия, фарбеҳӣ (ИМТ > 30 кг/м²), мавҷудияти ҳолатҳои пе-

шакии кардиоваскулярӣ дар анамнези оилавӣ ва ГА (сатҳи фишори систоликии артериалӣ (АД) > 140 мм ст.сим. ФА диастоликии > 90 мм ст. сим).

Стратификатсияи КВР-и умумӣ аз рӯи шкалаи маъмулии SCORE, инчунин, SCORE бо истифодаи иловаҳои, (зиёдкунандаи 1,5), ки комитети EULAR (хатари SCORE/EULAR) [9,10] пешниҳод намудааст, ҳангоми мавҷудияти тавсифоти пешгӯишавандаи номусоиди зерини АПс гузаронида шуд: давомнокии беш аз 10 соли беморӣ, мавҷудияти зардобманфӣ аз рӯи РФ ва зухуротҳои беморҳои ғайрибугумӣ, фаъолнокии баланди равандҳои илтиҳобӣ (аз рӯи индекси DAS28).

Таҳқиқоти лабораторӣ дар бар мегирифт: таҳлилҳои клиникӣ хун ва пешоб ва таҳқиқотҳои биохимиявӣ хун бо муайян намудани таркиби серомукоид, кислотаи пешобӣ, креатинин, билирубин, трансаминазҳо ва параметрҳои спектри липидии хун. Бо мақсади муайян намудани таносуби байни липопротеидҳои атерогенӣ ва антиатерогенӣ индекси атерогеннокии (ИА): ХС - ХС ЛВП/ХС ЛНП ба ҳисоб гирифта шуд.

Гурӯҳи назоратиро 40 нафар шахсони солим (28 зан ва 12 мард) ташкил доданд, ки беморҳои бугум ва узвҳои дохилиро на доштанд, синнусоли миёна - 48 сол (34-66 сол).

Натиҷаҳо аз ҷиҳати оморӣ бо ёрии барномаи "Statistica-10" фирмаҳои StatSoft Inc. 1984-2012 с. коркард шуданд.

Натиҷа ва муҳокимаҳо. Натиҷаҳои таҳлили паҳншавии омилҳои маъмулии КВР ва зудии ИКВ дар мизочони АПс ҳангоми муоинаи ибтидоӣ дар ҷадвали 1 оварда шудаанд.

Маълумотҳои дар ҷадвали 1 пешниҳодшуда нишон медиҳанд, ки қисмати зиёди беморони АПс 31 (67,3%) ҳеч набошад яке аз омилҳои хатари кардиоваскуляриро доштанд. Дар байни беморони муоинашуда ОХ-и нисбатан паҳншуда ГА ва дислипидемия (мувофиқан дар 58,6% ва 62,9% мизочони муоинашуда) маҳсуб ёфтанд. Натиҷаҳои ба ин монанд пештар дар корҳои дигар таҳқиқотчиён ба даст омада буданд [5,6,8].



Дар беморони АПС-и дар алоқамандӣ бо ГА (дар 58,6% беморон) нишондоди фишори систоликии ФА ба ҳисоби миёна $158,6 \pm 14,6$ мм ст. сим., ФД-и диастоликӣ- $98,6 \pm 8,9$ мм ст. сим.-ро ташкил дод. Дар маҷмуъ паҳншавии баланди ГА дар мизочони бо АПС дар кори мо бо нишондодҳои дигар таҳқиқотчиён [6,10,15] мувофиқат менамояд ва ақидаеро тасдиқ менамояд, ки АПС эҳтимол омили мустақили хатари ГА маҳсуб меёбад. Инро чунин далел тасдиқ менамояд, ки дар аксари мизочони АПС бо ГА лаҳзаҳои аввали баландшавии ФА -ро

мо баъди бори аввал ошкоршавии беморӣ ба қайд гирифтём. Илова бар ин, дар таҳқиқоти мо ва инчунин, дар таҳқиқотҳои дигар муаллифон [6,10,15,16] ошкор карда шудааст, ки омилҳои нисбатан характерноки ба инкишофи ПА дар беморони АПС зич алоқаманд буда инҳо маҳсуб меёбанд: синнусоли мизочон, серопозитивнокӣ аз рӯи РФ, қабули дарозмуддат ва беназорати ГК ва ДЗИН, иштироки зухуротҳои вистсералӣ, инчунин фаъолнокии баланди равандҳои илтиҳобӣ аз рӯи индекси DAS28.

Ҷадвали 1. Тавсифоти муқоисавии ОХ-и маъмулӣ ва зудии рӯйдоди ДР дар беморони дорони АПС.

Нишондод	АПС (n=46)	Назорат (n=40)
Синнусол, солҳо	49,6±3,8	53,6±4,8
АГ, n (%)	27 (58,6)*	8 (20)
ДЛП, n (%)	29 (62,9)*	9 (22,5)
ОХС, >5,1 ммол/л, n (%)	28 (60,8)	15 (37,5)
ТГ, >1,8 ммол/л, n (%)	12 (26,1)	2 (5)
ИМТ (>25 кг/м ²), n (%)	22 (47,7)	25 (62,5)
Тамокукашӣ, n (%)	4 (8,7)	11 (27,5)
Ирсӣ аз рӯи КВП, n (%)	11 (23,8)	12 (30,0)
Диабети қанд, n (%)	7 (15,2)	2 (5)
SCORE >5%, n (%)	15 (32,6)*	1 (2,5)
КВП, n (%):		
стенокардия	10 (21,7)	1 (2,5)
ИМ	1 (2,17)	1 (2,5)
инсулт	1 (2,17)	0
кардиосклерози маҳдуд	2 (4,3)	0
дилхоҳ аз қайдшудаҳои боло	14 (30,4)	2 (5)

Эзоҳ: * -фарқияти байни гурӯҳҳо бо $p < 0,05$ дақиқ аст

Дар байни мизочони муоинашудаи АПС дар қатори ГА дигар ОХ-и паҳншудаи инкишофи ОДР дислипидемия (ҷадвали 2) маҳсуб меёбад. Дар байни мизочони АПС вайроншавии профили липидии хун дар 69,2% шахсони муоинашуда ошкор карда шуд. Натиҷаҳои таҳлил ва арзёбии параметрҳои ба таври умум қабулшудаи профили липидии хун дар мизочони бо АПС бо параметрҳои ба ҳамин монанди гурӯҳи назоратӣ ба таври муқоиса дар ҷадвали 2 оварда шудаанд. Дар беморони муоинашудаи АПС чи дар таҳқиқоти мо ва чи дар корҳои муаллифони дигар [2,5,10] тағйиротҳои патологияи ҳамаи параметрҳои омӯхташуда, ки ҳолати профили липидии хунро (ОХС, ТГ, ХС ЛПНП, ХС ЛПВП, ИА) нишон медиҳанд,

дақиқии фарқиятро ($p < 0,05-0,001$) дар муқоиса бо нишондодҳои гурӯҳи назоратӣ намоиш доданд (ҷадвали 2).

Дар раванди ҷустуҷӯи фаъоли механизмҳои имконпазири сабабӣ-патогенетикии вайроншавии спектри липидии хун дар мизочони бо шаклҳои фаъоли АПС мо чун муҳаққиқони дигар [6,15,17] аз як тараф, алоқаи байниҳамдигарии коррелясионии байни индекси DAS28 ва сатҳи ОХС ($r=0,29$; $p < 0,05$) ва байни сатҳҳои СРБ ва ХС ЛПНП ($r=0,32$; $p < 0,05$), аз тарафи дигар, - мавҷудияти алоқаи зичи якҷояи тағйиротҳои патологияи параметрҳои спектри липидии хун бо қабули дарозмуддат ва вояи (дозаи) кумулятивии ГК-ро ошкор намудем ва ин чунин қоидаеро тасдиқ менамояд, ки илтиҳоби системавӣ ва фар-



макотерапияи АПс дар ташаккулёбии профили атерогеннии спектри липидии хун нақши ҳалқунанда мебозанд [6,15,17,18].

Дар мизочони муоинашудаи АПс анамнези ташвишовари ирсӣ оид ба ИКВ, фарбеҳӣ ва тамокукашӣ, аҳёнан ошкор гаштанд ва аз нишондодҳои гурӯҳи назоратӣ фарқе надоштанд (ҷадвали 1). Дар гурӯҳи назоратӣ ОХ-и маъмулии инкишофи ОДР

дар 38% ҳолатҳо мушоҳида карда шуд ($p < 0,001$). Дар маҷмӯъ, маълумотҳое, ки дар ҷадвали 1 оварда шудаанд, аз он гувоҳӣ медиҳанд, ки мизочони бо АПс дар муқоиса бо шахсони гурӯҳи назоратӣ ҷавонтар (49 ва 53 мувофиқан) буданд, вале ба ин нигоҳ накарда дар онҳо зудии рӯйдоди ИКВ (АГ, БИД, инсулт) ба таври дақиқ нисбат ба гурӯҳи назоратӣ баланд буданд ($p < 0,001$).

Ҷадвали 2.- Параметрҳои спектри липидии хун дар мизочони бо АПс дар муқоиса бо гурӯҳи назоратӣ.

Нишондод	АПс (n=46)	Гурӯҳи назоратӣ (n=40)
ОХС, ммол/л	6,3±1,3	4,52±0,2
ТГ, ммоль/л	1,62±0,06*	0,48±0,03
ХС ЛПНП, ммол/л	3,8±0,04	2,1±0,02
ХС ЛПВП, ммол/л	0,73±0,03*	1,51±0,04
Индекси атерогенноқӣ	4,2±0,05*	3,1±0,02

Эзоҳ: * - фарқияти байни гурӯҳҳо бо $p < 0,05$ дақиқ аст

Бо мақсади муайян намудани моҳияти ОХ-и маъмулӣ дар инкишофи ОДР миқдори онҳо дар ҳар як мизочи бо РА ва АПс таҳлил карда шуд (ҷадвали 3).

Ду ва ё зиёда ОХ-и инкишофи ОДР дар қисмати аксари мизочони бо АПс (дар 58,4% беморони муоинашуда) мушоҳида карда шуд. Ҳамаи мизочони муоинашудаи АПс (n=46) вобаста ба миқдори ОХ-и маъмулӣ ба 2 гурӯҳ тақсим карда шуданд: I - беморони бо 1 ОХ

ва II- гурӯҳи - мизочоне, ки 2 ва ё зиёда ОХ-и инкишофи ОДР доранд (ҷадвали 3).

Илова бар ин, афзоиши теъдоди беморон бо калоншавии ғафсии КИМ, афзоиши зудии АТБ ва аломатҳои аз ҷиҳати клиникӣ даъвати ИКВ дар мизочони АПс, ки 2 ва ё зиёда ОХ-и маъмулии кардиоваскулярӣ доранд ва онҳо тасдиқи худро дар қорҳои анҷомдодаи дигар таҳқиқотчиён ёфтаанд [5,8,10,15].

Ҷадвали 3. Иллатнокии атеросклеротикӣ артерияҳои ҳобӣ ва нишонаҳои клиникӣ ИКВ вобаста ба миқдори ОХ-и маъмулӣ дар мизочони бо РА ва АПс.

Нишондодҳо	АПс (n=46)	
	гурӯҳи I (1 ФР, n=19)	гурӯҳи II (>ФР, n=27)
Синнусол, сол	45,2±3,5*	54,0±4,3
Давомнокии РА ва АПс, моҳ	>36	>36
АТБ, n (%)	4 (21,04)	10 (37,9)*
Калоншавии ғафсии КИМ+ АТБ, n (%)	5 (26,3)	21 (77,7) *
Стенокардия, n (%)	2 (10,5)	8 (29,6) *
ИМ n (%)	0	1 (3,7)
Инсулт, n (%)	0	1 (3,7)

Эзоҳ: * - фарқияти байни гурӯҳҳо бо $p < 0,05$ дақиқ аст

Дар асоси таҳлили дақиқ ва арзёбии зудии рӯйдоди ОХ-и маъмулӣ ҳатари умумии инкишофи ҳолатҳои фаталӣ кардиоваскулярӣ дар мизочони таҳқиқшудаи АПс аз рӯи шкалаи SCORE арзёбӣ карда шуд. Натиҷаҳои таҳқиқот нишон доданд, ки бисёр мизочони АПс (43,4%) ҳатари пасти (<1%) оризаҳои фаталӣ кардиоваскулярӣ дар 10

соли наздик аз рӯи шкалаи SCORE доштанд. Илова бар ин, дар 29,1% мизочони АПс ҳатари баланди (5%) х инкишофи ОДР аз рӯи шкалаи SCORE мушоҳида гардид. Ҳамаи мизочони боқимонда - 32,6% ҳатари миёнаи (2-4%) инкишофи ОДР доштанд.

Ҳангоми ҳисобу китоби тақрорӣ сатҳи ҳатари умумии кардиоваскулярӣ аз рӯи шка-



лаи SCORE/EULAR, бо назардошти иловаҳо ба мавҷудияти бо ном АПС - омилҳои шартии хатарҳои кардиоваскулярӣ фоизи беморони бо хатари баланди инкишофи ОДР дар мизочони бо АПС аз 23,1 то 34,7% зиёд гардид. Дар маҷмуъ тағйироти тақсимои хатар аз рӯи категорияҳо бо назардошти бо ном (бемориҳои шартӣ) -и ОХ-и кардиоваскулярӣ ба бозсозии чашмраси сохторҳои хатари кардиоваскулярӣ дар беморони бо РА ва АПС бурда расониданд, ки аз хусуси баҳисобгирии онҳо дигар таҳқиқотчиён [5,6,15,16] хабар додаанд.

Ҳамин тавр, натиҷаҳои таҳқиқоти мазкурро чамбаст карда истода, қайд кардан мумкин аст, ки асоси инкишоф ва авҷгирии спектри ИКВ дар беморони бо шаклҳои фаъоли АПС -ро самараи кумулятивӣ ва ба ҳам таъсиррасонии мураккаби илтиҳоби музмини системавии аутоиммунӣ, ОХ-и маъмулии кардиоваскулярӣ, қабули дарозмуддат ва беназорати ДЗИН ва ГК ташкил медиҳанд, ки характери бисёромилаи вайроншавиҳои кардиоваскулярӣ хангоми АПС-ро пешгӯӣ менамояд.

АДАБИЁТ

1. Бадочкин В.В. Клиника и диагностика псориатического артрита / В кн. Бадочкин В.В. (и др.): под ред. В.В. Бадочкина. - М.: Изд. "Литтерра", 2012. - 587с.
2. Юсупова Л.А. Совр.состояние проблемы псориатического артрита / Л.А. Юсупова, М.А. Филатова // Практическая медицина. - 2013. - №4 (73). - С. 24-28.
3. Псориатический артрит: клинические рекомендации по диагностике и лечению (Под ред. Т.В. Коротаева и др). - М.: Изд. "ИМА-пресс", 2018. - 36 с.
4. Насонов Е.Л. Сердечно-сосудистая патология при ревматических заболеваниях / Е.Л. Насонов, Т.В. Попкова, Д.С. Новиков // Терапевтический архив. - 2016. - №5. - С. 4-12.
5. Гайдукова И.З. Клинико-диагностическое значение дисфункции эндотелия в развитии кардиоваскулярной патологии у больных псориатическим артритом: автореф. дис. канд. мед. наук / Саратов, 2016. - С. 25.
6. Особенности заболеваний сердечно-сосудистой системы у больных тяжелыми и среднетяжелыми формами пориаза / И.В. Баткаева [и др.] // Вестник РУДН. - 2018. - № 1 (22) - С. 92-101.
7. Каратеев А.Е. Дестабилизации артериальной гипертензии как осложнении терапии нестероидными противовоспалительными препаратами / А.Е. Каратеев // Современная ревматология. - 2018. - № 12 (2). - С. 64-72.
8. Коротаева Т.В. Риск развития сердечно-сосудистых заболеваний у больных псориатическим артритом / Т.В. Коротаева, А.С. Новикова, Е.Ю. Логинова // Терапевтический архив. - 2016. - №5. - С. 102-106.
9. Ревматология: российские клинические рекомендации. Под ред. академика РАН Е.Л. Насонова. Издательская группа "Геотар - Медиа". - 2019. - 461 с.
10. Янышева А.В. Псориатический артрит и риск развития кардиоваскулярной патологии / А.В. Янышева, В.В. Бадочкин // Сибирский медицинский журнал. - 2008. - №6. - С. 8-12.
11. Герасимова Е. В. Сердечно-сосудистые заболевания у больных ревматоидным артритом на фоне длительной терапии метотрексатом / Е.В. Герасимова, Т.В. Попкова, Д.С. Новикова // Терапевтический архив. - 2015. - №5. - С. 26-31.
12. Аршинов А.В. Сердечно-сосудистые осложнения при системной красной волчанке: механизмы ускоренного развития атеросклероза, диагностика, возможности коррекции / А.В. Аршинов, Н.Ю. Левшин, И.Г. Маслова // Научно-практическая ревматология. - 2017. - №55 (3). - С. 304-310.
13. Насонов Е.Л. Атеросклероз: перспективы противовоспалительной терапии / Е.Л. Насонов, Т.В. Попкова // Терапевтический архив. - 2017. - №5. - С. 4-12. [



14. Насонов Е.Л. Противовоспалительная терапия атеросклероза - вклад и уроки ревматологии / Е.Л. Насонов, Т.В. Попкова // Научно-практическая ревматология. - 2017. - №55 (5). - С. 465-473.
15. Распространенность традиционных кардиоваскулярных факторов риска, субклинического атеросклероза сонных артерий и коронарного кальциноза у пациентов с ранним псориатическим артритом (исследование РЕМАРКА) / Е.И. Маркелова [и др.] // Научно-практическая ревматология. - 2018. - № 2 (56) - С. 184-1188.
16. Баткаева Н.В. Структура кардиоваскулярной патологии у больных с тяжелыми формами псориаза: данные ретроспективного анализа госпитального когорта / Н.В. Баткаева, Т.В. Коротаева, Э.А. Баткаев // Научно-практическая ревматология. - 2017. - №5 (55). - С. 493-499.
17. Герасимова Е.В. Проатерогенные нарушения обмена липидов и липопротеидов крови у больных ревматоидным артритом. / Е.В. Герасимова, Т.В. Попкова. Д.С. Новикова // Научно-практическая ревматология. - 2017. - № 55 (3). - С. 311-320.
18. Динамика липидных параметров крови у больных ранним ревматоидным артритом на фоне противоревматической терапии, проводимой по принципу "Лечение до достижения цели" / Е.В. Удачкина [и др.] // Научно-практическая ревматология. - 2016. - №54 (2). - С.164-170.

АНАЛИЗ И ОЦЕНКА РАСПРОСТРАНЕННОСТИ ТРАДИЦИОННЫХ ФАКТОРОВ РИСКА РАЗВИТИЯ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ И СОСТОЯНИЯ ЛИПИДНОГО СПЕКТРА КРОВИ У ПАЦИЕНТОВ С ПСОРИАТИЧЕСКИМ АРТРИТОМ

Зубайдов Р.Н., Муминова М.И., Халилова Д.А.

Кафедра пропедевтики внутренних болезней (зав. каф. д.м.н. Саидов Ё.У.), Таджикский
государственный медицинский университет имени Абуали ибни Сино, Душанбе,
Республика Таджикистан

Цель исследования - представить результаты анализа и оценку распространенности традиционных кардиоваскулярных факторов риска (ФР) и состояния липидного спектра крови у больных с псориатическим артритом (ПсА).

Материалы и методы. В исследование были включены 46 пациентов (25 женщин и 21 мужчина) с достоверным диагнозом ПсА (по критериям CASPAR - Classification Criteria for Psoriatic Arthritis, 2006 г.), средний возраст $49,6 \pm 3,8$ года, находившихся на стационарном лечении в ГМЦ №2 г. Душанбе в период с 2012 по 2019 гг.

Всем обследованным пациентам проведен анализ и оценка традиционных и "болезнь-ассоциированных" ФР развития сердечно-сосудистых осложнений (ССО) с определением суммарного кардиоваскулярного риска (КВР) по шкалам SCORE и SCORE/EULAR, выполнены дуплексное

сканирование сонных артерий с целью измерения толщины комплекса интима-медиа (КИМ) и наличия атеросклеротических бляшек (АТБ) и исследование состояния липидного спектра крови (общий холестерин - ОХС, триглицериды - ТГ, холестерин липопротеидов низкой и высокой плотности - ХС ЛПНП и ХС ЛПВП). С целью определения соотношения между собой атерогенных и антиатерогенных липопротеидов рассчитывали индекс атерогенности (ИА): $\text{ХС - ХС ЛВП} / \text{ХС ЛВП}$.

Результаты. У обследованных пациентов с ПсА наиболее распространенными ФР развития ССО являлись артериальная гипертензия (АГ) и дислипидемия (у 58,6% и 69,2% обследованных больных соответственно). Выявлено активное участие системного воспаления и фармакотерапии ПсА в формировании атерогенного профиля липидного спектра крови, а также нараста-



ние частоты встречаемости кардиоваскулярных нарушений (КВН) у пациентов с ПсА, имеющих два и более традиционных и так называемых "болезнь-обусловленных" ФР.

Заключение. Таким образом, полученные нами итоговые результаты свидетельствуют о том, что в основе развития и прогрессирования широкого спектра КВП у больных с активными формами ПсА лежат кумулятивный эффект и сложное взаимовлияние хронического системного аутоиммун-

ного воспаления, традиционных кардиоваскулярных ФР, длительный и бесконтрольный прием нестероидных противовоспалительных препаратов - НПВП и глюкокортикоидов - ГК, что предполагает многофакторный характер кардиоваскулярных нарушений при ПсА.

Ключевые слова: псориатический артрит, факторы риска, сердечно-сосудистые осложнения, липидный спектр крови, кардиоваскулярная патология.

THE PREVALENCE OF TRADITIONAL CARDIOVASCULAR RISK FACTORS IN PATIENTS WITH PSORIATIC ARTHRITIS

R.N. Zubaidov, M.I. Muminova, D.A. Halilova

Department of propaedeutics of internal diseases, Avicenna Tajik State Medical University, Dushanbe, Republic of Tajikistan

Objective: to comparatively analyze and estimate the prevalence of traditional cardiovascular risk factors (RFs) and the blood lipid spectrum in patients with psoriatic arthritis (PSa).

Subjects and methods. The investigation enrolled 46 patients (25 females and 21 males) (mean age, 49.6 ± 4.8 years) with PsA fulfilled the 2006 Classification Criteria of Psoriatic Arthritis (CASPAR) criteria who were treated in Dushanbe City Medical Center (CMC) Two in 2012 to 2019.

The traditional and disease - related RFs of cardiovascular events (CVEs) were analyzed to identify total cardiovascular risk using the SCORE and 2010 SCORE/EULAR scales; duplex scanning of the carotid arteries was performed to measure intima-media thickness and to identify atherosclerotic plaques; the blood lipid spectrum (total cholesterol (TC), triglycerides, low-density lipoprotein cholesterol (LDLC) and high-density lipoprotein cholesterol (HDLC)). The atherogenic index (TC-HDLC/HDLC) was calculated to

determine the ratio of atherogenic to antiatherogenic lipoproteins.

Results and discussion. The most common RFs for CVEs in the explained patients with PsA were hypertension (58.6%) and dyslipidemia (69.2%). It was found that systemic inflammation and pharmacotherapy for PsA were actively involved in formation of an atherogenic lipid profile and that the incidence of CVEs increased in the patients with PsA who had two or more traditional and the so-called disease-related RFs.

Conclusion. Our findings suggest that the development and progression of a wide range of CVEs in patients with PsA are based on the cumulative effect and complex interaction of chronic systemic autoimmune inflammation, traditional cardiovascular RFs, and long-term and uncontrolled use nonsteroidal anti-inflammatory drugs and glucocorticoids, which assumes that CVFs have a multifactorial nature in PsA.

Keywords: psoriatic arthritis; risk factors, cardiovascular events; blood lipid spectrum, cardiovascular disease.

Зубайдов Р. Н., н.и.т., ассистент кафедры таълими асосҳои бемориҳои дарунии МДТ "Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абӯалӣ ибни Сино". Тел. 918 51 72 70.

Зубайдов Р. Н., к.м.н., ассистент кафедры пропедевтики внутренних болезней ГОУ "Таджикский государственный медицинский университет имени Абуали ибни Сино". Тел. 918 51 72 70.

Zubaidov R.N., assistant, Department of propaedeutics of internal diseases, Avicenna Tajik State Medical University, Dushanbe, Republic of Tajikistan. Tel. 918 51 72 70.



ХОСИЯТҲОИ УМУМИИ КЛИНИКӢ ВА ОМИЛҲОИ ХАТАРНОКИ ФИШОРБАЛАНДИИ ШАРАӢНИИ ШАХСОНИ КАЛОНСОЛ ДАР ҚИЁС

К.З. Уроқов, Г.Б. Ҳочиева, М. Ё. Ҳиммат, М.П. Ғаниева, А.Т. Шамсов

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

Муҳиммият. Хислатҳои умумии клиникӣ ва омилҳои хатарноки фишорбаландии шараӢнии шахсони калонсол дар қиёси ду мамлакат: Ҷумҳурии Тоҷикистон ва Ҷумҳурии Ислонии Афғонистон дида баромада шуд.

Нишондодҳои ташҳиси клиникӣ 180 бемор, ки табобати статсионарино дар Маркази Ҷумҳуриявии бемориҳои дил шӯъбаи фишорбаландии шараӢнии ш. Душанбе ва беморхонаи вилоятии ш. Мазори Шариф гирифта буданд, азхуд карда шуд. Дар гурӯҳҳои ташҳисӣ шумораи занон дар гурӯҳи I (Ҷумҳурии Тоҷикистон) назар ба гурӯҳи II (Ҷумҳурии Ислонии Афғонистон) зиёдтар буд (58,9% - 43,3%), мутаносибан шумораи мардон дар гурӯҳи II (ҶИА) назар ба гурӯҳи I (ҶТ) зиёд буд (56,7% - 41,1%). Дар синну соли аз 65 то 69 сола дар ҳар ду гурӯҳҳои ташҳис беморони фишорбаландии шараӢнӣдошта аз ҳама зиёд буда, 50,0%-ро ташкил намудааст. Шумораи занон дар синну соли 70-75 сола дар гурӯҳи I 71,9%-ро ташкил намуд, бар зидди гурӯҳи II 23,0%, ки ин нишондод аз зиёдшавии давомнокии умр далолат медиҳад.

Пас аз гузаронидани баҳодиҳии муқоисавии омилҳои хатарноки фишорбаландии шараӢнии шахсони калонсол, хусусан дар гурӯҳи II (ҶИА) чунин омилҳо ба монади тамоқукашӣ (15,6% бар зидди 5,6%), баландшавии лахтабандии хун (68,9% бар зидди 51,1%), стресси психологӣ (62,2% бар зидди 35,6%), бӯҳрони фишорбаландӣ (75,6% бар зидди 30,0%), вестибулопатияи шадид (5,6% бар зидди 2,2%), зиёдтар вомахӯрад, ки ин аз равиши вазнини беморӣ ва пайдоиши оризаҳои барвақтаинаи фишорбаландии шараӢнро дар ин синну сол шаҳодат медиҳад.

Пас аз гузаронидани мониторинги шабонарӯзии фишори артериявӣ, дорандаи пастшавии нокифояи фишори артериявии шабона дар ҳудуди 1-10,0% махсусан дар гурӯҳи II беморони фишорбаландии шахсони калонсол аниқ гардид, ки ин омилҳои баланди пайдоиши оризаҳои дилу рағӣ мебошад.

Дар мамлакатҳои Тоҷикистон, Афғонистон, умуман дар тамоми дунё гипертензияи шараӢнӣ (ГШ) яке аз бемориҳои паҳншудаи дилу рағӣ буда, сол то сол шумораи он зиёд шуда истодааст. Аз рӯи нишондодҳои ташҳисҳои эпидемиологӣ дар олам зиёда аз 40 млн беморон бо ГШ вомахӯранд, ки фишорбаландии шараӢнӣ (ФШ) яке аз омилҳои асосии хатари пайдоиши бемории ишемиявӣ дил (БИД) мебошад [1].

Дар замони ҳозира ГШ ҳамчун бемории бисеромила маъмул аст. Нақши этиологии асосиро омилҳои ирсӣ ва омилҳои муҳити зист мебозанд. Омилҳои экзогенӣ муҳим стресс мебошад, ки дар зерин таъсири он Ф/Х баланд мешавад. Стресс дар шароити сарбории қорӣ хеле паҳн гардида, стресси дарозмуддат ва аз ҳад зиёд яке аз сабабҳои вайроншавии батанзим қор қардани Ф/Х мегардад [2;3;4;5].

Депрессия яке аз намуди паҳншудаи вайроншавии асаб буда дар беморони БИД дида мешавад. Аз рӯи нишондодҳои ташҳиси проспективӣ Федератсияи Русия "КО-ОРДИНАТА" аломатҳои клиникӣ изтироб ва депрессия дар 38,0% беморони БИД ошқор шудаанд, ки муришро то 1,8 маротиба зиёд кардаанд [6;7].

Қариб 70,0% аҳолии Русия дар шароитҳои стресси равонӣ - беҳдошти музмини дараҷаи баланд ва миёна қарор дорад. Депрессияро баландшавии С-сафедаи реактивӣ, интерлейкинҳо, адгезияи тромбоситҳо, пастшавии вариабелнокии ритми дил ҳамроҳӣ мекунанд [8;9].

Дар танзими ГШ, ки нейтрофилҳои иштирок мекунанд, агар фарбегии абдоминалӣ бошад, варианти ирсӣ нигарон ба стресс мушоҳида мешавад [10;11].



Дар беморони алоими коронарии шадид, ки ҳамрав вайроншавии изтиробӣ-депрессивӣ доранд, пайдоиши омодагии баланди прокоагулянтӣ системаи лахтабандии хун ва баландшавии фаъолияти функционалии тромбоситҳо бо пастшавии микдори лимфоситҳо ва баландшавии пайдоиши илтиҳоб дида мешавад. Ин ҳолат ба оризаи бадсифати тромботикӣ дар беморони БИД оварда мерасонад [12;13].

Омӯзиши ситокинҳо, системаи РААС, ингибиторҳои АПФ дар плазма, липопротеидҳо, фаъолияти протсесҳои мубодилавӣ дар миокард, электролитҳои К, Mg, дар беморони Ф/Ш, БИД бояд ба роҳ монда шаванд [14;15].

Мақсади таҳқиқот. Аниқ намудани ҳислатҳои умумии клиникӣ ва омилҳои хатарноки фишорбаландии шараёнии шахсони калонсол дар шароити иқлими гарми 2 мамлакат, Ҷумҳурии Тоҷикистон ва Ҷумҳурии Исломии Афғонистон.

Мавод ва усулҳои таҳқиқот. Ба таҳқиқот нишондодҳои 90 бемор 37 (41,1%) мард ва 53 (58,9%) зан синну солашон аз 60 то 75 сола бо ташҳиси фишорбаландии шараёнии II-III дараҷа, ки дар беморхонаи Марказии Ҷумҳуриявии беморҳои дил, шӯъбаи фишорбаландии шараёнии ш. Душанбеи Ҷумҳурии Тоҷикистон ва 90 бемор бо ҳамин ташҳис дар беморхонаи вилоятии ш. Мазори Шарифи Ҷумҳурии Исломии Афғонистон 51 (56,7%) мард ва 39 (43,3%) зан бистарӣ буданд, воридгардидаанд.

Ба гурӯҳҳои таҳқиқӣ танҳо беморони ФШ бо собиқаи фишорбаландӣ на кам аз 3-4 сол дохил гардидаанд. Меъёрҳои хоричшавӣ аз таҳқиқот:

- Фишорбаландиҳои алоимӣ. Беморони фишорбаландиҳо ба норасоии шадид ва музмини гурдавӣ, чигар ё системаи эндокринӣ ба таҳқиқот дохил нашудаанд.
- Беморони ГШ, ки дар собиқаи бемориашон вайроншавии шадиди гардиши хуни майнаи сар (хунрезӣ - намуди геморрагӣ ва ишемикӣ) ва сактаи дили шадид доштанд.

Ҷадвали 1. Тақсимооти беморони фишорбаландии шараёнии аз рӯи синну сол

Беморон	Ҷумҳурии Тоҷикистон				Ҷумҳурии Исломии Афғонистон			
	60-64 сола	65-69 сола	70-75 сола	Умумӣ	60-64 сола	65-69 сола	70-75 сола	Умумӣ
Мардҳо	6	22	9	37*	7	24	20	51*
Дар %	50,0	47,8	28,1	41,1	36,8	53,3	77,0	56,7
Занҳо	6	24	23	53*	12	21	6	39*
Дар %	50,0	52,2	71,9	58,9	63,2	46,7	23,0	43,3
Ҳамагӣ	12	46	32	90	19	45	26	90
Дар %	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Чӣ хеле ки аз ҷадвали 1 бармеояд, дар гурӯҳи I таҳқиқи беморони ФШ шахсони калонсоли Ҷумҳурии Тоҷикистон шумораи умумии занҳо нисбат ба мардҳо зиёданд (58,9% бар зидди 41,1%). Дар гурӯҳи II ташҳиси беморони ФШ шахсони калонсоли Ҷумҳурии Исломии Афғонистон баръакс шумораи умумии мардҳо нисбат ба занҳо (56,7% бар зидди 43,3%) зиёданд. Гуфтани мумкин аст, ки занҳо дар Ҷумҳурии Исломии Афғонистон на ҳама вақт ба ёрии тиббӣ муроҷиат менамоянд ва на ҳама вақт барои табобат шароит доранд.

Дар синну соли 65 то 69- сола дар ҳар ду гурӯҳҳо шумораи зиёди беморони

фишорбаландии шараёнии то 50,0% во мекӯрад. Шумораи занон дар синну соли 70-75 солагӣ дар гурӯҳи I 71,9%-ро бар зидди гурӯҳи II 23,0% ташкил намунадааст, ки ин аз дарозумрӣ далолат дорад.

Чӣ хеле ки аз ҷадвали 2 бармеояд, ҳислатҳои умумии клиникӣ беморони ФШ шахсони калонсол дар ҳар ду гурӯҳҳои ташҳис қариб якхелаанд, давомнокии ФШ аз 3 то 14 солро тартиб додааст, давомнокии табобат 10-14 рӯз, ФШС максималӣ ва ФШД максималӣ қариб якхелаанд.

Ба беморон муқоисаи омилҳои хатарноки ФШ ва ташҳиси клиникӣ Ф/Х шахсони калонсол гузаронида шуд.



Чадвали 2. Хусусиятҳои умумии клиникалии беморони фишорбандии шараёнии шахсони калонсол.

Нишондод	Ҷумҳурии Тоҷикистон		Ҷумҳурии Исломии Афғонистон	
	Мардҳо	Занҳо	Мардҳо	Занҳо
Шумораи умумии беморон	37 (41,1%)	53 (58,9%)	51 (56,7%)	39 (43,3%)
Давомнокии ФШ, солҳо	3-12	4-14	4-10	4-10
Давомнокии табобат, рӯзҳо	10-14	10-14	10-14	10-14
ФШС максималӣ, мм.сут.сим.	190	200	190	200
ФШД максималӣ, мм.сут.сим.	100	120	110	120
ФШ худуди максималӣ, мм.сут.сим.	140	150	140	150

Чадвали 3. Баҳодиҳии муқоисавии омилҳои хатарноки фишорбандии шараёнии шахсони калонсол.

Омилҳои хатарнок	Ҷумҳурии Тоҷикистон N=90		Ҷумҳурии Исломии Афғонистон N=90	
	Мардҳо	Занҳо	Мардҳо	Занҳо
Тамокукашӣ	5 (5,6%)*	--	14 (15,6%)*	--
Фарбеҳӣ	2 (2,2%)*	13 (14,4%)*	10 (11,1%)*	4 (4,4%)*
Диабети қанд	6 (6,7%)	7 (7,8%)	4 (4,4%)	3 (3,3%)
Баландшавии лахтабандии хун	46 (51,1%)*	32 (35,6%)*	62 (68,9%)*	14 (15,6%)*
Стресси психологӣ	32 (35,6%)*	28 (31,1%)*	56 (62,2%)*	21 (23,3%)*
Дислипидемия	16 (17,8%)*	24 (26,7%)*	26 (28,9%)*	10 (11,1%)*
Бӯҳрони фишорбандӣ	27 (30,0%)*	25 (27,8%)*	68 (75,6%)*	20 (22,2%)*
Вестибулопатияи шадид	2 (2,2%)	3 (3,3%)	5 (5,6%)	4 (4,4%)

Аз натиҷаи баҳодиҳии муқоисавӣ бармеояд, ки омилҳои хатарнок дар гурӯҳи II ба мисоли тамокукашӣ (15,6% бар зидди 5,6%), баландшавии лахтабандии хун (68,9% бар зидди 51,1%), стресси психологӣ (62,2% бар зидди 35,6%), бӯҳрони фишорбандӣ (75,6% бар зидди 30,0%), вестибулопатияи шадид (5,6% бар зидди 2,2%), зиёдтар вомехӯранд, ки ин албатта хусусияти равиши ФШ дигар

намуда ба оризаҳои барвақтаина оварда мерасонад.

Ба беморон Мониторинги шабонарӯзии фишори хун гузаронида шуд. Натиҷаҳои муқоисавии таҷрибаи миқдори миёнаи ибтидоии ФШ клиникӣ ва мониторинги шабонарӯзии фишори хун (СМАД - МШФХ) дар беморони ФШ шахсони калонсол гурӯҳҳои қиёс дар чадвали 4 дода шудааст.

Чадвали 4. Профили шабонарӯзии фишори артериявӣ дар гурӯҳи беморони фишорбандии шараёнии шахсони калонсол.

Нишондод	Ҷумҳурии Тоҷикистон	Ҷумҳурии Исломии Афғонистон
	n = 36	n = 30
САДс, мм рт. ст.	182,5±7,3	190,0±6,9
ДАДс, мм рт. ст.	89,7±3,8	100,0±3,9
ПАДс, мм рт. ст.	82,8±5,1	92,4±5,0
САДд, мм рт. ст.	177,8±8,1	185,6±8,2
ДАДд, мм рт. ст.	92,4±3,9	105,5±3,7
ПАДд, мм рт. ст.	85,4±5,2	95,6±5,1
САДн, мм рт. ст.	167,3±6,2	175,4±6,0
ДАДн, мм рт. ст.	86,9±4,1	98,2±4,2
ПАДн, мм рт. ст.	80,4±4,7	90,8±4,5
СНС САД, %	5,8±1,5	5,7±1,3
СНС ДАД, %	6,1±2,1	5,9±1,9
СНС ПАД, %	5,9±1,3	5,8±1,8

Кобалава Ж.Д. ва Котовская Ю.М. тавсияи ритми шабонарӯзиро дар беморони ФШ даричрои МШФХ нишондодҳои зеринро тавсия медиҳанд:

А) Шуморидани РШ меъёрӣ агар СНС САД, СНС ДАД ва СНС ПАД дар беморон дар худуди 10-20,0%;



Б) Пастшавии ҳамин нишондодҳо дар беморон дар ҳудуди 1-10,0% - РШ ҳамчун "дорандаи пастшавии нокифояи ФА шабона";

В) Пастшавии ҳамин нишондодҳо дар беморон аз 0% камтар - РШ ҳамчун "дорандаи баландшавии устувори ФА шабона";

Г) Дар баландшавии ҳамин нишондодҳо дар беморон зиёда аз 20,0% - РШ ҳамчун "дорандаи хеле зиёди пастшавии ФА шабона";

РШ дар гурӯҳи беморони шахсони калонсолро, агар таснифоти Кобалава ва Котовскаяро дар асос гирем, ҳамчун таснифи "дорандаи пастшавии нокифояи ФА шабона" гуфтан мумкин аст, зеро нишондоди СНС САД ($5,8 \pm 1,5$), СНС ДАД ($6,1 \pm 2,1$) ва СНС ПАД ($5,9 \pm 1,3$) дар ҳудуди 1-10,0% аст.

Дар адабиёти англисӣ ин ҳолат ҳамчун "non-dippers"-и шахсони калонсол номгу-

Хулоса. Дар гурӯҳи I таҳқиқи беморони ФШ шахсони калонсоли Ҷумҳурии Тоҷикистон шумораи умумии занҳо нисбат ба мардҳо зиёданд (58,9% бар зидди 41,1%). Дар гурӯҳи II беморони ФШ шахсони калонсоли Ҷумҳурии Исломии Афғонистон баръакс шумораи умумии мардҳо нисбат ба занҳо (56,7% дар муқобили 43,3%) зиёданд.

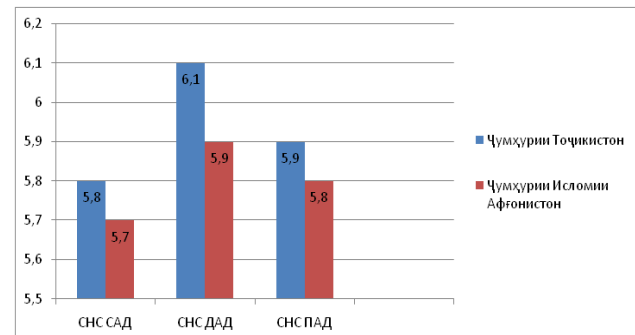
Хислатҳои умумии клиникии беморони ФШ шахсони калонсол дар ҳар ду гурӯҳҳои таъхис қариб якхелаанд.

Дар муқоисаи омилҳои хатарноки ФШ шахсони калонсоли гурӯҳҳо дар гурӯҳи II

зорӣ шудааст ва ҳамчун омилҳои баланди оризаҳои дилу рағӣ шуморида мешавад.

Дар диаграммаи 1 нишондодҳои муқоисавии МШФХ дар беморони ФШ шахсони калонсоли 2 мамлакат оварда шудааст.

Диаграммаи 1. Нишондодҳои муқоисавии МШФХ дар беморони фишорбаландии шараёнии шахсони калонсоли ҶТ ва ҶИА.



(ҶИА) тамоқукашӣ (15,6% бар зидди 5,6%), баландшавии лахтабандии хун (68,9,6% бар зидди 51,1%), стресси психологӣ (62,2% бар зидди 35,6%), бӯҳрони фишорбаландӣ (75,6% бар зидди 30,0%), вестибулопатияи шадид (5,6% бар зидди 2,2%), зиёдтар вомехӯранд.

Пас аз гузаронидани мониторинги шабонарӯзии фишори хун аниқ гашт, ки дорандаи пастшавии нокифояи ФА шабона дар ҳудуди 1-10,0% дар ҳар ду гурӯҳҳо дида шуда, дар гурӯҳи II ин нишондод пасттар аст, ки ин омилҳои баланди оризаҳои дилу рағӣ мебошад.

АДАБИЁТ

1. Беленков Ю.Н. Кардиология - Национальное руководство. / Ю.Н. Беленков, Р.Г. Оганов // Москва-2010, 1232 стр.
2. Телегина А.И. Распространённость факторов риска у людей с артериальной гипертензией, подверженных профессиональной стрессогенной нагрузке / А.И. Телегина, Р.А. Лиферов, А.Я. Фисун и др. // Ж. Клиническая медицина-2017; 95(6), стр.535-544.
3. Pagani M., Lucini D. Cardiovascular physiology, emotions, and clinical applications: are we ready for prime time? Am. J. Physiol. Heart Circ. Physiol. 2008;295:1-3.
4. Остроумова О.Д. Психологические особенности больных со стресс-индуцированной артериальной гипертензией: нарушение регуляции эмоций как центральное звено патогенеза / О.Д. Остроумова, Е.И. Первичко, Ю.П. Зинченко // Ж. Кардиология-2016;9, стр.40-49.
5. Гафаров В.В. Стресс на работе и его влияние на 16-летний риск развития инфаркта миокарда, инсульта в открытой популяции женщин 25-64 лет в России/Сибири (программа ВОЗ "MONICA-психосоциальная") / В.В. Гафаров, Д.О. Панов, Е.А. Громова и др. // Ж. Терапевтический архив-2015;№3;стр.71-76.



6. Голимбет В.Е. Взаимодействие личностного, болевого и генетического факторов при ишемической болезни сердца / В.Е. Голимбет, Б.А. Волель, С.Н. Ениколопов и др. // Ж. Кардиология-2016;7, стр.10-13.
7. Vukovic O., Tosevski D.L., Jasovic-Gasic M., Damjanovic A., Zebic M., et al. Type D personality in patients with coronary artery disease. *PsychiatrDanub* 2014;26(1):46-51.
8. Чазов Е.И. Клинико-эпидемиологическая программа изучения депрессии в кардиологической практике у больных АГ и ИБС (КООРДИНАТА): первые результаты многоцентрового исследования / Е.И. Чазов, Р.Г. Оганов, Г.В. Погосова // Кардиология - М.: - 2005. - №11. - с. 4-10.
9. Ураков К.З. Сравнительная характеристика артериального давления у больных гипертонической болезнью пожилого возраста / К.З. Ураков, Г.Б. Ходжиева и др. // Сборник тезисов, г. Бухара, Узбекистан-2019, С.161-162.
10. Ушаков А.В. Невроростовой фактор у больных артериальной гипертензией: нейропсихические, гемодинамические, метаболические взаимосвязи / А.В. Ушаков, В.С. Иванченко, А.И. Гордиенко и др. // Ж. Кардиология-2018;2, стр.10-16.
11. Chen Y.W., Lin P.Y., Tu K.Y. et al. Significantly lower nerve growth factor levels in patients with major depressive disorder than in healthy subjects: a meta-analysis and systematic review. *Neuropsychiatr Dis Treat* 2015;11:925-933. Doi:10.2147 / NDT.S81432.
12. Скибицкий В.В. Оптимизация лечения неконтролируемой АГ у пациентов с тревожно-депрессивными расстройствами / В.В. Скибицкий, А.В. Скибицкий, А.В. Фендрикова // Ж. Кардиология-2015;12, стр.25-30.
13. Abbate R., Cioni G., Ricci I., Miranda M., Gori A.M. Thrombosis and acute coronary syndrome. *Thromb Res* 2012;129(3):235-240
14. Хадарцев А.А. Влияние ингибитора ангиотензинпревращающего фермента на концентрацию в плазме крови цитокинов и вазоактивных молекул у больных ишемической болезнью сердца и артериальной гипертензией / А.А. Хадарцев, А.В. Логаткина, И.В. Терехов // Ж. Терпевтический архив-2017;12, стр. 97-102.
15. Милюков В.Е. Значение оценки перфузии в определении уровня функциональной достаточности миокарда / В.Е. Милюков, Т.С. Жарикова // Ж. Кардиология-2016;9, стр.75-79.

ОБЩАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА И ФАКТОРЫ РИСКА ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА В СРАВНЕНИИ

К.З. Ураков, Г.Б. Ходжиева, Химмат Мухаммад Ёсин, М.П. Ганиева, А.Т. Шамсов
Кафедра внутренних болезней №3 (зав. кафедрой - д.м.н., проф. Мустафакулова Н.И.)
ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино

В статье проведён сравнительный анализ общей клинической характеристики и факторов риска больных гипертонической болезнью пожилого возраста в сравнении двух стран: Республики Таджикистан и Исламской Республики Афганистан. Были изучены данные клинического обследования 180 больных находящихся на стационарном лечении в Республиканском центре кардиологии в отделении артериальной гипертензии г. Душанбе и в областной больнице г. Мазори Шариф. В исследуемых группах количество женщин в I группе (Республика Тад-

жикистан) было больше, чем во II группе (Исламская Республика Афганистан) (58,9% - 43,3%), соответственно количество мужчин во II группе (ИРА) было больше по сравнению с I группе (РТ) (56,7% - 41,1%). В возрасте от 65 до 69 лет в обеих исследуемых группах больных гипертонической болезнью было больше до 50,0%. Количество женщин в возрасте 70-75 лет в I группе составило 71,9% против II группы 23,0%, что отражает увеличение продолжительности жизни.

При проведении оценки факторов риска особенно во II группе (ИРА) такие факторы как



курение (15,6% против 5,6%), повышение свертывающей системы крови (68,9% против 51,1%), психологического стресса (62,2% против 35,6%), гипертонического криза (75,6% против 30,0%), острой вестибулопатии (5,6% против 2,2%), было больше, что говорит о тяжелом течении заболевания и возникновения ранних осложнений гипертонической болезни в этом возрасте.

При проведении суточного мониторирования артериального давления отмечается недостаточное снижение ночного артериального давления в пределах 1-10,0%, особенно во II группе у больных гипертонической болезнью пожилого возраста, что является высоким риском появления сердечно-сосудистых осложнений.

GENERAL CLINICAL CHARACTERISTICS AND RISK FACTORS FOR HYPERTENSION IN THE ELDERLY IN COMPARISON.

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

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

A comparative analysis of the general clinical characteristics and risk factors of elderly hypertensive patients in comparison of two countries: the Republic of Tajikistan and the Islamic Republic of Afghanistan was carried out. We studied the data of a clinical examination of 180 patients on inpatient treatment at the Republican Center of Cardiology in the Department of Arterial Hypertension in Dushanbe and in the regional hospital in Mazori Sharif. In the studied groups, the number of women in group I (Republic of Tajikistan) was greater than in group II group (Islamic Republic of Afghanistan) (56.7%-43.3%), respectively, the number of men in group I (IRA) was more compared to group I (RT) (58.9%-41.1%). At the age of 65 to 69 years in both studied groups of patients with essential hypertension, there were up to 50.0% more. The

number of women aged 70-75 years in group I is up to 71.9% versus group II 23,0%, which reflects an increase in life expectancy.

When assessing risk factors, especially in group II (IRA), such factors as smoking (15,6% versus 5,6%), increased blood coagulation (68,9% versus 51,1%), psychological stress (62,2% Versus 35,6%), hypertensive crisis (75,6% versus 30,0%), acute vestibulopathy (5,6% versus 2,2%), there was more, which indicates a severe course of the disease and the occurrence of early complications of hypertension at this age.

When conducting daily monitoring of blood pressure, there is an insufficient decrease in nighttime blood pressure within 1-10.0%, especially in group II in elderly hypertensive patients, which is a high risk of cardiovascular complications.

Ҳоҷиева Гулнора Бобоевна - н.и.т., дотсенти кафедраи бемориҳои дарунии №3 МДТ «ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино», тел.: (+992) 918 62 69 41

Ходжиева Гулнора Бобоевна - к.м.н., доцент кафедри внутренних болезней №3 ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино», тел.: (+992) 918 62 69 41

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



БЕМОРИҲОИ СИРОЯТӢ

ТАШХИС ВА ТАБОБАТИ МАХМАЛАК ДАР КӢДАКОН ДАР ШАРОИТИ МУОСИР

Нуров Р.М.

МД "Маркази ҷумҳуриявии профилактика ва мубориза бо СПИД"

Муҳиммият. Сироятҳои стрептококкӣ дар ҷаҳони муосир хеле паҳн шудаанд. Бемориҳо ва оризаҳои, ки онҳо ба вучуд меоваранд, зиёни ҷиддии иҷтимоӣ ва иқтисодӣ мерасонанд. Бемориҳо ва оризаҳои, ки аз стрептококкҳо ба вучуд меоянд барои аксарияти соҳаҳои тибб ақтуалӣ ба ҳисоб мераванд.

Махмалак шакли нисбатан паҳншударини Сироятҳои стрептококкӣ дар кӯдакон мебошад, ки бояд ҳатман ба таври расмӣ ба қайд гирифта шаванд. Дар айни замон вазнинӣ ва миқдори оризаҳои махмалак кам ва сатҳи ғавтият хеле паст шуда истодаанд.

Аммо ба давоардҳои ҷиддии тибби муосирва коркарди чорабиниҳои самараноки профилактикӣ нигоҳ накарда, нишондиҳандаҳои мубталлашавӣ ба ин беморӣ баланд боқӣ мемонад.

Мувофиқи маълумоти муаллифони зиёд дар марҳалаи имрӯза дар бештари мавридҳо ин беморӣ дар шакли сабук ҷараён мегирад, ки ин ба ташҳиси дер, ғалатҳои зиёди ташҳисӣ, табобати дер, ҳамчунин дер гузаронидани чорабиниҳои зиддиэпидемикӣ дар муассисаҳои кӯдакона оварда мерасонад [1,2,3].

Мақсади таҳқиқот. Омӯзиши хусусиятҳои клиникӣ-иммунологии ҷараёни муосирӣ махмалак дар кӯдакон бо мақсади оптимизатсияи чорабиниҳои ташҳисӣ ва табобатӣ.

Мавод ва усулҳои таҳқиқот. Мо 34 кӯдаки бемори гирифтори махмалакро, ки синну солшон аз 3 то 7-сола буд, дар таҳқиқардем, ки онҳо дар шуъбаи бемориҳои сироятии МТШ ш. Душанбе бистарӣ буданд ва таҳти муолиҷа қарор доштанд.

Ҳамаи беморон мувофиқи протоколҳои клиникӣ табобат аз таҳқиқоти клиникӣ ва лабораторӣ гузаштанд. Ташҳис бо таҳқиқоти клиникӣ ва бактериологии микрофлораҳои ҳалқум *Streptococcus pyogenes* тасдиқ

карда шуданд. Коркарди маълумотҳои оморӣ бо ёрии пакети барномаҳои амалии "Statistica 10.0" (StatSoftInc., ИМА) гузаронида шуд.

Натиҷаҳо ва баррасии онҳо. Натиҷаҳои ба даст овардашуда нишон доданд, ки беморӣ дар ҳама ҳолатҳо ба таври шадид сар мешавад.

Ҳарорати бадан дар 35,3% ҳолат то 38,0 °С, дар 50%-и кӯдакон - то 39,0 °С ва танҳо дар 14,7 % - болотар аз 39,0 °С буд. Беморон аз дарди гулӯ (82,3%), дарди сар (85,3%), табларза (11,7%), иштиҳои бад (85,3%), сустӣ (88,2%), қайқунӣ (61,7%) шикоят доштанд. Синдроми тонзиллити шадид дар ҳамаи беморон дорои гипертрофияи бодомакҳои ком, гиперемияи маҳдуди пардаи луобии даҳонҳалқ ва бодомакҳои ком бо шиддатнокии гуногун буд. Дар 74%-и ҳолатҳо энантима дар пардаи луобии коми нарм ба мушоҳида расид. Дар ҳамаи ҳолатҳо клон ва саҳт ва дарнок шудани гирехҳои лимфавии тонзиллярӣ ба назар расид.

Дар ду рӯзи аввал пайдо шудани доначаҳо дар 8,9 %-и кӯдакон дида шуд. Дар ҳамаи беморон доначаҳо аз ҷиҳати морфологпапулаҳои хурд буданд ва дар як лаҳза дар давоми якҷанд соат пайдо мешаванд. Дар 11,7% -и ҳолатҳо дар заминаи доначаҳои хурднокта папулаҳои хурд, унсурҳои геморагӣ (петехии) ба назар расиданд. Дар ҳамаи кӯдакон доначаҳо дар ҷойҳои барои иахмалак хос пайдо шудаанд. Дар зиёда аз нисфи беморон тағйироти типии забон - "забони тамашкӣ" мушоҳида шуд. Дар ҳафтаи якуми беморӣ ($4,9 \pm 0,2$ рӯз) симпатикус-фаза баргарӣ дошт.

Минбаъд пай дар пай нест шудани симптомҳо ба амал меояд. Аввалин шуда, зухуроти интоксикатсия ба ҳисоби миёна $6,5 \pm 0,4$ шабонарӯз ба амал омад. Доначаҳо бо тартиби зерин ба инкишофи баръакс шурӯъ карданд: дар ибтидо гиперемияи пӯст ба



амал омад, ранги унсурхо сафедча шуд, баъдан доначаҳо дар пушт ва сина нест шуданд ва дар ҷойҳои чинҳои табиӣ боқӣ монданд. Онҳо ба ҳисоби миёна $4,6 \pm 0,3$ боқӣ монданд. Тағйиротҳои илтиҳобӣ дар даҳонҳалқ низ пай дар пай сурат мегирад: баъди $3,9 \pm 0,1$ шабонарӯз бодомакҳо пурра тоза мешаванд, равшании гиперемия камтар мешавад ва пас аз $4,3 \pm 0,1$ шабонарӯз пурра нест шуданд. Дар давраи реконвалестсенсия дар 44% ҳолат пӯстпартоии нӯги ангуштони даст ва пойҳо, кафи даст, кафи поҳо ва бадан ба мушоҳида расид.

Дар клиника ба беморонабобати комплекси расонида шуд, ки воситаҳои антибактериалӣ, симптоматикӣ ва патогенетикиро дар бар мегирад.

Воситаи асосии антибактериалӣ пенитсиллин буд, ки вайро барои ҳамаи беморон ба таври дохилимушакӣ 3 маротиба дар як шабонарӯз бо дозаи 100 ҳазор ед. таъйин намуданд. Давомнокии курси табобати антибиотикӣ маъмулан 7-10 рӯзро ташкил дод. Ақсуламал нисбат ба пенитсиллин дар шакли доначаҳои аллергӣ ба назар нарасид.

Бо мақсади табобати дезинтоксикатсионӣ нӯшидани фаровон ё инфузияи маҳлулҳои глюкоза-намакро таъйин карданд.

Ҳамчунин доруҳои антигистаминӣ, доруҳои мустаҳкамкунандаи девораи рағҳо (аскорутин) доруҳои, симптоматикӣ истифода карда шуданд. Барои санатсияи мавзей, чайқонидани гулӯ бо маҳлулҳои дезинфиксионӣ ва ғ. тавсия мешавад.

Бо мақсади пешгирии намудани сироятнокшавии дохилибеморхонагӣ беморонро дар боксҳои алоҳида бистарӣ карданд.

Хулоса. Дар асоси маълумотҳои ба даст овардашуда хулоса баровардан мумкин аст, ки маҳмалак дар кӯдакони синну соли томактабӣ зухуроти типии худро пурра нигоҳ доштааст. Ҷараёни муосири маҳмалак чунин хусусиятҳо дорад:

- саршавии шадиди беморӣ;

- дар давраи аввали беморӣ - то 38°C баланд шудани ҳарорат;

- синдроми возеҳи интоксикатсия; ҳалқуми "суп-сурх" бо тонзиллити фолликулярӣ ё лакунарӣ то $4,3 \pm 0,1$ шабонарӯз, бо лимфаденити регионарӣ;

- дар давраи доначабароӣ - доначаҳои хурднукта дар чинҳои қатшаванда, ки дар ду шабонарӯзи аввали беморӣ пайдо мешаванд ва дар шабонарӯзи $4,6 \pm 0,3$ нест мешаванд;

- дар давраи реконвалестсенсия - забони "тамашкӣ" дар 44% -и беморон пӯстпартоӣ;

АДАБИЁТ

1. Инфекционные болезни у детей: учеб. для пед. ф-тов. мед. вузов / под ред. проф. В. Н. Тимченко. 2-е изд., испр. и доп. СПб.: Спец. лит, 2006. С. 113-123.
2. Инвазивная стрептококковая (группы А) инфекция: взгляд на проблему / Н. И. Брико [и др.]. Тер. архив. 2005. № 11. С. 10-14.
3. Детские инфекционные болезни. Лечебная практика : учеб. пособие / В. М. Цыркунов [и др.]; под общ. ред. проф. В. М. Цыркунова, В. С. Васильева, А. А. Астапова. Минск: АСАР, 2013. 512 с.

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ СКАРЛАТИНЫ У ДЕТЕЙ В СОВРЕМЕННЫХ УСЛОВИЯХ Нуров Р.М.

ГУ "Республиканский центр по профилактике и борьбе со СПИДом"

Резюме. Стрептококковые инфекции чрезвычайно распространены в современном мире. В детской популяции в структуре этих заболеваний стрептококковая ангина и скарлатина имеют стабильно высокие уровни. Лечение данных заболеваний не всегда бывает успешным, нередко формируют-

ся очаги хронической стрептококковой инфекции в миндалинах в виде хронического тонзиллита. Такие дети переходят в категорию часто болеющих с рецидивами тонзиллофарингитов.

В статье рассматривается клинический анализ 34 обследованных детей со скарла-



тиной, в возрасте от 3 до 7 лет. Диагноз подтверждался клинически и бактериологическим исследованием микрофлоры из зева *Streptococcus pyogenes*. Также в статье приводятся особенности клиники и лече-

ние скарлатины у детей на современном этапе.

Ключевые слова: Стрептококковые инфекции, детская популяция, ангина, скарлатина, рецидив, тонзиллофарингит.

DIAGNOSIS AND TREATMENT OF SCARLET FEVER IN CHILDREN IN MODERN CONDITIONS

R. M. Nurov

Resume. Streptococcal infections are extremely common in the modern world. In the children's population in the structure of these diseases streptococcal angina and scarlet fever have consistently high levels. Treatment of these diseases is not always successful, often formed pockets of chronic streptococcal infection in the tonsils in the form of chronic tonsillitis. Such children fall into the category of frequent patients with recurrences of tonsillopharyngitis.

The article examines the clinical analysis of 34 children with scarlet fever, aged 9 months. 7 years old. The diagnosis was confirmed clinically and bacteriological studies of microflora from yawn *Streptococcus pyogenes*. The article also provides features of the clinic and treatment of scarlet fever in children at the current stage.

Key words: Streptococcal infections, paediatric population, sore throat, scarlatina, recurrent, tonsillopharyngitis.

Нуров Рустам Маджидович, д.м.н., директор ГУ "Республиканский центр по профилактике и борьбе со СПИДом", тел. 937905270

Nurov Rustam Majidovich, Ph.D., Director of the Republican Center for AIDS Prevention and Control, Tel. 937905270

ЧАНБАҶОИ КЛИНИКӢ-ИММУНОЛОГИИ СИӢХСУЛФА ДАР КӢДАКОН ДАР МАРӢАЛАИ ӢОЗИРА

Н.М. Хочаева, Бегайдарова Р.Х., М.Ҷ. Мачонова

Кафедраи бемориҳои сироятии кӯдакон (мудири кафедра, н.и.т., дотсент Саидмуродова Г. М.) МТД "ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино"

Муҳиммият. То имрӯз беморшавии зиёди сиёҳсулфа ба қайд гирифта мешавад, ки дар ин маврид шаклҳои миёнавазнин ива вазнини беморӣ асосан дар байни кӯдакони синну соли барвақт дида мешавад, ки дар онҳо хатари бештари пайдо шудани шаклҳои вазнин ва оризадори беморӣ мавҷуд аст 1,2,3.

Хусусиятҳои реактивияти беморони гирифтори сиёҳсулфа ноустувории имкониятҳои мутобиқшавии звенои ҳуҷайравии иммунитет ба ҳисоб меравад, ки бо дисбаланси субпопулятсионӣ, микдори нисбатан ками Т-хелперҳо, Т-киллерҳои махсус, дар заминаи нисбатан возеҳи лимфоситоз, ки вобаста аз афзудани 0-лимфоситҳои аз ҷиҳати функционалӣ ноболиғ пайдо меша-

ванд Тимченко 2009. Дар звенои гуморалӣ сатҳи IgG саҳеҳан хеле баланд мешавад 1,2,4.

Мақсади таҳқиқот: омӯзиши чанбаҳои клиникӣ-иммунологии сиёҳсулфа дар кӯдакон.

Мавод ва усулҳои таҳқиқот: Барои ҳаллу фасл кардани вазифаҳои дар пеш гузошташуда мо таҳқиқоти комплекси 244 кӯдакони мубтало ба сиёҳсулфаро, ки аз 0-моҳа то 17-сола буданд, ва дар давраи солҳои 2017-2018 дар Беморхонаи шаҳрии клиникӣ-сироятии кӯдаони №1 ба номи Аҳмедов Карим ш. Душанбе бистарӣ буданд, анҷом додем.

Гурӯҳи назоратӣ аз 30 нафар кӯдакони тақрибан солими ҳамон синну сол иборат буд,



ки дар давоми 6 моҳ бемор нашуда буданд ва заминаи преморбидии мусоид дошанд.

Таҳқиқоти комплекси ҳолати имунитети ҳуҷайравӣ ва гуморалии 59 кӯдакони бемор гузаронида шуд. Ин таҳқиқотҳо ҳангоми ба статсионар ворид гаштани беморон-дар давраи шадиди беморӣ ва дар давраи реконвалестсенсия гузаронида шуданд. Коркарди маълумотҳои оморӣ бо ёрии апакеи барномаи амалии

"Statistica 10.0" (StatSoft Inc., США) иҷро карда шуданд.

Муътадил тақсим кардани маълумотҳои миқдорӣ дар таҳқиқотро бо ёрии меъёри Шапиро-Уилка муайян карданд. Маълумотҳои ҳоро дар намуди интихоби миёна (M) ва ғалатҳои стандартӣ (m) дар шакли $M \pm m$ муайян кардем, ҳамчунин дар шакли медиана (Me) ва фосилаи интерквartilӣ (25-75 протсенти) овардем. Қиёсҳои ҷуфти бузургҳои мутлақ аз рӯи U -критерияи Манн-Уитни, муқоисаи интихобҳои мустақил аз рӯи H -критерияи Краскел-Уоллис гузаронида шуданд. Барои муайян кардани фарқияти байни гурӯҳҳо мувофиқи аломатҳои сифатӣ критерияи χ^2 , аз ҷумла бо ислоҳи Йетс ва меъёри дақиқи Фишер истифода карда шуд. Фарқиятҳои аз ҷиҳати оморӣ муҳим ҳангоми $p < 0,05$ будан ҳисобида мешаванд. Таҳлили коррелятсионии ду аломатҳои тартибӣ бо усули Гау Кендалл гузаронида шуд, нишондоди коэффитсиенти коррелятсия аз рӯи модул камтар аз 0,25 аз суғ будани алоқаи коррелятсионӣ, аз 0,25 то 0,75-дар муътадил ва зиёда аз 0,75 дар боқуват гувоҳӣ медиҳанд.

Натиҷаҳо ва баррасии онҳо. Дар 18 (7,4%) и беморон дар шакли сабук гузашт. Дар 102 (44,2%) и беморон сиёҳсулфа дар шакли миёнавазнин ва дар 118 (48,4%) и беморон дар шакли вазнин гузашт.

Шакли сабук асосан дар кӯдакони синни томактабӣ ва калони кӯдакон дида шуд, шаклҳои миёна вазнин ва вазнин асосан дар кӯдакони синамак ва синни барвакти кӯдакӣ ба мушоҳида расид. Дар беморони алоҳидаи синну соли авали ҳаёт беморӣ дар заминаи преморбиди ноҳуб гузашт, ки ин маълумлан барои пайдо шудани чараёни нисбатан вазнини беморӣ мусоидат мекунад.

Таҳлили клиникӣ нишон дод, ки оғози баргаридоштаи беморӣ зершадид будааст, дар ин ҳолат аломати аввалини беморӣ сулфа буд, ки рӯз аз рӯз зиёд шуда хусусияти спазматикӣ дорад. Давомнокии давраи продромат дар байни беморони маҳқиқкардаи мо ба ҳисоби миёна аз 7 то 14 рӯзро ташкил дод. Дар кӯдакони соли аввали ҳаёт то 3-5 рӯз кӯтоҳ шудани ин давра ба назар расид. Симптоми асосии давраи продромалӣ ин буд: сулфаи хушки безоркунандаи каммаҳсул, ки шабона зиёд мешавад.

Баланд шудани ҳарорати бадан дар ҳудуди рақамҳои субфебралӣ ҳангоми шакли сабуки сиёҳсулфа дар 2 (7,8%) и беморон ба қайд гирифта шуд, дарозии он то 2-3 рӯзро ташкил дод. Дар шакли миёнавазнини беморӣ ҳарорати бадан дар байни 8 (11,8%) и беморон мушоҳида шуд. Дар шакли вазнини беморӣ ҳарорати субфибрилӣ дар 15 (13,0%) и беморон дида шуд, давомнокии он низ 2-3 рӯзро ташкил дод.

Давраи авчи беморӣ ҳангоми сиёҳсулфа вобаста аз вазнини зуҳуроти клиникӣ дар ҷадвали 1 оварда шудааст.

Ҳангоми омӯзиши миқдори симптомҳои асосии клиникӣ, вобаста аз вазнини сиёҳсулфа муқаррар карда шуд, ки ҳангоми шакли сабуки беморӣ сулфаи спазмалитики дар ҳамаи беморони давомнокии бемориашон то $19,5 \pm 0,7$ рӯз ба мушоҳида расид. Сулфа якҷоя бо гиперемияи рӯй дар 55,5% и беморон бо давомнокии $13,9 \pm 0,6$ рӯз ҳамчунин ҷудо шудани балғами часпак дар давоми $10,2 \pm 0,3$ рӯз дида шуд. Ҳангоми сулфа дар кӯдакон баровардани забон (61,1%) ва варам кардани варидҳои гардан (33,3% бо давомнокии то $8,8 \pm 0,5$ рӯз ва $3,2 \pm 0,2$ дида шуд. Тахикардия дар 38,9% и кӯдакон дар давоми $6,6 \pm 0,5$ рӯз ба назар расид.

Дар шакли сабуки беморӣ дар 27,7% и беморон оризаҳо дар шакли бронхити шадид ба назар расид.

Шакли миёнавазнин хусусиятҳои ҳоси худро дорад ва дорои возеҳии ҷунин симптомҳо мебошанд: сулфаи спазматикӣ бо гиперемияи рӯй (33,3%), сианози ивазшаванда (59,2%), реприз (39,8%), анноз (60,2%) аннози синкналӣ (4,6%) варомидани рӯй (65,7%) ва нооромӣ (58,3%).


Ҷадвали 1. - Зухуроти асосии клиникаи сиёҳсулфа хангоми шаклҳои гуногуни вазнинӣ.

Симптомҳо	Шакли сабук (n=18)	Шакли миёнавазнин (n=108)	Шакли вазнин (n=118)
	Миқдори беморон (мутл,%)		
Ҳарорати бадан	2 (11,1%)	8 (7,8%) $p_1 > 0,05^*$	15 (12,7%) $p_1 > 0,05^*$ $p_2 > 0,05^*$
Статуси эмгузаронӣ	16 (88,9%)	43 (39,8%) $p_1 < 0,001$	12 (10,2%) $p_1 < 0,001$ $p_2 < 0,001$
Интотксикатсия	-	1 (0,9%)	6 (5,0%) $p_2 < 0,05^*$
Симптомҳои катаралӣ	-	5 (4,6%)	23 (19,5%) $p_2 < 0,001^*$
Сулфай спазматикӣ	18 (100%)	108 (100,0%)	118 (100,0%)
Сианоз	-	64 (59,2%)	114 (96,6%) $p_2 < 0,001$
Гиперемия	10 (55,5%)	36 (33,3%)	35 (29,6%)
Балғам	11 (61,1%)	108 (100,0%)	118 (100,0%)
Реприз	12 (66,6%)	43 (39,8%) $p_1 > 0,05$	16 (13,5%) $p_1 < 0,001$ $p_2 > 0,05$
Апноэ	-	65 (60,2%)	114 (96,6%) $p_2 < 0,001$
Апноэ синкопалӣ	-	5 (4,6%)	53 (45%) $p_2 < 0,001^*$
Баровардани забон	11 (61,1%)	108 (100,0%)	118 (100,0%)
Варамидани варидҳои гардан	6 (33,3%)	108 (100,0%)	118 (100,0%)
Варамидагии рӯй	-	71 (65,7%)	114 (96,6%) $p_2 < 0,001$
Дилбехузуршавӣ	-	40 (37%)	82 (69,5%) $p_2 < 0,001$
Қайқунӣ	-	40 (37%)	82 (69,5%) $p_2 < 0,001$
Нооромӣ	-	63 (58,3%)	110 (93,2%) $p_2 < 0,001$
Ихтилоҷ	-	-	4 (3,4%)
Тахикардия	7 (38,9%)	96 (88,9%) $p_1 < 0,001^{\#}$	118 (100,0%)
Шавшуви систоликӣ	-	3 (2,7%)	2 (1,7%) $p_2 > 0,05^*$
Хунравӣ аз бинӣ	-	10 (9,2%)	5 (4,2%) $p_2 > 0,05^*$
Нафастангӣ	-	23 (21,3%)	94 (79,6%) $p_2 < 0,001$
Дамидани қафаси сина	-	23 (21,3%)	94 (79,6%) $p_2 < 0,001$
Хир-хирҳои хушк ва тар	5 (27,7%)	103 (95,4%) $p_1 < 0,001^{\#}$	118 (100%)
Дард дар қафаси сина	-	11 (10,2%)	4 (3,4%) $p_2 < 0,05^*$
Дамиши шикам	-	5 (4,6%) $p_1 > 0,05^*$	39 (33,0%) $p_1 < 0,05^*$ $p_2 < 0,001^*$
Диарея (исхол)	-	6 (5,5%) $p_1 > 0,05^*$	8 (6,8%) $p_1 < 0,05^*$ $p_2 < 0,05^*$

Эзоҳ: P1 - аҳамияти омории фарқияти нишондиҳандаҳо дар муқоиса бо ҳамин гуна нишондиҳандаҳо хангоми шакли сабук; P2 - аҳамияти омории фарқияти нишондиҳандаҳо дар муқоиса аз ҳамин гуна нишондиҳандаҳо хангоми шакли миёнавазнин (тибқи меъёри X2 - бо ислоҳи Йетс. - аз рӯи меъёри дақиқи Фишер).



Ҷадвали 2. - давомнокии симптомҳои клиникӣ дар беморони гирифтори сиёҳсулфа хангоми шаклҳои вазнин, рӯзҳо.

Симптомҳо	Шакли сабук (n=18)	Шакли миёнавазнин (n=108)	Шакли вазнин (n=118)
Симптомҳои катаралӣ	-	4,1±0,1 0,0 (0,0-0,0)	6,1±0,1 0,0 (0,0-0,0)
Сулфа	19,5±0,7 20,0 (17,0-21,0)	25,5±0,3 25,0 (23,5-27,0) p ₁ <0,05	31,3±0,3 31,0 (29,0-33,0) p ₁ <0,05 p ₂ <0,05
Сианоз	-	12,7±0,2 13,0 (10,0-14,0)	15,9±0,2 16,0 (15,0-17,0) p ₂ <0,001
Гиперемия	13,9±0,6 14,0 (13,0-15,0)	15,3±0,2 15,0 (14,0-16,0) p ₁ >0,05	13,6±0,2 14,0 (13,0-15,0) p ₁ >0,05 p ₂ <0,001
Балгам	10,2±0,3 10,0 (10,0-11,0)	14,1±0,1 14,0 (13,0-15,0) p ₁ <0,001	19,1±0,1 19,0 (18,0-20,0) p ₁ <0,001 p ₂ <0,001
Реприз	3,6±0,1 4,0 (3,0-5,0)	16,1±0,2 16,0 (15,0-17,0) p ₁ <0,05	20,7±0,2 20,0 (18,0-21,0) p ₁ <0,05 p ₂ <0,05
Апноэ	-	12,2±0,2 12,5 (10,0-14,0)	15,3±0,2 15,0 (14,0-16,0) p ₂ <0,001
Апноэи синкопалӣ	-	8,1±0,0 8,0 (6,0-9,0)	11,6±0,2 11,0 (10,0-12,0)
Баровардани забон	8,8±0,5 8,0 (7,0-9,0)	18,1±0,2 18,0 (16,0-19,0) p ₁ <0,001	24,3±0,2 24,0 (22,0-25,5) p ₁ <0,001 p ₂ <0,001
Варамидани рағҳои гардан	3,2±0,5 4,0 (0,0-5,0)	16,0±0,1 16,0 (15,0-16,0) p ₁ <0,001	23,7±0,2 23,0 (21,0-24,0) p ₁ <0,001 p ₂ <0,001
Варами рӯй	-	10,4±0,2 11,0 (8,0-12,0)	15,7±0,1 15,0 (15,0-16,0) p ₂ <0,001
Дилбеҳузуршавӣ	-	8,2±0,1 8,0 (7,0-9,0)	12,2±0,2 12,0 (10,0-13,0) p ₂ <0,001
Қайқунӣ	-	7,9±0,1 8,0 (6,0-9,0)	12,2±0,2 12,0 (10,0-13,0) p ₂ <0,001
Нооромӣ	-	9,6±0,2 10,0 (7,0-11,0)	15,2±0,2 15,0 (14,5-16,0) p ₂ <0,001
Ихтилоҷ	-	-	6,1±0,2 6,0 (4,0-7,0)
Тахикардия	6,6±0,5 6,0 (4,0-7,0)	9,0±0,1 10,0 (8,0-11,0) p ₁ <0,001	13,7±0,1 14,0 (13,0-14,0) p ₁ <0,001 p ₂ <0,001
Хунравӣ аз бинӣ	-	9,2±0,1 9,0 (8,0-10,0)	10,2±0,1 10,0 (9,0-11,0) p>0,05
Нафастангӣ	-	7,4±0,1 7,0 (6,0-8,0)	9,4±0,1 10,0 (8,0-11,0) p ₂ <0,05
Хир-хирҳои хушк ва тар	4,8±0,2 5,0 (4,0-5,0)	13,8±0,1 14,0 (13,0-15,0) p ₁ <0,001	16,5±0,1 16,0 (16,0-17,0) p ₁ <0,001 p ₂ <0,001
Дард дар кафаси сина	-	10,5±0,2 10,0 (9,0-11,0)	12,2±0,1 12,0 (11,0-13,0) p ₁ <0,05
Дамиши шикам		3,5±0,1 3,0 (3,0-5,0)	4,5±0,1 4,0 (4,0-6,0) p ₂ >0,05
Диарея (исҳол)		5,2±0,1 5,0 (4,0-7,0)	8,5±0,1 8,0 (7,0-9,0) p ₂ <0,05

Эзоҳ: P₁ - аҳамияти омории фарқияти нишондиҳандаҳо дар муқоиса бо ҳамин гуна нишондиҳандаҳо хангоми шакли сабук; P₂ - аҳамияти омории фарқияти нишондиҳандаҳо дар муқоиса аз ҳамин гуна нишондиҳандаҳо хангоми шакли миёнавазнин (тибқи меъёри X² - бо ислоҳи Йетс. - аз рӯи меъёри дақиқи Фишер).



Давомнокии симптомҳои мазкур ба ҳисоби миёна чунин буд: сулфа то $25,5 \pm 0,7$ рӯз, гиперемия то $15,3 \pm 0,2$ рӯз, сианоз $12,7 \pm 0,2$ реприз то $16,1 \pm 0,2$, анноэ $-12,2 \pm 0,2$, анноэ синкоалӣ - $8,1 \pm 0,0$, варамидагии рӯй - $10,4 \pm 0,2$, нооромӣ - $9,6 \pm 0,2$ рӯз.

Симптомҳои захролудшавӣ дар 0,9%-и беморон ба қайд гирифта шудаанд. Симптомҳои катаралӣ дар шакли сурхшавии гулӯ дар 4,6% беморон бо давомнокии $4,1 \pm 0,1$ рӯз дида шуд. Дилбеҳузуршавӣ ва қайкунӣ дар 37%-и кӯдакон, бо давомнокии $8,2 \pm 0,1$ рӯз ва $7,9 \pm 0,1$ дамиши шикам 4,6% ва диарея аз 5,5%-и беморон ба мушоҳида мерасанд.

Симптомҳои осебҳои системаи дилу рағҳо-тахикардия дар 88,9%-и беморон бо давомнокии $9,0 \pm 0,1$ рӯз дида шуд.

Ҳангоми шакли миёнавазнии сиёҳсулфа оризаҳо дар ҳамаи беморон дар шакли бронхопневмония (64,8%) ва бронхити шадид (35,2%) дида шуд.

Омӯхтани симптомкомплекси давраи спазматикаи беморӣ имконият дод, ки ба сомади хуручи сулфа дар бештари беморони кӯдакони синну соли барвақт аз 16 то 28 маротиба ва аз он болотар дар як шабонарӯз ошкор карда шавад.

Шакли вазнини сиёҳсулфа дорои зиёд шудани микдори хуруҷҳои сулфаи спазматикӣ зиёда аз 25 маротиба дар як шабонарӯз дида шуд, вале баъзан то 40-50 маротиба ва аз он бештар дар як шабонарӯз дар давоми $31,3 \pm 0,3$ рӯз, микдори рекризиҳо то 10 маротиба дар як шабонарӯз бо давомнокии то $20,7 \pm 0,2$ рӯз буд.

Динамикаи нишондодҳои статуси иммунӣ, дар беморонӣ дар чадвал оварда шудааст.

Чадвали №3. Нишондодҳои статуси иммунӣ вобаста аз вазнинии беморӣ.

Нишондиханда	Гуруҳи назоратӣ (n=15)	Шакли вазнинӣ			Н-меъёри Краскел-Уоллис
		Шакли сабук (n=10)	Шакли миёнавазнин (n=22)	Тяжёлая форма (n=27)	
Разгар болести					
Ig A	$1,11 \pm 0,15$	$0,47 \pm 0,10$ $p_1 < 0,05$	$0,52 \pm 0,05$ $p_1 < 0,001$	$0,49 \pm 0,05$ $p_1 < 0,001$	<0,001
Ig M	$1,17 \pm 0,13$	$0,89 \pm 0,14$ $p_1 > 0,05$	$0,63 \pm 0,05$ $p_1 < 0,001$	$0,50 \pm 0,05$ $p_1 < 0,001$	<0,001
Ig G	$9,85 \pm 1,51$	$15,57 \pm 0,40$ $p_1 < 0,01$	$10,37 \pm 0,16$ $p_1 < 0,001$	$7,83 \pm 0,13$ $p_1 < 0,001$	<0,001
СД 3	$60,2 \pm 5,1$	$42,67 \pm 1,92$ $p_1 < 0,05$	$39,03 \pm 1,23$ $p_1 < 0,05$	$38,64 \pm 1,26$ $p_1 < 0,05$	<0,001
СД 4	$46,8 \pm 5,21$	$25,83 \pm 1,49$ $p_1 < 0,05$	$23,92 \pm 0,51$ $p_1 < 0,001$	$23,71 \pm 0,62$ $p_1 < 0,001$	<0,001
СД 8	$20,34 \pm 3,09$	$13,17 \pm 1,05$ $p_1 < 0,05$	$13,97 \pm 0,26$ $p_1 < 0,01$	$13,93 \pm 0,30$ $p_1 < 0,01$	<0,01
СД 20	$18,24 \pm 1,5$	$14,33 \pm 0,80$ $p_1 < 0,05$	$13,97 \pm 0,49$ $p_1 < 0,01$	$13,68 \pm 0,35$ $p_1 < 0,01$	<0,01
СД 95	$30,13 \pm 4,34$	$14,67 \pm 1,58$ $p_1 < 0,001$	$14,18 \pm 0,49$ $p_1 < 0,001$	$14,88 \pm 0,42$ $p_1 < 0,001$	<0,001
Давраи реконвалесценсия					
Ig A	$1,11 \pm 0,15$	$1,61 \pm 0,10^*$ $p_1 < 0,05$	$1,52 \pm 0,05^{***}$ $p_1 < 0,001$	$1,41 \pm 0,04^{***}$ $p_1 < 0,01$	<0,01
Ig M	$1,17 \pm 0,13$	$2,75 \pm 0,08^{***}$ $p_1 < 0,001$	$2,66 \pm 0,06^{***}$ $p_1 < 0,001$	$2,46 \pm 0,06^{***}$ $p_1 < 0,001$	<0,001
Ig G	$9,85 \pm 1,51$	$16,68 \pm 0,24^{***}$ $p_1 < 0,001$	$15,94 \pm 0,17^{***}$ $p_1 < 0,001$	$12,56 \pm 0,11^{***}$ $p_1 < 0,001$	<0,001
СД 3	$60,2 \pm 5,1$	$50,17 \pm 0,70^{***}$ $p_1 < 0,05$	$49,87 \pm 0,50^{***}$ $p_1 < 0,01$	$48,83 \pm 1,03^{***}$ $p_1 < 0,01$	<0,01
СД 4	$46,8 \pm 5,21$	$31,12 \pm 0,75^{***}$ $p_1 < 0,05$	$30,68 \pm 0,55^{***}$ $p_1 < 0,001$	$30,41 \pm 0,43^{***}$ $p_1 < 0,001$	<0,001
СД 8	$20,34 \pm 3,09$	$17,67 \pm 1,05^{***}$ $p_1 < 0,05$	$17,26 \pm 0,22^{***}$ $p_1 < 0,001$	$16,80 \pm 0,24^{***}$ $p_1 < 0,001$	>0,05
СД 20	$18,24 \pm 1,5$	$19,00 \pm 0,93^{***}$ $p_1 < 0,05$	$17,71 \pm 0,34^{***}$ $p_1 < 0,01$	$17,66 \pm 0,33^{***}$ $p_1 < 0,001$	>0,05
СД 95	$30,13 \pm 4,34$	$20,67 \pm 0,42^{***}$ $p_1 < 0,05$	$21,08 \pm 0,47^{***}$ $p_1 < 0,01$	$21,10 \pm 0,34^{***}$ $p_1 < 0,001$	<0,001

Эзоҳ: P1 - аҳамияти омории фарқияти нишондихандаҳо дар муқоиса бо ҳамин гуна нишондихандаҳо ҳангоми шакли сабук; P2 - аҳамияти омории фарқияти нишондихандаҳо дар муқоиса аз ҳамин гуна нишондихандаҳо ҳангоми шакли миёнавазнин (тибқи меъёри X2 - бо ислоҳи Йетс. - аз рӯи меъёри дақиқи Фишер).



Хурӯҷҳои сулфа бо сианози умумӣ дар 99,1%-и беморон, бо давомнокии $15,9 \pm 0,2$ рӯз, бо ихтилоли нафаскашӣ то ҳадди анноз дар 96,6% дар давоми $15,3 \pm 0,2$ рӯз, ҳамчунин аннози синкопалӣ 46,1% дар кӯдакони синну соли авали ҳаёт дар давоми $11,6 \pm 0,2$ рӯз гузаштанд. Сулфа ҳамроҳ бо баровардани забон ва варам кардани варидҳои гардан дар беморон бо давомнокии $24,3 \pm 0,2$ ва $23,7 \pm 0,2$ рӯз, ҳамчунин хориҷ шудани балғам то $19,1 \pm 0,1$ рӯз сурат гирифт. Аҳволи кӯдак дар шакли нооромӣ - 93,2%-и беморон, пайдо шудани симптомҳои интоксикация 5,0% ва баланд шудани ҳарорати бадан 12,7%-и кӯдакон, ихтилолҳои диспептикӣ 69,7% дар давоми $12,2 \pm 0,2$ рӯз, дар кӯдакони синну соли барвақт дамиши шикам то $33,9\% - 4,5 \pm 0,1$ рӯз, диарея то $8,5\% - 0,2 \pm 0,1$ рӯз бад шудааст.

Дар узвҳои навафскашӣ нафастангӣ ва қафаси сина дар 72,6%-и бодавомнокии $9,4 \pm 0,1$ рӯз, дард дар қафаси сина дар 3,4%-и беморон дар муддати $12,2 \pm 0,1$ буд, дар ҳамаи беморон, хир-хирҳои хушқу намнок дар давоми то $13,7 \pm 0,1$ рӯз мебошад.

Дар системаи дилу рағҳо тахикардия то $13,7 \pm 0,1$ рӯз ба назар расид.

Бояд зикр кард, ки дар ин шакли вазнин дар 3,4%-и кӯдакон дар давоми $6,1 \pm 0,0$ рӯз ихтилоҷ ба қайд гирифта шуд, ҳамчунин хунравӣ аз бинӣ дар 4,2%-и беморон бо давомнокии $10,2 \pm 0,1$ рӯз низ ба назар расидааст. Давомнокии симптомҳои асосии беморӣ вобаста аз вазнинӣ дар чадвали 2 оварда шудааст.

Тавре ки аз маълумоти чадвал бармеояд, дар шакли сабуки сиёҳсулфа дар авҷи беморӣ пастшавии саҳеҳи нишондиҳандаҳои Т ҳуҷайраҳо ва субпопулясияҳо ба мушоҳида расид - СД3+ ($42,67 \pm 1,92$ дар муқобили $60,2 \pm 5,1\%$, $p1 0,05$), СД4+ ($25,83 \pm 1,49\%$ дар муқобили $46,8 \pm 5,21\%$, $p1 0,05$), СД8+ ($13,17 \pm 1,05\%$ дар муқобили $20,34 \pm 3,09\%$, $p1 0,05$), СД20+ ($14,33 \pm 0,80\%$ дар муқобили $18,24 \pm 1,5\%$, $p1 0,05$) ва СД95+ ($14,67 \pm 1,58\%$ дар муқобили $30,13 \pm 4,34\%$ назоратӣ, $p1 0,05$). Дар давраи реконвалентсенсия саҳеҳан баланд шудани маълумотҳои нишондодҳо дар муқоиса аз давраи қаблӣ ба мушо-

ҳида расид, аммо ба нишондиҳандаҳои назоратӣ нарасиданд, ба истиснои СД8+СД20+, ки тақрибан ба бузургҳои назоратӣ хеле наздик мешаванд.

Звенои гуморалии иммунитет ҳангоми шаклҳои сабук маҳв шудани ҷавоби иммунитетии гуморалӣ, махсусан муҳтавои LgA дида мешавад, ки онҳо дар сатҳи паст қарор доранд, аммо ба баландшавии саҳеҳ дар давраи реконвалентсенсия майл дошт Igm дар марҳалаи авҷи беморӣ аз меъёр паст буд ($0,89 \pm 0,14$ г/л дар муқобили $1,17 \pm 0,13$ г/л), ҳам дар муқоиса аз гурӯҳи назоратӣ ($P1 < 0,001$) ва ҳам дар муқоиса аз давраи қаблӣ ($P < 0,001$) буд. IgG дар давраи авҷи беморӣ, ҳам дар давраи реконвалентсенсия дар муқоиса аз гурӯҳҳои назоратӣ ($P1 < 0,001$) аз меъёр баланд буд.

Дар шакли миёнавазнини сиёҳсулфа новобаста аз давраи беморӣ маҳв шудани нишондиҳандаҳои Т-ҳуҷайраҳои звенои иммунитет ба мушоҳида расид, ки ғайри паст шудани сатҳи СД3+ ($39,03 \pm 1,23\%$ и $49,87 \pm 0,50\%$ дар муқобили $60,2 \pm 5,1\%$ гурӯҳи назоратӣ, $p1 0,01$), СД4+ ($23,92 \pm 0,51\%$ и $30,68 \pm 0,55\%$ дар муқобили $46,8 \pm 5,21\%$ гурӯҳи назоратӣ, $p1 0,001$), СД95+ ($14,18 \pm 0,49\%$ и $21,08 \pm 0,47\%$ дар муқобили $30,13 \pm 4,34\%$ гурӯҳи назоратӣ, $p1 0,01$), СД8+ ($13,97 \pm 0,26\%$ и $17,26 \pm 0,22\%$ дар муқобили $20,34 \pm 3,09\%$, $p 0,05$) ва СД20+ ($13,97 \pm 0,49\%$ и $17,71 \pm 0,34\%$ дар муқобили $18,24 \pm 1,5\%$, $p1 0,01$) зоҳир мешавад.

Муҳтавои иммуноглобулинҳои IgA ($0,52 \pm 0,05$ г/л дар муқобили $1,11 \pm 0,15$ г/л, $p1 0,05$) ва IgM ($0,63 \pm 0,05$ г/л дар муқобили $1,17 \pm 0,13$ г/л, $p1 0,001$), дар сатҳи саҳеҳан паст қарор дорад, дар муқоиса аз кӯдакони солим қарор доштанд, ки ин аз маҳв шудани звенои гуморалии иммунитет ҳангоми ин шакли сиёҳсулфа гувоҳӣ медиҳад. Дар давраи реконвалентсенсия нишондиҳандаҳои IgA ($1,52 \pm 0,05$ г/л, $P < 0,001$) ва IgM ($2,66 \pm 0,06$ г/л $P < 0,001$) дар муқоиса аз гурӯҳи назоратӣ саҳеҳан баланд буд. Концентрацияи Igl дар ҳамаи давраҳо дар муқоиса аз нишондодҳои назоратӣ баланд буд ($10,37 \pm 0,16$ г/л ва $15,94 \pm 0,17$ г/л дар муқобили $9,85 \pm 1,51$ г/л $P1 < 0,001$).



Дар шакли вазнини сиёҳсулфа дар авчи беморӣ маҳвшагии нисбатан возеҳи ҳам званои ҳуҷайравӣ ва ҳам гуморалии чавоби иммунӣ ба мушоҳида мерасад. Ҳамин тавр, саҳеҳан паст шудани нишондиҳандаҳои Т-хуҷайраҳо ва субпопулятсияи онҳо (СД3+38,64±1,26% дар муқобили 60,2±5,1%, p1 0,05; СД4+ 23,71±0,62% дар муқобили 46,8±5,21%, p1 0,001; СД8+13,93±0,30% дар муқобили 20,34±3,09%, p 0,01, СД20+13,68±0,35% дар муқобили 18,24±1,5%, p1 0,01; СД95+14,88±0,42% дар муқобили 30,13±4,34%, p 0,001), ҳамчунин ҳамаи синфҳои Ig (IgA 0,49±0,05г/л дар муқобили 1,11±0,15г/л, p1 0,001, IgM 0,50±0,05г/л дар муқобили 1,17±0,13г/л, p1 0,001, IgG

7,83±0,13г/л дар муқобили 9,85±1,51г/л, p 0,01) ба мушоҳида расид. Дар давраи реконвалесценсия саҳеҳан баланд шудани сатҳи ҳамаи Т-хуҷайраҳо ва IgA ва IgM дар муқоиса аз давраи авчи беморӣ (P<0,001) ба қайд гирифта шудааст, аммо то сатҳи кӯдакони солим нарасидааст ба истиснои IgG, ки дар муқоиса аз гурӯҳи назоратӣ (P<0,001) саҳеҳан баланд буд.

Маълумотҳои таҳқиқотҳои анҷомдодашудаи статуси иммунӣ беморонро таҳлил карда, вобаста аз вазнинӣ ва давраи беморӣ муқаррар карда шуда буд, ки сиёҳсулфа дорои званои ҳуҷайравӣ ва гуморалии иммунитет мебошад, ки дараҷаи он аз вазнинии протсессии беморӣ вобаста аст.

АДАБИЁТ

1. Панасенко Л.М. Коклюш у детей: Методические рекомендации/Л.М. Панасенко, Е.И. Краснова, А.В. Васютин// Новосибирск.-2010.-С.21.
2. Коклюшная инфекция у детей в современных условиях/В.Н. Тимченко и др // Детские инфекции.-2009.-№3.-С.28-30.
3. Clinical and laboratory features of Pertussis in infants at the onset of California epidemic/J. Delma et al. // Journal of Pediatrics.-2011.-V.159.-P.1044-1046.
4. Bordetella pertussis and mixed infectious/F.G. Versteegh et al. // Minerva pediatrica.-2006.-V.58.-№2.-P.131-137.

КЛИНИКО-ИММУНОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ КОКЛЮША У ДЕТЕЙ НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ

Цель исследования. Изучить клинико-иммунологические аспекты коклюша у детей.

Материал и методы. В период 2017-2018 годов было обследовано 244 больных коклюшем различной формой тяжести в возрасте от 0 месяца до 17 лет. Контрольную группу составили 30 практически здоровых детей. Всем больным было проведено исследование иммунного статуса путём определения показателей клеточного и гуморального иммунитета.

Результаты. У 18 (7,4%) больных заболевание протекало в лёгкой форме, у 102 (44,2%) больных в среднетяжёлой форме, и у 118 (48,4%) больных в тяжёлой форме.

При лёгкой форме коклюша в разгар болезни наблюдалось достоверное снижение показателей Т-клеток и их субпопуляций, но имеющий тенденцию к повышению к периоду реконвалесценции, но не достигающих контрольных значений. Гуморальное звено

иммунитета также характеризовалось снижением показателей Ig класса А и М в стадии разгара болезни с повышением их концентрации к периоду реконвалесценции, за исключением IgG, который был повышен во все периоды. При среднетяжелой форме не зависимо от периода болезни наблюдается угнетение клеточного звена иммунитета. Концентрация Ig А и М в периоде разгара находятся ниже нормы, но повышаются к периоду реконвалесценции, а IgG во все периоды находился выше нормы. При тяжелой форме отмечалось выраженное угнетение показателей как клеточного так и гуморального звена иммунитета, с тенденцией к повышению но не достигающих контрольных значений, кроме IgG.

Заключение. Исследования иммунного статуса больных, в зависимости от тяжести и периода болезни было установле-



но, что коклюш характеризуется депрессией клеточного и гуморального звена иммунитета, степень которого зависела

от тяжести патологического процесса.

Ключевые слова: коклюш, клеточный иммунитет, иммуноглобулины, дети.

CLINICAL AND IMMUNOLOGICAL ASPECTS OF WHOOPING COUGH IN CHILDREN AT THE PRESENT STAGE

Purpose of the study. To study the clinical and immunological aspects of pertussis in children.

Material and methods. In the period 2017-2018, 244 patients with pertussis of various forms of severity were examined at the age from 0 month to 17 years. The control group consisted of 30 apparently healthy children. All patients underwent a study of the immune status by determining indicators of cellular and humoral immunity.

Results. In 18 (7,4%) patients the disease was mild, in 102 (44,2%) patients in a moderate form and in 118 (48,4%) patients in a severe form. With a mild form of whooping cough at the height of the disease in the indices of T-cells and their subpopulations, but with a tendency to increase by the period of convalescence, but not reaching the control values. The humoral link of immunity was also characterized by a decrease in Ig class A and M at the height of the disease with an increase in their

concentration by the period of convalescence, with the exception of IgG, which was increased in all periods. With a moderate form. Regardless of the period of the disease, inhibition of the cellular link of immunity is observed. The concentration of IgA and M during the peak period are below normal, but increase by the period of convalescence, and IgG in all periods was above normal. In severe form, there was a pronounced decrease of both cellular and humoral immunity, with a tendency to increase, but not reaching the control values, except for IgG.

Conclusion. The study of the immune status of patients, depending on the severity and period of the disease, it was found that whooping cough is characterized by depression of the cellular and humoral immunity, the degree of which depended on the severity of the pathological process.

Key words: whooping cough, cellular immunity, immunoglobulins, children.

Хочаева Н.М. - д.и.т., профессораи кафедраи бемориҳои сироятии кӯдакони, МДТ "ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино" nigina51@rambler.ru +992919834422

Ходжаева Н.М. - д.м.н., профессор кафедраи детских инфекционных болезней, ГОУ "ТГМУ имени Абуали ибни Сино" nigina51@rambler.ru +992919834422

Khodzhaeva N.M. - Professor of the Department of children infectious diseases, Avicenna Tajik State Medical University, nigina51@rambler.ru +992919834422

ЧАРАЁНИ СИРОЯТИ СИЁҲСУЛФА ДАР КӯДАКОН ДАР ШАРОИТИ ВАКСИНАТСИЯИ УМУМӢ

М.Ч.Шарифов, Т.М. Шарифзода.

Беморхонаи клиникаи шаҳрии бемориҳои сироятӣ

Мақсади таҳқиқот аз омӯхтани чараёни клиникаи сирояти сиёҳсулфа дар кӯдакони вақсинатсияшуда дар марҳалаи муосир иборат мебошад.

Мавод ва усулҳои таҳқиқот. Таҳти муоина 155 кӯдаки синну соли аз 1-моҳа то 17-сола қарор дошт. Омӯзиши статуси вақси-

налии беморон нишон дод, ки шахсоне, ки 3 моякӯбии (вақсинатсияи) АКДС-ро гирифтаанд, дар гурӯҳи кӯдакони то 18-моҳа ва вақсинатсияи пурраи комплекси вақсиналӣ (3 моякӯбӣ ва ревақсинатсия) шудаанд, дар кӯдакони аз 18-моҳа боло дар 61 бемор (37,9%) ба қайд гирифта шуд, дар 6 кӯдак



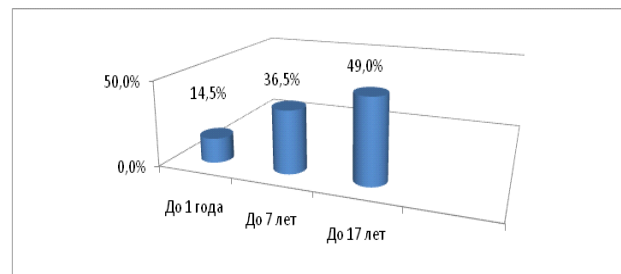
статуси ваксиналии беморонро аниқ кардан имуяссар нашуд.

Верификатсияи (тасдиқ кардани) ташхис бо усули ПСР бо роҳи ошкор намудани барангезандаи ДНК гузаронида шуд. Самаранокии усулҳои лаборатории ташхис вобаста аз статуси ваксиналии беморон омӯхта шуд. Барои муайян кардани хусусиятҳои сирояти сиёҳсулфа дар кӯдакони ваксинатсияшуда ду гурӯҳи беморонро ҷудо кардем, ки дар онҳо мавҷуд будани сиёҳсулфа тавасути маълумотҳои лабораторӣ тасдиқ шудааст: гурӯҳи якумро бемороне ташкил доданд, ки аз васинаи АҚДС эмгузаронӣ шудаанд (41 инафар); дар гурӯҳи 2-юмваксинатсиянашудагон (60 нафар) буданд.

Натиҷаҳо ва баррасии онҳо. Таҳлили синнусолии кӯдакони эмгузаронишуда бартарӣ доштани кӯдакони синну соли калонро нишон дод: кӯдакони то яксола то 14,5%-ро ташкил доданд, аз яксола то 7-сола- 36,5%, аз 7-сола боло 49%-ро ташкил доданд. Ҳамин гуна гурӯҳҳои синнусолӣ дар байни кӯдакони эмгузаронишуда мутаносибан 60, 28, 3 ва 11,7% буд. Таҳлили муқоисавӣ нишон дод, ки дар байни кӯдакони эмгузаронишуда гурӯҳи синнусолии калон ва дар байни кӯдакони эмгузаронишуда кӯдакони хурд (то 18 моҳ) сӯҳҳан бартарӣ доранд ($p < 0,001$). Беморони аз 1 то 7-сола бештар дар байни кӯдакони эмгузаронишуда ба қайд гирифта шуданд. Хусусиятҳои ошкоршуда қонунмандии умумиро инъикос мекунанд: ҳангоми баланд шудани фоизи кӯдакон эмгузаронишуда гирифтورشавӣ ба бемории сиёҳсулфа ба гурӯҳҳои нисбатан калонтар мегузарад. Ин ба хусусиятҳои эпидемиологии сиёҳсулфа, ки дар афзоиши беморшавии кӯдакони синну соли калон, наврасон ва калонсолон зоҳир мегардад, мувофиқат мекунад. Кам шудани миқдори беморони синну соли барвақт дар байни кӯдакони эмгузаронишуда, аз ҷумла, кӯдакони соли аввали ҳаёт, ниҳоят муҳим аст, зеро дар ҳамин синну сол миқдори зиёди оризаҳои вазнин ва таҳдидунанда ба ҳаёт таъсир мерасонанд, ки боиси пайдо шудани зухуроти резидуалӣ мегарданд. Муоинаҳои клиникӣ тасдиқ карданд, ки шаклҳои атипӣ ва сабуки беморӣ

дар кӯдакони эмгузаронишуда ба назар мерасанд, шаклҳои вазнин хеле кам пайдо мешаванд.

Диаграммаи №1. Сохтори синнусолии кӯдакони эмгузаронишуда

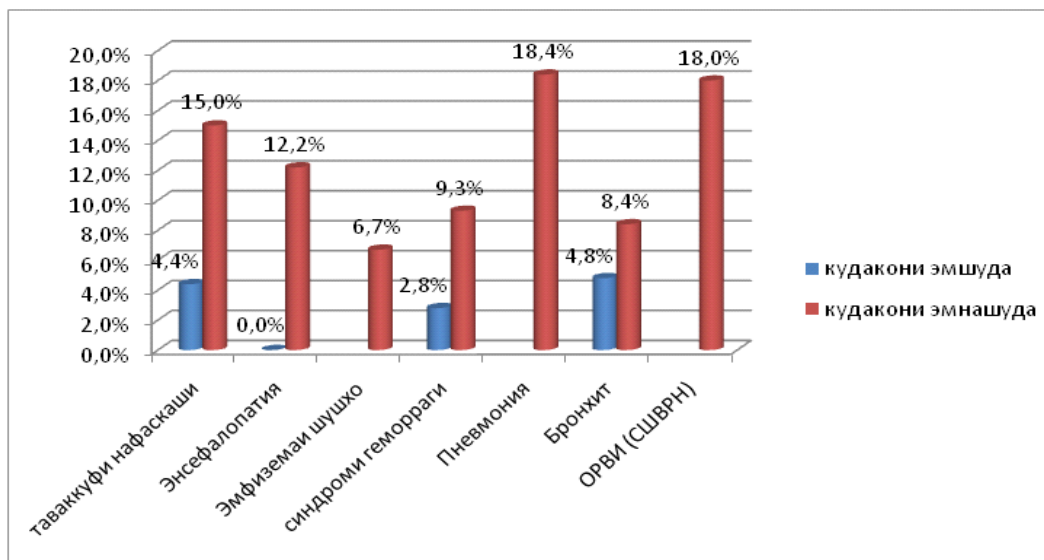


Таҳлили манзараи клиникӣ нишон дод, ки сиёҳчулфа дар кӯдакон дар марҳалаи муосир типӣ будани худро нигоҳ медорад. Давомнокии давраи инкубатсионӣ (пинҳонӣ) ва давраи пеш аз ихтилоҷӣ зиёд шуда, аз 6 рӯз мегузарад. Дар кӯдакони эмгузаронишудаи бемори синну соли аввали ҳаёт давраи пешазихтилоҷӣ назар ба кӯдакони эмгузаронишуда 2 маротиба дарозтар аст. Давраи сулфай ихтилоҷӣ, баръакс, дар кӯдакони эмгузаронишуда хеле кӯтоҳ аст. Хурӯҷҳои сулфай ихтилоҷӣ дар кӯдакони таҳқиқшавандаи эмгузаронишуда типӣ будани худро нигоҳ медоранд ва нисбат ба кӯдакони эмгузаронишуда ҷараёни кӯтоҳ ва сабук доштанд. Миқдори зиёда аз 20 маротибаи сулфа дар як шабонарӯз дар кӯдакони эмгузаронишуда ба мушоҳида расид, дар кӯдакони эмгузаронишуда ин нишондод 10 маротиба кам буд. Репризҳо ва қайқунӣ дар кӯдакони эмгузаронишуда назар ба кӯдакони эмгузаронишуда кам буд. Сианози секунҷаи биниву лабҳодар кӯдакони эмгузаронишуда назар ба кӯдакони эмгузаронишуда 3,5 маротиба камтар буд. Сианози рӯй ҳангоми хурӯҷҳои сулфатанҳо дар кӯдакони эмгузаронишудаи соли аввали ҳаёт ба қайд гирифта шуд. Тағйироти ҳематологии барои сиёҳсулфа хос (лейкоситоз бо лимфоситоз) дар кӯдакони эмгузаронишуда назар ба кӯдакони эмгузаронишуда саҳҳан кам ошкор карда шуд (20% ҳолат дар муқобили 55% ҳолати кӯдакони эмгузаронишуда; $p < 0,001$) ва возиҳияш низ камтар ба назар мерасад. Ҳатто дар кӯдакони соли аввали ҳаёт лейкоцитоз аз



15x10⁹/л баланд набуд, сатҳи максималии хамин нишондиҳанда дар кӯдакони эмгузаронинашуда то 33x10⁹/л. расида буд. Миқдори миёнаи лейкоцитҳо дар гурӯҳи якуми беморон (эмгузаронинашуда) 9,37x10⁹/л -ро ташкил дод, дар гурӯҳи дуюм (эмгузаронинашуда) 14,45x10⁹/л буд, ки бо назардошти сохтори синну соли гурӯҳҳо фарқияти назаррас надоштанд. Миқдори миёнаи лимфоситҳо дар гурӯҳи якум 57,30%, дар гурӯҳи дуюм 68,35% буд, сатҳи максималии лимфоситоз ммутаносибан -82 ва 84% буд. Фарқияти миқдор ва сохтори оризаҳо фарқти хеле муҳим доранд. Дар кӯдакони эмгузаронинашуда таваккуфи нафаскашӣ камтар ба қайд гирифта шуд (4,4% дар муқобили 15,0%; p 0,001). Энсефалопатияи сиёҳсулфа, к ибо синдроми ихтилоҷӣ бидуни ихтилоли шуур зоҳир мешавад, танҳо дар кӯдакони эмгузаронинашуда ба мушоҳида расид. Эмфиземаи шушҳо низ танҳо дар кӯдакони эмгузаронинашуда ташхис карда шуд. Синдроми геморрагӣ, баръакс, дар кӯдакони таҳқиқшуда дар ҳарду гурӯҳ якхела буд. Пневмония дар кӯдакони эмгузаронинашуда, бронхит бошад ҳам дар кӯдакони эмгузаронинашуда ва ҳам дар кӯдакони эмгузаронинашуда дида шуд. Бемориҳои ҳамроҳшудаи сирояти шадиди вирусии роҳҳои нафас асосан дар байни кӯдакони эмгузаронинашудаи гирифтори сиёҳсулфа ба қайд гирифта шудааст.

Диаграммаи №2. Миқдори дучоршавии оризаҳо вобаста аз статуси вакцинали.



Таҳлили самаранокии усулҳои истифодашаванда вобаста аз статуси вакцинали беморони муқобили ба сиёҳсулфа дар кӯдакони дорои ташхиси клиники сиёҳсулфа гузаронида шуд. Бо ёрии ПСР ташхис дар 20,9%-и кӯдакон (дар муқобили 38,5% дар гурӯҳи дуюм тасдиқ карда шуд; p 0,001). Серонегативӣ дар 42%-и кӯдакони эмгузаронинашуда ва 82,5%-и кӯдакони эмгузаронинашуда ба қайд гирифта шуд. Ин эҳтимол дорад, ки аз дер ба беморхона ворид гаштани беморон, табобати антибактериалӣ ва ё аз нодуруст чамъоварӣ кардани мавод пас аз истеъмоли ғизо вобаста бошад.

Хулоса, дар солҳои охир дар заминаи ба таври васеъ фаро гирифтани кӯдакон дар сохтори беморӣ ваксинатсияшудагон 20%-ро ташкил медиҳанд, ки ҳиссаи онҳо дар байни беморони бистаришуда 10%-ро ташкил медиҳад. Ваксинатсия то ҳанӯз механизми ягонаи идоракунии беморшавӣ ба ҳисоб меравад, зеро дар сохтори синнусолии беморони эмгузаронинашуда 29%-ро кӯдакони аз 7-сола боло ташкил медиҳанд, ки дар бештари иммунитетии постваксоналиашонро гум кардаанд. Дар 98,8 ҳолат новобаста аз статуси ваксинатсия бордетеллаҳо (*Bordetella pertussis*)-ро чудо мекунанд. Дар кӯдакони эмгузаронинашуда бештар шаклҳои сабук ва атипичии беморӣ дида мешаванд, оризаҳои махсус кам ҳастан ва баърои ҳаёт хатарнок нестанд. Тағйиротҳои гематологӣ возеҳии кам доранд. Самаранокии ташхиси бактериологӣ дар кӯдакони эмгузаронинашуда ночиз аст.



АДАБИЁТ

1. Акиншева А.С. Клинико-диагностические особенности коклюша у детей на современном этапе/А.С. Акиншева//69-научно-практическая конференция студентов и молодых учёных с международным участием "Актуальные проблемы современной медицины и фармации".-2015.-С.-557-561.
2. Актуальные вопросы коклюшной инфекции/М.С. Петрова и др. //Тез. Докл. НПК "Инфекционные болезни и антимикробные средства".-2006.-С.31.
3. Бабаченко И.В. Коклюшная инфекция в условиях антигенного дрейфа Bordetellapertussis/И.В.Бабаченко, Н.Н. Курова, Г.Я. Ценева//Вопросы современной педиатрии.-2006.-№6,-С.24-27.
4. Бахмутская Е. В. Коклюш- заболеваемость, тактика иммунизации и методы диагностики в различных европейских странах /Е. В. Бахмутская, А.Я. Миндлина //Эпидемиология и вакцинопрофилактика.-2018.-Т.-99.-№2.-С.71-82.
5. Вакцины для профилактики коклюша (Позиция ВОЗ). Педиатрическая фармакология.-2008.-№1.-С.91-94.

ТЕЧЕНИЕ КОКЛЮШНОЙ ИНФЕКЦИИ У ДЕТЕЙ В УСЛОВИЯХ МАССОВОЙ ВАКЦИНАЦИИ

Цель исследования. Изучение клинического течения коклюшной инфекции у привитых детей на современном этапе.

Материал и методы. Под наблюдением находились 155 ребенка в возрасте от 1 месяца до 17 лет с клиническим диагнозом коклюш. Верификация диагноза проводилась методом ПЦР путем выявления ДНК возбудителя.

Результаты. Анализ возрастной структуры привитых детей выявил преобладание старших возрастных групп: дети до 1 года составляли 14,5%, от 1года до 7 лет- 36,5%, старше 7 лет- 49%. Аналогичные возрастные группы среди непривитых детей составили соответственно: 60, 28, 3 и 11,7%. Сравнительный анализ показал, достоверное преобладание старшей возрастной группы среды привитых больных и младшей (до 18 месяцев) - среди непривитых ($p < 0,001$). Больные от 1 года до 7 лет чаще регистрировались среди привитых детей. Выявленные

особенности отражают общую закономерность: при повышении процента привитых детей заболеваемость коклюшем смещается на более старшую возрастную группу. Это соответствует особенности эпидемиологии коклюша, проявляющейся в росте заболеваемости детей старшего возраста, подростков и взрослых.

Заключение. Таким образом, в последние годы на фоне высокого охвата детей прививкой АКДС в структуре заболеваемости вакцинированные составляют 20%, причем их доля достигает 10% среди госпитализированных больных. Вакцинация по-прежнему остается единственным механизмом управления заболеваемостью, так как в возрастной структуре привитых заболевших 29% составляют дети старше 7 лет, в большинстве случаев утратившие поствакцинальный иммунитет.

Ключевые слова: коклюш, дети, вакцинация.

THE COURSE OF PERTUSSIS INFECTION IN CHILDREN UNDER CONDITIONS OF MASS VACCINATION

Purpose of the study. Study of the clinical course of pertussis infection in vaccinated children at the present stage

Material and methods. 155 children aged 1 month to 17 years with a clinical diagnosis was

verified by PCR by identifying the DNA of the pathogen.

Results. An analysis of the age structure of vaccinated children revealed the prevalence of older age groups children under 1 year old



accounted for 14.5%, from 1 year to 7 year - 36.5%, over 7 year old - 49%. Similar age groups among unvaccinated children were 60,28, 3 and 11.7%, respectively. Comparative analysis showed a significant predominance of the older age group among vaccinated patients and the younger (up to 18 month) among the unvaccinated. Patient from 1 to 7 year were more often registered among vaccinated children. The revealed features reflect a general pattern with an increase in the percentage of vaccinated children, the incidence of pertussis shifts to an older age group. This corresponds to the peculiarity of the epidemiology of whooping cough, which

is manifested in an increase in the incidence of diseases in older children, adolescents and adults.

Conclusion. Thus, in recent years, against the background of a high coverage of children with АКДС in the structure of morbidity, vaccinated persons account for 20%, and their share reaches 10% among hospitalized patients. Vaccination still remains the only mechanism for managing the incidence, since in the age structure of vaccinated cases, 29% are children over 7 years old, in most cases who have lost post-vaccination immunity.

Key words: Whooping cough, children, vaccination.

Шарифов М.Ч. - мудири шуъбаи 1-уми сироятии Беморхонаи клиникаи шаҳрии сироятӣ.

Шарифов М.Ч. - заведующий 1-го инфекционного отделения Городской клинической инфекционной больницы

Sharifov M.J. - Head of the first infectious diseases department of the City Clinical infectious Diseases Hospital



БЕҲДОШТ

ТАЪСИРИ ҲАМКОРИИ ЧОМЕА ДАР ДОИРАИ БИЗНЕСНАҚШАГИРӢ БА НИШОНДОДҲОИ СОЛИМӢ ДАР САТҲИ ШАБАКАИ МУАССИСАҲОИ КУМАКИ АВВАЛИЯИ ТИББИЮ САНИТАРӢ

С.Р. Рачабзода, Б.Ю. Чонова, Ч.Х. Дустов, Ф.О. Раупов

Кафедраи нигоҳдории тандурустии ҷамъиятӣ бо омори тиббии МТД "ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино"; Шуъбаи МД Маркази ҷумҳуриявии таълимию клиникӣи тибби оилавӣ"; МДТ "Коллеҷи тиббии Ваҳдат".

Муҳиммият. Тоҷикистон, дар доираи ислоҳоти ҷорӣ соҳаи тандурустии кишвар, системаи расонидани кумаки тиббию профилактикӣ ба аҳоли дар асоси принципҳои тибби оилавӣ ҷорӣ карда мешавад. Беморон бояд дастрасии саривақтӣ ва осонро ба муассисаҳои кумаки аввалияи тиббию санитарӣ (КАТС) дошта бошанд, то дар аввал онҳо машварат гирифта тавонанд. Ҳамзамон, Стратегияи миллии солимии аҳолии Ҷумҳурии Тоҷикистон барои давраи солҳои 2010-2020 афзоиши иқтидори идоракунии ва мустақилияти муассисаҳои таъминкунандаи соҳаи тандурустиро пешбинӣ мекунад. Яке аз механизмҳои, ки ба идоракунии самарабахши КАТС мусоидат мекунад, ҷорӣ намудани бизнеснақша дар заминаи низоми нави пардохт ба ҳар сари аҳоли мебошад. Ҳадафи концепсияи банақшагирии бизнес таъмини шаффофият ва ҳисоботдиҳӣ тавассути беҳтар намудани ҳамкории чомеа - кормандони тиб мебошад.

Принципҳои асосии бизнес нақшагири: ҷамъ овардани маълумоти асосӣ барои банақшагири, амалиёт ва буҷаи муассиса; таҳия намудани бизнес нақша дар сатҳи ҳар як Маркази саломатии деҳот (МСД), аз ҷумла Ҳонаҳои саломатӣ ба мӯҳлати як сол; навсозии солони нақшаи корӣ. Бояд қайд кард, ки бизнес нақшаро худи МСД ва кормандони ӯ таҳия мекунад ва раванди онро менеҷери КАТС роҳбарӣ мекунад.

Бояд қайд намуд, ки ҳамаи бахшҳои бизнеснақша (банақшагири, ҳадафҳо ва амалҳо, мониторинг, таҳлил) бо ҳам алоқаманданд ва бояд ҳамчун маҷмӯи ҷузъҳои гуногун баррасӣ карда шаванд. Раванди бизнес нақшагири як раванди динамикӣ аст, яъне нақшаи корӣ бояд дар тӯли сол амалкунад ва

назорати иҷрои он доимо амалӣ карда шавад. Душворӣҳо ва тағйиротҳо бояд бодикат баррасӣ ва муҳокима карда шаванд.

Бизнес нақша дар сатҳи муассиса сохта мешавад, яъне ҳар як МСД барои худ таҳия намуда, аз ҷумла Ҳонаи саломтӣ, барои як муддат- дар як сол нақша таҳия мекунад. Дар асоси бизнес нақшаҳо ҳама муассисаҳои маркази саломатии ноҳия, менеҷери КАТС бизнес нақшаи муштарак таҳия менамояд, ки дар он маълумот аз бизнес нақшаҳои ҳамаи муассисаҳои КАТС мавҷуд аст.

Бизнес нақшаи муттаҳидшудаи КАТС дар ноҳия маълумотро дар бораи ҳар як бизнес нақшаи алоҳидаи муассисаро дар бар мегирад; дорой таҳлили мушаххас / муқоисавӣ; манбаи иттилоот барои қабули қарор аст ва онро менеҷери КАТС таҳия мекунад.

Ҷорӣ намудани амалияи бизнес нақшагир дар сатҳи шабакаи муассисаҳои кумаки аввалияи тиббию санитарӣ (КАТС) як ташаббусе гардидааст, ки ба бисёр барномаҳои милли таъсир гузоштааст. Оғоз аз як лоиҳаи таҷрибавӣ бо ташаббуси як ташкилоти кумакарсон, он ба системаи баланд бардоштани самаранокии шабакаи муассисаҳои КАТС табдил ёфт, ки ҳоло дар як чанд минтақаҳои кишвар ҷорӣ карда шудааст. Яке аз ҳадафҳои асосии ҷорӣ намудани бизнес нақшагири дар сатҳи шабакаи муассисаҳои КАТС мустақам намудани алоқа бо аҳоли оид ба масъалаҳои тандурустӣ, ҷалби фаъолон ва ҳамкорӣ бо дастаҳои чомеавии саломатӣ (ДҶС) дар масъалаҳои пешгирии бемориҳо, таъботи барвақтӣ ва риояи таъботат мебошад.

Арзёбии коршиносони СУТ нишон доданд, ки дар маҷмӯъ, дар сатҳи ноҳия ва де-



хот, инчунин аз чониби аҳоли, бизнес нақшагирӣ ҳамчун воситаи муассири идоракунӣ ба ҳисоб меравад, ки нишондиҳандаҳои солимии аҳолии хизматрасонро беҳтар намуда, муносибатҳоро бо онҳо беҳтар кардааст.

Мақсади тадқиқот. Арзёбии таъсири ҳамкориҳои зич бо аҳоли дар доираи бизнес нақшагирӣ ба нишондиҳандаҳои тандурустӣ дар сатҳи шабакаи муассисаҳои КАТС.

Мавод ва усули тадқиқот. Мувофиқи саволномаҳои пешакӣ таҳия шуда, бо намоёндагони ДҶС, инчунин кормандони тиббии марказҳои саломатии деҳот (МСД) ва марказҳои саломатии ноҳияҳо (МСН) дар ноҳияҳои, ки воситаи бизнес нақшагирӣ қорӣ карда шудааст, мусоҳибаҳо гузаронида шуданд. Ғайр аз он, таҳлили муқоисавии нишондиҳандаҳои асосии солимии аҳоли дар шаҳру ноҳияҳои, ки бизнес нақшагирӣ қорӣ шудааст - ноҳияи Рӯдакӣ, Восеъ, Файзобод, Шаҳринав, Рашт, Роштқалъа, Шугнон, шаҳрҳои Турсунзода ва Конибодом (гурӯҳи асосӣ) ва шаҳри Ҳисор, ки бизнес нақшагирӣ ворид карда нашудааст (ҳамчун гурӯҳи назоратӣ) гузаронида шуданд.

Натиҷаҳо ва баррасии онҳо. Таҳлили мусоҳибаҳо нишон доданд, ки намоёндагони ДҶС дар посухҳои худ асосан таъсири назарраси бизнес нақшагириро дар маҳалҳои худ қайд карданд, ки аҳоли бештар ба хизматрасонии тиббӣ муроҷиат мекунанд ва аз ин рӯ қоғиз ёфтанин обоварило ба соҳаи тандурустӣ нишон медиҳанд, сатҳи саводнокии аҳоли дар пешгирии бемориҳо баланд шуда, дастгирии иловагии аҳоли пайдо гардидааст.

Намоёндагони ДҶС ташаббуси бизнес нақшаро баҳои мусбат дода, қайд карданд, ки дар робита бо нишондиҳандаҳои ҷалби аҳоли ба масъалаҳои тандурустӣ таъсири бизнес нақша назаррас аст. Ба ақидаи онҳо, бизнес нақша диққати роҳбаронро ба эҳтиёҷоти аҳолии ба онҳо хизмат расонанда асосан тавассути барқарор намудани робитаҳои наздик бо аҳоли дар масъалаҳои тандурустӣ афзоиш додааст. Роҳбарон ва аъзоёни ДҶС нақши назарраси худро дар беҳтар намудани муносибатҳои байни аҳоли бо

кормандони тиббии марказҳои саломатии деҳот ва хонаҳои саломатӣ, баланд бардоштани ҳаҷм ва сифати хизматрасонии тиббӣ ба аҳоли, баланд бардоштани саводнокии аҳоли ва тағйирёбии муносибат ба масъалаҳои тандурустӣ бевосита қайд карданд.

Ҳамаи роҳбарони пурсидашудаи ДҶС қайд карданд, ки онҳо ҳамасола дар муайян кардани афзалиятҳои бизнес нақша дар МСД фаъолона иштирок мекунанд. Аъзоёни ДҶС хабар доданд, ки натиҷаҳои қорӣ онҳо дар самти баланд бардоштани нишондиҳандаҳои тандурустӣ дар истифодаи фаъолтари хадамоти тиббӣ аз чониби аҳоли бо сабаби баланд шудани сатҳи огоҳӣ ва эътимоднокии мардум инъикос меёбанд. Ғайр аз дониш дар бораи баъзе масъалаҳои мушаххаси саломатӣ, ДҶС барои аҳоли дар бораи принципҳои кумаки тиббӣ дар маҷмӯъ ташаккул медиҳанд ва ба мардум фаҳмонда медиҳанд, ки саломатии онҳо бештар аз шароити зиндагӣ, муносибати онҳо ба саломатӣ ва тарзи ҳаёти онҳо вобаста аст, на танҳо аз табобате, ки табибон анҷом медиҳанд. Дар доираи татбиқи вазифаҳои бизнес нақшагирӣ ДҶС-ҳо аҳамияти чорабиниҳои пешгирикунандаро мефаҳмонанд, ки ин ба иштироки фаъолтари аҳоли дар муоинаи профилактикӣ ва афзоиши шумораи муроҷиатҳоро ба МСД барои ошкор кардани бемориҳо мусоидат мекунанд.

Таҳлили миқдории муқоисавӣ нишон дод, ки нишондиҳандаи миёнаи шумораи умумии муроҷиатҳо дар ноҳияҳои бизнес нақша воридшуда (гурӯҳи асосӣ) аз соли 2014 то 2017 94% афзудааст, дар гурӯҳи назоратӣ бошад, ин нишондиҳанда танҳо 22% афзоиш ёфта аст.

Ба ташаббускориҳои ДҶС, аҳоли на танҳо аз хизматрасонии тиббӣ фаъолтар истифода мебаранд, балки ба кормандони соҳаи тандурустӣ низ эътимод дорад. Бо ҳамкориҳои зич бо ҷамоатҳо дар соҳаҳои, ки бизнес нақша қорӣ карда шудааст, дар нишондиҳандаҳои марбут ба солимии модар ва кӯдак беҳбудӣ ба даст оварда шуданд. Ғайр аз гузаронидани чорабиниҳои махсус оид ба тарбия ва баланд бардоштани саводнокии дар масъалаҳои саломатӣ, ба монанди шири



сина додан ё пешгирии мушкилоти ҳомиладорӣ, аъзои ДҶС бо аҳоли дар ҷойҳои ғайрирасмӣ, дар ҷойҳои серодам, аз қабилӣ чашнҳои арӯсӣ, мушкилоти одамон ва расонидани маълумоти муҳими саломатии онҳоро гӯш мекунад. Бисёре аз аъзоёни ДҶС қайд карданд, ки ба ташаббуси кори онҳо, бисёр занони ҳомила дар деҳаҳои худ дар давоми 12 ҳафтаи аввали ҳомиладорӣ ба кормандони соҳаи тандурустӣ дар МСД муроҷиат мекунад. Кормандони соҳаи тандурустии МСД ба кумаки ДҶС дар фарогирии занони ҳомилае, ки то ҳол ба МСД муроҷиат накардаанд, умед доранд. Он инчунин боиси афзоиши ташрифи ҳомиладор ва хеле коҳиш ёфтани таваллуд дар хона гардидааст. Ғайр аз он, кормандони соҳаи тандурустӣ маълумот доданд, ки фарогирии эмкунӣ ва коҳиши дарунравӣ дар кӯдакон, ки дар натиҷа он сатҳи фавт пасттар мешавад, беҳтар шудааст.

Мувофиқи маълумоте, ки аз роҳбарияти муассисаҳои шаҳру ноҳия гирифта шудааст, бо ташаббуси ҷорӣ намудани бизнес нақша, роҳбарони муассисаҳои деҳот дар ноҳияҳои дахлдор ба эҳтиёҷоти аҳоли беҳтар ҷавоб медиҳанд ва бо ҳам дигар мубодилаи иттилоот ва таҷриб амекунанд.

Роҳбаронвакормандонитиббиимуассисаҳои деҳотификри ДҶС-ро дар бораи бизнес нақша, ки ба кори онҳо ҷи гуна таъсир кардааст, ибраз доштанд: тавачҷӯҳи бештар ба эҳтиёҷоти аҳолии хизматрасон, сатҳи масъулият ва огоҳӣ аз роҳҳои баланд бардоштани самаранокии идоракунӣ дар сатҳи муассисаҳо баланд гардида, аҳоли дар ҷорабинҳои, ки ба беҳбудии нишондиҳандаҳои

саломатӣ равона карда шудаанд, фаълтар иштирок мекунад.

Воридсозии бизнес нақша ба беҳтар шудани шаффофияти фаъолият ва захираҳои муассисаҳои КАТС ва баланд бардоштани қаноатмандии аҳоли нисбат ба пешниҳоди хизматрасониҳои тиббӣ дар сатҳи маркази саломатии деҳот ва маркази саломатии ноҳия мусоидат кардааст. Афзоиши эътимод ва қаноатмандии аҳоли нисбат ба хизматрасонии тиббӣ бо афзоиши шумораи ташрифҳо, иштироки фаълтар дар муоинаи профилактикӣ ва тавачҷӯҳ ба навсозии муассисаҳои тандурустӣ, ки баъзан дар шакли маблағгузорӣ аз ҳисоби маблағҳои хусусӣ зоҳир мешавад, тасдиқ карда мешавад.

Хулоса. Ҷалби аҳолии маҳаллӣ ба масъалаҳои саломатӣ дар доираи бизнес нақша ба беҳтар гардидани бисёр нишондиҳандаҳои саломатӣ мусоидат намудааст, ки ин ба шарофати иштироки ДҶС барои муайян кардани афзалиятҳоро дар соҳаи тандурустӣ ва татбиқи минбаъдаи ҷорабиниҳои таълимӣ барои аҳоли имконпазир гардидааст. Кори ин гурӯҳҳо ба баланд бардоштани сатҳи саводнокии саломатӣ дар байни аҳоли мусоидат намуда, одамони фаълро ба хизматрасонии тиббӣ даъват намудааст, ки ин нишондиҳандаҳои солимиро беҳтар мекунад.

Дар баробари ин, бояд қайд намуд, ки бизнес нақша воситаи идоракунӣ мебошад ва бо такмил ёфтани идоракунӣ нишондиҳандаҳои саломатӣ беҳтар мешаванд, аммо дар айни замон, бисёр омилҳои дигари марбут ба соҳаи тандурустӣ ба саломатии аҳоли низ таъсир мерасонанд.

АДАБИЁТ

1. Арзёбии татбиқи бизнес нақша дар муассисаҳои кумаки аввалияи тиббию санитарии Тоҷикистон. СУТ. - 2019. - 20 саҳ.
2. Фармоиши Вазорати тандурустӣ ва ҳифзи иҷтимоии аҳолии Ҷумҳурии Тоҷикистон аз 9 март соли 2017, №153 "Шарикӣ бо ҷомеа дар масъалаҳои саломатӣ".
3. Нақшаи стратегии рушди кумаки аввалияи тиббию санитарӣ дар асоси принципҳои тибби оилавӣ барои солҳои 2016-2020 - Душанбе. - 2016 - 102 саҳ.
4. Фармоиши Вазорати тандурустӣ ва ҳифзи иҷтимоии аҳолии Ҷумҳурии Тоҷикистон аз 28 апрели соли 2014, №243 "Дар бораи татбиқи барномаи бизнес нақша дар муассисаҳои кумаки аввалияи тиббию санитарии шаҳрҳо ва ноҳияҳо".



ВЛИЯНИЕ СОТРУДНИЧЕСТВА С НАСЕЛЕНИЕМ В РАМКАХ БИЗНЕСПЛАНИРОВАНИЯ НА ПОКАЗАТЕЛИ ЗДОРОВЬЯ НА УРОВНЕ СЕТИ УЧРЕЖДЕНИЙ ПМСП

Раджабзода С.Р., Джонова Б.Ю., Дустов Дж.Х., Раупов Ф.О.

ГОУ ТГМУ имени Абуали ибни Сино, ГУ "Республиканский учебно-клинический центр семейной медицины", ГОУ "Вахдатский медицинский колледж",

Одним из механизмов, способствующих эффективному управлению ПМСП, является внедрение бизнес плана. Цель концепции бизнес планирования заключается в обеспечении прозрачности и подотчетности, за счет улучшения взаимодействия между общинами и ПМСП. Целью данного исследования явилась оценка влияния тесного сотрудничества ПМСП с населением в рамках бизнес планирования на показатели здоровья на уровне сети учреждений ПМСП. Са-

мым важным результатом внедрения бизнес планирования является улучшение основных показателей здоровья населения (антенатальный уход, иммунизация и др.). Кроме того, анализ показал, что бизнес планирование позволило повысить качество реагирования руководителей учреждений на потребности населения.

Ключевые слова: бизнес планирование, работа с населением, общинные команды здоровья, управление на уровне ПМСП.

IMPACT OF COOPERATION WITH THE POPULATION IN THE FRAMEWORK OF BUSINESS PLANNING ON HEALTH INDICATORS AT THE LEVEL OF A NETWORK OF PHC INSTITUTIONS

S.R. Rajabzoda, B.Y. Jonova, J.Kh. Dustov, F.O. Raupov

SEI "ATSMU by the named Abuali ibni Sino", Department "Republican Training and Clinical Center of Family Medicine", State Educational Institution "Vakhdat Medical College",

One of the mechanisms contributing to the effective management of PHC is the implementation of a business plan. The purpose of the business-planning concept is to ensure transparency and accountability by improving communication between communities and PHC. The aim of this study was to assess the impact of close cooperation between PHC and the population within the framework of business planning on health indicators at the level of the PHC network.

The most important result of the implementation of business planning is the improvement of the main indicators of public health (antenatal care, immunization, etc.). In addition, the analysis showed that business planning has improved the quality of response of the heads of institutions to the needs of the population.

Key words: business planning, community outreach, community health teams, primary care management.

*Раджабзода Салоҳидин Раджаб, доктори илмҳои тиб, профессори кафедраи нигоҳдорию тан-
дурустии ҷамъиятӣ бо омили тибби МТД "ДДТТ ба номи Абӯалӣибни Сино", E.mail:
smiraliev@mail.ru, тел., +992 93-196-43-34.*

*Раджабзода Салоҳидин Раджаб, доктор медицинских наук, профессор кафедры ГОУ
ТГМУ имени Абуали ибни Сино, E.mail: smiraliev@mail.ru, тел., +992 93-196-43-34.*

*Rajabzoda Salohidin Rajab, Doctor of Medical Sciences, Professor of the Department 's SEI
"ATSMU by the named Abuali ibni Sino", E.mail: smiraliev@mail.ru, tel + 992. 93-196-43-34.*



МЕТОДОЛОГИЯИ АРЗӢБИИ ХАВФ БА САЛОМАТИИ АҲОЛӢ

Х.Н. Эгамназаров

Кафедраи беҳдошти муҳити зист (мудири кафедра, д.и.т., Хайров Ҳ.С.) -и
МДТ "ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино".

Муҳимият. Яке аз самтҳои муҳими ҳадамоти санитарияу эпидемиологӣ ин мониторинги иҷтимоӣ ва гигиенӣ аст, ки дар худ системаи мушоҳида, таҳлил, баҳогузорӣ, пешгӯии вазъи саломатии аҳоли ва муҳити инсон, инчунин муайян намудани робитаҳои миёни вазъи саломатии аҳоли ва таъсири омилҳои муҳити зисти инсонро доро мебошад [1,2,3] 152,153,154.

Мониторинги иҷтимоӣ ва гигиениро меварзон бо назардошти натиҷаҳои баҳодихии хавф, ки идоракунии хавфҳо мебошад (муайян намудани муҳимтарин моддаҳои ифлоскунанда ва мубориза бо онҳо, чораҳои коҳиш додани ифлосшавӣ) тасҳеҳ намуд.

Арзёбии хавф ба саломатии аҳоли аз таъсири ҳар гуна омилҳои номусоиди муҳити зист як самти нисбатан нави илмӣ мебошад ва методологияи онро мутахассисони гуногун, аз қабيلي эпидемиологҳо, токсикологҳо, гигиенистҳо, химикҳо, патологологҳои касбӣ, клиникҳо, математикҳо, муҳандисон ва ғайраҳо мавриди омӯзиш қарор медиханд [4,5] 155,156. Хавф ин басомади пешбинишудаи таъсири зараровар (номатлуб) ба аҳоли мебошад, ки аз таъсири муайяни моддаҳои ифлоскунанда бармеояд [СУТ, 2000], ва ба гурӯҳи муайяни одамон дар шароити мушаххаси таъсиррасонӣ таъсир мерасонад, масалан: эҳтимолияти гирифторӣ ба саратон ё бемориҳои узвҳои нафасии шахсоне, ки дар наздикорхонаи бузурги саноатӣ зиндагӣ мекунанд. Истифодаи методологияи арзёбии хавф имкон медиҳад, ки бемориҳое, ки дар натиҷаи таъсири омилҳои зараровари экологӣ дар одамон пайдо мегардад, муайян намуд.

Тавре ки Академияи илмҳои ИМА изҳор медорад, арзёбии хавфин истифодаи далелҳои илмӣ мавҷуда ва пешгӯиҳои аз ҷиҳати илмӣ асоснок бомақсади арзёбии хатарҳои таъсири омилҳои зараровари муҳити зист ва шароитба саломатии инсон мебошад.

Методологияи арзёбии хавф ба саломатии инсон самаранок ҳисобида шуда дар та-

моми ҳаҷон босуръат дар ҷодаи илм рушд ёфта истодааст [157]. Афзалияти асосии методологияи мазкур ин пешгӯии таъсири оқибатҳои ифлосшавии муҳити зист (ҳаво, об, маҳсулотҳои хӯрокворӣ) ба саломатии инсон ва дар умум ба саломатии аҳоли ҳисобида мешавад [6, 7] [157,158].

Солҳои охир, дар амал, барои асоснок намудани андозаи СЗЗ дар маҷмӯаҳои саноатии Федератсияи Россия (РФ), истифодаи методикаи баҳодихии хавф ба таври возеҳ нишон дода шуд. Тадқиқотҳои гузаронидашуда бартарии методологияи баҳодихии хавфро дар ошкор кардани пайвастагиҳои кимиёвӣ ва манбаъҳои онҳо, ки ифлосшавии ҳавои атмосфераро дар ҳудуди иншоотҳои калони саноатӣ таъсиррасон ташкил медиҳад, нишон доданд. Дар баробари ин, ба афзалиятҳо, нуқсонҳои модели пароканда ва маълумоти соҳаи хангоми истифодаи ҳамаи ҷузъҳои арзёбии хавф таъкид карда шудааст [159]. Муҳимияти истифодаи методологияи баҳодихии хавфҳо бо асоснок намудани андозаи мувофиқи СЗЗ дар қонунгузориҳои санитарии Ҷумҳурии Қазоқистон бо талаботи таҳрири нави СанПиН ҷойгоҳи худро пайдо намуд.

Методологияи арзёбии хавф аз ҷониби Маркази беҳатарии саноати кимиёи ИМА (СССР) таҳия гардида, аз ҷониби Созмони Умумиҷаҳонии Тандурустӣ ҳамчун воситаи пешбар ҷиҳати муайян намудани миқдори зарар аз таъсири омилҳои номатлуби муҳити зист ба саломатии инсон эътироф ва тавсия дода шудааст.

Истифодабарии арзёбии хавф ҳамчун восита дар раванди қабули қарорҳо дар ҳаҷолаи охир аҳамияти бештар пайдо намуд [160]. Арзёбии хавф - дар умум аз чор марҳилаи ҷудоғона иборат аст (ҷадвали 1):

1. муайян намудани хавф (хатар);
2. оценки зависимости доза-эффект;
3. арзёбии таъсир (экспозитсия);
4. хусусияти хавф.

**Ҷадвали 1. Методологияи арзёбии хавф ба саломатии аҳоли**

Марҳилаҳои арзёбии хавфҳо	Саволҳо	Номи мавзӯи тадқиқотҳо
Муайян намудани хавф (хатарҳо);	Оё агентҳо ба саломатии инсон оқибатҳои номусоидро ба бор меоранд? Паҳншавӣ ба муҳити зист, устувории моддаҳои кимиёвӣ дар муҳити зист. Роҳҳои таъсиррасонӣ	Концентратсияи фтор дар объектҳои муҳити зисти беруна, фарқиятҳои минтақавӣ вобаста ба мундариҷаҳои онҳо дар вилояти Хатлон ва ноҳияи Турсунзода (НТЧ).
Арзёбии вобастагии таъсири меъёр	Муносибат байни меъёр ва таъсир чӣ гуна аст? Арзёбии хавфи микдорӣ дар байни аҳоли/индивидум Омӯзишӣ алоқаи сабаб-тафтишоти омӯзиши ирриботи сабабиву натиҷагӣ.	Паҳншавии флюороза/кариес-вобаста аз сатҳи таркиби фтор дар объектҳои муҳити зисти беруна бамактаббачагони 12-солаи минтақаи Бохтар вилояти Хатлон ва ноҳияи Турсунзода (НТЧ).
Арзёбии таъсир (экспозитсия);	Намуд ва сатҳи таъсирот. Фосила ва давомнокии таъсирот.	Таъсири сатҳи гуногуни фтор ба объектҳои муҳити зисти беруна ба аҳолии минтақаи Бохтари вилояти Хатлон ва ноҳияи Турсунзода (НТЧ).
Хусусияти хавф	Эҳтимолияти тахминӣ ё басомади таъсири номатлуб ба саломатӣ чист?	Хавфи флюороза ва/ё кариес дандонвобаста аз сатҳи таркиби фтор дар объектҳои муҳити зисти беруна дар миёни аҳолии ноҳияи Бохтар вилояти Хатлон ва ноҳияи Турсунзода (НТЧ).

Муайян намудани хавф (хатар) имкон медиҳад, ки иттилооти маҷуда ба ё бадастомадаро, ки ба ҳудуди муайян, манбаъҳои ифлосшавӣ ва ғайра вобастагӣ дорад, умуми гардонид. Ин марҳила имкон медиҳад, ки омилҳое, ки метавонанд ба саломатии инсон таъсири бад расонанд, ба назар гирифта муайян намояд. Муайян кардани хавф таҳлили вазъи санитарии гигиенӣ ва вазъи экологӣ, баҳисобгирӣ ва бақайдгирии моддаҳои кимиёвӣ дар об, гузаронидани як қатор таҳқиқоти муҳити зистҷиҳати муайян кардани он "хатарҳо", ки қаблан баррасӣ нашуда буданд, дар бар мегирад.

Дар ин робита, маълумотҳо аз таҳқиқотҳои бунёдӣ оид ба таъсири номатлуби омилҳои алоҳида ба саломатии аҳоли истифода мегарданд. Дар марҳилаи баррасӣ гардидаи арзёбии хавф таҳлил дар сатҳи сифатӣ гузаронида мешавад.

Ҳамин тавр, марҳилаи якуми арзёбии хавф имкон медиҳад, ки хатари эҳтимоли, яъне таҳдиди эҳтимоли аз маводи кимиёвӣ муайяншуда ба саломатии инсон ё аҳолии минтақаи таҳқиқот, бо назардошти қобилияти ба организм ва аҳоли зарар расонидани онҳо, ки зерӣ таъсир ва шароити ин таъ-

сир қарор доранд, дар асоси маълумотҳои мавҷудбуда оид ба паҳншавии маводи химиявӣ ба муҳити атроф, захрогинии вай барои одамон ва системаи экологӣ бо назардошти ишора ба мавҷуда маълумот дар бораи тақсироти кимиёвӣ дар муҳити зист, захролудии он барои одамон ё экосистема муайян карда шавад..

Арзёбии вобастагии таъсири меъёрмарҳилаи дуҷуми арзёбии хавф мебошад, ки муносибати микдорӣ байни сатҳи таъсир ва омилҳои дар натиҷаи зарар ба ҳолати саломатӣ пайдо гардида, инъикос мекунад. Марҳилаи мазкур имкон медиҳад, ки маълумот дар бораи таркиби химиявӣ об, муқаррар намудани робитаи байни концентратсияи фтор дар об ва беморшавии аҳоли дастрас намуд.

Арзёбии таъсир (экспозиции) марҳилаи сеҷуми арзёбии хавф буда яке аз муҳимтарин ва дақиқтарин марҳилаи таҳқиқи арзёбии хавф ба ҳисоб меравад. Марҳилаи мазкур имкон медиҳад, ки басомадҳо, давомнокӣ ва роҳҳои таъсироти пайваस्ताгӣҳои кимиёвӣ, ки дар муҳити зистмавҷуданд, андозава муайян намуд. Маълумоти мониторинги лабораторӣ ва натиҷаҳои ҳисобҳо манбаъҳои маълумот дар бораи микдори воқеии доза



мебошанд, ки гурӯҳҳои муайяни аҳоли ба онҳо дучор меоянд. Андозагирӣ тибқи қоидаҳои дахлдор дар режими мониторинг-йдар лаборатория гузаронидамешавад, ки метавонанд маълумоти объективиро дар бораи ҳолати муҳити зист пешниҳод кунад.

Хусусияти хавфҳо қисми ниҳони арзёбии хавф ва марҳилаи ибтидоии идоракунии хавфҳо мебошад. Ин марҳила имкон медиҳад, ки маълумотҳоеро, ки дар раванди муайян намудани хавф (хатар), арзёбии таъсири меъёр ва арзёбии таъсирот (экспозиции) ба даст оварда шудаанд, ҳамчун намуд. Инчунин ин марҳила имконият медиҳад, ки хавфҳо барои аҳолии таҳқиқшуда ҳисоб карда шаванд: арзёбии пешбинишудаи таъсири номатлуб ба саломатии аҳоли. Пешниҳод намудани графикаи хавфҳо бо истифодаи системаи иттилооти чуғрофӣ.

Идоракунии хавфҳо раванDEST, ки одатан бо арзёбии хавф ҳамроҳӣ карда мешавад. - Идоракунии хавфҳо ҷиҳати қоҳиш додани хавф бо ёрии татбиқи тадбирҳои иқтисодӣ, техникӣ, ҳуқуқӣ, иҷтимоӣ ва маърифатӣ, инчунин қарорҳои танзим ва сиёсӣ кӯмак мерасонад. огоҳсозӣ аз хавф инчунин як қисми муҳимми идоракунии хавфҳо мебошад [157].

Дар асоси маълумотҳо дар бораи фториди об, паҳншавии флуорози дандон ва муҳити дорои хавфи баланди фтор Украина ва Молдова афзалиятнок доништа шуд, дар ҳоле ки хавфҳо дар саросари Словакия ва Маҷористон паст арзёбӣ карда шуданд. Бинобар сабаби набудани маълумотҳои миллий оид ба вобастагӣ аз меъёри таъсирот, метавон танҳо хавфро ба саломатӣ сифатан тавсиф намуд.

АДАБИЁТ

1. Dzhusupov K.O., Sulaimanova S.T., Toguzbayeva K.K., Tabibi R., Serik B., Chonbasheva S.K., Egamnazarov Kh.N., Kainarbayeva M.S. The state of higher education in occupational health and safety in central Asian countries // *Annals of Global Health*. 2018. Т. 84, № 3. С. 397-407.
2. Беляев Е.Н., Фокин М.В., Новиков С.М., Прусаков В.М., Шашина Т.А., Шаяхметов С.Ф. Актуальные проблемы совершенствования оценки риска здоровью населения для обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия // *Гигиена и санитария*. 2013. № 5.
3. Кузьмин С.В., Гурвич В.Б., Ярушин С.В., Малых О.Л., Кузьмина Е.А. Управление санитарно-эпидемиологической обстановкой с использованием социально-гигиенического мониторинга и методологии оценки риска для здоровья населения // *Здоровье населения и среда обитания*. 2010. № 11.
4. Рахманин Ю.А., Новиков С.М., Авалиани С.Л., Сеницына О.О., Шашина Т.А. Современные проблемы оценки риска воздействия факторов окружающей среды на здоровье населения и пути ее совершенствования // *Анализ риска здоровью*. 2015. № 2 (10).
5. Новиков С.М., Фокин М.В., Унгурияну Т.Н. Актуальные вопросы методологии и развития доказательной оценки риска здоровью населения при воздействии химических веществ // *Гигиена и санитария*. 2016. Т. 95, № 8.
6. Omenn G.S. On the significance of "The Red Book" in the evolution of risk assessment and risk management. Taylor & Francis, 2003.
7. Онищенко Г.Г. Оценка и управление рисками для здоровья как эффективный инструмент решения задач обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия населения Российской Федерации // *Анализ риска здоровью*. 2013. № 1.
8. McKenzie L.M., Witter R.Z., Newman L.S., Adgate J.L. Human health risk assessment of air emissions from development of unconventional natural gas resources // *Science of the Total Environment*. Elsevier, 2012. Т. 424. С. 79-87.
9. Moore M. Risk assessment in environmental contamination and environmental health // *Bioavailability, Toxic. Risk Relationships Ecosyst*. 2003.



МЕТОДОЛОГИЯ ОЦЕНКИ РИСКА ДЛЯ ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ

Х.Н. Эгамназаров

Кафедра гигиены окружающей среды (зав. каф. д.м.н. Хайров Х.) ГОУ "Таджикский государственный медицинский университет имени Абуали ибни Сино"

В обзоре представлена информация о методологии оценки риска для здоровья населения при изучении влияния объектов окружающей среды на состояние здоровья. Методология оценки риска на здоровье человека считается перспективной, которая интенсивно развивается во всем мире научным направлением. Основным преимуществом данной методологии считается про-

гнозирование влияние неблагоприятных последствий загрязнения окружающей среды (воздух, вода, пищевые продукты) на здоровье человека и в целом населения. Также, в обзоре представлена информация об этапах методологии оценки риска для здоровья населения.

Ключевые слова: оценка риска, химические вещества, окружающая среда

METHODOLOGY OF ENVIRONMENTAL HEALTH RISK ASSESSMENT

Kh.N. Egamnazarov

Environmental health department of SEI "Avicenna Tajik State Medical University"

The review provides information on the methodology of environmental health risk assessment when studying the effect of environmental objects on health. methodology of environmental health risk assessment to human health is considered promising, which is being intensively developed throughout the world as a scientific direction. The main advantage of this

methodology is considered to be the prediction of the impact of the adverse effects of environmental pollution (air, water, food) on human health and the general population. Also, in the overview submission information on the stages of the methodology of environmental health risk assessment.

Keywords: risk assessment, chemicals, environment

Эгамназаров Хусейн Назарович, докторант (PhD) кафедры гигиены окружающей среды ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Проспект Рудаки 139, Душанбе, Таджикистан. E-mail: kh.egamnazarov@gmail.com Тел. +992933001262.

Egamnazarov Khuseyn Nazarovich, PhD student of the Department of environmental health, Avicenna Tajik State Medical University. 139 Rudaki avenue, Dushanbe, Tajikistan E-mail: kh.egamnazarov@gmail.com. +992933001262.

ТАҲҚИҚОТИ ИХТИЛОЛИ ҲИССИЁТИ ЗОИҚА ДАР КОРГАРОНИ САНОАТИ АРЗИЗ

З.Я.² Юсупов, А.Б.¹ Бабаев, Г.Г.² Ашуров, З.Я.¹ Мақсудова

¹. Кафедраи стоматологияи муолиҷавии ПИТ "Стоматологияи ҷоғу рӯй".

². Кафедраи беҳдошт ва экологияи МТД "ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино".

Мубрамият. Айни замон самти мубрам-тарини таҳқиқоти илмӣ дар соҳаи стоматология омӯзиши таъсири омилҳои зараровари истеҳсолот ба ҳолати низоми дандону ҷоғии кормандон мебошад. Дар шароити истеҳсолоти саноатӣ ҳамаи узву бофтаҳои

қавокии даҳони коргарон бо атмосфераи минтақаи корӣ алоқаи бевосита дошта, зери фишори тӯлонии механикӣ ангишиш бо зарраҳои гард дар якҷоягӣ бо таъсири интоксикатсионӣ пайваस्ताгиҳои химиявӣ қарор мегирад [1, 2, 5].



Лозим ба қайд аст, ки ба ҳоли имрӯз саноати арзиз яке аз соҳаҳои рушдкунанда ва сердаромадтарин мебошад. Сарфи назар аз таҷдиди техникӣ, механикию автоматикӣ кардани раванди истеҳсол, ҳангоми тавлиди арзиз коргарон то ҳанӯз зери таъсири маҷмӯи омилҳои номусоид мемонанд, ки ба ихтилоли функцияҳои як қатор узву низомҳои организм, аз ҷумла ковокии даҳон боис мегардад [4, 5].

Дар адабиёт маълумотро дар хусуси он пайдо кардан мумкин аст, ки тағйири ҳолати функционалии анализатори маза яке аз нишонаҳои барвақтии таъсири зараровари бисёр моддаҳои химиявӣ ба организми инсон мебошад [3].

Ҳадафи таҳқиқот. Омӯзиши таъсири омилҳои техногении истеҳсоли арзиз ба ҳолати ҳиссиёти зоиқа дар кормандони корхонаи арзиз барои андешидани чорабиниҳои профилактикии минбаъда.

Мавод ва усулҳои таҳқиқот. Бо ҳадафи муайян намудани ҳиссаи гидрогени фтордори газшакл, маҷмӯи намакҳои кислотаи гидрогени фтордор, ангидриди сулфур, оксиди карбон ва гард ҳавои минтақаи кории сеҳҳои асосии истеҳсоли арзиз таҳқиқ гардид. Ғализати гидрогени фтордор дар минтақаи нафасгирии кормандон дар давоми басти корӣ муайян карда мешуд. Намунаҳо ҳам аз роҳрави мобайнӣ (вазъи заминавӣ барои муқоиса) ва ҳам бевосита аз ҷойҳои кории электролизчиён гирифта шуданд. Ҳиссаи ангидриди сулфур ва оксиди карбон дар таркиби ҳаво ҳангоми иҷрои амалиёти ҷудогонаи технологӣ муайян карда шуд.

Барои тавсифи сифатии хусусиятҳои функцияи ҳиссиётии низоми зоиқа дар коргарони сеҳҳои истеҳсоли арзиз муайянсозии

худудҳои мутлақи ҳиссиёти зоиқа бо усули густометрияи остонавӣ (А.Л. Давыдов, 1992) анҷом дода шуд. Маҳлулҳоро бо чакрарези хурди пластикӣ якчакрагӣ бо ҷидданриоя кардани тартиби "аз ғализати пасттарин то ба ҳадди баландтарин", ки ҳангоми он шахси муоинашаванда мазаи маводи ангеширо муайян мекард, мечакконданд. Фосилаи байни чашишҳо 2-3 дақиқаро ташкил медод. Баъди чаккондани маводи анге-занда шахси муоинашаванда даҳонашро обгардон мекард, зимнан об ҳарорати хонаро дошт. Ҳисси зоиқа дар ҳоли гурусна будани муоинашаванда санчида мешуд.

Мо остонаҳои ангешишбӣи ҳисси зоиқаро дар 42 корманди саноати арзизи Ҷумҳурии Тоҷикистон (гурӯҳи асосӣ) муайян намудем. Барои назорат ҳамин гуна таҳқиқот дар мавриди 40 шахси дигар аз ҳамин ноҳия (гурӯҳи назоратӣ) гузаронида шуд, ки зери омилҳои зиёновар қарор надоштанд.

Натиҷаҳои таҳқиқот ва баррасии онҳо

Таҳлили химиявии намунаҳои гирифташудаи ҳаво (Ҷадвали 1) нишон дод, ки ғализати гидрогени фтордори газшакл дар ҳудуди аз $0,19 \pm 0,4$ то $0,8 \pm 0,3$ мг/м³ тағйир меёфт ва аз ҳадди ниҳии қобили қабули (ҲНҒ) ғализат дар 42% намунаҳои гирифташуда зиёд буд. Дар зимн ғализатҳои максималӣ дар биноҳои сеҳи электролизи №2 ва №1 ($0,5$ мг/м³) мушоҳида мешуданд. Ба моддаҳое, ки барои организм хавфи баланд доранд (синфи 2), тааллуқ доштани пайвастагии зикршудаи химиявиरो ба эътибор гирифта, ин нишондиҳандаи шароити меҳнати электролизчиёнро дар шароити шиддати мавҷуда, тибқи таснифоти беҳдошти муосир, метавон ба гурӯҳи дараҷаи 2-3-и зарару хатарнокӣ нисбат дод.

Ҷадвали 1

Мухтавои пайвастагиҳои зарарнокӣ химиявӣ дар ҳавои минтақаҳои кори сеҳҳои электролизӣ (мг/м³)

Ҷузъ	Min	M±m	Max	Микдори намунаҳо бо нишондоли ОНҒ, %
Гидрогени фтордор	0,19	0,4±0,02	0,8	42
Намакҳои кислотаҳои гидрогени фтордор	0,39	0,8±0,03	1,09	39
Ангидриди сулфур	6,9	9,8±0,4	14,9	50
Оксиди карбон	7,5	15,8±0,3	25,8	20
Гард	9,8	11,9±0,05	14,1	100



Ҳиссаи миёнаи намакҳои кислотаи гидрогени фтордор дар ҳаво дар роҳравҳои мобайнии бинои сеҳи электролиз аз $0,39 \pm 0,03$ то $1,09 \pm 0,04$ мг/м³-ро ташкил дода, дар 20% намунаҳои интихобшуда аз меъёрҳои беҳдошт зиёд буд. Дар ҷойҳои кори электролизчиён ҳалалдоршавии ОНҒ ошкор нагардид. Ҳангоми ивазкунии анодҳо дар минтақаи нафасгирӣ болоравии ғализатҳои фторидҳо ба ҳисоби миёна то ба $0,6 \pm 0,02$ - $0,7 \pm 0,04$ мг/м³ қайд шуд, ки дар 20 то 40% намунаҳои интихобшуда аз ОНҒ зиёд буд.

Таҳлили химиявии намунаҳои ҳаво барои муайян намудани ангидриди сулфур нишон дод, ки ғализатҳои заминавии он аз ОНҒ зиёд набуданд ва ба ҳисоби миёна то $9,8 \pm 0,2$ мг/м³-ро ташкил медоданд ва вақти кушодани ҳамаи табақаҳои пӯшишҳо (коркарди электролизер) то ба $14,9 \pm 0,3$ мг/м³ боло мерафтанд, ки ин хеле аз ОНҒ бештар буд.

Ҳиссаи оксиди карбон дар ҳавои минтақаи кори электролизчиён ба ҳисоби миёна $7,5 \pm 0,2$ - $25,8 \pm 0,3$ мг/м³-ро ташкил медод. Мо то андозае вобастагӣ доштани тағйирёбии ғализатҳои пайвастагии мазкурро аз миқдори механизмҳои дизелии дар бино истифодашаванда қайд намудем. Масалан, ҳангоми кори дастгоҳи МПК-6, ки қарахҳои электролитро мешиканад, муҳтавои оксиди карбон дар ҷойҳои кори электролизчиён ба ҳисоби миёна $14,7 \pm 0,2$ мг/м³-ро ташкил медод, ҳангоми истифодаи ҳамзамони ин дастгоҳ бо техникаи дизелии навъи "НЕВА" бошад, $26,1 \pm 2,1$ мг/м³-ро, ки ин хеле аз ОНҒ зиёдтар аст.

Таҳлили химиявии гарди таркиби ҳавои минтақаҳои кори электролизчиён нишон дод, ки он аз омехта бо ҳиссаи баланди пайвастагиҳои фтор (16,7%), арзиз (39,3%), карбон (23,4%) ва моддаҳои қатронӣ иборат аст. Ғализати миёнаи моддаҳои қатронӣ (3,4-бенз(а)пирен ва карбонҳои бисёрдаврӣ) дар ҳавои минтақаи кори сеҳҳои электролиз $13,7$ мг/м³-ро тартиб медод, аз ҷумла 3,4-бенз(а)пирен $6,0$ мг/м буда, ҳангоми шикастани қарахҳои электролит хеле меафзуд.

Таҳлили намунаҳои ҳаво, ки аз қитъаҳои гуногуни сеҳҳои электролитӣ барои муайян кардани ҳиссаи гард гирифта шуданд, нишон

дод, ки ғализати он хеле аз меъёрҳои беҳдошти қобили қабул зиёд буд ($11,9 \pm 0,05$ мг/м). Ғализати назарраси гард дар қитъаи бунгоҳи анодфурорӣ ба қайд гирифта шуда, ба ҳисоби миёна $14,1 \pm 0,08$ мг/м³-ро ташкил дод.

Ба ин тариқ, дар рафти таҳқиқи вазъи муҳити ҳаво дар ҷойҳои кори сеҳҳои электролиз муқаррар карда шуд, ки ҳиссаи пайвастагиҳои фтор дар ҳаво дар бисёр ҳолатҳои мушоҳида аз остонаҳои ниҳии ғализат зиёд буд. Андак бештар ҳавои минтақаи қорӣ олуида мешавад, ки метавонад аз нокифоя будани чораҳои андешида доир ба рафъ намудани ҳосилаҳои химиявии электролиз тавассути таҷҳизоти газполоӣ гувоҳӣ диҳад. Дар баробар ин, ғализати ангидриди сулфур, ки ҳангоми амалиёти асосии технологӣ ба қайд гирифта мешавад, дар ҳолатҳои алоҳида аз ОНҒ зиёд буд. Ҳиссаи оксиди карбон дар ҳаво ба андозаи назаррас аз миқдори техникаи дизелии ҳамзамон истифодашаванда вобаста буд. Хеле зиёд будани ғализати гард (аз 2 то 7 ОНҒ) дар ҷойҳои кори электролизчиён аз нокифоя будани самаранокии низоми газу чангкашӣ, махсусан дар қитъаҳои майдакунии параҳоно гувоҳӣ медиҳад. Ғализатҳои аз меъёр зиёди пайвастагиҳои гуногуни химиявӣ, инчунин шароити номусоиди меҳнат метавонад сабаби инкишофёбии ҳолатҳои патологияи муҳталифи узвҳои ковокии даҳон гардад.

Натиҷаҳои таҳқиқи ҳиссиёти зоиқа басомади баланди ихтилоли остонаи мутлақ ва ҳам дифференсиалии ҳисси зоиқаи коргаронро нишон доданд. Аз ҷумла, остонаи мутлақи тағйирнаёфтаи ҳиссиёти зоиқа нисбати ширинӣ дар 13,4% коргарони сеҳи истеҳсоли арзиз, нисбати талхӣ дар 18,3%, туршӣ дар 21,9% ва нисбати шӯрӣ дар 41,5% муоинашудагон мушоҳида гардид.

Бештар аз ҳама тағйирёбии остонаи ҳиссиёти шинохти маза дар шакли болоравӣ (23,2%), поёнравӣ (41,5%), ҷой надоштан (17,0%) ва инҳирофи он (4,9%) ҳангоми омӯзиши шинохти ширинӣ аз ҷониби анализатори маза ҷой дошт.

Остонаи дарки маза дар мавриди талхӣ (болоравӣ - 19,5%, поёнравӣ - 36,6%, инҳирофи он - 10,9%, ҷой надоштани ҳиссиёти



маза - 14,6%) ва туршӣ (болоравӣ - 10,9%, поёнравӣ - 37,8%, инҳироф - 19,5% ва чой надоштани ҳисси маза - 9,8%) андак камтар тағйир меёфт.

Бештар аз ҳама ихтилоли ҳиссиёти зоика ҳангоми таҳқиқи он нисбати шӯрӣ (болоравии остонаи эҳсос намудани зоика дар 3,4%, поёнравӣ дар 36,6%, инҳироф дар 14,6%, чой надоштани ҳисси маза дар 4,9% муоинашудагон) мушоҳида мегардид.

Тағйирёбии остонаи дифференсиалии зоика танҳо дар иштирокчиёни гурӯҳи асосӣ бо басомади нисбатан баланд (дар 65,4% коргарон) мушоҳида гардид. Ба ибораи дигар, тағйирёбии остонаи мутлақи ҳиссиёти зоика дар коргарони истеҳсолоти арзиз дар аксари ҳолатҳо бо тағйирёбии остонаи дифференсиалии он якҷоя ба вуқӯъ меомад.

Дар қисме аз иштирокчиёни муоинашуда аз гурӯҳи назоратӣ низ поёнравии остонаи ҳиссиёти зоика чой дошт (нисбати ширинӣ - дар 11,4%, шӯрӣ - дар 3,8%, туршӣ - дар 7,7%, талхӣ - дар 5,7%).

Инчунин муқаррар намудем, ки дар мавриди ифодаёбии таъсири манфии омилҳои истеҳсолии саноати арзиз ба ҳолати ҳиссиёти зоика давомнокии тамос бо онҳо аҳамияти калон дорад.

Вобастагии хеле хос аз собикаи кор ҳангоми таҳлили басомади ҳалалёбии функцияи анализатори зоикаи коргарон дар ҳайати гурӯҳҳои мувофиқи собика тақсимшуда ошкор гардид. Натиҷаҳои таҳқиқ нишон доданд, ки басомади ҳалалдоршавии остонаи мутлақи анализатори маза бо афзоиши собикаи кор дар саноати арзиз ба маротиб афзоиш меёбад. Аз ҷумла, остонаи мутлақи тағйирнаёфтаи шинохти мазаи ширинӣ дар муоинашудагон аз 3 гурӯҳи аввали мувофиқи собика тақсимшуда (то 5, 5-9, 10-15 сол) мутаносибан дар 2 (18,1%), 1 (12,5%) ва 1 (12,5%) коргар чой дошт, дар гурӯҳи чорум (16-19-сола ва калонтар) ҳолатҳои тағйир наёфтани остонаи ҳиссиёти зоика дар

теъдоди зерин мушоҳида нагардид: нисбати шӯрӣ мутаносибан дар 8 (72,7%), 4 (50,0%), 2 (25,0%) ва 1 (6,7%) коргар, нисбати туршӣ - дар 4 (36,4%), 3 (37,5%), 2 (25,0%) коргар, нисбати талхӣ - дар 4 (36,4%), 2 (25,0%), 1 (12,5%) ва 1 (6,7%) муоинашуда. Дар коргарони сеҳи истеҳсоли арзиз, ки собикаи то 5-солаи кор доштанд, дар аксари ҳолатҳо болоравии остонаи дарки ширинӣ чой дошт - дар 8 (72,7%), нисбати талхӣ ин нишондод ба 5 (45,5%) ва туршӣ ба 6 (54,4%) баробар буд. Боло рафтани остонаи ангеизишбӣ аз шӯрӣ камтар ба назар мерасид - дар 2 (18,1%) нафар.

Тавре ошкор гардид, дар коргароне, ки собикаи беш аз 5-солаи корро дар корхонаи арзиз доштанд, дарки ғалати шӯрӣ, туршӣ ва талхӣ аз тарафи ангеизандаҳои зоика оғоз меёфт. Басомади дарёфти ин навъи ихтилол дар иштирокчиёни гурӯҳи чоруми собикавӣ, ки корро идома меоданд, дар мавриди ҳамаи навъҳои ангеизандаҳои ҳиссиёти зоика ба нишондодҳои максималӣ мерасад: дар мавриди туршӣ - дар 8 (53,3%), шӯрӣ - дар 4 (26,7%), ширинӣ - дар 3 (20,0%) ва талхӣ - дар 3 (20,0%) нафар. Лозим ба қайд аст, ки дар коргарони гурӯҳи сеюми собикавӣ чой надоштани дарки ширинӣ дар 2 (25,0%) ва шӯрӣ дар 1 (12,5%) коргар, дар гурӯҳи чоруми собикавӣ нисбати ҳамаи навъҳои ангеизандаҳои маза ба муайяншавӣ шурӯъ мегард.

Ба ин тарик, бо мурури зиёд шудани собикаи кор дар истеҳсолоти арзиз бисёр вақт ихтилоли дарки маза дар шакли болоравии остонаи мутлақ кам мешавад (болоравии остонаи дарки маза танҳо нисбати шӯрӣ ва талхӣ дар ашхоси дорои аз 5 то 9 сол собикаи корӣ мушоҳида гардид, аммо дар гурӯҳҳои коргарони дорои собикаи бештар тамоман мушоҳида намешуд). Бо афзоиш ёфтани собика басомади коҳишёбии ҳассосии низоми зоика то пурра аз байн рафтани ҳиссиёти зоика зиёд мешавад.

АДАБИЁТ

1. Гарус Я.Н., Сорокоумов Г.Д., Олесова В.Н. Особенности состояния пародонта у работников производств минеральных удобрений // Стоматология для всех. 2016. № 1. С. 30-32.



2. Гусейнова С.Т. Стоматологическая заболеваемость населения, проживающего в экологически неблагоприятном районе Бак\ Клиническая стоматология. 2009. № 4 (52). С. 80-82.
3. Егий В.В. Профилактика производственно-обусловленных изменений в органах, тканях и средах полости рта у работников основных профессий промышленно-отопительных котельных: автореф. дисс.... канд. мед. наук / В.В. Егий. - Санкт Петербург, 2010. - 23 с.
4. Колесник А.Г. Эффективное и безопасное применение фторида в стоматологии / А.Г. Колесник. - М., 2008. - 132 с.
5. Леус П.А. Профилактическая коммунальная стоматология / П.А. Леус. - М.: Медицинская книга, 2008. - 443с.

ИССЛЕДОВАНИЕ НАРУШЕНИЙ ВКУСОВОЙ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ У РАБОЧИХ АЛЮМИНИЕВОГО ПРОИЗВОДСТВА

Юсупов З.Я., Бабаев А.Б., Ашуров Г.Г., Максудова З.Я.

- ¹. Кафедра гигиены и экологии ТГМУ им. Абуали ибни Сино.
- ². Кафедра терапевтической стоматологии ГОУ ИПО в СЗ РТ

В статье приводятся данные о влиянии вредных факторов алюминиевого производства на изменения вкусовой чувствительности у рабочих. Установлено, что содержание фтористых соединений, сернистого ангидрида, окиси углерода и пыли в воздухе рабочей зоны основных цехов во многих случаях наблюдений превышают ПДК. Влияние повышенных концентраций различных химических соединений, а также неблагоприятные условия труда могут служить причиной развития различных патологических состояний органов полости рта.

Результаты исследований вкусовой чувствительности показали высокую частоту нарушения как абсолютного, так и дифференциального порога вкуса рабочих. При этом с увеличением профессионального стажа частота понижения вкусовой чувствительности возрастает, вплоть до полной потери вкусовых ощущений.

Ключевые слова: вредные производные факторы, алюминиевое производство, химические соединения, химический анализ, электролизный цех, концентрация.

RESEARCH OF DISORDERS OF TASTE SENSITIVITY IN WORKERS OF ALUMINUM PRODUCTION

Z.Ya. Yusupov, A.B. Babaev, G.G. Ashurov, Z.Ya. Maksudova

The article provides data on the influence of harmful factors of aluminum production on changes in the taste sensitivity of workers. It has been established that the content of fluoride compounds, sulfur dioxide, carbon monoxide and dust in the air of the working area of the main workshops in many cases of observations exceeds the MPC. The influence of increased concentrations of various chemical compounds, as well as unfavorable working conditions can cause the development of various pathological conditions of the oral cavity organs.

The results of studies of taste sensitivity showed a high frequency of violations of both the absolute and differential threshold of taste of workers. At the same time, with an increase in professional experience, the frequency of a decrease in taste sensitivity increases, up to a complete loss of taste sensations.

Key words: harmful derivative factors, aluminum production, chemical compounds, chemical analysis, electrolysis shop, concentration.

Юсупов З.Я., - н.и.т., ходими пешбари илмии ПИТ "Стоматологияи ҷогу рӯй".

Юсупов З.Я., - к.м.н., ведуций научный сотрудник НИИ "Челюстно-лицевая стоматология".

Yusupov Z. Ya., - Candidate of Medical Sciences, Leading Researcher of the Research Institute "Maxillofacial Dentistry".



ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИЯ

БАҲОГУЗОРӢ БА СИФАТИ ҲАӢТИ БЕМОРОНИ ДОРОИ НАМУДҲОИ ГУНОГУНИ ХАДШАҲОИ ПӢСТ

О. И.¹ Касимов, С. Х.,¹Муниева М.Д.,² Нуралиев, М.Ф.³ Хомидов

¹. Кафедраи дерматовенерология бо курси косметологияи ДТБКСТ ВТ ва ҲИА ҚТ,

². Кафедраи морфологияи факултети тиббии ДМТ,

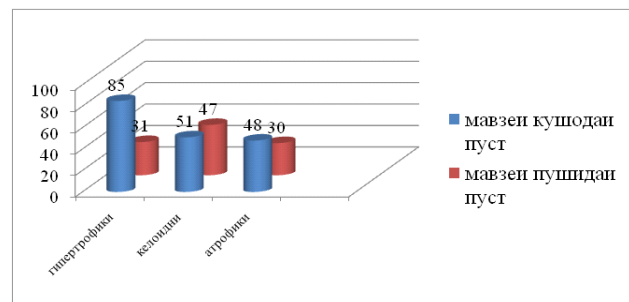
³. Ассотиатсияи дерматовенерологҳо ва косметологҳои ҚТ.

Мубрамият. Ақсуламали шахсият нисбат ба нуқсонҳои косметикӣ ҳангоми осебҳои хадшавӣ пӯст на танҳо ба ҳолати психозотионалии беморон таъсир мерасонад, балки ҳамкорӣ бо табибро сади роҳ мешавад, ки ин дар ниҳояти кор натиҷаи дилхоҳи самаранокии табобати онҳоро таъмин намекунад. Маълум аст, ки дар 40%-и беморони мубтало ба бемориҳои пӯст, нуқсонҳои косметикӣ доранд ва ин боиси паст шудани статуси иҷтимоӣ ва дар 64%- ҳолатҳо мушкилоти пӯст ба фаъолияти касбии беморон низ таъсир мерасонанд [1,2,3,5,6,8]. Дар таҳқиқоти сершумор ки аз тарафи донишмандони ватанӣ ва хориҷӣ пайдо шудани ихтилолҳои психикӣ дар 80%-и беморони дерматологӣ нишон дода шудааст [4,7,9,10,11]. Мувофиқи назарияи тресси эмотсионалӣ, ақсуламал нисбат ба нуқсонҳои косметикӣ, дар баъзе ҳолатҳо мувофиқи типҳои ақсуламалҳои невропатикӣ, дар дигар ҳолатҳо ҳолати патологӣ ба ҳолати астеники тўлкашидаи астеникӣ, ипохондрикӣ ва психопатикӣ чараён мегирад [12,13,14].

Мақсади таҳқиқоти гузаронидашуда омӯхтани сифати ҳаёти беморони дорои хадшаҳои пӯст мебошанд.

Маъвод ва усулҳои таҳқиқот. Муайян кардани "Шохиси дерматологии сифати ҳаёт" дар 292 бемори дорои хадшаҳои пӯст гузаронида шуд, ки аз онҳо 116 бемор бо гипертрофӣ (39,7%), бо келлоидӣ дар 98 (33,6%), бо атрофикӣ дар 78 (26,7%), буданд. Синну соли беморон аз 18 то 35-солро ташкил дод. Беморони чинси мард-96, зан - 196 нафар буданд. Давомнокии миёнаи беморӣ 6,5 сол буд. Хадшаҳо дар ҷойҳои кушодаи (урёни) пӯсти 184 бемор ва дар ҷойҳои пӯшидаи пӯсти 108 бемор ба қайд гирифта шуд (диаграммаи 1).

Диаграммаи 1. Гурӯҳбандии беморони дорои намудҳои гуногуни хадшаҳои пӯст вобаста аз ҷойгиршавӣ.



Беморони дорои осебҳои хадшабор дар ҷойҳои урёни пӯст барои ёрии тиббӣ 1,7 маротиба бештар муроҷиат кардаанд. Дар байни онҳо 46,2% хадшаҳои гипертрофикӣ доштанд, дар 22,7% хадшаҳои келлоидӣ ва дар 26,1% хадшаҳои атрофикӣ дида шуд.

Дар 47,2%-и беморони дорои осебҳои хадшавӣ дар ҷойҳои пӯшидаи пӯст сабаби ба табиб муроҷиат кардани хадшаҳои келлоидӣ буданд, хадшаҳои гипертрофикӣ ва атрофикӣ тақрибан бо ҳиссаҳои баробар (28,7% ва 27,7%) ба мушоҳида расид.

Агар таносуби миқдори беморони дорои осебҳои мавзёҳои кушода ва пӯшида ҳангоми хадшаҳои гипертрофӣ ва атрофикӣ мутаносибан 2,7 ва 1,6 маротибаро ташкил дода бошад, ҳангоми хадшаҳои келлоидӣ ҳамагӣ 1,1 буд.

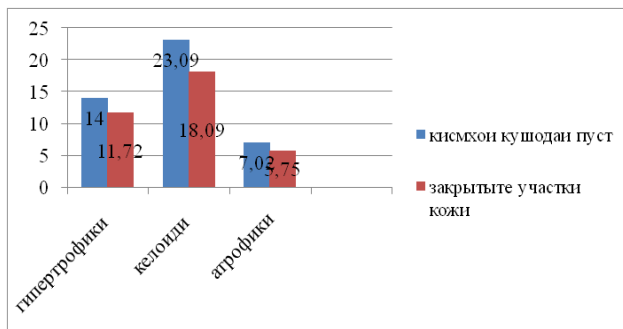
Беморони дорои хадшаҳои келлоидиро на танҳо тарафи эстетикӣ проблема, балки эҳсосоти возеҳи субъектикӣ (дард, сӯзиш, сих задан ва паритезия дар мавзеи хадша) низ норухат месозад, ки ин сабаби асосии барои ислоҳ кардани хадша муроҷиат намудан шудааст.

Муайян кардани шохиси дерматологии сифати ҳаёти беморони дорои хадшаҳои пӯст бо ёрии саволномаи махсус гузарони-



да шуд. Баҳогузори муқоисавии ШДСХ дар беморони дорои хадшаҳо дар мавзёҳои кушода ва пӯшидаи пӯст бадан анҷом дода шуд (диаграммаи 2).

Диаграммаи 2. Нишондиҳандаҳои ШДСХ дар беморони дорои хадшаҳои пӯст вобаста аз мавзёҳои осеби пӯст.



ШДСХ-и зиёдтарин дар беморони дорои хадшаҳои келоидӣ ҳам дар мавзёҳои кушодаи пӯст, ($23,09 \pm 1,21$ балл) ва ҳам дар ҷойҳои пӯшидаи пӯст ($18,09 \pm 1,02$) ошкор карда

шуд. Дар беморони дорои хадшаҳои гипертрофики пӯст ШДСХ дар ҷойҳои кушодаи пӯст зиёда аз 1,2 маротиба назар ба мавзёҳои пӯшидаи пӯст ба бештар назар мерасад, дар беморони дорои хадшаҳои атрофики бо осеб дидани мавзёҳои пӯшидаи пӯст ШДСХ назар ба мавзёҳои кушода 1,2 маротиба камтар буд. Таҳлили ҷузъи ШДСХ аз рӯи се бахш гузаронида шуд: I - пӯст, ки симптомҳо ва ҳиссиёти пӯстро дар бар мегирад (саволҳои 1 ва 2); II - иҷтимоӣ, дар ин ҷо фаъолияти ҳаррӯза баҳогузорӣ мешавад (саволҳои 3,4) таҳсил ва кор (саволи 7); III - эмотсионалӣ, ба баҳогузори сифати истироҳат (фароғат) (саволҳои 5 ва 6), муносибатҳои байни шахсиятҳо (саволи 8) ва табобат (саволи 10).

Маълумотҳо дар бораи таҳлили ҷузъии ШДСХ дар дорои намудҳои гуногуни хадшаҳо дар мавзёҳои кушодаи пӯшидаи пӯст дар ҷадвали 1 оварда шудааст.

Ҷадвали 1. Нишондиҳандаҳои ШДСХ дорои намудҳои гуногуни хадшаҳо дар мавзёҳои кушода ва пӯшидаи қабатҳои пӯст.

Нишондиҳандаҳо	Т хадша					
	Гипертрофики n=116		Келоиди n=98		Атрофики n=78	
	Мавзёҳои кушода n=85	Мавзёҳои пӯшида n=31	Мавзёҳои кушода n=51	Мавзёҳои пӯшида n=47	Мавзёҳои кушода n=48	Мавзёҳои пӯшида n=30
ШДСХ	14,00±0,15	11,72±1,21	23,09±1,21	18,09±1,02	7,02±0,18	5,74±1,11
Бахши пӯст						
Симптомҳо и эҳсосот	3,12±1,01	2,02±0,11	4,97±1,01	4,02±0,11*	0,39±1,01	0,12±0,02*
Бахши иҷтимоӣ						
Фаъолияти ҳамаҷузъ	4,10±0,18*	3,02±0,18*	3,64±0,17*	3,23±1,18	1,72±0,18*	1,02±0,18*
Кор ва таҳсил	0,57±0,02	0,17±0,01*	2,57±0,02	1,17±0,01*	1,37±0,02	0,07±1,01
Бахши эмотсионалӣ						
Истироҳат (фароғат)	1,81±0,17	1,01±0,17	4,67±1,12*	2,81±0,17	1,21±0,07	1,03±0,11
Муносибатҳои байни шахсиятӣ	2,55±1,01	3,75±1,01	4,48±1,01	4,01±1,12	1,05±0,01	2,15±1,01
Табобат	1,85±0,21	1,75±0,45	2,76±1,21	2,85±0,11*	1,28±0,21	1,35±0,231

Эзоҳ: Р - саҳеҳии фарқиятҳои ҳар як нишондиҳанда $P < 0,05$; $P ? 0,05$.

Дар беморони дорои хадшаҳои гипертрофики паст шудани сифати ҳаёт бо тағйироти нишондиҳандаҳо дар ҳама бахшҳо зоҳир мегардад. Дар самти соҳаи иҷтимоӣ нишондиҳандаи баландтарин оид ба саволи "фаъолияти ҳаррӯза" муаян карда шуд, ки дар беморони дорои осебҳо дар мавзёҳои кушодаи қабатҳои пӯст ($4,10 \pm 0,18$) буд, ки назар ба бемо-

рони дорои осебҳои мавзёҳои пӯшидаи пӯст 1,3 маротиба бештар аст ($3,02 \pm 0,18$). Ин ихтилолҳо дар 45 (53%) -и беморон бо мушкилиҳо дар таҳлил, дар 24 (28,2%) бо зуд-зуд иваз кардани кор ва дар 16 (18,8%) ҳолат беморон аз рушди мансаб даст кашидаанд.

Дар пӯст (симптомҳо ва ҳиссиёт) нишондиҳандаи сифати ҳаёт низ дар беморони



дорои хадшаҳо дар чойҳои пӯшидаи пӯст баланд буда, $3,12 \pm 1,01$ -ро ташкил дод. Беморон аз эҳсосоти тарангшавии пӯсти чойи хадша шикоят мекарданд. Ҳангоми осебдидани чойҳои пӯшидаи пӯст ($2,02 \pm 0,11$) беморонро хориш ва хушкии пӯсти мавзеи хадша озор медиҳад.

Муносибатҳои байнишахсиятӣ дар беморони дорои хадшаҳои гипертрофикии мавзёҳои пӯшидаи бадан ($3,75 \pm 1,01$), назар ба беморони дорои хадшаҳои гипертрофикии мавзёҳои кушодаи бадан ($2,55 \pm 1,01$) зиёдтар буд. Дар самти соҳаи иҷтимоӣ бошад, дар беморони дорои хадшаҳои гипертрофикии мавзёҳои кушодаи бадан, нишондиҳандаҳои баланд дар саволи фаъолияти ҳамарӯза ($4,10 \pm 0,18$) ба мушоҳида расид, ки назар ба беморони дорои хадшаҳои гипертрофикии мавзёҳои пӯшидаи бадан 1,3 маротиба бештар буд. Ихтилоли соҳаи эмотсионалии сифати ҳаёт дар беморони дорои хадшаҳои гипертрофикии мавзёҳои пӯшидаи бадан бо паст шудани худбаҳодиҳӣ дар 11 (35,5%) бемор дида шуд, 14 (45,2%) -и беморон дар ҳаёти маҳрамона душворӣ мекашиданд, 6 (19,4%) якбора хира гаштани таъро мушоҳида мекарданд. Дар беморони дорои хадшаҳои гипертрофикии мавзёҳои кушодаи бадан низ ихтилолҳои соҳаи иҷтимоӣ бартарӣ дошанд.

Сифати ҳаёт дар беморони дорои хадшаҳои келоидии пӯст новобаста аз чойгиршавиашон, ҳам дар бад шудани бахши иҷтимоиву эмотсионалӣ ва ҳам ҳолати пӯст зоҳир гаштааст. Дар самти соҳаи эмотсионалӣ нишондиҳандаи баландтарини сифати ҳаёт дар саволи "муносибатҳои байни шахсиятӣ" буд, ки ҳам дар беморони дорои мавзёҳои кушодаи бадан - $4,48 \pm 1,01$, ва ҳам мавзёҳои пӯшидаи бадан - $4,01 \pm 1,12$ баланд буд. Дар 35 (74,5%) беморони дорои хадшаҳои келоидии мавзёҳои пӯшидаи пӯст онҳо дар муносибат чинсҳои муқобил (марду зан), дар 12 (25,5%) -и беморон дар мавҷуд набудани якдигарфаҳмӣ бо наздикон ва ҳешовандон зоҳир шуд. Дар ҳар яки 51 (100%) -и беморони дорои хадшаҳои келоидии мавзёҳои кушодаи пӯсти бадан балли максималӣ аз рӯйи бахшҳои таъсири хадшаҳои ба ҳолати

эмотсионалӣ муайян карда шуд: $3,64 \pm 0,17$ - фаъолияти ҳамарӯза ва $2,57 \pm 0,02$ - истироҳату фароғат. Дар 38 (74,5%) беморони ин гурӯҳ норозигӣ аз самаранокии табобат, набулани боварӣ ба самаранокии табобат, хоҳиши минбаъд табобат карданро надоштанд ($2,76 \pm 1,21$) ба қайд гирифта шуд. Дар 13 (25,5%) вайрон шудани муносибатҳои байни шахсиятӣ ($4,48 \pm 1,01$) дида шуд. Ҳолати иҷтимоӣ (тахсил ва кор) -и ин беморон 2,2 маротиба назар ба хадшаҳои чойҳои пӯшидашудаи бадан бадтар буд. Дар 29 (61,7%) -и беморони дорои хадшаҳои келоидии мавзёҳои пӯшидаи пӯст муносибатҳо бо чинси муқобил қатъ карда шуд, 18 (38,2%) аз кор кардан даст кашиданд. Симптомҳои пӯст сифати ҳаёти беморони дорои хадшаҳои келоидии пӯстро новобаста аз чойгиршавиашон бад сохт: ($4,97 \pm 1,01$) - дар мавзёҳои кушода ва ($4,02 \pm 0,11$) - дар мавзёҳои пӯшидаи пӯст.

Дар беморони дорои хадшаҳои атрофикӣ, ҳам дар мавзёҳои кушода ва ҳам пӯшидаи пӯсти бадан, асосан ҳолати эмотсионалӣ ва иҷтимоӣ осеб дидаанд, таъсири симптомҳои пӯст ба сифати ҳаёт камтар будааст: $0,39 \pm 1,01$ дар мавзёҳои кушода ва $0,12 \pm 0,02$ - дар мавзёҳои пӯшидаи пӯсти бадан ҳангоми миқдори максималии баллҳо оид ба ин бахш -6 балл буд.

Аз ҳама беморони гурӯҳҳои таҳқиқшуда дар 258 (88,3%) бемор ихтилолҳои ошкоршудаи психоэмотсионалӣ ба муносибат нисбат ба табобати минбаъдаи хадшаҳои пӯст инъикос ёфтаанд, ки бо надоштани хоҳиши минбад табобат кардан, набудани боварӣ ба самаранокии табобат, муносибати негативӣ нисбат ба кормандони тиб зоҳир гаштааст.

Нишондиҳандаҳои соҳаи эмотсионалии сифати ҳаёт оид ба саволи "табобат" дар беморони дорои осеби мавзёҳои пӯшида ва кушодаи пӯсти бадан ҳангоми хадшаҳои келоидӣ ва гипертрофикӣ - мутаносибан 1,5 ва 1,6 баланд буд. Ба он нигоҳ накарда, ки нишондиҳандаи ШДСҲ дар беморони дорои хадшаҳои атрофикӣ назар ба хадшаҳои гипертрофикӣ ва келоидӣ хеле паст буд, оид ба саволи "табобат" ин нишондиҳанда дар беморони дорои осеби мавзёҳои



кушодаи пӯсти бадан $1,28 \pm 0,21$ ва дар осеби мавзъҳои пӯшида $1,35 \pm 0,23$ буд.

Хулоса, осебҳои хадшавии пӯст ба ҳолати психоэмотсионалӣ ба таври назаррас таъсир мерасонанд ва сифати ҳаёти онҳоро

бад месозанд. Ин далелро хангоми табоботи ин гурӯҳи беморонба эътибор гирифта муҳим аст, зеро онҳо ба тӯлонӣ ва бисёрмарҳилагии табобат косметики дефект (нуқсон) назари манфӣ доранд

АДАБИЁТ

1. Балан В.Е. Эффективное лечение кожных и метаболических проявлений гиперандрогении - комплексное улучшение качества жизни/ Медицинский совет.-2019.- №7. - с.54-62.
2. Баткаева Н.В., Баткаев Э.А., Гитинова М.М. Сравнительная оценка дерматологического индекса качества жизни у больных хроническими воспалительными дерматозами // Русский медицинский журнал. Дерматология. 2018. №8. С. 68-71.
3. Еремина М.Г. Изменение основных детерминант качества жизни у лиц трудоспособного возраста с хроническими заболеваниями кожи // Саратовский научно-медицинский журнал, Vol. 8, Issue 2, 2012, pp. 621-626
4. Дороженко И. Ю. Психические расстройства при хронических дерматозах легкой и умеренной тяжести / И. Ю. Дороженко // Эксперим. и клинич. дерматокосметология. - 2012. - № 1. - С. 29-36.
5. Каурова Т. В. Медико-социальные и клинико-этические особенности хронических дерматозов у детей старшего возраста : дис. ... канд. мед. наук / Т. В. Каурова. - СПб.- 2011. - 260с.
6. Кашутин С.Л., Бондаренко М.В., Данилов С.И., Ключкарева С.В. Оценка соматического, психологического и социального компонентов качества жизни больных псориазом // Российский журнал кожных и венер. болезней. - 2013. - №6. - С. 28-32.
7. Клинико-морфологические особенности сосудистого русла гипертрофической рубцовой ткани в разные сроки ее формирования/ О.В. Филиппова, К.А. Афоничев, И.Н. Красногорский, Р.В. Вашетко //Ортопедия, травматология и восстановительная хирургия детского возраста.- 2017.-№5(3) -с. 25-35.
8. Кочергин Н.Г., Смирнова Л.М. Дерматологическое качество жизни как психоматематический симптом дерматоза // Российский журнал кожных и венерических болезней. - 2006. - №4. - С. 11-15.
9. Матюшенко Е. Н. Дисморфофобия в дерматологической практике: (аспекты клиники, типологии и терапии) : автореф. дис. канд. мед. наук / Е. Н. Матюшенко; ГБОУ ВПО Первый Моск. гос. мед. ун-т им. И. М. Сеченова Минздр. России. - М. - 2013. - 24 с.
10. Психопатология психических расстройств в дерматологической клинике (модель психической патологии, ограниченной пространством кожного покрова) / А. Б. Смулевич, И. Ю. Дороженко, Д. В. Романов, А. Н. Львов // Псих. расстройства в общ. медицине. - 2012. - № 1. - С. 4-14.
11. Савченко Е. С. Комплексное лечение больных дерматозами с учетом психовегетативных нарушений : автореф. дис.канд. мед. наук / Е. С. Савченко ; ФГКВБОУ ВПО "Воен.-мед. акад. им С. М. Кирова" МО России. - СПб.- 2013. - 16 с.
12. Терешин К. Я. Психосоматические расстройства и их реабилитация у больных с хроническими дерматозами / К. Я. Терешин, С. Ф. Воропаев; Дальневост. гос. мед. ун-т. - Хабаровск: Изд-во ДВГМУ, 2012. - 115 с.
13. Утц С. Р. Оценка психосоматических изменений и изучение состояния вегетативной нервной системы у больных розацеа / С. Р. Утц, А. В. Моррисон, А. В. Давыдова // Саратов. науч.-мед. журн. - 2012. - Т. 8. -№ 2. - С. 664-667.
14. Sicherer S. Advances in allergic skin disease, anaphylaxis, and hypersensitivity reactions to foods, drugs, and insects in 2012 / S. Sicherer, D. Leung // J. Allergy Clin. Immunol. - 2013. - N 131. - P. 55-66.



ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ С РАЗЛИЧНЫМИ ВИДАМИ РУБЦОВ КОЖИ.

*Касымов О. И., *Муниева С. Х., **Нуралиев М. Д., ***Хомидов М. Ф.

*Кафедра дерматовенерологии с курсом косметологии ИПО МЗ и СЗ РТ,

** кафедра морфологии медицинского факультета, Таджикский национальный государственный университет,

*** Ассоциации дерматовенерологов и косметологов Республики Таджикистан,

Актуальность. Келоидные и гипертрофические рубцы в 81% случаев приводят к психоэмоциональным расстройствам. У 40% пациентов кожное заболевание, сопровождающееся косметическим дефектом, приводит к снижению социального статуса, а у 80% дерматологических больных развиваются психические расстройства.

Целью проведенного исследования явилось изучение качества жизни у пациентов с рубцами кожи.

Материалы и методы. Определение "Дерматологического индекса качества жизни" было проведено у 292 пациентов с рубцами кожи, из них с гипертрофическими - у 116 (39,7%), с келоидными - у 98 (33,6%), с атрофическими - у 78 (26,7%). Возраст больных составлял от 18 до 35 лет. Мужчин - 96, женщин - 196. Рубцы на открытых участках кожи локализовались у 184 больных, на закрытых - у 108.

Полученные результаты. Наибольший ДИКЖ выявлен у больных с келоидными рубцами как на открытых участках кожи, ($23,09 \pm 1,21$ балла), так и на закрытых ($18,09 \pm 1,02$). У больных с гипертрофическими рубцами кожи ДИКЖ на открытых участках кожи был выше в 1,2 раза, чем на зак-

рытых участках, а у больных с атрофическими рубцами с поражением закрытых участков кожи ДИКЖ был в 1,2 раза ниже, чем на открытых. ДИКЖ у больных с поражением открытых участков кожи ($4,10 \pm 0,18$) был в 1,3 раза выше, чем у больных с поражением закрытых участков ($3,02 \pm 0,18$). Показатели ДИКЖ у больных с атрофическими рубцами были намного ниже, чем при гипертрофических и келоидных рубцах, а по вопросу "лечение" этот показатель у больных с поражением открытых участков кожи составил $1,28 \pm 0,21$ а на закрытых $1,35 \pm 0,23$ при максимальном числе баллов, что в три раза больше нормального показателя.

Выводы. Рубцовые поражения кожи существенно влияют на психоэмоциональное состояние больных и значительно ухудшают их качество жизни. Данный факт необходимо учитывать при лечении данного контингента больных, которые негативно реагируют на длительность и многоэтапность терапии имеющегося косметического дефекта.

Ключевые слова: келоидные рубцы, гипертрофические рубцы кожи, атрофические рубцы, дерматологический индекс качества жизни,

ASSESSMENT OF THE QUALITY OF LIFE OF PATIENTS WITH DIFFERENT TYPES OF SKIN SCARS

Kasymov O.I., Munieva S. Kh., Nuraliev M.D., Khomidov M.F.

Abstract. Keloid and hypertrophic scars in 81% of cases lead to psycho-emotional disorders. In 40% of patients, a skin disease accompanied by a cosmetic defect leads to a decrease in social status, and in 80% of dermatological patients develop mental disorders.

The aim of the study was to study the quality of life in patients with skin scars.

Materials and methods. The definition of the "Dermatological index of quality of life" was carried out in 292 patients with skin scars, with hypertrophic - in 116 (39.7%), with keloid - in 98 (33.6%), with atrophic - in 78 (26, 7%). The patients' age ranged from 18 to 35 years. Men - 96, women - 196. Scars on open skin areas were localized in 184 patients, on closed ones - in 108.



Results. The highest DIQL was found in patients with keloid scars both in open skin areas (23.09 ± 1.21 points) and in closed areas (18.09 ± 1.02). In patients with hypertrophic scars of the skin, DIQL in open skin areas was 1.2 times higher than in closed areas, and in patients with atrophic scars with lesions of closed skin areas, DIQL was 1.2 times lower than in open areas. DIQL in patients with lesions of open skin areas (4.10 ± 0.18) was 1.3 times higher than in patients with lesions of closed areas (3.02 ± 0.18). The DIQL indices in patients with atrophic scars were much lower than in hypertrophic and keloid scars, and on the issue of "treatment" this

indicator in patients with lesions of open skin areas was 1.28 ± 0.21 , and for closed ones it was 1.35 ± 0.23 with the maximum number of points, which is three times the normal value.

Conclusions. Cicatricial skin lesions significantly affect the psycho-emotional state of patients and significantly worsen their quality of life. This fact must be taken into account when treating this contingent of patients who react negatively to the duration and multistage therapy of the existing cosmetic defect.

Key words: keloid scars, hypertrophic skin scars, atrophic scars, dermatological index of quality of life

Касимов О.И. - профессори кафедраи дерматология ва БЗХМ бо курси косметология, Донишқадаи таҳсил баъдидипломии тиббӣ, ш. Душанбе, Тоҷикистон, профессор, доктори илмҳои тиб.

Касымов О. И. - профессор кафедраи дерматовенерологии с курсом косметологии ИПО МЗ и СЗ РТ, д.м.н.

Касымов О.И. - Department of Dermatology and STIs with Cosmetology course, Institute of Postgraduate Medical Education, Dushanbe, Tajikistan professor doctor of Medical Sciences

ХУСУСИЯТҲОИ МОРФОЛОГИИ ПЎСТ ДАР БЕМОРОНИ ГИРИФТОРИ ВИТИЛИГО

Нуралиев М.Д.¹, Эгамова Ш.Б.², Муниева С.Х.³

Кафедраи морфологияи Донишгоҳи миллии Тоҷикистон (ш. Душанбе)¹

Кафедраи эпидемиологияи МТД "ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино" (ш. Душанбе)²,
ДТБКСТ ҚТ³

Муҳимият. Витилиго дар аҳолии сайёра зиёд дучор мешавад ва аз 0,5 то 2 % -ро дар популятсияи ташкил медиҳад [1,2]. Патогенези беморӣ аз ихтилоли синтези меланин дар марҳалаҳои гуногуни интиқол ёфтани он бо кератиноситҳо ва ҳамчунин протсессҳои аутоиммунӣи вобаста аз вайроншавии меланоситҳо иртибот дорад [3-7].

Этиологияи витилиго ба истиснои назарияҳои асосии классикии витилиго ҳанӯз пурра омӯхта нашудааст: деструксияи меланоситарӣ, маҳв кардани меланоситҳо ё вайрон кардани адгезияи онҳо. Дар солҳои охир назарияи нав пешниҳод карда шуда буд, ки дар он маҳвшавии меланоситарӣ ҳамчун сабаби иаввалини беморӣ асоси гирифта шуда буд. Мувофиқи ақидаи як гурӯҳи муаллифон, алаф ёфтани меланоситҳо ба рои мавзъаҳо, ки дар онҳо витилиго пайдо

мешавад, исбот карда шудааст [3,4,5]. Мувофиқи ақидаи муаллифони дигар ҳангоми витилиго меланоситҳо дар асари апоптоз мемиранд, на ин ки дар асари некроз, вагарна пайдо шудани он барои некроз хос мебуд ва дар худ инфилтратаи илтиҳобиро мебардошт ва метавонист, ки ибтидои камтар чараён дошта бошад ба таври дигар [6].

Дар таҳқиқоти дигар, ки ба функсияи меланоситарӣ ҳангоми витилигои ғайрисегментарӣ бахшида шудаанд, маҳз апоптози меланоситҳо исбот карда нашуданд [7,8]. Илова бар ин, муаллифон ишора мекунанд, ки устувории дохилии меланоситҳо нисбат ба апоптоз тнисбатан баланд аст [9]. Мувофиқи назарияи аутоиммунӣи витилиго, меланоситҳо дар натиҷаи механизми аутоиммунӣи эффекторӣ нобуд мешаванд, ки онҳо натиҷаи таҳаммулпазирӣ ба ҳисоб рафта,



тавассути эффектҳои ситотикии Тхучайраҳои хотира ё ба воситаи аутоантителҳои зидди антигенҳои сатҳии меланоситҳо татбиқ мегарданд. Мувофиқи назарияи нейрогении витилиго маҳви меланоситҳо мустақиман ё ғайримустақим аз аксуламали номуносиби меланоситҳо ба баланд шудани фаъолнокии системаи симпатикии асаб алоқаманданд [8,9,10].

Назарияи маҳвшабии меланоситарӣ ё вайрон шудани адгезияи меланоситҳо хеле маъмул ва паҳншуда аст. Муаллифон ишора мекунанд, ки на танҳо мавҷуд будани меланоситҳои резидуалӣ дар зарфияти фолликулярӣ, балки дар эпидермис низ аз хуб бужани оқибати беморӣ дарак медиҳанд. Назарияи прогрессияи думарҳилагии витилигои ғайрисегментарӣ пешниҳод карда шудааст, ки тибқи он протсессҳои патологӣ метавонад мураттаб (пай дар пай) чараён дошта бошад [10]: дар марҳалаи якум фаъолнокии тирозиназӣ паст аст, дар марҳалаи дуум бошад, ин ба маҳвшабии меланизатсия оварда мерасонад, ва тавассути

Мақсади таҳқиқот. Баҳогузори кардан ба нишондиҳандаҳои морфологӣ.

Мавод ва усулҳои таҳқиқот. Таҳти муоинаи мо 44 бемори мубтало ба витилиго (24 мард ва 20 зан), синну соли аз 15 то 50-сола қарор доштанд. Синну соли миёнаи беморон $27,4 + 1,2$ буд. Давомнокии беморӣ аз 3 моҳ то 10 сол ва ҳатто аз он бештарро дар бар мегирифт. Шакли клиники ғайрисегментарии витилиго дар 24 (54,5%) -и беморон, сегментарӣ дар 20 (45,5%) -и беморон ба қайд гирифта шуд. Майдони осеб, к ибо андозаи кафи даст чен карда шуд, дар 7 (15,9%) бемор 1-2% -и сатҳи баданро, дар 12 (27,3%) - аз 3 то 10%-ро, дар 25 (56,8%) - 11-40% -ро дар бар гирифт.

Таҳқиқоти манзараи умумиморфологӣ дар бурришҳои парафинии бо гематоксин-эозин ранг кардашуда анҷом дода шуд. Бо мақсади ошкор кардани меланин дар меланоситҳо аз аксуламали гистохимиявӣ, ки бо усули Массон-Фонтан гузаронида шудааст, истифода карда шуд. Барои ошкор намудани хучайраҳои Лангерганс аз аксуламали гистозимологӣ дар АТФаза бо усули

Гомори дар модификатсияи Мяделантс О.Д. (1987) истифода ба амал оварда шуд.

Ба таври равшаноптикӣ мавзӯҳои гуногуни пӯсти беморони витилиго омӯхта шуд: пигментатсияи муътадил, дипигментатсионӣ, репигментатсионии пӯст ва минтақаҳои ҳамхудуди байни пигментатсияи муътадил ва дипигментатсионӣ.

Натиҷаҳои ба даст овардашуда. Дар 22 (91,7%) -и аз ҳамаи миқдори беморони мубтало ба витилигои ғайрисегментарӣ (ВФС) (24) миқдори умумии меланоситҳо ба $13,3 \pm 3,1$ баробар буд. Хучайраҳои бисёре шохчаҳои ситоплазматикӣ доштанд, ки аз байни кератиноситҳои базалӣ ва қабати хордори эпидермис мегузаранд. Меланоситҳои низ дида шуданд, ки мелаоносома ва премелаоносома надоштанд. Ин хучайраҳо, мумкин аст, ки аз ҷиҳати функционалӣ нофаъол бошанд. Дар беморони гирифтори ВС (витилигои сегментарӣ) миқдори миёнаи меланоситҳо ба $19,5 \pm 3,3$ баробар буд. Хучайраҳои бисёре шохчаҳои ситоплазматикӣ доштанд, ки аз байни кератиноситҳои базалӣ ва қабати хордори эпидермис мегузаранд. Аммо дар ин беморон танҳо дар 2 (10,0%) ҳолат меланоситҳо ба назар расиданд, ки премелаоносома надоштанд, яъне дар ин шакли беморӣ меланоситҳо аз ҷиҳати функционалӣ фаъол буданд.

Дар натиҷаи таҳқиқотҳои гузаронидашуда хусусиятҳои ихтилолҳои меланогенеза дар лонаҳои витилиго ошкор карда шуд. Хучайраҳои меланиндор дар пӯсти депигментатсионии 16 (66,7%) беморони мубтало ба ВФС ва 11 (55,0%) бемори мубтало ба ВС бо давомнокии беморӣ зиёда аз ё0 сол муайян карда шуданд. Дар ин маврид, миқдори меланоситҳо дар пӯсти пигментатсияшудаи муътадил $37,0 \pm 0,6$; дар минтақаи ҳамсарҳад- $12,0 \pm 0,7$; дар лонаҳои депигментатсия - $1,6 \pm 0,1$ -ро ташкил дод.

Дар 34 (77,3%) ҳолат тадриҷан кам шудани муҳтавои меланоситҳо дар минтақаи аторофи лонаҳои депигментатсия ба мушоҳида расид. Дар минтақаи депигментатсия хучайраҳои ба таври алоҳида позитивӣ ранг кардашуда дар худуди биоптат ошкор карда шуд. Дар минтақаи канорӣ ва минтақаи



периферифокалии пусти пигментатсияш муътадил миқдори онҳо то 5-7 хучайра дар 100 кератиноситҳои қабати базалӣ афзуданд. Яъне, миқдори меланоситҳо дар минтақаҳои наздикистодаи пӯст нисбат ба лонаҳои витилиго кам шудааст. Ғайр аз ин, дар минтақаи сарҳадӣ сохтори меланоситҳо бо полиморфизми худ хеле фарқ мекарданд. Дар ситоплазмаи онҳо хеле кам шудани миқдори меланосомаҳо ва премеланосомаҳо дида шуд, дар 19 (43,2%) ҳолат бошад, меланосомаҳо муайян карда нашуданд. дар минтақаҳои пӯсти лонаҳои периферии осеб ба таври возеҳ васеъ шудани фазои байни хучайраҳо дар атрофии меланоситҳо ба мушоҳида расид, ки яке аз аломатҳои хоси ин дерматоз буд.

Кам шудани мухтавои меланоситҳо дар 33 (75,0%) аз миқдори умумии беморони таҳқиқшуда (44) на танҳо дар минтақаи депигментатсия ва минтақаи канорӣ, балки дар минтақаи перифокалии пӯсти ба таври муътадил пигментатсияшаванда ни муқаррар карда шуд. Дар баробари ин дар минтақаи депигментатсия ва пӯсти ба таври муътадил пигментатсияшаванда ($P < 0,001$) мухтавои меланоситҳо аз ҷиҳати омӯри назар ба перифокалӣ аҳамияти камтар доштанд.

Дар минтақаи депигментатсии дар 19 (79,2%) бемори дорои ВФС кам шудани миқдори хучайраҳои меланиндор ($P < 0,001$) ба мушоҳида расид. Дар ин беморон гранулаҳои меланин дар минтақаи депигментатсия дар мавзӯҳои алоҳидаи қабати базалӣ, дар минтақаи канорӣ - тақрибан дар ҳамаи тӯли он, дар минтақаи перифокалии ба таври муътадил пигментатсияшаванда - дар тамоми тӯли қабати базалӣ ва супрабазалии эпидермис муайян карда шуд.

Дар беморони гирифтори ВС манзараи дигари морфологӣ ба назар расид. Кам шу-

дани миқдори меланоситҳо дар минтақаи депигментатсия дар 14 (70,0%) ($P < 0,001$) беморони мубтало ба ВС мушоҳида карда шуд, аммо дар ин беморон дар минтақаи канорӣ ва минтақаи перифокалии ба таври муътадил пигментатсияшаванда ва ва супрабазалии эпидермис кам шудани миқдори меланоситҳо мушоҳида карда нашуд.

Дар 5 (20,8%) -и беморони дорои ВФС ва 7 (30,0%) -и дорои ВС нигоҳ доштани меланоситҳо дар минтақаи депигментатсия, аз ҷумла дар беморони давомнокии бемориашон зиёд ба назар расид. Ин далел аз ихтилоли нопурраи меланогенез дар лонаи витилиго гувоҳӣ медиҳад.

Дар минтақаи депигментатсияшавандаи пӯсти беморон аз тарафи мо ошкор намудани гранулаҳои меланинро маълумотҳо дар бораи дар гранулаҳои меланин имконпазирии меланоситҳои резидуалӣ, аз ҷумла дар эпителии интерфолликулярӣ тасдиқ мекунад ва аз мақсаднок будани коркарди муносибатҳои муолиҷавии ба стимулятсияи пролифератсия ва репопулятсияи онҳо нигаронидашуда гувоҳӣ медиҳанд.

Дар айни замон, ҳангоми таъйин кардани таъбаоти беморони мубтало ба ВФС ба ҳисоб гирифтани ба протсессии патологӣ ҷалб шудани на танҳо пӯсти депигментатсияшаванда, балки осебҳои перифокалии минтақаи ба таври муътадил пигментатсияшавандаи пӯст низ хеле муҳим аст.

Ҳамин тавр, дар минтақаҳои депигментатсияшавандаи пӯст миқдор ва фаъолнокии функционалии меланоситҳо тағйир меёбад. Аммо ихтилолҳои ҷиддитарин ҳангоми ВФС ба мушоҳида мерасанд, ки дар ин маврид, дар фарқият аз шакли ВС ба протсессии патологӣ на танҳо пӯсти депигментатсияшаванда, балки пӯсти ба таври перифокалӣ қарордоштаи депигментатсияшавандаи муътадил низ кашида мешаванд.

АДАБИЁТ

1. Epidemiology of vitiligo and associated autoimmune in Caucasian probands and their relatives. / A. Alkhateev [etal.] *Pigment Cell Res.* - 2003-16(3). - P. 208-214.
2. Epidemiology of familial vitiligo in the French west Indies (Martinique) / A.M. Boissean, A. Garsand [etal.] // *Ann. Dermatol. Venereol.* - 2002. - vol. 129. - suppl. I. - P. IS 740.



3. Диел К., Коляденко Е.В., Кравченко А.В.. Витилиго: современное состояние проблемы. Новые этиологически обоснованные подходы к терапии /Украинский журнал дерматологии, венерологии и косметологии, 2005, №3, стр. 25-32
4. Percivalle S, Piccino R, Caccialanza M. Concurrence of vitiligo and psoriasis: a simple coincidence? *ClinExpDermatol* 2009; 34(1): 90-1
5. Mellouli F, Ksouri H, Dhouib N et all. Possible transfer of vitiligo by allogeneic bone marrow transplantation: A case report. *PediatrTranspl.* 2009; 13: 1058-61.
6. Elgoweini M, Nour El Din N. Response of vitiligo to narrowband ultraviolet B and oral antioxidants. *J ClinPharmacol.* 2009; 49(7): 852-5.
7. Жаворонкова Е.В. Горностаева М.А. Корсунская И.М. Опыт применения элтамина в терапии витилиго. *KlinDermatolVenerol.* 2009; 4: 9.
8. Polygonatumcyrtonemalectin induces apoptosis and autophagy in human melanoma A375 cells through a mitochondriamediated ROS-p38-p53 pathway / B. Liu [et al.]// *CancerLett.* - 2009. - Vol. 275 (1). - P. 54-60.
9. Бабешко О. А., Ломоносов К. М., Гилядова Н. И. Роль цитокинов в патогенезе витилиго // *Российский журнал кожных и венерических болезней.* 2012. № 3. С. 37-41.
10. Sanchez W. Y., Obispo C., Ryan E., Grice J. E., Roberts M. S. Changes in the redox state and endogenous fluorescence of in vivo human skin due to intrinsic and photoaging, measured by multiphoton tomography with fluorescence lifetime imaging // *J. Biomed Opt.* 2013. Vol. 18, № 6. P. 1-12.

МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ КОЖИ У БОЛЬНЫХ ВИТИЛИГО

Нуралиев М.Д.¹, Эгамова Ш.Б.², Муниева С.Х.³

Кафедра морфологии Таджикского национального университета (г. Душанбе)¹,
кафедра эпидемиологии Таджикского государственного национального
университета (г. Душанбе)², ГОУ ИПОСЗ РТ³

В последнее время влияние различных факторов на состояние меланоцитарной активности при витилиго является актуальной проблемой. С целью оценки морфологических показателей меланоцитов у больных с разными формами витилиго, обследовано 44 больных витилиго в возрасте от 15 до 50 лет, давность заболевания у которых колебалась от 3 месяцев до 10 и более лет. Несегментарная клиническая форма витилиго наблюдалась у 24 (54,5%) больных, сегментарная - у 20 (45,5%). Использовали гистохимическую реакцию, проведенную по методу Массона-Фонтана. Светооптически изучалось состояние нормально пигментированной, депигментированной, репигментированной кожи и пограничной зоны (зоны перехода) между нормально пигментированными и депигментированными участками. У 33 (75,0%) выявлено уменьшенное

содержание меланоцитов. У 19 (79,2%) больных с НСВ гранулы меланина выявляли в зоне депигментации в отдельных участках базального слоя, в краевой зоне, и в зоне нормально пигментированной кожи. У 14 (70,0%) (P<0,001) больных с СВ в краевой зоне и в зоне перифокальной нормально пигментированной кожи - на всем протяжении базального слоя и в супрабазальном слое эпидермиса уменьшения количества меланоцитов не наблюдалось. То есть, наиболее серьезные нарушения меланогенеза наблюдаются при НСВ, при которых, в отличие от СВ формы в патологический процесс вовлекается не только депигментированная кожа, но и перифокально расположенная нормально пигментированная кожа.

Ключевые слова: несегментарное витилиго, сегментарное витилиго, меланоциты, репигментация

**MORPHOLOGICAL SKIN FEATURES IN PATIENTS WITH VITILIGO****Nuraliev M.D¹., Egamova Sh.B².**Department of Morphology, Tajik State National University (Dushanbe)¹.Department of Epidemiology of the Tajik State National University (Dushanbe)²

Recently, the influence of various factors on the state of melanocytic activity in vitiligo is an actual problem. In order to assess the morphological parameters of melanocytes in patients with various forms of vitiligo, 44 patients with vitiligo aged from 15 to 50 years were examined, the duration of the disease in which ranged from 3 months to 10 years or more. Non-segmental clinical form of vitiligo was observed in 24 (54.5%) patients, segmental - in 20 (45.5%). The histochemical reaction carried out according to the method of Masson-Fontana was used. The state of normally pigmented, depigmented, repigmented skin and the border zone (transition zone) between normally pigmented and depigmented areas was studied by means of optical optics. In 33 (75.0%) patients showed

a reduced content of melanocytes. In 19 (79.2%) patients with NSV, melanin granules were detected in the depigmentation zone in certain areas of the basal layer, in the marginal zone, and in the zone of normally pigmented skin. In 14 (70.0%) (P < 0.001) patients with SV in the marginal zone and in the area of the perifocal normally pigmented skin - no decrease in the number of melanocytes was observed throughout the basal layer and in the suprabasal epidermis. That is, the most serious disorders of melanogenesis are observed in NSV, in which, unlike the SV form, not only depigmented skin is involved in the pathological process, but also perifocally located normally pigmented skin.

Key words: non-segmental vitiligo, segmental vitiligo, melanocytes, repigmentation

Нуралиев Махмадали Дустмуродович - к.м.н., заведующий кафедрой морфологии Таджикского национального университета; тел. +992-939-07-43-79;

Nuraliev Makhmadali Dustmurodovich - Candidate of Medical Sciences, Head of the Department of Morphology, Tajik State National University; tel. + 992-939-07-43-79;

Нуралиев Махмадали Дустмуродович - номзади илмҳои тиб, мудири кафедраи морфологияи Донишгоҳи давлатии миллии Тоҷикистон; тел. + 992-939-07-43-79;

**БЕМОРШАВӢ АЗ СИРОЯТӢОИ БО РОӢИ АЛОҚАИ ЧИНСӢ ГУЗАРАНДА ДАР
ҶУМӢУРИИ ТОҶИКИСТОН****Б.И. Саидзода¹, А. Ахмедов², М.А. Гадоев¹.**¹МДТ "ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино", кафедраи дерматовенерология. Тоҷикистон.²МФТ "Донишкадаи тиббӣ-ичтимоӣи Тоҷикистон", ³МДТ "Донишкадаи таҳсилоти баъдидипломӣ дар соҳаи тандурустии Ҷумҳурии Тоҷикистон".

Мубрамият. Сироятҳои бо роҳи алоқаи чинсӣ гузаранда дар байни бемориҳои урогениталӣ мавқеи муҳимро игишол менамоянд. Онҳо ба солимии репродуктивӣ ва муносибатиҳои оилавӣ таъсири манфӣ расонида, инчунин, харочотҳои калони иқтисодиро ба вучуд меоранд [3,5]. Аз рӯи маълумотҳои ТУТ зиёда аз 20 сироятҳои ба ҳисоб гирифта шудаанд, ки бо роҳи алоқаи чинсӣ (СБРАҶГ) мегузаранд. Ба ин гурӯҳ дар қатори оташак,

сӯзок, трихомониаз, шанкроид ва донованоз сироятҳои бо роҳи алоқаи чинсӣ гузарандаи насли нав: хламидиоз, микоплазмоз, уреоплазмоз, кандидоз, гарднереллез, ЦМВ, герпес ва ғайраҳо дохил мешаванд, зеро соли 1982 Ташкилоти умумичаҳонии тандурустӣ онҳоро дар як гурӯҳ -СБРАҶГ муттаҳид кард. Солҳои охир дар мамлакатҳои ИДМ, аз ҷумла, Ҷумҳурии Тоҷикистон афзоиши зиёди СБРАҶГ ба назар мерасад [1 - 5].



Дар Ҷумҳурии Тоҷикистон нуқтаи балан-дарини паҳншавии бемории оташак ба солҳои 1995-1997 рост меояд, ки он солҳо нишондиҳандаи интенсивии беморшавӣ дар ҷумҳурӣ ба ҳар 100 000 нафар аҳоли аз 19,1 то 20,2 муқобили 1,6 дар соли 1990 ва дар шаҳри Душанбе - аз 71,4 то 87,2 муқобили 5,1-ро ташкил меод. Дар солҳои минбаъда тамюли ночизи пастшавии сатҳи беморшавӣ мушоҳида гардид, ки ба воқеият мувофиқат намекард, зеро бисёр беморон бе системаи ба ҳисобгирӣ ва ҳисоботдиҳӣ оид ба СБРАҶГ таъбаат гирифтанд [1,2,4].

Нишондодҳои солимии аҳоли ва сатҳи муриш индикаторҳои сифати расонидани ёрии тиббӣ ба аҳоли маҳсуб меёбанд. Нишондодҳои асосии нигоҳдории тандурустӣ (беморшавӣ, фавт, солимии репродуктивӣ, нишондодҳои солимии мардон ва занон) аз истифодаи комплекси технологияҳои гуногунранги тиббӣ вобаста мебошад. Ҳамин тавр, татбиқи технологияҳои нави тиббӣ барои гузоштани методҳои ҳозиразамони ташхисӣ оид ба сироятҳои бо роҳи алоқаи чинсӣ гузаранда дар ҷумҳурӣ имкон доданд, ки беморҳои сари вақт ошкор ва оризаҳо паст карда, муолиҷаи мувофиқ гузаронида шавад. Дар шароитҳои муосир мушкilotи СБРАҶГ ниҳоят мубрам боқӣ мемонад.

Мақсади таҳқиқот. Омӯзиши дараҷаи паҳншавии сироятҳои бо роҳи алоқаи чинсӣ паҳншаванда дар минтақаҳои гуногуни Ҷумҳурии Тоҷикистон дар солҳои 2008-2009.

Мавод ва методҳои таҳқиқот. Аз рӯи маълумотҳои муоинаи давлатии оморӣ таҳлили беморшавӣ гузаронида шуд: "Маълумотҳо оид ба беморҳои бештар бо роҳи алоқаи чинсӣ гузаранда, беморҳои занбурӯғии пӯстӣ ва хоришак" дар 5 минтақаи Ҷумҳурии Тоҷикистон дар солҳои 2008-2009.

Натиҷаҳои таҳқиқот ва муҳокимаи онҳо. Таҳқиқотҳо маҳз дар солҳои 2008-2009 гузаронида шуданд, зеро ин беморҳои маҳз дар ин солҳо бештар ба қайд гирифта шуданд. Соли 2009 ҳамагӣ 4 354 беморҳои сироятии бо роҳи алоқаи чинсӣ гузаранда ба қайд гирифта шуданд, ки 58,43 ба ҳар 100 000 (муқобили 4 035 ва 55,32 дар соли 2008)-ро ташкил додааст. Дар сохтори беморҳои сироятии бо роҳи алоқаи чинсӣ гузаранда дар соли 2009 оташак 30,5 (дар соли 2008 - 20,1%), сироятҳои гонококӣ - 14,9% (дар соли 2008 - 16,4%) -ро ташкил дод. Қисмати бештарро мисли солҳои пеш трихомоноз (50,1% муқобили 58,9% дар соли 2008) ва қисмати нисбатан камро сирояти хламидиявӣ (4,5% муқобили 4,6%) ташкил доданд. (Ба ҷадвали 1 ва расми 1 нигаред).

Ҷадвали 1 Сохтори беморҳои СБРАҶГ дар ҶТ дар солҳои 2008-2009

№ р/г	Сироятҳо	2008, ба %	2009, ба %	Фарқият ба %
1	Оташак	20,1	30,5	+ 6,7
2	Сирояти гонококӣ	16,4	14,9	- 1,5
3	Трихомониаз	58,9	50,1	- 8,8
4	Сирояти хламидиявӣ	4,6	4,5	- 0,1
Ҳамагӣ		100	100	+ 3,11

Расми 1. Сохтори беморҳои сироятии бо роҳи алоқаи чинсӣ гузаранда (СБРАҶГ) дар ҶТ дар солҳои 2008-2009 (ба ҳар 100 ҳазор нафар)





Тавре ки аз ҷадвали 1 ва расми 1 дида мешавад, дар соли 2009 пастшавии ҳодисаҳои беморшавӣ ба СБРАҶГ идома меёбад, аз ҷумла сирояти гонококкӣ (1,5%), трихомоноз (8,8%) сирояти хламидиявӣ (0,1%), дар ҳолате, ки зудии гирифторшавӣ ба бемории оташак 6,7% ба қайд гирифта шудааст.

Дар сохтори гирифторшавӣ ба бемории оташак афзоиши шаклҳои пӯшида ва дермухлат дар заминаи пастшавии нишондоди бемориҳои умумӣ (аз 6,2 то 12,7 ба 100 000

аҳоли дар соли 2009) мушоҳида мегардад. Баландшавӣ аз сатҳи умумичумхуриявӣ дар шаҳри Душанбе (14,0 ба 100 ҳазор аҳоли) ва НТМ (10,0 ба 100 ҳазор аҳоли) ба назар мерасад. Дар заминаи пастшавии гирифторӣ ба бемории оташак дар сатҳи ҷумхури дар маҷмуъ дар минтақаҳои алоҳида тамоюл ба афзоиш ба қайд гирифта мешавад. Минтақаҳои нисбатан ба беморшавии оташак номусоид дар Ҷумҳурии Тоҷикистон дар ҷадвали 2 оварда шудаанд.

Ҷадвали 2. Ҷадвали тақсимотии минтақаҳои нисбатан ба беморшавии оташак номусоид (ба 100 ҳазораҳоли)

№ р/г	Минтақаҳои Ҷумҳурии Тоҷикистон	2008 г.	2009 г.	Суръати афзоиш / пастшавӣ, %
1	Шаҳри Душанбе	11,3	26,0	+ 14,7
2	НТМ	8,1	15,0	+ 6,9
	Ноҳияи Варзоб	4,8	17,0	+12,2
	Ноҳияи Рашт	9,4	16,3	+6,9
3	Вилояти Сӯғд	4,0	11,4	+ 7,4
	Шаҳри Панҷакент	8,6	21,4	+12,8
	Шаҳри Бӯстон	11,6	14,9	+3,3
4	Вилояти Хатлон	6,3	8,8	+ 2,5
	Шаҳри Кӯлоб	21,0	15,5	-5,5
5	ВМКБ	1,4	2,3	+0,9
	Дар ҷумхури	6,2	12,7	+6,5

Гирифторшавӣ ба бемориҳои сирояти гонококкӣ дар соли 2009 8,7 ҳолат ба 100 ҳазор нафар аҳоли (муқобили 9,1 дар соли 2008)-ро ташкил дод. Дар бисёр минтақаҳои ҷумхури нишондодҳои миёнаи омории беморшавӣ нисбат ба нишондодҳои миёнаи ҷумхури баланд буданд. Нишондихандаи

баландтарини беморшавӣ дар шаҳри Душанбе (27,2 муқобили 22,6 ба 100 ҳазор нафар аҳоли дар соли 2008) буд. Минбаъд аз рӯи пастшавӣ дар ҷойи дуюм ноҳияи Рашт (19,4 ва 14,6 мувофиқан), ноҳияи Рӯдакӣ (12,3 ва 13,2), шаҳри Ҳисор (11,8 ва 10,4) ва ноҳияи Шаҳринав (4,1 ва 10,6) қарор мегиранд.

Ҷадвали 3. Ҷадвали тақсимотии минтақаҳои нисбатан номусоиди гирифторшавӣ ба бемории сирояти гонококкӣ

№ р/г	Минтақаҳои Ҷумҳурии Тоҷикистон	Соли 2008	Соли 2009	Суръати афзоиш / пастшавӣ, %
1	Шаҳри Душанбе	27,2	22,6	- 4,6
2	НТМ	7,6	8,0	+ 0,4
	Ноҳияи Рашт	14,6	19,4	+ 4,8
3	Вилояти Сӯғд	6,3	8,7	+2,4
	Шаҳри Панҷакент	24,4	40,4	+ 16
	Шаҳри Бӯстон	7,7	29,8	+ 22,1
4	Вилояти Хатлон	8,0	5,9	-2,1
	Шаҳри Кӯлоб	25,2	22,7	- 2,5
5	ВМКБ	3,7	4,5	+0,8
	Шаҳри Хоруғ	20,6	23,9	+ 3,3
	Дар ҷумхури	9,1	8,7	- 0,4



Тахлили нишондодҳои раёсати ҷумҳуриявии омори нишон дод, ки пастшавии гирифтори ба бемории сироятии гонококкӣ на дар ҳамаи минтақаҳои ҷумҳурӣ ба назар мерасад. Дар як қатор минтақаҳои ҷумҳурӣ нишондодҳои беморшавӣ аз сатҳи миёнаи омори дар Тоҷикистон мегузаранд. Минтақаҳои нисбатан номусоиди гирифтورشавӣ ба бемории сироятии гонококкӣ дар Ҷумҳурии Тоҷикистон дар чадвали 3 оварда шудаанд.

Дар сохтори гирифтورشавӣ ба СБРАҶГ қисмати бештарро трихомоназ ишғол менамояд. Дар соли 2009 нишондоди беморшавӣ 29,3 ба 100 ҳазор нафар аҳоли (дар

соли 2008 - 32,6)-ро ташкил дод. Гирифтورشавии аз сатҳи миёнаи омории ҷумҳуриявӣ баланд ба ин бемории сироятӣ дар НТМ (54,3 - дар соли 2009, 65,6 - дар соли 2008), дар вилояти Суғд (39,5 - дар соли 2009, 40,9 - дар соли 2008), ВМКБ (29,1 - дар соли 2009, 32,5 - дар соли 2008) ва шаҳри Душанбе (19,6 - дар соли 2009, 21,5 - дар соли 2008) ба мушоҳида расид.

Дар минтақаҳои алоҳида афзоиши гирифтори ба бемории сироятии трихомоназ ба назар мерасад. Минтақаҳои нисбатан номусоиди гирифтورشавӣ ба бемории сироятии трихомоназ дар Ҷумҳурии Тоҷикистон дар чадвали 4 оварда шудаанд.

Чадвали 4. Чадвали тақсимотии минтақаҳои нисбатан номусоиди гирифтورشавӣ ба бемории сироятии трихомоназ

№ р/г	Минтақаҳои Ҷумҳурии Тоҷикистон	Соли 2008	Соли 2009	Суръати афзоиш / пастшавӣ %
1	Шаҳри Душанбе	21,5	19,6	- 1,9
2	НТМ	65,6	54,3	- 11,3
	Ноҳияи Рӯдакӣ	182,8	161,3	- 21,5
	Ноҳияи Ҳисор	146,8	94,8	- 52,0
3	Вилояти Суғд	40,9	39,5	- 1,4
	Шаҳри Гулистон	234,4	172,4	- 62,0
	Шаҳри Хучанд	196,8	164,9	- 31,9
4	Вилояти Хатлон	8,0	7,7	- 0,3
5	ВМКБ	32,5	29,1	- 3,4
	Шаҳри Хоруғ	89,3	75,1	- 14,2
	Дар ҷумҳурӣ	32,6	29,3	- 3,3

Гирифтورشавӣ ба бемории сироятии хламидиявӣ дар соли 2009 2,63 ба 100 ҳазор нафар аҳоли муқобили 2,52 дар соли 2008-ро ташкил дод. Дар шаҳри Душанбе нишондиҳандаи беморӣ (11,6 муқобили 12,0 ба 100 ҳазор нафар аҳоли дар соли 2008) нисбат ба сатҳи миёнаи омории ҷумҳуриявӣ хеле ба-

ланд буд. Дар заминаи пастшавии ҳолатҳои беморӣ дар маҷмуъ дар ҷумҳурӣ, дар баъзе минтақаҳо тамоюл ба афзоиш ба назар расид. Дар чадвали № 5 нишондодҳо оид ба сирояти хламидиявӣ дар шаҳрҳо, вилоятҳо ва ноҳияҳои номусоид пешниҳод гардидаанд.

Чадвали 5. Чадвали тақсимотии минтақаҳои нисбатан номусоиди гирифтورشавӣ ба сирояти хламидиявӣ

№ р/г	Минтақаҳои Ҷумҳурии Тоҷикистон	Соли 2008	Соли 2009	Суръати афзоиш / пастшавӣ, %
1	Шаҳри Душанбе	11,6	12,0	+0,4
2	НТМ	2,3	2,2	-0,1
3	Вилояти Суғд	2,13	2,46	+0,33
4	Вилояти Хатлон	0,61	0,63	+0,02
5	ВМКБ	1,83	2,27	+0,44
	Дар ҷумҳурӣ	2,52	2,63	+0,11



Пастшавии идомадоштаи гирифторшавӣ ба сироятҳое, ки бо роҳи алоқаи чинсӣ мегузаранд, фақат гувоҳи зуҳуроти қонуни ададҳои калон мебошад (дар аксари ноҳияҳо, шаҳрҳо ва вилоятҳои Ҷумҳурии Тоҷикистон пастшавии онҳо мушоҳида мегардад). Дар айни замон дар як қатор минтақаҳо афзоиши зудии паҳншавии онҳо даровдор. Васеъшавии шабакаи муассисаҳои тиббии ба беморони СБРАҶГ хизматрасонанда бе баҳисобгирии ҳолатҳои зохиршавии сироятҳо ва ҳисоботҳои чамбасткунанда дар назди муассисаҳои минтақавии махсусгардонидашуда имкон намедихад, ки аз хусуси муътадилшавии ҳақиқӣ ва ё беҳбудии эпидемиологӣ дар мамлакат ҳарф зада шавад.

Пастшавии гирифторӣ ба сироятҳое, ки бо роҳи алоқаи чинсӣ мегузаранд, дар саҳти ҷумҳурӣ дар заминаи вазъияти ниҳоят

номусоид дар як қатор ноҳияҳо, шаҳрҳо ва вилоятҳо аз зарурати такмили низоми назорат аз болои ошкоркунӣ ва баҳисобгирии беморон дар муассисаҳои тиббие гувоҳӣ медиҳанд, ки ба беморони гирифтори сироятҳои бо роҳи алоқаи чинсӣ гузаранда хизмат мерасонанд.

Хулосаҳо. Натиҷаҳои таҳлил аз ноустувории ҳолати эпидемиологӣ оид ба СБРАҶГ дар Ҷумҳурии Тоҷикистон шаҳодат медиҳанд. Вазъияти нисбатан номусоиди СБРАҶГ дар шаҳри Душанбе, вилояти Суғд ва НТМ боқӣ мемонад. Зарур аст, ки фаъолияти муассисаҳои ғайридавлатии тиббӣ ва табибони ба таври хусусӣ фаъолиятдошта оид ба ошкор намудан ва баҳисобгирии беморони СБРАҶГ бо мақсади такмили чорабиниҳои пешгирӣ ва муолиҷаи самараноки беморон ҷиҳати ҳифзи солимии репродуктивии аҳоли назорат карда шавад.

АДАБИЁТ

1. Гуцин, А.Е. Современный взгляд на проблемы диагностики и лечения моно- и микстинфекций, передаваемых половым путем / А.Е. Гуцин, В.И. Кисина, Г.А. Хайрулина // Клиническая дерматология и венерология. - 2015. - № 3. - С. 85-93.
2. 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.
3. Гадоев, М.А. Клинико-иммунологические нарушения при негонококковых уретритах / М.А. Гадоев, Б.И. Саидзода // Ж. Вестник Авиценны. - Душанбе. - 2020. №1. -С. 40-44.
4. 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.
5. Arif N., Juyal D., Sebastian S. et al. Analysis of laboratory testing results for Chlamydia trachomatis infection in an STI clinic in India: Need for extragenital screening // International Journal of Infectious Diseases, 2017, vol. 57, No. 2, p. 1-4.

ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ ИНФЕКЦИЯМИ ПЕРЕДАВАЕМЫМИ ПОЛОВЫМ ПУТЕМ В РЕСПУБЛИКЕ ТАДЖИКИСТАН

Б.И.Саидзода¹, А. Ахмедов², М.А. Гадоев¹

ГОУ "ТГМУ им. Абуали ибни Сино", кафедра дерматовенерологии.

Известно, что инфекции, передаваемые половым путем, имеют негативное влияние на репродуктивное здоровье населения. Частота их распространения вызывает особый интерес в условиях демографического кризиса. Нами проведен анализ современной ситуации по заболеваемости инфекциями, передаваемыми

половым путем, за период 2008-2009 гг. в регионах Республики Таджикистан, который показал, что наиболее неблагоприятными остаются в г. Душанбе, Согдийской области и РРП.

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



INCIDENCE OF SEXUALLY TRANSMITTED INFECTIONS IN THE REPUBLIC OF TAJIKISTAN

B.I. Saidzoda, A. Ahmedov, M. A. Gadoev1.

Department of Dermatolojy SEI "Avicenna Tajik State Medical University".

It is known that sexually transmitted infections have a negative impact on the reproductive health of the population. The frequency of their distribution is of particular interest in the context of the demographic crisis. We have analyzed the current situation on the incidence of sexually transmitted infections

for the period 2008-2009, in the regions of the Republic of Tajikistan, which showed that the most disadvantaged remain in the city of Dushanbe, Sughd region and RRS.

Key words: sexually transmitted infections, reproductive health, indices of morbidity

Саидзода Баҳромуддин Икром - дотсенти кафедраи дерматовенерологияи МДТ "ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино", н.и.т.; e-mail: saidov_bahromuddin@mail.ru тел.: (+992) 985154545;

Саидзода Баҳромуддин Икром - дотсент кафедраи дерматовенерологии ГОУ "ТГМУ им. Абуали ибни Сино", к.м.н.; e-mail: saidov_bahromuddin@mail.ru тел.: (+992) 985154545;

Saidzoda Bahromuddin Ikrom - associate professor of the department of Dermatolojy SEI "Avicenna Tajik State Medical University" Ph.D.; e-mail: saidov_bahromuddin@mail.ru tel.: (+992) 985154545;



ПЕДИАТРИЯ

ХУСУСИЯТҲОИ МАЙЛИ ГЕМОСТАЗ ДАР КҶДАКОНИ НОРАСИД БО ПНЕВМОНИЯ

Исмоилов К.И., Давлатов С.Т., Исмоилова М.А., Курбонов Н.Б

Кафедраи бемориҳои кӯдакони №2 (мудири кафедра д.и.т., профессор Исмоилов К. И.) -и МДТ ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино

Муҳиммият: Системаи гемостаз - ин ҷамъи механизмҳои морфологӣ-функционалӣ ва биохимикӣ буда, таъминоти лахтабандии хун ва ҳамзамон хунро дар ҳолати моеъ дар дохили рағҳо нигоҳ медорад[3].

Система гемостаз дар кӯдакони норасид хосияти резонанси дошта, дар ҷараёни ҳаёт вобаста аз шароити муҳити атроф тағйир меёбад ва алоқамандии зич бо дигар системаҳои физиологии организм пайдо мекунад[2, 5]. Майли гемостатикӣ дар организми кӯдакони навзод, аллалхусус дар кӯдакони норасид бо диапазони васеъ ҳангоми ҷой доштани фаъолнокии ҳар гуна компонентҳои системаи лахтабандӣ ва зидди лахтабандии хун нигоҳ дошта шуда [1-3], инчунин дар девораи рағҳо, ҳуҷайраҳо ва плазмаи хун, прокогулянтҳо ва антикогулянтҳо дида мешавад. Ҳангоми таъсири начандони омилҳои номусоид тағйирот дар компонентҳои системаи гемостаз ба вуҷуд меояд [4, 6].

Ҳангоми илтиҳоби шуш (пневмония) дар кӯдакони навзоди норасид тағйиротҳои гуногун ба монанди вайроншавии қобилияти як қатор вазифаҳои асосии шуш ба монанди вентилятсионӣ, перфизиявӣ ва диффузиявӣ дида мешавад, ки бештар ба пайдошавии майли гемостатики дар системаи лахтабандии хун бо намуди тромб ё хунравии гемморрагӣ дида мешавад. Қайд кардан лозим меояд, ки ин тағйиротҳо дар ин ё он тарафи гемостаз дида мешавад ва дар баъзе ҳолатҳо ҳатто ба фавтшавии оварда мерасонад [5-8]. Бояд қайд намуд, ки то ҳол бисёре аз нишондодҳои гемостаз дар кӯдакони навзод аз он ҷумла дар кӯдакони норасид то ҳол пурра ва ҳама тарафа омӯхта нашудааст.

Мақсади таҳқиқот. Омӯзиши хосиятҳои майли гемостаз дар кӯдакони норасид бо пневмония.

Мавод ва усулҳои таҳқиқот. Зери назорати мо қарор дошт 32 нафар кӯдаки навзо-

ди норасид бо пневмонияи ҷараёни вазнин ва ниҳоят вазнин, ки синни онҳо аз 9-рӯз то 1моҳро ташкил меод. Дар байни кӯдакони муоинашуда 17 писар (53,1%), 15 духтар (46,9%) буданд. Гурӯҳи якум иборат аз 19 кӯдаки гирифтори пневмонияи шадиди вазнин бо норасоиди нафаскашии дараҷаи -I (НН-I), гурӯҳи дуввум 13 кӯдаки гирифтори пневмонияи шадиди ниҳоят вазнин бо норасоиди нафас (НН) II-III дараҷа ташкил менамуд.

Гурӯҳи назоратиро 18 кӯдаки солими ҳамин синну сол ташкил менамояд. Ҳамаи кӯдакони мушоҳидашуда аз санҷиши умумии клиникӣ (санҷишҳои умумии хун дар шакли васеъ), коагулясионӣ (вақти лахташавии хун бо усули Ли-Уайт, дараҷаи тромботест, индекси протромбин, фибриноген, фаъолияти фибринолитикии хун, антитромбин-III) ва тести паракоагулясионӣ (протени сульфат) гузаронида шуд.

Қоркарди маълумотҳои оморӣ бо истифода аз бастаи барномаҳои STATISTICA 6.0 (StatSoftInc., ИМА) анҷом дода шуд. Муқоисаҳои арзишҳои мутлақ бо истифодаи санҷиши (U-меъёри Манна-Уитни, T-меъёри Уилкоксона), Mann-Whitney U ва Wilcoxon T-санҷиш гузаронида шуданд. Фарқияти байни нишондиҳандаҳои ҳангоми $p < 0.05$ аҳамияти оморӣ ҳисобида шуд.

Натиҷаҳои таҳқиқот. Ҳолати ҳамаи кӯдакони таҳқиқшуда вазнин ва хеле вазнин арзёбӣ карда шуд. Вазнинии ҳолати бемор аз ҳисобии интоксияи умумии бадан, душвории нафаскашӣ (шумораи нафаскашии 56-78 дар як дақиқа). Норасоиди нафаскаши бо аломатҳои баръалои захролудшавӣ дар намуди гипертермия (аз 37,8 то 40 ° C) ва дар ҳама ҳолатҳо ҷой доштани пӯст бо шакли мармари мушоҳида мешуд. Дар ҳама кӯдакони муоинашуда сианоз ва акросианози секунҷаи лабу-бинӣ дида мешавад. Дар 14



бемор (43.75%) аускультативи чой доштани хиросҳои майдачаи намнок дар аснои пневмония шӯнида мешавад.

Файр аз ин дар 9 кӯдаки гурӯҳи I бо пневмония, ки бо нишонаҳои дар боло номбаршуда, қайкуни бо омехтаи хун дар шакли қаҳва ба қайд гирифта шуд (47,4%).

Дар беморони гурӯҳи дуҷум, зухуроти клиникаи раванди пневмония бо норасоии нафас (НН) II-III дараҷа дар якҷоягӣ бо тағйирёбии вайроншавии микросиркулятории пӯст, хунравӣ аз маконҳои тазриқӣ дар 7 (53.9%) кӯдакон ва коҳиш ёфтани хуручи пешоб дар 5 (38,5%) кӯдакон дар меъёри аз 62-73% дида мешавад. Қайд кардан лозим аст, ки дар 100% кӯдакони ин гурӯҳ қайкуниҳо бо омехтаи хун ва начосати сиёҳчамо-нанд мушоҳида карданд, дар ду кӯдак хунравии диффузионӣ ба конъюнктивҳои чашм ба қайд гирифта шудааст. Дар баробари синдромҳои клиникаи зикршуда тағйироти сиркулятории, норасоии нафас камшавии чӯдонамудани ҳаррӯзаи пешоб <50%, нуқтаҳои геморагикӣ дар пӯст, ки зиёда аз 40% беморон доштаанд, асосан дар қисми поёни бадан чой доштанд.

Дар ҳамаи 32 кӯдакони (100%) ҳарду гурӯҳ, таҳқиқоти рентгенологӣ чой доштани мавҷудияти тағйироти илтиҳобии шушро муайян намуд, бештар дар тарафи рост (47.3%), пневмонияи дар ҳарду тараф (32,6%) ва камтар аз тарафи чап (20,1%) тасдиқ карда шуд.

Ҳангоми омӯзиши ҳолати коагулятсионии (нигаред ба ҷадвал), дар беморони гурӯҳи I -ум ($3,4 \pm 0,06$ дақ.) каме камшавии вақти коагулятсионии хун нишон дода шудааст ($3,4 \pm 0,06$ дақ.), аммо ба таври назаррас зиёдшавии вақти дарознокии хун дар кӯдакони гурӯҳи II чой дошт ($9,4 \pm 0,13$ дақ.), нисбат ба ҳамин нишондодҳои дар гурӯҳи назоратӣ ($4,0 \pm 0,16$ дақ.). Нишондодҳои миёнаи дигар параметрҳои коагулограмма: индекси протромбин (И.П.Т), дараҷаи тромботест, сатҳи фибриноген дар беморони гурӯҳи I тамоюл ба коҳиш ёфтанд ($77,8 \pm 3,4$; $4,1 \pm 0,37$; $2,1 \pm 0,83$) доранд, аммо дар кӯдакони гурӯҳи II ин нишондиҳандаҳо аз нишондиҳандаҳои дахлдори кӯдакони солим ва ҳам гуруҳи якум ($45,3 \pm 2,4$; $2,1 \pm 0,44$; $1,11 \pm 0,08$) хеле паст буданд.

Фаъолияти фибринолитикӣ дар беморони гурӯҳи I дар ҳудуди муқаррарӣ буд ($223,4 \pm 6,1$ дақ.), аммо дар беморони гурӯҳи II ($151,3 \pm 6,9$ дақ.) ин нишондод нисбати гурӯҳи назоратӣ хеле баландтар буданд ($218,7 \pm 6,54$ дақ.). Бояд қайд кард, ки дар беморони гурӯҳи якум сатҳи антитромбин-III (АТ III) $72,8 \pm 2,6$ мг% нисбат ба гурӯҳи назорат каме пасттар аст; ва дар кӯдакони гурӯҳи дуҷум сатҳи ин нишондодҳо ($57,8 \pm 1,2$ мг%) дар муқоиса бо гурӯҳи якуми назорат ($81,5 \pm 3,6$ мг%) хеле коҳиш ёфтааст. Илова бар ин, дар ҳама ҳолатҳо озмоиши тести протени сульфат мусбат худро нишон додааст.

Ҷадвали 1.- Баъзе нишондиҳандаҳои системаи коагулятсионии хун дар кӯдакони навзоди норасид бо пневмония ($X \pm m$).

Нишондод	Гурӯҳи назоратӣ n=18	I-гурӯҳ n=19	II-гурӯҳ n=13
Вақти лахташавии хун бо Ли-Уайту (дақ.)	$4,0 \pm 0,16$	$3,4 \pm 0,06^*$	$9,4 \pm 0,13^{*,**}$
Дараҷаи тромботест	$4,3 \pm 0,08$	$4,1 \pm 0,37$	$2,1 \pm 0,44^{*,**}$
Индекси протромбини (%)	$81,6 \pm 5,2$	$77,8 \pm 3,4^*$	$45,3 \pm 2,4^{*,**}$
Фибриноген (г/л)	$2,34 \pm 0,15$	$2,1 \pm 0,83$	$1,11 \pm 0,08^{*,**}$
Фаъолнокии фибринолитики (дақ)	$218,7 \pm 6,54$	$223,4 \pm 6,1$	$151,3 \pm 6,9^{*,**}$
Антитромбин III (мг%)	$81,5 \pm 3,6$	$72,8 \pm 2,6^*$	$57,8 \pm 1,2^{*,**}$
Тести протамин сульфатный	Манфи	Мусби	мусби.

Эзоҳ: * аҳамияти фарқият дар муқоиса бо гурӯҳи назоратӣ.

** Боэтимодии фарқият дар муқоиса бо гурӯҳи аввал.

Ҳамин тариқ, таҳқиқоти гузаронидаи мо нишон доданд, ки дар беморони гурӯҳи вазнини чараёни пневмония бо норасоиди нафас I дараҷа, аксар вақт халалдоршавии ге-

мостаз дар шакли синдроми ВЛХ- бо зухуроти гиперкоагуляция пайдо мегардад. Дар беморони дорои пневмонияи ниҳоят вазнин бо зухуроти НН II-III дараҷа марҳилаҳои



минбаъдаи раванди патологӣ дар шакли коагулопатияи истеъмоли ва синдроми тромбоситопенӣ ба назар мерасанд ва афзоиши раванди фибринолитикӣ бо рушди синдроми умумии геморрагикӣ ба таври назаррас камтар ба назар мерасад.

ХУЛОСА.

1. Дар кӯдакони гирифтори пневмонияи шадид бо чараёни вазнин, ки нишонаҳои шадиди захролудшавӣ ва зухури норасоии нафасро доранд, тағирёбии гемостатикӣ

дар шакли синдроми ВЛХ мушоҳида мешавад.

2. Дар кӯдакони гирифтори пневмонияи чараёнаш ниҳоят вазнин, ихтилоли гемостатикӣ бештар дар шакли зухури ибтидоии синдроми ВЛХ мушоҳида карда мешавад - синдром бо тағйироти гиперкоагулятсиявӣ ва коагулопатияи истеъмоли каме камтар дучор мегардад; фибринолизҳои агрессиви(-хашмгин) бо зухуроти шадиди геморрагикӣ дар маҷмӯи симптомҳои клиникӣ - коагулясионӣ нисбатан камтар зоҳир мешаванд.

АДАБИЁТ

1. Баркаган З.С. Диагностика и контролируемая терапия нарушений гемостаза. /З.С. Баркаган., А.П. Мамот. -Ньюдиамед, 2008 г. 292 с.
2. Володина Н. Н. Неонатология. Национальное руководство /под ред. Н.Н. Володина//. М.: ГЭОТАР-Медиа. 2015. 743 с.
3. Горячко А.Н. Геморрагические нарушения у новорожденных детей : учеб.-метод. пособие / А. Н. Горячко [и др.]. - Минск : БГМУ, 2010. - 58 с
4. Долгов В. В. Лабораторная диагностика нарушений гемостаза /В.В Долгов, П.В. Свирин//. М-Тверь: ООО "издательство Триада". 2005. 447с.
5. Кузьменко Г.Н. Состояние гемостаза у недоношенных новорожденных с респираторным дистресс-синдромом /Г. Н. Кузьменко, С. Б. Назаров В. В. Чемоданов//-Иваново: АО "Ивановский издательский дом".- 2016. 300с.
6. Самсыгина, А. Г. Пневмонии у детей / Г. А. Самсыгина. М. ГЭОТАР-Медиа, 2018. 176 с.
7. Шабалов Н.П. Неонатология Т-II / Н. П. Шабалов //- М 2016. 789с.

ОСОБЕННОСТИ ГЕМОСТАТИЧЕСКИХ СДВИГОВ У НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ С ПНЕВМОНИЕЙ

Исмоилов К.И, Давлатов С.Т, Исмоилова М.А, Курбонов Н.Б
Кафедра детских болезней ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино.

Цель исследования. Изучить особенности гемостатических сдвигов у недоношенных детей с пневмонией.

Материалы методы исследования. Под нашим наблюдением находились 32 недоношенных ребёнка в возрасте от 9 дней до 1 месяца жизни с тяжёлым и очень тяжёлым течением пневмонии. Первую группу составили 19 детей с тяжёлым течением пневмонии и проявлением дыхательной недостаточности I степени (ДН Iст), во вторую группу вошли 13 детей с очень тяжёлой пневмонией с проявлением ДН II-III ст. Обследованным детям наряду с общеклиническим обследованием проводили коагуляционные и паракоагуляционные исследования гемостаза.

Результаты исследования и их обсуждение. В коагулограмме выявлено заметное укорочение времени свёртывания крови по Ли-Уайт у больных первой группы и значительное удлинение его у детей второй группы по сравнению с аналогичным показателем контрольной группы. Средние величины протромбинового индекса (ПТИ), степени тромботеста, фибриногена у больных первой группы были ниже показателей контрольной группы соответственно, у детей второй группы эти показатели оказались достоверно ниже соответствующих показателей здоровых и детей первой группы. Фибринолитическая активность у больных



первой группы находилась в пределах нормы, а у больных второй группы значительно превосходило таких же показателей контрольной группы.

Заключение. Таким образом, у недоношенные детей с тяжёлой формой пневмо-

нии наблюдаются умеренное, а с очень тяжёлым течением пневмонического процесса выраженные гемостатические сдвиги.

Ключевые слова: недоношенные дети, гемостаза, пневмония.

FEATURES OF HEMOSTATIC SHIFTS IN PREMATURE CHILDREN WITH PNEUMONIA

Ismoilov K.I., Davlatov S.T., Ismoilova M.A., Kurbonov N.B

Department of Children's Diseases, GOU TSMU named after Abuali ibni Sino.

Aim. To study the features of hemostatic shift in premature infants with pneumonia.

Material and methods. Under our supervision there were 32 preterm infants aged 9 days to 1 month of life with severe and very severe pneumonia. The first group consisted of 19 children with severe pneumonia and the manifestation of respiratory failure (DN Ist), the second group included 13 children with very severe pneumonia with respiratory failure (DN II-IIIst). The examined children along with general clinical examination, conducted coagulation and paracoagulation studies of hemostasis.

Results. Children were divided into two groups depending on the severity of the pathological process. The coagulogram revealed a noticeable shortening of the coagulation time in patients of the first group and a significant elongation in children of the

second group compared to the same indicator in the control group. The average values of the prothrombin index, the degree of thrombotest, and fibrinogen in patients of the first group are lower respectively; in children of the second group, indicators of IPT and the degree of thrombotest and fibrinogen were significantly lower than the corresponding indices of healthy and children of the first group. Fibrinolytic activity in the patients of the first group was within normal limits, and in patients of the second group significantly exceeded the same indices of the control group.

Conclusion Thus, in premature infants with severe pneumonia moderate is observed, and in premature patients with a very severe course of pneumonic process pronounced hemostatic changes are noted.

Keywords: premature infants, hemostasis, pneumonia.

Давлатов Самихил Тиллоевич, н.и.т. ассистенти кафедраи бемориҳои кӯдакони №2 МДТ "ДДТТ ба номи Абуали ибни Сино" тел: 985-28-71-15.

Давлатов Самихил Тиллоевич, к.м.н. ассистент кафедраи детских болезней №2 ДДТТ им. Абуали ибни Сино тел: 985-28-71-15.

Davlatov Samihil Tilloevich, Ph.D. assistant of children diseases department №2 of the Avicenna TSMU. tel: 985-28-71-15.



ТИББИ ОИЛАВӢ

МАСЪАЛАҲОИ ТАШАККУЛИ ТАРЗИ ҲАӢТИ СОЛИМ ДАР ХОНАНДАГОНИ МУАССИСАҲОИ ТАҲСИЛОТИ УМУМӢ

М.П.Носирова, Д.И.Иномзода, М.Ҷ. Мирзокалонова.

Кафедраи тибби оилавии №2 МДТ "ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино"

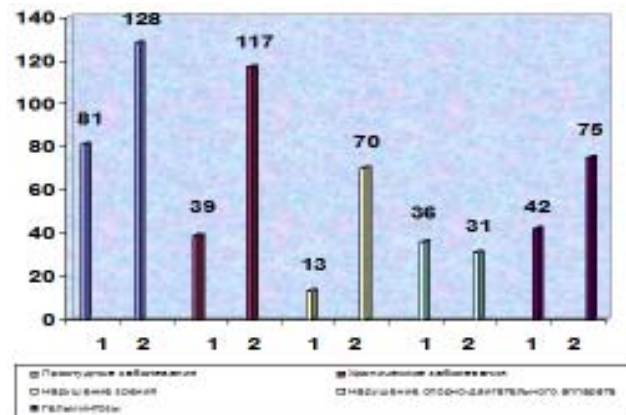
(н.и.т. дотсент. Ёдгорова М.Ҷ.)

Мавод ва усулҳои таҳқиқ. Дар пойгоҳи маркази саломатии шаҳрии рақами 12-и ш. Душанбе муоинаи арзии хонандагони синфҳои миёна ва болоии мактаби таҳсилоти умумии рақами 74 ба амал оварда шуд. Мувофиқи омӯзиши ҳолати саломатии хонандагон ташхис дар якҷанд самт - ошкор кардани бемориҳои нисбатан интишорёфта дар байни хонандагон аз рӯйи картаи тиббӣ (Ф-025), таҳлили муқоисавии ҳолати саломатии хонандагон; муоинаи антропометрӣ (чен кардани қад, вазн, даври қафаси сина) бо баъдан ҳисоб кардани шохиси - Кетле (Quetlet) [5]; анкетакунонии хонандагон ба амал оварда шуд.

Ҳамагӣ 846 хонанда аз синфи 5 то 11 муоина гардид, ки аз ин миқдор 463 (54,7%) нафарро писар ва 383 (45,3%) нафари боқимондари духтарҳо ташкил медоданд. Мактаббачагон ба ду гурӯҳ ҷудо карда шуданд. Гурӯҳи аввалро хонандагоне ташкил медоданд, ки ба ягон навъи варзиш машғул буда, речаи рӯз ва истироҳат, речаи ғизоро риоя намуда, дар бораи тарзи ҳаёти солим тасаввурот дошта, онро риоя менамуданд. Гурӯҳи дуюм бошад, аз хонандагоне иборат буд, ки оддитарин варзиши пагоҳирӯзиро иҷро намекарданд ва мутлақо речаи ғизо, рӯз ва хӯрокро риоя наменамуданд, дар бораи тарзи ҳаёти солим ҳеҷ маълумоте надоштанд. Ҳамаи хонандагонро дар дили наҳор ба воқеаи қадсанҷаки амудӣ қад ё дарозии бадан, тавассути тарозуи электронӣ рӯйифаршӣ бошад, вазнашон чен карда шуд.

Натиҷаи таҳқиқот ва муҳокимаи онҳо. Таҳлили картаи тиббӣ (Ф-25)-и хонандагони муассисаи таҳсилоти умумӣ барои зохир кардани бемориҳои нисбатан паҳншудаи зерин шароит фароҳам овард: бемориҳои илтиҳобӣ - 209 (33,2%), бемориҳои музминӣ узвҳои дарунӣ - 156 (24,8%), халалёби

босира - 83 (13%), ихтилоли дастгоҳи таъяву ҳаракат - 67 (10,7%), гелминтозҳо - 117 (18,3%).



Гурӯҳи хонандагон
1 Ба варзиш машғул будагон
2 Ба варзиш машғул набудаҳо

Расми 1. Паҳншавии бемориҳо дар байни хонандагон

Ба басомади зохиршавии бемориҳо дар гурӯҳҳои мавриди таҳқиқ қарордошта (шумораи мутлақ оварда шудааст) (расми 1) таваҷҷуҳ зохир кардан зарур аст. Зимни гурӯҳи аввал, дар муқоиса ба гурӯҳи дуюми толибилмон, беморӣ аҳёнан ба назар мерасад, хусусан бемории халалёбии босира: беморӣ дар қиёс ба гурӯҳи дуюм панҷ маротиба зиёдтар ба қайд гирифта шуд. Хонандагони мубтало ба бемории дастгоҳи таъяву ҳаракат аз ин шумор истисно мебошанд. Аксари хонандагони гурӯҳи якум ба хотири ислоҳ намудани инҳирофи мавҷудаи дастгоҳи таъяву ҳаракат ба варзиш машғул шудаанд.

Нуқсони фаъолнокии мутаҳаррикӣ яке аз сабабҳои оест, ки ба сар задани аксари бемории дилу рағҳо мусоидат менамояд. Фаъолнокии мутаҳаррикӣ яке аз омилҳои асосие мебошад, ки ба қад ва инкишофи организми кӯдак, имкониятҳои мутобикшавандагии он таъсир мерасонад. Сатҳи солимии



чисмонӣ яке аз нишондиҳандаҳои инъикоскунандаи таъсири таҳмили ҳаракаткунандагӣ ба кӯдак маҳсуб меёбад. Тағйироти инкишофи чисмонӣ, аз ҳисоби норасоӣ ё зиёд будани вазн дар кӯдакон, аз як тараф тамоюл ба инкишофи як қатор бемориҳои соматикӣ буда, аз ҷониби дигар ҳалалёбии инкишофи чисмонӣ гардида, метавонад оқибати патологияи узвҳои дарунӣ бошад. Усулҳои гуногуни арзёбии инкишофи чисмонии кӯдакон мавҷуд аст. Асоси аксари онҳоро маълумотҳои антронометрӣ ташкил медиҳад, ки асосиашон вазн (W) ва дарозии бадан ё қад (H) мебошад. Индекси вазни бадан (ИВБ) аз чинс, син ва афзоиши кӯдак вобастагӣ надорад ва мумкин аст, ки ҳангоми муоинаҳои скринингӣ, профилактикии кӯдакон дар мактабҳо, вақте ки фақат қад ва вазни кӯдак чен карда мешавад, васеъ ба кор бурда шавад.

Таҳлили омории маълумотҳои анкетавӣ ошкор намуд, ки дар миёни мактаббачагони муоинашудаи таҳсилоти умумӣ 329 (38,9%) нафар дар сексияҳои варзишӣ ба варзиш машғуланд ё машқҳои варзиши (давидан дар атрофи хона, шейпинг дар байни

духтарҳо, културизм дар миёни писарҳо)-ро дар хона иҷро мекунанд. Зимнан аз ин шумор духтарҳо аз нисф камтар 113 (41,9)-ро ташкил менамоянд, ки шояд сабаб он бошад, ки онҳо қиёсан ба писарҳо камтар ба мактаб фаро гирифта шудаанд. Мувофиқи чадвали 1 зиёда аз 60%-и хонандагон хоҳиши амал кардан надоранд ё принципҳои ТҲС-ро намедонанд, ки яке аз ҷузъҳои он ҳаракат (машқҳои чисмонӣ, машғул шудан ба варзиш, истироҳати фаъол) ба ҳисоб меравад. Таҳлили маҷмӯии нишондиҳандаҳои антронометрӣ барои ҳукм кардан дар бораи инкишофи гормонии чисмонӣ шароит фароҳам меорад. Зимни таҳқиқоти мазкур маълумотҳои индекси Кетле (ИВБ) дар ду гурӯҳи марида таҳқиқ қарордошта аз таъсири манфии сатҳи пасти дониши хонандагон дар бораи ҳифз ва устувор намудани солимии инфиродӣ дарак медиҳад. Муайян гардид, ки қимати миёнаи арифметикии индекси Кетле дар мавриди гурӯҳи хонандагони ба машқҳои варзишӣ машғулбуда, қиёсан ба гурӯҳи дуюм саҳеҳан бештар ба нишондиҳандаҳои меъёрӣ мувофиқат менамояд ($p<0,001$; $p<0,01$; $p<0,5$) (ҷадвали 1).

Ҷадвали 1.- Нишондиҳандаҳои ИВБ дар мавриди хонандагони макотиби таҳсилоти умумӣ

Синну сол	Миқ	Чинс	Ба варз. машғул	Ба варзиш машғулнаб	ИК-и ба варз. машғулбудагон	ИК-и ба варз. машғул набудагон	p<
11	117	М	19	40	18,2±1,6	16,9±2,1	0,05
		З	14	44	18,1±2,1	17,2±1,9	0,05
12	118	М	19	39	19,0±1,8	18,6±2,5	0,05
		З	17	43	19,2±2,0	17,4±3,1	0,05
13	127	М	31	40	20,2±1,9	19,0±2,8	0,01
		З	20	36	20,1±2,3	19,3±4,0	0,05
14	140	М	35	44	20,4±3,4	19,8±3,0	0,001
		З	25	36	20,2±2,9	19,1±1,6	0,01
15	128	М	33	41	21,0±2,9	20,1±3,0	0,001
		З	21	33	21,4±2,7	20,0±2,3	0,01
16	105	М	30	29	22,3±2,3	20,4±3,3	0,001
		З	20	26	22,2±1,6	20,6±2,4	0,01
17	111	М	24	39	23,6±1,9	21,8±2,7	0,01
		З	21	27	23,2±2,3	21,9±1,8	0,05
	846		329-38,9%	517-61,1%			

Нишондиҳандаи нисбатан пасти шохиси Кетле зимни хонандагони гурӯҳи 2 мушоҳида гардид. Намояндагони гурӯҳи мазкур ба машқҳои чисмонӣ машғул набуданд, ки аз ҳалалёбии гизо дарак меод ва он ҳам дар

шакли вазни зиёд ва ҳам норасоӣ вазн зоҳир мегардид.

Ҳамин тавр, коҳиш ёфтани фаъолнокии чисмонӣ метавонад сабаби сусти гаштани имконоти чисмонии одам, бад шудани саломатӣ,



сар задани бемориҳои гуногун гардад. Риоя накардани принципҳои ғизои солим, речаи рӯз ва истироҳат, тарзи камҳаракати ҳаёт, аз кӯдаки ҳавас ба одатҳои зарарнок (тамокукашӣ) доштан, боиси паст шудани системаи масунияти организми афзоишбанда гардида, бо бемориҳои гуногун зоҳир мегардад.

Хулоса, бо дарназардошти оғаҳои кофӣ надоштани хонандагони макотиби таҳсилоти умумӣ аз масоили ташаккулёбии ТҲС зарур аст, ки чаҳду кӯшиши кормандони тандурустӣ ва маориф равона карда шавад ба хотири: барои хонандагон таҳия намудани нишондодҳои бобати ҳифз, иҷро ва

устувор намудани саломатӣ; муайян кардани муносибат ба саломатӣ (ба монанди қарз ё кори шахсӣ); таъмин намудани манфиати устуворона ва огоҳона дар масъалаҳои саломатӣ; ташаккул додани ақидаи "солим"; мативатсия пеш бурдани ТҲС (ба маънии том); ҳосил намудани мавқеи фаъоли ҳаётӣ, тафаккури мусбат, малақаҳои худтанзимкунӣ; ташаккул додани фарҳанги пешгирӣ ва бартараф намудани омилҳои ҳалалдоркунандаи саломатӣ; фарҳанги худомӯзӣ дар масъалаҳои саломатӣ ҳамчун қисми таркибии системаи чорабинӣҳо доир ба тарбияи фарҳанги умумии саломатӣ

АДАБИЁТ

1. Носирова М.П. Состояние здоровья учащихся специализированных школ / М.П. Носирова [и др.] // Монография ? 2019. - 112 с.
2. Сейдуманов С.Т. Медицинская активность населения в вопросах ведения здорового образа жизни / С.Т. Сейдуманов // Научно-медицинский журнал "Паёми Сино" -- 2010. ? С. 114-118.
3. Ануфриева Е.В., Ножкина Н.В. Современные программы развития системы школьного здравоохранения в регионе/Е.В.Ануфриева, Н.В.Ножкина//Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья. М. - 2011. Вып.2. - С. 126-130.
4. Караваева Т.Ф. Формирование физической культуры и культуры здоровья учащихся в условиях модернизации образования / Т.Ф. Караваева, Г.В. Павлова, Е.А. Ботникова. // Мат. Всероссийской научно-практической конференции - Елабуга: Изд-во ЕГПУ, 2008. - С. 100-103.
5. Гигиенические требования к условиям обучения школьников в различных видах общеобразовательных учреждений. Санитарные правила СП 2.4.2.2821-10 от 03.03.11г. - Российская газета - Федеральный выпуск №5430 (54), 2011.
6. Гигиенические требования к видеодисплейным терминалам, персональным электронно-вычислительным машинам и организации работы. П.1.4 приложения №7 к СанПиН 2.2.2.

ВОПРОСЫ ФОРМИРОВАНИЯ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ У УЧАЩИХСЯ В ОБЩЕОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ УЧРЕЖДЕНИЯХ

М.П.Носирова, Д.И.Иномзода, Мирзокалонова М.Дж.

Кафедра семейной медицины №2 ГОУ "ТГМУ имени Абуали ибни Сино"

(к.м.н. доц. Ёдгорова М.Дж..)

В статье рассматриваются вопросы осведомлённости учащихся общеобразовательных школ принципов формирования здорового образа жизни в связи с качественным ухудшением состояния здоровья школьников к моменту получения среднего образования. По изучению состояния здоровья школьников проводилась диагностика по нескольким направлениям: выявление

наиболее распространённых заболеваний среди учащихся по медицинским картам (Ф 025); сравнительный анализ по состоянию здоровья детей; антропометрическое обследование (измерение роста, массы тела, окружности грудной клетки), с последующим расчётом индекса - Кетле (Quetlet); анкетирование учащихся. Выявлено, что более 60% учащихся не желают придерживаться



или не знают принципов ЗОЖ, одним из компонентов которого является движение (физические упражнения, занятия спортом, активный отдых).

Ключевые слова: учащиеся, здоровый образ жизни, двигательная активность.

ISSUES OF FORMATION OF A HEALTHY LIFESTYLE IN STUDENTS IN EDUCATIONAL INSTITUTIONS

M.P. Nosirova, D.I. Inomzoda

Department of Family Medicine №. 2 S E I "TSMU named after Abuali ibni Sino"

The article presents the issues of awareness of students of secondary schools about the principles of forming a healthy lifestyle in connection with the qualitative deterioration of the health status of schoolchildren by the time of secondary education. To study the health status of schoolchildren, diagnostics was carried out in several directions: identification of the most common diseases among students according to medical records (F 026 / y); comparative analysis of the state of health of

children; anthropometric examination (measurement of height, body weight, chest circumference), followed by the calculation of the index - Quetlet; questionnaire survey of students. You know that more than 60% of students do not want to adhere to or do not know the principles of a healthy lifestyle, one of the components of which is movement (physical exercise, sports, outdoor activities).

Key words: students, healthy lifestyle, physical activity.

***Носирова Матлюба Пулатовна** - номзади илмҳои тиб, дотсенти кафедраи тибби оилавӣ №2 МДТ "ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино"*

***Носирова Матлюба Пулатовна** - к.м.н., доцент кафедраи семейной медицины №2 ГОУ "ТГМУ имени Абуали ибни Сино",*

***Nosirova Matlyuba Pulatovna** - Candidate of Medical Sciences, Associate Professor of the Department of Family Medicine No. 2, State Educational Institution "TSMU named after Abuali ibni Sino".*



ЧАРРОҲӢ

ЧАРРОҲИИ ЛАПАРОСКОПИИ РЕШИ СУРОХШУДАИ ГАСТРОДУОДЕНАЛӢ БО ПЕРИТОНИТИ ПАҲНГАШТА ОРИЗАДОРШУДА.

Ш.Ш. Амонов, Ш.Қ. Назаров, Р.Р. Раҳматуллоев, Ф.Н. Назарзода, М.А. Қаҳоров

МД "Маркази ҷумҳуриявии илмӣи ҷарроҳии дилу рағҳо" ВТ ва ХИА ҚТ¹;
Кафедраи бемориҳои ҷарроҳии №1 МДТ "ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино"²;
Маркази ташхисию табобати "Вароруд"³; Маркази тиббии "Хатлон"⁴;
МДТ "Донишкадаи таҳсилоти баъдаздипломии кормандони соҳаи тибби ҚТ"⁵

Муҳиммият. Табобати лапароскопии решҳои сӯрохшуда, ки ҳоло аз ҷиҳати техникӣ ривоч ёфтааст ва дар силсилаи таҳқиқотҳои илмӣ маълумот дода мешавад, ки бартарии асосӣ он - дастрасии минималӣ хангоми ҷарроҳии узвҳои ковокии батн аст. [1, 2]

Бо муайян намудани нақши эрадикатсияи *Helicobacter pylori*, ки табобати ҷарроҳии сӯрохшавии решро тариқи духтани оддӣ осон гардондааст, лапароскопия ба сифати кутбнамо дар ҷарроҳияи амалӣ, чун усули ҳамарӯза дар ташхискунӣ ва табобати перитонитҳо ба таври маъмул қабул шудааст [3].

Дар тафовути усулҳои зиёди лапароскопӣ, ки тавассути онҳо ҷарроҳии роҳи болоии ҳозима гузаронда мешаванд, хангоми сӯрохшавии реш амал дар шароити перитонити паҳнғашта иҷро карда мешавад, ки бештар носозҳои шадиди физиологӣ ҳамроҳ мешаванд. [4, 5] Таъсири манфии патофизиологии фишори баланди карбоксиперитонеум хангоми лапароскопия дар чунин беморон меафзояд, ҳоло он ки таъсири он ба системаи масуният ва медиаторҳои он пешгӯйнашаванда аст. Манфиатҳои аёнибаъдазҷарроҳии зуд барқароршудани бемор, кам шудани мушкилоти захири баъдазҷарроҳӣ, беҳтар шудани фаъолияти роҳи нафас, намуди косметикии зоҳирӣ метавонад аз афзалиятҳои ҷарроҳии лапароскопӣ дар беморони нисбатан муносиб ва яккачин ба ҳисоб равад, аммо ҳамзамон метавонанд ба таври назаррас дар беморони дорои хатарҳои инкишофинорасии полиорганӣ зарар расонад [6, 7].

Мақсади таҳқиқот - беҳтарсозии натиҷаҳои табобати беморон бо решҳои сӯрохшудаи гастродуоденалӣ.

Мавод ва усулҳои таҳқиқот. Таҳлили натиҷаҳои табобати 36 беморон бо решҳои сӯрохшудаи гастродуоденалии бо перитонити паҳнғашта оризадоршуда, ки дар шӯъбаи эндоҷарроҳии муассисаи давлатии "Маркази ҷумҳуриявии илмӣи ҷарроҳии дилу рағҳо" ш. Душанбе дар тӯли 18 моҳ аз январи 2018 то июни 2019 табобат мегирифтанд. Беморон аз 28 мард, 8 зан иборат буданд. Сину сол аз 17 то 81 сола. Беморон ба ду гурӯҳ тақсим шуданд: гурӯҳи асосӣ 20 бемор, ки ба онҳо ҷарроҳии лапароскопӣ гузаронда шудааст, ва гурӯҳи муқоисавӣ - 16 бемор ки лапаротомия (ҷарроҳии анъанавии кушода) иҷро карда шудааст.

Ҷор бемор дар бораи решмарози дуоденалиашон хабардор буданд ва то вақти сӯрохшавии реш Н2-блокаторҳо қабул мекарданд, нӯҳ нафар маводҳои зиддииттиҳобии ғайристероидӣ истеъмол мекарданд, 1 - доруи стероидӣ мегирифт, 17 бемор сигор мекашид ва 14 нафар миқдори миёнаи машруботи спиртӣ истеъмол мекард. Ба 33 бемор ташхиси клиникӣ гузошта шудааст, ки 30 нафари онҳо хангоми рентгенографияи гази озод зери гунбази диафрагма доштанд, дар се бемор танҳо хангоми таҳқиқоти ултрасадоӣ моеъи озод дар ковокии батн муайян карда шуд.

Омилҳои пешгӯяндаи беморон, аз ҷумла ҳолҳои АРАСНЕ II ва ғайра омилҳои хангоми бистарӣ ҳамчун предикторҳо сабт гардидаанд (Ҷадвали 1).



Чадвали 1. Муқоисаи омилҳои пешазамалиётӣ, ки оқибати 2 гурӯҳ беморонро ҳангоми ҷарроҳӣ пешгӯӣ менамоянд.

Омил	Лапароскопия(n=20)	Лапаротомия (n=16)	p
Сину сол*	62 (17-68)	55 (18-81)	0,32
Чинс (мард)	17	11	0,70
Муддати сӯрохшавӣ (соат)*	16 (5-112)	10 (4-72)	0,32
APACHE II ҳол*	9 (0-22)	9 (0-16)	0,62
Диурези 1 соати охир (мл)*	33 (0-70)	55 (20-200)	0,06

*Медиана ва (диапазон)

Карбоксиперитонеум дар фишори 14 мм.ст.симоббарои гузоштани порт истифода бурда шуд, ва пас аз он фишор то 10 мм.ст.симоб паст карда мешуд.

Поксозии ковокии батнро тариқи шустанӣ он бо маҳлулҳои антисептикҳо дар ҳаҷми 3-5 литр иҷро карда мешавад. Маҳлули истифодабурда аспириатсия карда бартараф карда мешавад.

Дар ҳама ҳолатҳо, духтани оддӣ реш дар самти кундаланг иҷро карда шуд. Дар гурӯҳи асосӣ, чунин амал бо истифода аз портҳои 2 x 10 мм ва як (n = 12) ё ду (n = 8) портҳои 5 мм ба анҷом расонида шуд, васӯроҳии реш бо истифода аз маводи дарзии PDS2/0 духта шудааст, баъзан гиреҳҳо ба таври экстракорпоралӣ баста шудаанд.

Ба ҳамаи беморон пас аз ҷарроҳӣ антибиотикҳо ва H₂-блокаторҳо дохиливаридӣ-таъин карда шудааст то вақти худашон озодона аҳ даҳон бихӯранд, ва аз он лаҳза онҳо як ҳафта табобати эрадикатсияи H. pylori оғоз мекарданд.

Ҳамаи беморон дар 6 ҳафтаи наздик барои тасдиқи шифои реш ва эрадикатсияи H. pylori эндоскопияи нақшавӣгузаштанд.

Коркарди омории мавод ба воситаи пакети барномаҳои амалӣ Statistica 10.0 (StatSoft, ИМА) иҷро карда шудааст. Барои бузургҳои миқдорӣ нишондиҳандаи миёна ва иштибоҳи стандартӣ онҳо, ва инчунин медиана ва диапазони онҳо ҳисоб карда шуданд. Ҳангоми муқоисаи ҷуфтӣ гурӯҳҳои мустақил U-меъёри Манн-Уитни истифода бурда шудааст. Ҳангоми p<0,05 тафовут эътимоднок ба ҳисоб мерафт.

Натиҷаҳои таҳқиқот ва муҳокимаи онҳо. Дар ин ду гурӯҳи беморон пеш аз ҷарроҳӣ (ҷадвали 1) тафовути ҷиддӣ вучуд надошт, ҳарчанд пешобронӣ дар гурӯҳи лапарос-

копӣ як соат пеш аз ҷарроҳӣ нишондиҳандаи пасттар дошт (p = 0.06), ки сабаби хавфи баланди иллати гурда мебошад. Амалиёти ҷарроҳӣ одатан байни 9.00 ва 17.00 дар 15 беморон (7 дар гурӯҳи асосӣ, 8 - дар муқоисавӣ, p=0,36) гузаронда мешуд. Ҳангоми оғози ҷарроҳӣ 11 бемор (6 дар гурӯҳи асосӣ, 5 - дар муқоисавӣ) ба катетеризатсияи варидаи марказӣ ва мониторинги фишори марказии варидӣ ниёз доштанд.

Давомнокии миёнаи ҷарроҳӣ дар гурӯҳи "лапаротомия" 72±23,2 дақиқаро ташкил кардааст дар муқоиса бо нишондиҳандаи миёнаи 77±20.0 дақиқа дар гурӯҳи асосӣ (p=0,46). Реши сӯрохшудаи девори пешу болои рӯдаи дувоздаҳангушта дар 34 бемор дарёфт карда шуд, ду бемор, ҳар ду аз гурӯҳи асосӣ, решҳои препилорикӣ доштанд, ки дар ҳулосаи биопсияи эндоскопӣ хушсифат баромада буданд. Танҳо нӯҳ сӯроҳӣ аз 5 мм калонтар буд (панҷ нафар дар гурӯҳи асосӣ).

Медианаи 2 дарз (диапазон 1-4) барои духтани реши сӯрохшуда истифода шуданд. Ҳангоми амалиёти лапароскопӣ сеанси поксозии ковокии батн нисбат ба "лапаротомия" ба таври назаррас зиёдтар ба кор бурда шудааст, ба ҳисоби миёна 6,31 маротиба дар гурӯҳи асосӣ дар муқоиса бо 4,01 дар гурӯҳи муқоисавӣ (p = 0,0001). Найчаҳои обияткаш дар 27 бемор (17 дар гурӯҳи асосӣ) истифода бурда шуданд.

Дар ду бемори гурӯҳи асосӣ, дар аввали амалиёт, талҳадон ҳангоми кашидани он бо исқанча ба монанди холесистэктомия, сӯрохшуда буд.

Яке бо усули лапароскопӣ бартараф карда шуд (холесистэктомия), ва дигаре конверсияро талаб мекард.

Аз сабаби дарёфт нашудани сӯроҳӣ зарурати як конверсияи дигар низ ба миён омад.



Панҷ бемор ниёз ба дастгоҳи нафаси асосӣ ва яке аз гурӯҳи мукоисавӣ фавтиданд, сунъӣ (ДСН) доштанд Ду нафар аз гурӯҳи маълумот дар чадвали 2 оварда шудааст.

Чадвали 2. Маълумот оиди фавтидагон ё дар дастгоҳи нафаси сунъӣ қарор доштагон.

№	Гурӯҳи асосӣ / мукоисавӣ	Сину сол	Муддат дар ДНС (рӯз)	Нишондод ба ДНС	АРАСНЕ II (хол)	Оқибат
1	Мукоисавӣ	81	-	-	16	Фавт аз сактаи дил 36с б/ч
2	Мукоисавӣ	72	7	Норасоии нафас ва дил	14	Рухсатӣ рузи 28
3	Мукоисавӣ	70	4	Норасоии дил	14	Рухсатӣ рузи 22
4	Асосӣ	78	1	Норасоии гурдаҳо, нафас ва дил	18	Фавт 12с б/ч
5	Асосӣ	75	1	Бемории қаблан мавҷуд будаи роҳҳои нафас	19	Рухсатӣ рузи 8
6	Асосӣ	75	-	-	22	Фавт аз норасоии қаблан мавҷуд будаи нафас 12с б/ч
7	Асосӣ	59	32	Норасоии гурдаҳо, нафас ва дил	15	Рухсатӣ рузи 65

Эзоҳ: ДНС -дастгоҳи нафаси сунъӣ

Як зан, аз сабаби муддати 4 шабонарӯз аз найчаи обияткаш чорӣ шудани моеъи тал-харанг, ба лапароскопияи такрори эҳтиёҷ пайдо кард, бо конверсия ба усули кушода аз сабаби нобарор будани усули лапароскопӣ.

Беморон дар ҳолати қаноатбахш рухсатӣ мешуданд. Муддати миёнаи бистарии беморони (бе оризаи баъдазҷарроҳӣ) гурӯҳи асосӣ 5,5 рӯз, дар гурӯҳи мукоисавӣ 8,6 рӯзро ташкил дод.

Пас аз рухсатӣ, ФГДС аз 14 бемор танҳо дар як беморэрозияи боқимондаи меъда ва рӯдаи дувоздаҳангуштанишон дод. Дар як мард аз гурӯҳи асосӣ, як моҳ пас аз амалиёт, хунравии шадид аз реши девори ақиби дуоденум мушоҳида шуд, ва ба ӯ резексияи 2/3 қисми меъда гузаронда шуд. Муддати ду моҳи минбаъда дигар мушкилот дар беморони ду гурӯҳ ба қайд гирифта нашудааст.

Гарчанде, ки таҳқиқоти мо тасодуфӣ (randomised) набуд, гурӯҳи лапароскопӣ одатан аз ҷарроҳони ботаҷриба иборат аст, гуфтан мумкин аст, ки духтани лапароскопӣ реши сӯрохшуда нисбат ба ҷарроҳии анъанавӣ тариқи лапаротомия кам нест. Гузашта аз ин, чунин усул имкон медиҳад, ки аз буриши дардноки болоии шикам ка-

норагирӣ карда, тасаллии бемор ва ҳолати косметикиро баъди ҷарроҳӣ беҳтар намояд. Конверсия дар зарурӣ бояд тавассути буриши нисбатан хурд мувофиқи ташхиси муқарраршуда иҷро шавад. Ягон манбаи сирояти баъдичарроҳии дохилибатнӣ дар ҳарду гурӯҳ муайян нашудааст, ва ин тасдиқкунандаи он аст, ки шустани лапароскопии босирии батн нақамтар самаранок аст назар ба поксозиҳо ҳангоми лапаротомия. Ва баракс фикри он, ки лапароскопия метавонад сироятро ба батн дохил намояд, тасдиқ нашудааст. Бо вучуди чунин афзалиятҳо, бояд баъзе эзохро қайд кард. Лапароскопия, аз ин лиҳоз, ба барқароршавии зудтари кори меъдаю рӯда ва ё кӯтоҳ шудани мӯҳлати бистарӣ мусоидат намекунад. Бофтаҳои илтиҳобӣ нисбат ба бофтаҳои муқаррарӣ хеле сусттар астанд ва азбаски ҳиссиёти ламскунӣ вучуд надорад, осеби узвҳои ҳамшафат ба монанди талхадон масалан, баъзан ногузир аст, ё кашишҳои барзиёди дарзҳо боиси қанда шудани онҳо мешавад ва эҳтиёти бузургро талаб мекунад.

Инчунин баъзан дарёфт кардани сӯроҳии реши хеле мушкил мешавад, ва дар ин ҳолат доираи назари 300 дараҷа баъзан нақши муҳим мебозад. Бо вучуди ин, як суроҳӣ ба тав-



ри нокофӣ аз тариқи лапароскопӣ маҳкам карда шуда буд ва дигарсӯроҳидарёфт карда нашуд, ки дар ҳар ду ҳолат зарурати конверсия ба вучуд омад. Таъсири патофизиологии лапароскопия ба беморони солхӯрдаи мубталои перитонит низ хеле ташвишвар аст. Чунин беморон аллакай метавонанд норасоии сарҳади гурда, роҳҳои нафас ва қори дил дошта бошанд, ва таъсири иловагии карбоксиперитониум метавонад ба норасоии полиорганӣ оварда расонад. Далелҳои боэътимод вучуд доранд, ки афзоиши фишори дохилибати зиёда аз 12-14 мм.сут.симоб ба коҳишҳои гардиши хуни гурдаҳо, филтратсияи гломерулаҳо ва ба норасоии анурикии гурдаҳо оварда мерасонад. Инчунин ин ба пастшавии гардиши хуни масориқавӣ ва қабати луобӣ мусоидат менамояд, ки боиси атсидози дохилилуобӣ ва эҳтимол афзоиши чараёни транслокатсияи бактериалӣ аз равзани рӯда мешавад. Суштшавии гардиши хун дар шараёни чигар, варидаи порталӣ ва маҷрои микросиркулятории чигар низ ба қайд ги-

рифта шудааст. Чунин тағйирот возеътар дар беморони септикӣ ва гиповолемикӣ ба назар мерасад. Дар бораи таъсири нисбии лапароскопия ва ҷарроҳии анъанавӣ ба системаи масуниятва таассури стрессӣ маълумот нисбатан камтар аст. Дар тафовут бо лапароскопия, ҳангоми лапаротомия сустии масунияти ҳуҷайравӣ, ҷавоби нейроэндокринӣ ва катаболизми баъдазҷарроҳӣ мушоҳида кардан мумкин аст.

Хулоса. Яке аз дастовардҳои асосии ҷарроҳии абдоминалӣ дар марҳилаи кунунӣ, самти миниинвазии он мебошад. Усули духтани лапароскопиро метавон ҳамчун амалиёти интихобиитабобати решҳои сӯроҳшудаи меъда ва рӯдаи дувоздаҳангушта ба ҳисоб гирифт. Усули лапароскопӣ дорои як қатор афзалиятҳо нисбат ба ҷарроҳии анъанавии кушода мебошад, имконияти пешгирӣ кардани аворизи марбут ба лапаротомия, коҳиши мӯҳлати бистарии беморро, кӯтоҳ кардани мӯҳлати барқарорсозии коршоямии беморро медиҳад.

АДАБИЁТ

1. Турбин М.В., Черкасов М.Ф., Устименко И.В., Меликова С.Г. Опыт применения видеолaparоскопических технологий при прободных язвах. Московский хирургический журнал. 2017. №5(57), с. 35-38.
2. Колосович И.В., Чемоданов П.В. Усовершенствование технологий хирургического лечения ассоциированных helicobacter pylori осложненных пилородуоденальных язв. Хирургия. Восточная Европа. 2013. № 2 (06). с. 105-114.
3. Подолужный В.И. Современные представления о генезе, методах диагностики и хирургического лечения перфоративных язв двенадцатиперстной кишки. Фундаментальная и клиническая медицина. 2019. Т. 4. № 1. С. 73-79.
4. Navez B, Tasseti V, Scohy JJ, Mutter D, Guiot P, Evrard S, Marescaux J. Laparoscopic management of acute peritonitis. Br J Surg. 1998 Jan;85(1):32-6. doi: 10.1046/j.1365-2168.1998.00531.x.
5. Ивахов Г.Б., Сажин А.В., Ермаков И.В., Титкова С.М., Ануров М.В., Нечай Т.В. Лапароскопическая хирургия распространенного аппендикулярного перитонита. Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова. 2020. № 5. С. 20-26.
6. Becerra Coral LE, Gomez Ceron LN, Delgado Bravo AI. Peritonitis treated by laparoscopy as an effective treatment. Rev Gastroenterol Peru. 2018 Jul-Sep;38(3):261-264.
7. Sammour T, Kahokehr A, Hill AG. Peritoneal changes due to laparoscopic surgery. SurgEndosc. 2012 Feb;26(2):587. doi: 10.1007/s00464-011-1929-1.



ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПЕРФОРАТИВНОЙ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНОЙ ЯЗВЫ, ОСЛОЖНЕННОЙ РАСПРОСТРАНЕННЫМ ПЕРИТОНИТОМ Ш.Ш.Амонов, Ш.Қ.Назаров, Р.Р.Рахматуллаев, Ф.Н.Назарзода, М.А.Кахаров

ГУ "Республиканский научный центр сердечно-сосудистой хирургии" МЗ и СЗН РТ;
кафедра хирургических болезней №1 ГОУ "ТГМУ им. Абуали ибни Сино";
Лечебно-диагностический центр "Вароруд"; Медицинский центр "Хатлон";
ГОУ "Институт последипломного образования в сфере здравоохранения РТ".

Было проведено сопутствующее нерандомизированное исследование применения преимуществ плановой лапароскопической операции на желудочно-кишечном тракте в условиях распространенного перитонита на фоне перфорации гастродуоденальной язвы. Проведено сравнение последовательного лапароскопического лечения (20 пациентов) с традиционным открытым методом (16 пациентов) при перфорации гастродуоденальной язвы. Дооперационной разницы между группами не было. Средняя длительность хирургического вмешательства была примерно одинаковой ($p = 0,46$). Трем пациентам в группе лапароскопии (двое с почечной недостаточностью) и двум пациентам в группе

традиционного открытого хирургического вмешательства (без почечной недостаточности) потребовалась интенсивная терапия. Два пациента из группы лапароскопии и один из традиционной группы умерли. Среднее пребывание в стационаре составляло пять койко-дней в основной группе и шесть койко-дней в группе сравнения. Сравнение показало, что патофизиологические эффекты лапароскопии при распространенном перитоните определенно не увеличивают интраоперационный риск органной недостаточности, а методика имеет небольшое объективное преимущество.

Ключевые слова: лапароскопия, перфоративная язва, распространенный перитонит.

LAPAROSCOPIC REPAIR OF PERFORATED GASTRODUODENAL ULCERCOMPLICATED BY GENERALISED PERITONITIS.

Sh.Sh.Amonov, Sh.Қ.Nazarov, R.R.Rakhmatullaev, F.N.Nazarzoda, M.A.Kakharov

SI "Republican scientific center of cardiovascular surgery" MH RT; Department of surgical diseases No. 1, SEI "TSMU named after Abualiibni Sino"; Medical and diagnostic center "Varorud"; Medical center "Khatlon"; SEI "Institute of postgraduate education in healthcare of the Republic of Tajikistan"

This non-randomised concurrent cohort study examined the assumption that the benefits of elective laparoscopic upper gastrointestinal surgery would apply to those with generalised peritonitis due to perforated gastroduodenal ulcers. It compared 20 consecutive laparoscopic repairs of perforated peptic ulcers with a concurrent group of 16 consecutive open repairs. There were no differences pre-operatively between the two groups. The mean duration of surgery was similar ($P = 0.46$). Intensive care was required in three patients in

the laparoscopic group (two with renal failure) and two in the open (no renal failure). Two patients in the laparoscopic and one in the open group died. The median duration of stay was five days in the laparoscopic group and six in the open. This comparison shows that the patho-physiological insult of laparoscopy in the setting of generalised peritonitis does not obviously increase the peri-operative risk of organ failure but objective benefits are small.

Key words: laparoscopy, perforated ulcer, generalised peritonitis



Амонов Шӯҳрат Шодиевич- д.и.т., корманди илмии МД "Маркази ҷумҳуриявии илмии ҷарроҳии дилу рағҳо" ВТ ва ХИА ҚТ e-mail: shuhrat.amonov@yandex.ru тел.: +992918761013

Амонов Шухрат Шодиевич- д.м.н., научный сотрудник ГУ "Республиканский научный центр сердечно-сосудистой хирургии" МЗ и СЗН РТ 734003 Республика Таджикистан, г. Душанбе, ул. Санои 33; e-mail: shuhrat.amonov@yandex.ru тел.: +992918761013

Amonov Shukhrat Shodievich- doctor of medical sciences, researcher, State Institution "Republican scientific center of cardiovascular surgery" MH RT, 734003 Republic of Tajikistan, Dushanbe, st.Sanoi 33; e-mail: shuhrat.amonov@yandex.ru tel.: +992918761013

ПЕШГИРИИ ПАЁМАДҲОИ ТРОМБОЭМБОЛИТИКӢ ДАР ВАҚТИ АМАЛИЁТИ ХОЛЕСИСТЭКТОМИЯИ ЛАПАРАСКОПӢ

Ҷ.М. Курбонов, Д.А. Мусоев, Ҷ.Ҷ. Курбонов

Кафедраи анатомияи топографӣ (мудирӣ кафедра н.и.т., дотсент Курбонов Ҷ. М.)-и МТД "Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абӯалӣ ибни Сино"

Муҳиммият. Кам намудани басомади паёмадҳои баъдичарроҳӣ дар бемороне, ки амалиёти холесистэктомияи лапороскопӣ гузаронида мешавад, яке аз проблемаҳои актуалии ҷарроҳии мусоир ба шумор меравад, ки то имрӯз баъзе паҳлӯҳои он пажӯҳиши тозаро тақозо мекунад.

Мавод ва усулҳои таҳқиқот. Мақолаи илмии пешниҳодшуда натиҷаи пешгирии оризаҳои тромбоэмболитикии дар 16 беморе мебошад, ки дар МТТ, МДТ "ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино" ва МТТ "Вароруд" ш. Турсунзода, тайи солҳои 2007-2017 таҳқиқ шудаанд, синну соли беморон аз 38 то 72- солро ташкил дод.

Ҳамаи беморон аз таҳлилҳои биохимиявӣ, клиникӣ, лахташавии хун, рентгени шушҳо, ЭКГ ва ТУС, ТУС-и доплерографӣ пеш аз амалиёт гузаронида шуда буданд.

Барои камтар кардани омилҳои тромбоэмболияи варидҳои андоми поён, бо ворид намудани сарҳади пешгирии сар задани оризаҳои амалиёти холесистэктомияи лапороскопиро чунин дохил намудем:

- таъминоти фрагмин, фраксипарин ҳамчун ченаки профилактики
- фишороварии эластикӣ дар андомҳои поён дар вақти амалиёт.
- идоракунии карбоксиперитонеум.
- пневмоперитонеуми санчидашуда
- пневмоперитонеуми танаффуси.
- сари вақт аксбардорӣ кардани дуплероскопи варидҳо баъд аз ҷарроҳӣ дар беморони хатари баланд дошта.

Муайян карда шуд, ки дар зери таъсири миорелаксантҳо барои истифодаи наркози дохилихирноии ҳаракати хунгардиш, дар фосилаи бедардкунӣ то 50% паст мешавад.

Васеъшавии варидҳо то 20% - метавонад сабабҳои тромбоэмболия гардад. Дар ҷойҳои сактаи эндотелия (қабати дохилии варидҳо)-и варидҳо вайроншавии лейкоцитҳо, тромбоситҳо ва фибрин оварда мерасонад, ки боиси пайдошавии лахтаи хун мегардад.

Пеш аз амалиёт ҳамаи беморон аз ташхиси аксбардории дуплекси варидҳои поён бо мақсади дарёфт намудани сохтори анатомӣ гузаронида шаванд.

Натиҷаҳо ва баррасии онҳо:

Бо мақсади баҳо гузоштан ба натиҷаҳои табобати пешгирии оризаҳои тромбоэмболитикии дар вақти холесистэктомияи лапороскопӣ ва муайян намудани натиҷабахшии истифодаи усулҳои пешгирии тромбоэмболия дар ҳолати баъди ҷарроҳии беморон таҳти назорати динамики қарор дошанд.

Мебояд қайд намуд ки аксари тромбозҳо дар бемороне ба мушоҳида расид, ки бо бемориҳои ҳамрадиқ ба монанди фарбеҳӣ, диабет қанд ва холесистэктомияи дарозмуддат зиёда аз 2 соат гузаронидашуда ба назар гирифта шуд ё ин ки бе пешгирии то ҷарроҳӣ ва дохили ҷарроҳӣ гузаронида нашуда буданд. Бемороне ки барои амалиёт пешниҳодгардида як руз пеш аз ҷарроҳи хатман гузаронидни пешгирии пайёмадҳои



тромбоэмболияи андомҳои поён бо маҳлули зидди лахтаташавии хун дар варидҳо истифодаи фрагмин 2500мэ дар зери пуст атрофи ноф 1.2, соат пеш баъд 2500мэ як бор дар як рӯз то 5-7 рӯз.

Хулоса. Ҳамин тариқ, истифодаи усулҳои коркардшудаи пешгиринамои дар вақти ҷарроҳӣ ва баъди ҷарроҳӣ зимни гузаронидани амалиёти холесистэктомияи лапароскопӣ ва кам гардидани оризаҳои тромбоэмболитики оварда мерасонад, ки он дар навбати худ барои беҳтаршавии натиҷаи табобати ин гуруҳ беморон ва ҳамзамон

зудтар беҳ гардидани сифати зиндагинамоии онҳо боис мегардад. Дар айни замон бо тарақиёти инкишофи амалиётҳои лапароскопии ҷарроҳии дохили батни новобаста аз мувафақияти технологияи миниинвазивӣ дар табобати бемориҳои узвҳои дохили батни якчанд муамоҳои ҳалнашуда боқи мемонад ки яке аз онҳо ин пешгирии паёмдҳои тромбоэмболитики дар вақти холесистэктомияи лапароскопи ба шумор меравад. Чунин муамоҳо айни замон хело актуалӣ буда бинобар инкишофи зиёд дар ҳамаи беморхонаҳои Ҷумҳурии Тоҷикистон.

АДАБИЁТ

1. Баешко А,А Послеоперационный тромбоз глубоких вен нижних конечностей и тромбоэмболия дегочной артерии. Эпидемиология. Профилактика. М:Триада-Х, 2000. -136с
2. Ноздрасчев Ю,И, Ильин В,Н Послеоперационные венозные тромбозы . М.:Наука, 1981 с.356
3. Федеров. И,В Сигал. Е,И Одинцов.В.В Эндоскопическая хирургия М:.. ГЕОТАР Медицина, 1998 - 352с
4. И.В. Федеров, Е.И.Сигал, Л.Е. Славин Эндоскопическая хирургия
5. Ю.Г. Старков Ю.Г, К .В. Шишин, Профилактика тромбоэмболических осложнений при лапароскопической холецистэктомии

ПРОФИЛАКТИКА РАЗВИТИЯ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ОСЛАЖДНЕНИИ ПРИ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ.

Курбонов Дж. М., Муосев Д.Ф., Курбонов Дж.Дж.

В предлагаемой статье представленный результаты диагностики и лечения 16 пациентов с венозной тромбозы, при этом в 12 (75%) случаях отмечен тромбофлебит подкожных вен нижних конечности и 4 (25%) случаях тромбофлебит глубоких вен.

Используя меры профилактики автором удалось уменьшить количество тромбоэмболических осложнения во время операции и в после операционном периоде.

По мнению авторов, использование меры профилактики у больных подвергшийся лапароскопическое холицистэктомия приводит к улучшению результатов проведенного лечения и быстрой реабилитации больных.

Ключевые слова. Лапароскопическая холецистэктомия, тромбоэмболические осложнения и меры профилактики.

PREVENTION OF THE DEVELOPMENT OF POSTOPERATIVE DELIGHT IN LAPAROSCOPIC CHOLECYSTECTOMY.

J.M. Kurbonov, D.F. Musoyev, J.J. Kurbonov

The proposed article presents the results of diagnosis and treatment of 16 patients with venous thrombosis, while in 12 (75%) cases thrombophlebitis of the saphenous veins of the lower extremities and 4 (25%) cases of deep vein

thrombophlebitis.

Using preventive measures, the author was able to reduce the amount of thromboembolic humidification during surgery and in the postoperative period.



According to the authors, the use of preventive measures in patients who underwent laparoscopic cholecystectomy leads to an improvement in the results of treatment and

rapid rehabilitation of patients.

Keywords. Laparoscopic cholecystectomy, thromboembolic complications and preventive measures.

Курбонов Ҷурабек Муминович, н.и.т, дотсент, мудири кафедраи анатомияи топографӣ ва амилияи ҷарроҳӣ. Тел. 939 03 29 39

Курбонов Дж. М., к.м.н., зав.каф. топографической анатомии и оперативной хирургии. Тел. 939 03 29 39

Kurbonov Jurabek Muminovich, c.m.s., docent, head of the topographic anatomy and operative surgery. Тел. 939 03 29 39

ПОКСОЗИИ ВИДЕОЛАПАРОСКОПИИ КОВОКИИ ШИКАМИ БЕМОРОН БО ПЕРИТОНИТИ ПАҲНГАШТА ДАР МАРҲИЛАИ БАЪДАЗҶАРРОҲӢ

А.Р. Сараев, Ш.Қ. Назаров, Б.Ҷ. Султонов

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

Мухиммият. Масъалаи табобати шаклҳои вазнини перитонити паҳнғашта, сарфи назар аз таърихи зиёда аз як асрааш, ҳоло ҳам аз ҳалли ниҳии худдур аст, ва то кунун таваҷҷуҳи ҷарроҳонро ҷалб менамояд [1, 2]. Махсусан ин ба вазиятҳои тааллуқ дорад, ки ба релапаротомияҳои барномавӣ вобаста аст [3, 4]. Хусусияти осебоварии усули тафтиши барномавии ковокии батн ҷарроҳонро водор сохтааст, ки дар ҷустуҷӯи имконоти алтернативӣ бошанд. Муддати даҳсолаҳои охир дар амалияи ҷарроҳӣ самти комилан ҷадид - гузарондани амалиётҳои мининвазивии ҷарроҳӣ бо истифода аз техникаи видеолароскопӣ - ташаккул ёфтааст [5-7]. Поксозиҳои барномавии лароскопӣ, баъд аз амалиётҳои ҷарроҳӣ хангоми перитонити паҳнғашта, мавқеи махсусро ишғол намуданд [8]. Усули мазкур ба коҳишҳои шумораи релапаротомияҳо мусоидат мекунад, ҳамзамон дар хотир бояд дошт, ки усул такмили худро талаб менамояд. Зарурати таҳлили муҳтавои перитонеалӣ ва фибрин, чун яке аз манбаҳои асосии захролудшавии эндогенӣ дар марҳилаи баъдазҷарроҳӣ, заминаи асосии патогенетикии усули мазкур дар табобати перитонити паҳнғашта ба ҳисоб меравад. Лароскопия, усули "бараҳтарини" амалиёти ҷарроҳӣ буда, имкон медиҳад, ки динамикаи ҷараёни перитонит

босиран арзёбӣ карда шавад, поксозии ковокии батн гузаронда шавад, найчаҳои обияткаши аз фаъолият бозмонда иваз карда шаванд, тадбирҳои табобатӣ хангоми инкишофи аворизи ҷарроҳӣ андешида шаванд [9].

Мақсади таҳқиқот. Беҳсозии натиҷаҳои табобати беморон бо перитонити паҳнғашта тариқи поксозии видеолароскопии ковокии батн.

Мавод ва усулҳои таҳқиқот. Барои амалӣ гардондани поксозии ковокии шикам дар давраи баъдазҷарроҳӣ, мо усули поксозии видеолароскопии (ПВЛ) баъдазҷарроҳии динамикӣ, дар клиникаи мо такмил додашударо истифода бурдем. Самаранокии ПВЛ-и барномавӣ дар маҷмӯи ҷорабиниҳо давоми соли 2017 дар МД "МЁТТ" ш. Душанбе дар гурӯҳ, иборат аз 106 бемор бо перитонити паҳнғашта, омукта шудааст (гурӯҳи асосӣ). Натиҷаҳои табобат бо нишондиҳандаҳои шабеҳи гурӯҳи контролӣ муқоиса карда шуд. Гурӯҳи муқоисавиро 93 бемор ташкил додааст, ки табобати баъдазҷарроҳиро бо усули муқаррарӣ мегирифанд. Гурӯҳҳо аз рӯи ҷинс, синусол, ҳаҷм ва муҳлати иҷроиши амалиёти ҷарроҳӣ (аз оғози беморӣ), хусусияти патология, ки сабаби перитонити паҳнғашта шудааст, вазнинии ҷараёни он муқоисашаванда мебошанд. Арзёбии вазн ва пешгӯии оқибати беморӣ дар асоси ни-



шондихандаҳои интегралӣи клиникӣ-озмоишии чадвали "шоҳиси перитонит" ("ШП" Сараев А.Р., 2015), МРІ ва SAPS амалӣ мешуд.

Дал ҳолатҳои беморие, ки ба гурӯҳи III чадвали "ШП" мувофиқат мекунад, дар охири чарроҳӣ дар девори пеши шикам остинчаи металикӣ ё пластикии махсус барои амалӣ кардани ПВЛ, гузошта мешуд. Дар марҳилаи баъдазчарроҳӣ ба беморони ин гурӯҳ чораҳои санатсионӣ тариқи иҷроиши РТ ё ПВЛ амалӣ карда мешуд.

Поксозиҳои барномавии ковокии шикам дар давраи баъдазчарроҳӣ аксаран тариқи ПВЛ амали мегардид. ПВЛ-и аввалини нақшавӣ баъд аз 12-24 соат аз лаҳзаи амалиёти аввалини чарроҳӣ иҷро карда мешуд. Иҷроиши ПВЛ дар муҳлатҳои дертар, хусусан баъд аз 48 соат ва зиёд баъд аз чарроҳии аввалин, метавонад аз сабаби чараёни иртишоҳӣ-илтисокии дар ковокии батн инкишоф меёфта, бениҳоят душвор бошад. Ин боиси душвориҳои зиёди техниकीи усули иҷрошуда мегардад ва бо хатари баланди осебёбии узвҳои ковокии батн ҳамроҳ мешавад, ки имкониятҳои ПВЛ-ро ба таври назаррас маҳдуд менамояд. Аз ин рӯ, дар зарурати чорабинӣ дар муҳлати зиёда аз 24-48 соат, усули интиҳобӣ бояд реллапаротомияи санатсионӣ бошад.

Дар ҳамаи беморон ҳангоми гузарондани ПВЛ-и аввалин дар ковокии шикам чараёни илтисоқӣ (аз ҳисоби фибрини таҳшиншуда) мушоҳида мешуд, дар баъзе ҳолатҳо он бо чамъшавӣ ва маҳдудшавии моеъи илтиҳобӣ дар байни ҳалқаҳои рӯда ва инчунин чудошавӣ аз ковокии озоди батн ва аз фаъолият мондани найчаҳои обияткаш ҳамроҳ мешуданд. Дар давоми сеанси ПВЛ муҳтавои перитонеалӣ аз қисматҳои аз часпишҳо озод бартараф карда мешуд, сипас чудокунии ҳалқаҳои часпидаи рӯдаҳо гузаронда мешуд. Бо дарёфт кардани чамъшавии иловагии моеъот ҳангоми чудо кардани лиҳомҳо, он бартараф карда мешуд. Баъд аз чудо кардани часпишҳо ва чаббидани муҳтавои шустани ковокии шикам бо 3-4 литр маҳлули 1,5% NaCl дар ҳарорати контрастӣ гузаронда мешуд.

Нишондод барои зарурати иҷроиши чораҳои санатсионии такрорӣ бо дарназардошти маҷмӯи аломатҳои аёнии чараёни илтиҳобӣ дар ковокии батн муайян карда мешуд. Барои арзёбии объективӣ хусусияти он ва бо мақсади оптимизатсияи тактикаи минбаъдаи табобати чузбӣ мо аз чадвали арзёбии босирии вазни перитонит (АБВП) истифода бурдем.

Чадвали арзёбии босирии вазни перитонит дар чадвали 1 оварда шудааст.

Чадвали 1. Чадвали арзёбии босирии вазни перитонит.

Нишона	Дараҷаи ифодаи нишона (ҳолҳо)		
	1	2	3
Намуди тағйиротҳои илтиҳобии сифоқпарда	А	Б	В
Хусусияти муҳтаво	серози	Фибринозӣ, геморрагӣ	Фибринозӣ, фасодӣ, начосатӣ
Ҳаҷмимӯҳтаво (мл)	То 300	300-500	Зиёда аз 500
Чамъшавии муҳтаво	ягона	пахншуда	думмалҳо
Қабати фибринӣ	ришташакл	суст	сахт
Лиҳомҳои сифоқӣ	алоҳида	пахншуда	зиёд
Лаппиши рӯдаҳо	нобаробар	суст	Мушоҳида намешавад
Хусусияти микроб	Асосан азробӣ	Омехта	Асосан анаэробӣ

Хатари авҷгирии перитонит мувофиқи чадвали пешниҳодшуда, тариқи чамъкунии ҳолҳои ҳамаи аломатҳои маълумшудаи перитонит аз ҷумлаи дар чадвал овардашуда, муайян мешавад. Дар ҳолати ҳосили чамъ то 10 ҳол чараёни баъдазчарроҳии перито-

нити паҳншуда мусоид ҳисобида мешуд, ва вобаста ба ин поксозиҳои такрорӣ ковокии шикам лозим набуд. Дар ҳолати шиддатнокии перитонит мувофиқ ба 10 то 18 ҳол аз рӯи чадвали АБВП (яъне аломатҳои авҷгирии перитонит) ПВЛ такрорӣ иҷро мешу-



данд. Ҳосили чамъ 19 ҳол ва аз он зиёд аз рӯи чадвали АБВП аз мавҷудияти манбаи чарроҳии перитонити санатсия нашуда шаҳодат меод ва зарурати амалӣ кардани реллапаротомияи таъҷилӣ барои бартараф кардани он ба вучуд меомад.

Барои арзёбӣ кардани эътимоднокии фарқияти байни ифодаҳо Т-критерияи Стюдентро истифода кардем. Вобастагии коррелясионӣ бо усули Спирмен баҳогузорӣ карда шуд.

Натиҷаҳои таҳқиқот ва муҳокимаи онҳо. Аз 106 бемори гурӯҳи асосӣ дар лаҳзаи гузарондани амалиёти чарроҳӣ 84 бемор (79,3%) бо нишондиҳандаҳои худ ба гурӯҳи II чадвали "ШП" мансуб буданд, ва 22 бемор - ба гурӯҳи III (20,7%). Дар гурӯҳи муқоисавӣ ҳолатҳои беморӣ инчунин байни гурӯҳҳои II (72 ҳолат - 77,4%) ва III (21 ҳолат - 22,6 %) тақсим шудаанд.

Ба беморони гурӯҳи III-и хатари гурӯҳи асосии беморон давоми 12-24 соат баъд аз чарроҳӣ поксозӣҳои барномавии ковокии батн иҷро карда шудааст (РТ дар 7 бемор, ПВЛ дар 15 ҳолат). Дар 8 бемор аз ҳисоби касалони гурӯҳи III-и хатар, ҳангоми муоинаи босирии ковокии шикам, қабатҳои фибрин болои ҳалқаҳои рӯдаҳо, асосан дар шакли наҳ, мушоҳида мешуданд. Чунин манзара аксаран дар мавзеи манбаи перитонит возеъ буд. Инчунин пурхунӣ ва хунрезӣҳои петехиалии сершумор дар сифоқи париеталӣ ва виссералӣ мушоҳида карда мешуд. Дар мавзеи манба варами шишашакли бофтаҳо, нишонаҳои парези начандон возеъ дидан мумкин буд. Берун аз минтақаи манбаи перитонит, тағйиротҳои илтиҳобии макроскопии ковокии батн камтар ифода ёфта буданд - сифокпарда чилдор, пурхунӣ камаён бо барҷастагии возеъи рағҳо. Дар ин беморон 300-400 мл муҳтавои тираанги серозӣ-геморрагӣ ё серозӣ-фибринозӣ чаббида шуд. Чамъшавии муҳтаво асосан дар мавзеи коси хурд, каналҳои рост ва чапи паҳлӯӣ, фазои зеричигар ва зери диафрагма мушоҳида мешуд.

Дар 2 нафар аз 8 бемор баъдан динамикаи манфии нишонаҳои клиникӣ-озмоишӣ, ки сабабаш авҷгирии чараёни патологӣ дар

ковокии батн буд, ба қайд гирифта шуд. Падидаҳои афзоюндаи сепсис бо аломатҳои прогрессивии пневмония алоқаманд буданд, ки дар заминаи рағҳои илтиҳоб дар ковокии батн инкишоф ёфт. Баъдан табобат бо усули дар клиника қабулшуда бидуни ПВЛ-и такрорӣ гузаронда мешуд. Дар ҳар ду ҳолат фавт ба қайд гирифта шуд, ки бевосита ба чараёни септикийи пневмония вобаста буданд. Дар 14 нафар (63,6%) аз ҳисоби 22 беморигурӯҳи III хатар, манзараи босирий дар ковокии шикам ҳангоми чарроҳии аввалини РБ ё ПВЛ барномавӣ ба 10-17 ҳол аз чадвали АБВП мувофиқат мекард, ки ба иҷроиши поксозӣҳои такрорӣ барномавӣ талабот дошт. Ҳангоми муоинаи босирии ковокии батн часпишҳои сершумори сифок ва ҳалқаҳои рӯдаҳо ба назар мерасид, ки ҷудо карда шуданд. Инчунин муҳтавои фибринозӣ-фасодии дар байни ҳалқаҳои рӯдаҳо чамъшуда бартараф карда шуд. Худи сифокпарда варамноқ, пурхун, бо бозисти возеъи хун дар рағҳо, ва бо қабатҳои рағси фибрин. Тағйиротҳои илтиҳобӣ инчунин аз ҷониби узвҳои паренхиматозӣ (чигар, испурч) мушоҳида мешуданд: рағшавӣ ва варами гилофак, қабатҳои фибринозӣ болои узво. Лаппиши рӯдаҳо вучуд надошт, ё ниҳоят суст буд. Дар давоми ҳар сеанс то 400-1500 мл муҳтавои фасодӣ ва фибринозӣ-фасодӣ, ки чамъшавиашон қариб дар ҳама қитъаҳои ковокии шикам мушоҳида мешуд, бартараф карда мешуд. Дар 1 ҳолат аз сабаби ниҳоят вазнин будани ҳолати бемор, гузарондани чораҳои такрорӣ санатсионӣ имконнопазир буд. Падидаҳои сепсиси абдоминалии авҷгиранда бо зухуроти синдроми ихтилоли полиоргани дар ин бемор баъдан боиси оқибати нохуши беморӣ гардиданд.

Ҳангоми гузарондани ПВЛ такрорӣ дар 9 аз 14 бемор динамикаи мусбати чараёни микробӣ-илтиҳобӣ мушоҳида карда шуд. Ҳангомипоксозӣҳои такрорӣ ковокии батн-манзараи босирий-микроскопӣ ба илтиҳоби хоҳишбанда мувофиқат мекард (пасттар аз 9 ҳол аз рӯи чадвали АБВП), ва вобаста ба ин поксозӣҳои минбаъда гузаронда намешуданд. Дар ду ҳолат фавт ба миён омад, ки



сабабаш дар як бемор инфаркти шадиди миокард, дар дуоум бемор - норасоии поли-органи, ки дар заминаи хунравии аён аз решҳои шадиди меъда инкишоф ёфтааст. Дар 1 бемор ҳангоми гузарондани ПВЛ такрорӣ дар марҳилаи баъдазҷарроҳӣ нишонаҳои норасоии мунҷаи дувоздаҳангушта ба назар расид. Дар ин маврид видеолапароскопия хусусияти ташхисӣ дошт бо муайян намудани нишондодҳо барои иҷроиши амалиёти такрорӣ таъҷилӣ (релапаротомия). Бемор баъдан аз захролудшавӣ дар заминаи аломатҳои авҷгирандаи сепсиси абдоминалӣ фавтид. Аз сабаби инкишофи перитонит, ки ҳангоми чораҳои такрорӣ санатсионӣ ба 10 ҳол ва аз он зиёд аз рӯи чадвали АБВП мувофиқат мекард, дар 4 ҳолат зарурати гузарондани поксозӣҳои барномавӣ зиёда аз ду маротиба ба миён омад - дар 3 бемор 3 маротиба, дар 1 бемор - 4 ПВЛ.

Поксозӣҳои барномавии ковокии батн танҳо баъд аз коҳишҳои шиддати перитонит пасттар аз 10 холи меъёрҳои чадвал, ба анҷом расонда мешуд. Ҳамагӣ дар гурӯҳи мазкур, иборат аз 22 бемор, 41 поксозӣҳои барномавии ковокии батн гузаронда шудаанд, аз он 11 тариқи релапаротомия ва 30 бо усули видеолапароскопӣ.

Аз байни 84 бемори гурӯҳи II (аз чадвали "ШП") шабонарӯзи аввали баъд аз амалиёти ҷарроҳӣ дар 41 бемор параметрҳои клиникӣ-озмоишӣ ба гурӯҳи I чадвали ХАП, дар 29 нафар - гурӯҳи II ва дар 14 ҳолат - гурӯҳи III хатари авҷгирии перитонит мувофиқат мекард. Ба беморони гурӯҳи II (29 ҳолат) шабонарӯзи аввали видеолапароскопияи ташхисии барномавӣ иҷро карда мешуд. Дар баробари ин дар 17 бемор нишонаҳои босирии ҷараёни илтиҳобии коҳишбанда (камтар аз 9 холи чадвали АБВП), ки иҷроиши чораҳои санатсиониро наметалабид ва баъдан ба онҳо маҷмӯи табоботи консервативӣ гузаронда шуд. Як бемор дар заминаи авҷгирии сепсис, ки сабабаш инкишофи омехтаи ду намуд оризаи фасодӣ-септикӣ буд (дабилаи девори пеши шикам, бронхопневмонияи фасодӣ) фавтид. Дар 12 бемори боқимондаи гурӯҳ ҳангоми ПВЛ аломатҳои лапароскопӣ ва микробиологии

перитонити авҷгирандаи дараҷаи гуногун (10-16 ҳол аз чадвали АБВП) муайян карда шуд, ки идомаи чораҳои санатсиониро талаб кард. Дар 6 ҳолат ПВЛ такрорӣ як маротиба, дар 4 бемор - ду маротиба, дар 1 ҳолат - 3 ПВЛ ковокии батн иҷро карда шуд. Ҳамагӣ дар гурӯҳи мазкури беморон 17 равиши ПВЛ иҷро карда шудааст. Дар як ҳолат вобаста ба вазнинии ҳолат аз сабаби шоки септикӣ, давом додани барномаи санатсионӣ имконнопазир буд. Баъдан бемор фавтид. Ба ҳамаи 14 бемори гурӯҳи III (аз рӯи чадвали ХАП) шабонарӯзи аввали марҳилаи баъдазҷарроҳӣ поксозӣҳои видеолапароскопияи барномавии ковокии батн иҷро карда шуд. Гузарондани ПВЛ такрорӣ дар шабонарузҳои дигар баъд аз ҷарроҳӣ, мувофиқи нишондиҳандаҳои чадвали АБВП, дар 8 ҳолат лозим омад ва дар 3 ҳолат аз он поксозӣҳо борҳо такрор карда шуданд. Ҳамагӣ дар гурӯҳи мазкури беморон бо перитонити паҳнғашта 26 сеанс ПВЛ гузаронда шудааст. Се бемор фавтиданд. Дар ду ҳолат сабаби фавт норасоии поли-органии авҷгиранда буд, дар як ҳолат - инфаркти шадиди миокард.

Ҳамин тариқ, дар гурӯҳи асосӣ 74 видеолапароскопияи санатсионии барномавӣ дар 41 бемор иҷро карда шуд. Дар 17 бемори гурӯҳи асосӣ видеолапароскопия хусусияти ташхискунӣ дошт. Дар 6 ҳолат чораҳои санатсионӣ бо усули анъанавии релапаротомияи барномавӣ гузаронда шуд. Дар ҳеч як ҳолат, оризаҳои бевосита алоқаманд ба иҷроиши муоинаи видеолапароскопӣ, ба қайд гирифта нашудааст.

Сохтори муқоисавии оризаҳо, ки дар беморони гурӯҳи асосӣ ва муқоисавӣ инкишоф меёбад, дар чадвали 2 оварда шудааст.

Хулоса. Дар байни беморони гурӯҳи асосӣ сатҳи 3 баробар пасттари инкишофи аворизи фасодӣ-септикӣ ба қайд гирифта шуд. Гузарондани ПВЛ бо истифода аз алгоритми маҷмӯи ташхисӣ-табоботии коркардшуда, имкон медихад, ки 8,7 баробар миқдори релапаротомияи талаботӣ коҳиш дода шавад, сатҳи умумии фавтнокии беморон мубталои перитонити паҳнғашта 3 баробар паст карда шавад, муддати бистарӣ



ба ҳисоби миёна 9 рӯз кам карда шавад. Истифодабарии ПВЛ дар маҷмуи табобати перитонити паҳнғашта дар аксарияти

беморон имкон медиҳад, ки зарурати гузаронидани амалиётҳои такрорӣ фаврии ҷарроҳӣ пешгирӣ карда шаванд.

Ҷадвали 2. Авризи баъдазҷароҳии гурӯҳҳои асосӣ (n=106) ва муқоисавӣ (n=93).

Намуди ориза		Гурӯҳи муқоисавӣ		Гурӯҳи асосӣ	
		n	%	n	%
Аз тарафи ковокии шикам	Перитонити авчгиранда*	26	27,9	3	2,9
	Думмалҳо	2	2,2	-	-
	Ногузароии лихомии рӯдаҳо	3	3,2	1	0,9
	Носурҳои рӯдавӣ	1	1,1	-	-
Аз тарафи захми б/ҷ	Фасодгирӣ, дабилаҳо	14	15,1	9	8,5
	Эвентрасия	3	3,2	1	0,9
Аз тарафи дигар узвҳо	Пневмония	15	16,1	7	6,6
	Ғайрисироятӣ	4	4,3	4	3,8
Ҳамагӣ**		68	73,1	25	23,6

Эзоҳ: *Ғайриҳолатҳои кирелапаротомияҳои барномавиरो металабанд. ** Дар 6 бемор аз гурӯҳи муқоисавӣ поمهхтаи аз 2 то 4 оризамушоҳидамешавад.

АДАБИЁТ

1. Щеголев А.А., Товмасын Р.С., Чевокин А.Ю., Варнавин О.А., Плотников В.В. Между двух огней: лечение тяжелых форм распространенного гнойного перитонита. Инфекции в хирургии. 2018. Т. 16. № 1-2. С. 21-22.
2. Алиев С.А., Алиев Э.С., Махмудов М.Г., Намазов А.Э. Интегральные системы оценки тяжести состояния больных и критерии прогнозирования исхода при абдоминальном сепсисе. Вестник хирургической гастроэнтерологии. 2016. № 5. С. 3-11.
3. Вачев А.Н., Корытцев В.К., Щербатенко В.Ю., Скупченко С.С., Краснослободцев А.М. Показания к программированным санационным релапаротомиям при распространенном перитоните. Вестник хирургии им. И.И. Грекова. 2019. Т. 178. № 5. С. 89-94.
4. Покровский Е.Ж., Герасименко В.Н., Крайтор А.С. Значение малоинвазивных технологий в лечении распространенного гнойного перитонита. Современные проблемы науки и образования. 2013. № 2. С. 108.
5. Султонов Ш.Р., Зарифов Х.З., Абдуллоев М.Ф., Рахмонов Ш.Д., Ахмедов Р.Ш. Лапароскопическая санация брюшной полости при осложнённом аппендиците у детей. Здравоохранение Таджикистана. 2013. № 4 (319). С. 62-66
6. A.K.Sangrasi, K.A.Talpu, N. Kella, A.A.Laghari, M.R.Abbasi, J.N.Qureshi. Role of laparoscopy in peritonitis. Pak J Med Sci. 2013 Jul-Aug; 29(4): 1028-1032.
7. H.L. Leuva, M.R. Kushwaha, M.Suvera, K.D. Parmar. Role of laparoscopy in peritonitis. National journal of integrated research in medicine. 2014, Vol. 5 No. 2
8. Салахов Е.К., Власов А.П. Программированные лапароскопические санации брюшной полости у больных с распространенными формами перитонита. Фундаментальные исследования. 2014. № 4-1. С. 158-162.
9. Малков И.С., Салахов Е.К. Лапароскопическая санация брюшной полости в комплексном лечении больных с распространённым перитонитом. Казанский медицинский журнал. 2012. Т. 93. № 2. С. 287-289.



ВИДЕОЛАПАРОСКОПИЧЕСКИЕ САНАЦИИ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ БОЛЬНЫХ С РАСПРОСТРАНЕННЫМ ПЕРИТОНИТОМ В ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ

А.Р.Сараев, Ш.К.Назаров, Б.Дж.Султонов

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

Лечение распространенного перитонита представляет собой одну из наиболее актуальных задач практической хирургии. Несмотря на заметный прогресс в медицине, уровень летальности при распространенном перитоните достигает высоких цифр. Причиной тому продолжающийся воспалительный процесс в брюшной полости и полиорганная недостаточность в послеоперационном периоде. Травматичность и агрессивность метода программируемых релапаротомий подталкивают хирургов к поиску альтернативных вариан-

тов. Важное значение имеет внедрение видеолaparоскопии в послеоперационных санациях брюшной полости, то есть программированные лапароскопические санации после первичных операций при распространенном перитоните. Имеется ряд сообщений об эффективности метода лапароскопической санация брюшной полости в лечении пациентов с распространенным перитонитом.

Ключевые слова: видеолaparоскопия, распространенный перитонит, лапароскопическая санация.

VIDEOLAPAROSCOPIC SANITATION OF THE ABDOMINAL CAVITY OF PATIENTS WITH GENERALIZED PERITONITIS IN THE POSTOPERATIVE PERIOD

A.R.Saraev, Sh.K.Nazarov, B.J.Sultonov

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

Treatment of generalized peritonitis is one of the most serious problems of practical surgery. Despite the noticeable progress in medicine, the mortality rate in generalized peritonitis reaches high value. The reason for this is the ongoing inflammatory process in the abdominal cavity and multiple organ failure in the postoperative period. The trauma and aggressiveness of the programmed relaparotomy method push surgeons to search for alternative options. Of great importance is

the introduction of videolaparoscopy in postoperative sanitation of the abdominal cavity, that is, programmed laparoscopic sanitation after primary operations with generalized peritonitis. There are a number of reports on the effectiveness of the method of laparoscopic sanitation of the abdominal cavity in the treatment of patients with advanced peritonitis.

Key words: videolaparoscopy, generalized peritonitis, laparoscopic sanitation.

Сараев Алишер Рахматуллоевич - н.и.т., доценти кафедраи бемориҳои ҷарроҳии №1 МДТ"ДДТТ ба номи Абуали ибни Сино" E.mail dr.saraev@mail.ru тел.918650540

Сараев Алишер Рахматуллоевич - к.м.н., доцент кафедри хирургических болезней №1 ГОУ "ТГМУ им. Абуали ибни Сино", E.mail dr.saraev@mail.ru Тел.918650540

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



ЭНДОКРИНОЛОГИЯ

ХУСУСИЯТҲОИ КЛИНИКИИ ҶАРАЁН ВА ПЕШГҶИИ ДИАБЕТИ ҚАНДИ НАВЪИ II ДАР ЯҚҶОЯГӢ БО COVID-19

Анварова Ш.С., Носирова Б.С.

Кафедраи эндокринологияи (мудирӣ кафедра н.и.т., Ниёзова Н.Ф.) -и МДТ "ДДТТ ба номи Абӯалӣ ба номи Абӯалӣ ибни Сино".

Муҳиммият. Пандемияи сироятии COVID-19, ки бо сабаби вирусӣ тоҷдори нав пайдо шудааст, дар мавриди бемороне, ки дар заминаи чарббандӣ, беморӣ дилу рағҳо ва дигар омилҳои синдроми метаболӣ, ба дигар эпидемияи ғайрсироятӣ ба монанди диабети қанд, хусусан навъи II шомиланд бо ҷараёни вазнин тавсиф меёбад. (1) Имрӯзҳо тибқи маълумотҳои Федератсияи байналмилалӣ диабети дар дунё 463 миллион беморони гирифта ба диабет қанд ба қайд гирифта шудааст. Дар ин миён, мувофиқи арзёбии экспертҳо нишондиҳандаи мазкур то соли 2045, ба 700 миллион хоҳад расид. (1,2) Дар аксари мушоҳидаҳо вазнинии эпидемияи COVID-19 бештар бо зуд-зуд яқҷоя шудани беморҳои зикрфта ифода меёбад. Зимни интишороти ягона мушоҳида мегардад, ки диабети қанд ва чарббандӣ метавонанд предиктори ҷараёни нисбатан вазнинии COVID-19 бошанд ва мумкин аст беморӣ дар ҳолатҳои алоҳида оқибат бо марг анҷом пазирада. (1,7) Муаллифон бар он ақидаанд, ки COVID-19 метавонад мустақиман ба -хучайраҳои гадуди зерӣ меъда таъсир расонида, сабаби вазнинтар шудани ҷараёни диабети қанд гардад, инчунин чигарро иллатнок карда, муқовиматпазирии инсулинро дучанд намояд. (6)

Аввалин ҳодисаҳои илтиҳоби шуши аслаш номаълум аввалҳои декабри соли 2019 дар Чин зоҳир карда шуда буд. Ангезанда ҳамчун -коронавируси нав бо пардаи КРН мувофиқ қунонида шуд. Илтиҳоби шуш дар асоси синдроми шадиди респираторӣ, ки бо сабаби коронавирус пайдо шудааст, дар Ухан ва дигар музофотҳои Чин паҳн гардида, то имрӯз дар тамоми дунё паҳн мешавад. ТУТ дар алоқамандӣ бо пандемияи ба амал омада номи бемориро расман коронавирусӣ COVID-19 номгузорӣ намуд.

Зухуроти клиникаи беморӣ ба синдроми шадиди респираторӣ монанд аст, ки асосан бо роҳи ҳавоӣ-қатраӣ ё дар ҳолати мустақиман тамос гирифта ва ба воситаи роҳҳои нафас паҳн мешавад (2,3).

Бар пояи маълумотҳои маҷудаи таҳқиқотҳо беморони мубтало ба беморҳои ҳамроҳ аз қабилӣ диабети қанд, дар заминаи чарббандӣ ва фишорбаландии шарёнӣ, барои сироятёбӣ аз вирусӣ нави COVID-19 бар асоси оризаи иловагӣ ва хатари марг ба гурӯҳи хатари зиёд шомиланд.

Мақсади таҳқиқот. Омӯзиши хусусиятҳои ҷараёни клиникаи ва пешгӯии диабети қанди навъи II дар яқҷоягӣ бо сирояти нави коронавирусӣ COVID-19.

Мавод ва усулҳои таҳқиқот. Аз ҷониби мо дар шуъбаи эндокринологии маркази тиббии шаҳрии №1 ба номи Аҳмадов Карим 120 бемор муоина гардид. Манзараи клиникаи беморӣҳои яқҷояшуда бо диққат мавриди таҳқиқ қарор дода шуд. Дар мариди ҳамаи беморон сатҳи гликемия, гемоглабини гликозидишуда (HbA1C), системаи лахтабандии хун (замони тромбшавӣ, фибриноген, МНО) таҳқиқ карда шуд. ЭКГ, ТК ё рентгенографияи қафаси сина ба амал оварда шуда, дараҷаи сершавии хун аз оксиген муайян карда шуд. Дараҷаи таллоюфии диабети қанд ба назар гирифта шуд.

Натиҷаҳо ва муҳокимаи онҳо

Дар раванди муоинаи беморони мубтало ба беморҳои яқҷояшуда - диабети қанди навъи II ва COVID-19 мушоҳида гардид, ки ҷараёни клиникаи беморӣ бо нишонаҳои зоҳиршудаи таллоюфнашавандаи диабет ба монанди ташнагӣ, хушкии даҳон, полиурия, зимни 80% мушоҳидаҳо дарди устухонҳо, инчунин мавҷудияти табларза (37,5-38,6°C), сулфа, маҳкамшавии ҳалқ, аз ҳар ду тараф андаке варам кардани бодомакҳо, нафаска-



шии ноҳамворе, ки хиррос надорад, сус-тии афзоишбандаи мушакӣ тавсиф меёбад.

Мувофиқи натиҷаҳои таҳқиқот: сатҳи миёнаи қанд дар дили наҳор зимни беморони диабетӣ қанди аз COVID-19 оризаёфта, ба ҳисоби миёна $14,0 \pm 0,9$ ммол/л, сатҳи баъдиноштой бошад, $15,2 \pm 0,8$ ммол/л, HbA1C $-12, \pm 0,2\%$ -ро ташкил медиҳад. Қайд кардан зарур аст, ки дар гурӯҳи беморони мубтало ба диабетӣ қанди таллоюфнашаванда (42%-и ҳодисаҳо) коҳиш ёфтани сершавии хун аз оксиген ба назар мерасид.

Зимни 36% мушоҳидаҳои беморони гирифтӣ ба бемориҳои якҷояшуда ҳолати гиперосмолярноқӣ, дар 42% кетоатсидози диабетӣ ва ҳангоми 15% бошад, комаи гипергликемӣ ба қайд гирифта шуд.

Маълумотҳои ҳосилнамудаи мо бо маълумотҳои ягонаи муаллифоне, ки чараёни якҷояшудаи COVID-19 ва диабетӣ қанди навъи II-ро таҳқиқ намудаанд, мувофиқат менамояд (1.6.). Барои намоиши таъсири механизми патологӣ COVID-19 ба чараёни вазниншудаи клиникаи диабетӣ қанд ва чарббандӣ, таҳия намудани баъзе хусусиятҳои сохтори вирус ва таъсири мутақобила бо ҳуҷайраҳои ораганизми инсон зарур аст.

Вирусӣ тоҷдори 2 ба КРН-3-и вирусдор тааллуқ дорад, ки парда дорад ва дар сохтори он якҷанд унсур (гликопротеинҳо)-е мавҷуд аст, ки бутунияти сохтори вирион ва нуфузкунии онро ба ҳуҷайра-ҳадаф таъмин менамояд. Вирус гликопротеини махсуси сатҳӣ, ки "хор" ном дорад, ба кор мебарад, то бо ферменти ангиотензинтабдилдиҳандаи 2 (ФАТ2) пайваст гардида, ба ҳуҷайра ворид шаваду сабаби ихтилоли полиузвӣ гардад (7).

Маълумотҳои зикрфта аз он далолат мекунад, ки COVID-19 омили ангиизишдиҳанда махсуб меёбад, ки чараёни клиникаи диабетӣ қанд, хусусан навъи II-ро дар заминаи чарббандӣ бад ва чараёни авчгирандаи бемориро, хусусан оризаи шадид ва музмини онро якбора вазнин мегардонад. Инчунин эҳтимоли зоҳир шу-

дани ҳодисаҳои нави беморӣ мавҷуд аст. Дар нақшаи пешгирии пешгӯиҳои номусоиди таъсири пандемия, назорати нисбатан ҷиддии гликемия, нишондиҳандаҳои мубодилаи чарбҳо, системаи лахтабандии хун, ЭКГ ва муоинаи рентгенологӣ тавсия мешавад, яъне диспансеризатсияи беморони диабет бояд ба ҳаҷми пурра бошад. Ҳамзамон чораҳои пешгирикунандаро оид ба ташҳиси COVID-19 дар марҳилаҳои барвақтӣ тақвият бояд дод. Ҳангоми мушоҳидаи беморони гирифтӣ ба бемориҳои якҷояшуда ба назар гирифтани мушоҳидаҳои клиникаи аз ҷониби мо ҳосилшуда бобати нақшаи пешгӯиикунандаи ҳолати системаи лахтабандии хун, инчунин ҳолати функционалии шушҳо зарур аст.

Муолиҷаи бемории якҷояшуда нақшаи инфродикунонидашудаи табобатро тақозо менамояд, ки он аз назорати бодикқати гликемия бо шартӣ ҳосил намудани таллоюфи диабетӣ қанд ва муолиҷаи фаъоли COVID-19 тибқи нақшаи муолиҷа омили асосӣ махсуб меёбад, ки дар тавсияҳои методӣ аз ҷониби ГУТ тасдиқшуда нишон дода шудааст.

Хулоса, мушоҳидаҳои ҳосилнамудаи мо аз бадшавии авчгирандаи чараёни клиникаи диабетӣ қанди навъи II дар якҷоягӣ бо COVID-19 дар мавриди беморон новобаста аз ҷинс дарак медиҳад ва инкишофи синдроми вазниншавии дучонибаи бемориро асоснок намуда, ба ҳаёти беморон хатар эҷод менамояд. Ташҳиси саривақтии COVID-19, дар марҳилаҳои барвақтӣ ва назорати мунтазами ҳолати талоюфии диабет дар тӯли беморӣ барои пешгирии пешгӯиҳои номусоид зарур аст.

Ба амал овардани муолиҷаи маҷмӯӣ мувофиқи мақсад хоҳад буд, ки на танҳо воситаҳои зиддидиабетӣ, балки он статинҳо, аз рӯи нақша препаратҳои кислотаи алфалипоевӣ, милгаммаҳо ва воситаҳои патогенезӣ, инчунин воситаҳои мубориза бар зидди COVID-19-ро дар бар мегирад ва дар тавсияҳои методӣ Вазорати тандурустӣ тасдиқ шудааст.



АДАБИЁТ

1. Сахарный диабет и COVID-19. Как они связаны? Современные стратегии борьбы. //А. Ю. Бабенко, М. Ю. Лаевская// <https://doi.org/10.18705/1607-419X-2020-26-3-304-311>
2. Alireza Abdi, Milad Jalilian, Pegah Ahmadi Sarbarzeh, etc. Diabetes and COVID-19: A systematic review on the current evidences. <https://doi.org/10.1016/j.diabres.2020.108347>
3. COVID-19 in people with diabetes: understanding the reasons for worse outcomes. // Matteo Apicella, Maria Cristina Campopiano, etc.// July 17, 2020 [https://doi.org/10.1016/S2213-8587\(20\)30238-2](https://doi.org/10.1016/S2213-8587(20)30238-2)
4. Healthmap. Novel coronavirus (COVID-19). <https://www.healthmap.org/covid-19/> Date accessed: 14.10.2020
5. COVID-19 and diabetes: Knowledge in progress. Hussain A, Bhowmik B, do Vale Moreira NC. Diabetes Res Clin Pract. 2020 Apr; 162:108142. doi: 10.1016/j.diabres.2020.108142. Epub 2020 Apr 9.\
6. COVID-19 and diabetes mellitus: An unholy interaction of two pandemics. Pal R, Bhadada SK. Diabetes Metab Syndr. 2020 Jul-Aug;14(4):513-517. doi: 10.1016/j.dsx.2020.04.049. Epub 2020 May 6.
7. Zhang H, Penninger JM, Li Y, Zhong N, Slutsky AS. Angiotensin-converting enzyme 2 (ACE 2) as a SARS-CoV-2 receptor: molecular mechanisms and potential therapeutic target. Intensive Care Med. 2020;46(4):586-590. doi:10.1007/s00134-020-05985-9
8. Chen X, Hu W, Ling J, Mo P, Zhang Y, Jiang Q, et al. Hypertension and diabetes delay the viral clearance in COVID-19 patients. medRxiv; 2020.

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ И ПРОГНОЗ САХАРНОГО ДИАБЕТА 2 ТИПА В КОМОРБИДНОСТИ С COVID-19

Анварова Ш.С., Носирова Б.С.

Резюме. Нами обследовано 120 больных во взрослом эндокринологическом отделении городского медицинского центра №1 имени Ахмедова Карима. Тщательно изучалась клиническая картина сочетанной патологии. Всем больным исследовались уровень гликемии, гликолизированного гемоглобина (HbA1C), свертывающая система крови (протромбиновое время, фибриноген, МНО). Проводились ЭКГ, КТ или рентгенография грудной клетки, определялась степень насыщения крови кислородом. Учитывалась степень компенсации сахарного диабета.

В процессе наблюдения пациентов с сочетанной патологией - сахарным диабетом 2 типа и COVID-19 отмечено, что клиническое течение болезни характеризовалось выраженными признаками декомпенсации диабета, такими, как жажда, сухость во рту, полиурия, боль в костях в 80% наблюдениях, а также наличием лихорадки (37,5-38,6°C), кашля, заложенности глотки, небольшим отеком миндалин с обеих сторон, грубым дыханием без хрипов, прогрессирующей мышечной слабостью.

Ключевые слова: эндокринологическая отделения, рентгенография грудной клетки, сахарный диабет 2 типа, COVID-19, сухость во рту.

CLINICAL FEATURES AND PREDICTION OF DIABETES MELLITUS TYPE 2 IN COMORBIDITY WITH COVID-19

Anvarova Sh.S., Nosirova B.S.

Summary. We examined 120 patients in the adult endocrinology department of the city medical center No. 1 named after Akhmedov

Karim. The clinical picture of combined pathology was thoroughly studied. All patients studied the level of glycemia, glyced



hemoglobin (HbA1C), blood coagulation system (prothrombin time, fibrinogen, INR). An EKG, CT, or chest x-ray was done and the degree of oxygen saturation of the blood was determined. The degree of compensation of diabetes mellitus was taken into account.

During the observation of patients with concomitant pathology - type 2 diabetes mellitus and COVID-19, it was noted that the clinical course of the disease was characterized by

pronounced signs of diabetes decompensation, such as thirst, dry mouth, polyuria, bone pain in 80% of cases, as well as the presence fever (37.5-38.6 ° C), cough, pharyngeal congestion, slight swelling of the tonsils on both sides, rough breathing without wheezing, progressive muscle weakness.

Key words: endocrinology department, chest x-ray, type 2 diabetes mellitus, COVID-19, dry mouth.

Анварова Ш.С.-д.м.н., профессор кафедры эндокринологии.

Anvarova Sh.S. - Doctor of Medical Sciences, Professor of the Department of Endocrinology.

ИРТИБОТИ МАСРАФИ НЎШИДАНИҲОИ ШИРИН БО ХАТАРИ ИБТИЛО БА ДИАБЕТ ВА САРАТОН ДАР ШАРОИТИ ҶАНГ ВА СТРЕСС ДАР АФҶОНИСТОН

Абдулҳаким Ҳакимӣ¹, Нилуфар Ҳакимӣ².

¹. Донишкадаи тибби Донишгоҳи Балх, Ҷумҳурии Исломии Афғонистон,

². Донишкадаи тибби Донишгоҳи Раҳнаварди Мазори Шариф, Ҷумҳурии Исломии Афғонистон.

Муҳиммият. Имрӯз сартон ба унвони як мушкили умдаи саломат ва яке аз илалӣ аслии марғу мир дар ҷаҳон матраҳ аст. шеваи зиндагӣ ва одатҳои ғизоӣ, стрессҳои бархоста аз ҷанг дар Афғонистон аз илалӣ умдаи афзоиши саратон мебошад.

Нӯшиданиҳои ширин бо таваҷҷуҳ бо асароташон ба гипергликемия, гиперинсулинемия, коҳиши ҳассосияти инсулинӣ ва ҷоқӣ (фарбеҳӣ) ва иртиботи эҳтимолии онҳо бо саратон, мавриди таваҷҷуҳи муҳаққиқин қарор гирифтаанд. Бо таваҷҷуҳ бо адами вучуди мутолиаи мурурӣ дар заминаи иртиботии байни масрафи нӯшиданиҳои ширин ва хатари ибтило ба саратон, ҳадафи мутолиаи ҳозир баррасии ин иртибот буд.

Бар хилофи ақидаи шоеъе (пахншудае), ки саратон як бемории умда дар кишварҳои санъати аст, ин беморӣ дар кишварҳои дар ҳоли тасеъа (рушд), хусусан Афғонистон низ рӯ ба афзоиш аст.

Бо таваҷҷуҳ бо ин ки шеваи зиндагӣ, одоти ғизоӣ, шароити муҳитӣ, афзоиши масрафи сигор ва фукдони (камии) фаъолияти баданӣ ношӣ аз зиёд шудани васоити нақлиаи мошинӣ, истеъмоли ғизоҳои кимиёвӣ ва санъатӣ аз илалӣ афзоиши саратон мебошад. 40%-и марғумири ношӣ аз саратон-

бо равиши беҳдошти тағзия (ғизо), дар шеваи зиндагӣ, фаъолияти зиёди ҷисмонӣ ва тағйири шеваи режими ғизоӣ қобили пешгирӣ аст.

Дар як мутолиаи анҷомшуда дар кишварҳои афзоиши мизони саратони дастгоҳи гувориш аз 8% то 14% дар тайи 50 соли гузашта ба 8/17:-ро нишон медиҳад ва зарурати барномарезӣ ҷиҳати ислоҳи одоти ғизоӣ номуносибро хотирнишон месозад.

Бо таваҷҷуҳ бо музмин будани раванди саратонӣ шудани селулоҳа (хучайраҳо) ба назар мерасадодати тӯлонимуддати ғизоӣ фард бар бурузи саратон таъсир меғузорад. Ба унвони мисол бархе мутолиот иртиботи маънидороро байни масрафи мева ва сабзӣ ва хатари карсиномаи селулоҳаи кулиявӣ (гурда) гузориш накардаанд, аммо дар мутолиаҳои ин иртибот ба сурати иртиботи мусбат ва маънидор нишон дода шудааст.

Дар як мутолиаи метаанализ нишон дода шудааст, ки афзоиши 5 kg/m дар мардон бо бархе саратонҳо, монандиколон ва дар занҳо назари кисаи саффо (талҳадон) ва эндометрия иртиботи қавӣ доштааст.

Дар Афғонистон ва ҷаҳон дар се даҳаи охир шуюъи (пахншавии) ҷоқӣ (фарбеҳӣ) ва изофаи вазн дар болиғон ва бачаҳо раванд



ди рӯ ба афзоиш доштааст. Яке аз иллатҳое, ки боиси чоқӣ дар чамъиятҳои пешрафта шудааст, афзоиши дарёфти каллория ба сурати каллорияҳои моеъ ва нӯшиданиҳои ширин аст. Бархе таҳқиқот нишон медиҳанд, ки кохиши дарёфти нӯшиданиҳои пуркалория мунҷар ба кохиши вазн шудааст, ки таъсири онҳо дар кохиши вазн, кавитар аз кохиши дарёфти маводи чомиди пуркалория будааст.

Қарори таҳқиқоти мо дар ҳудуди 24% аз болиғон, 62% аз афроди 12-17-сола ва 41% аз бачаҳои солона ҳадди ақал як бор дар рӯз аз нӯшобаҳо истифода мекунанд. Болиғоне, ки гоҳе нӯшоба менӯшанд, 15% ва онҳое, ки як бор ё бештар нӯшоба ё нӯшиданиҳои ширин менӯшанд, 27% бештар нест ба афроде, ки аз ин нӯшиданиҳо истифода намекунанд, эҳтимоли чоқӣ ё изофаи вазн доранд.

Мутолиоте дар заминаи масрафи нӯшиданиҳои ширин ва иртиботи онҳо бо саратонҳо анҷом гирифтааст. Ёфтаҳои ин баррасӣ нишон медиҳад, ки масрафи нӯшиданиҳои аз тарафи дигар нӯшиданиҳои ширин бо тавачҷуҳ ба муҳтавои болои қандҳои сода метавонанд мучиби эҷоди гиперкалсиемия, гиперинсулинемия, ва муқовимати инсулинӣ шаванд. Гиперинсулинемия мучиби фаъол шудани бештар гирандаҳои фактури рушд шабеҳ шавад, ки худ мунҷар ба афзоиши рушд, бахусус инсулинии селулҳои понкрот ва эпителиуми пистон мешавад. Афзоиши музмин глюкоз мучиби афзоиши гунаҳои фаъоли оксиген ва эҷоди стресси оксидотию мешавад. Селулҳои чазираҳои понкрот ба гунаҳои фаъол оксигенҳои ҳасоситар ҳастанд; чарок и мизони ғализати онзимҳои антиоксидантӣ дар хатари дигар дар раванди саратонӣ шудан селулҳо онҳо поин аст, дар ҳоле ки масрафи қандҳо ванӯшиданиҳои ширин мумкин аст, мучиби осеби селулҳо ва саратон шавад, омили муҳофизаткунанда ва авомили дахил ҳастанд, ба унвони мисол саратони понкрот дар сигориҳо 2 баробар бештар аз ғайрисигориҳо. Мутолиоти анҷомшуда дар ин замина маҳдуд аст. Ба иллати ин маҳдудият, наметавон натиҷаи катъӣ роҷеъ ба вучуд ё адами вучуди ин иртибот ироа намуд. Ба илова бешта-

ри мутолиоти анҷомшуда, дорои тарроҳии мавриди шоҳидӣ ҳастанд, ки ин амр натиҷагирии илат ва маълулиро дар мавриди вучуд ё адами вучуди иртибот бисёр саҳт мекунад. Дар ин замина теъдоди бисёр маҳдуди мутолиоти оянданигар анҷом шудааст, ки ин мутолиот низ бо маҳдудиятҳои зиёде мувоҷеҳ будаанд. Адами андозагирии микрорежими ғизой, яке аз маҳдудиятҳои аслии ин мутолиот аст.

Нуктаи дигар кӯтоҳ будани замони пайгирӣ дар бештари ин баррасиҳо аст ва ба назар мерасад, ки барои ёфтани иртиботи катъӣ байни нӯшиданиҳои ширин ва саратон, ниёз ба анҷоми мутолиоти бештар дар ин замина вучуд дорад.

Натиҷагирӣ. Бар пояи ёфтаҳои ҳосил аз мутолиоти анҷомшуда метавон натиҷагирӣ кард, ки масрафи нӯшиданиҳои ширин ба далели муҳтавои болои калория ва қанд сода, мумкин аст мучиби афзоиши вазн, чоқӣ ва муқовимати инсулин дар афрод гардад.

Ба назар мерасад афзоиши сатҳи инсулин, муқовимати инсулин ва стресси оксидотив дар натиҷаи дарёфти миқдори болои глюкоз, метавонад омили асосии воситагар барои истиботи байни масрафи нӯшиданиҳои ширин ва саратон бошад бо ин вучуд ва далели маҳдуд будани пажӯҳишҳои суратгирифта дар ин замина, анҷоми мутолиоти оянданигар бештар дар оянда, ба вижа дар нуқоти чамъиятҳои муҳталиф ва бар рӯи гурӯҳҳои синӣ ва ҷинсии муҳталиф пешниҳод мешавад. Стрессҳо и шароити ҷанг ҳам дар бурузи саратон роли муҳтарӣ дорад. Стресс сабаби озод шудани адреналин ё гормонистресс аз ғуддаи фавкулкуллия (болои гурда) шуда, савияи истеъмоли глюкози дамоғиро поин меоварад.

Пешниҳод. Ҷиҳати мубориза ва пешгирӣ аз диабет ва саратон мавриди отиро (минбаъда) пешниҳод менамоем:

1. Хӯрдани муназзами дӯғро ба далоили зайл пешниҳод менамоем: дӯғ илова бар мазоёи тағзияӣ, ҳовии бактерияҳои муфиде аст, ки асароти зиёде бар саломати дастгоҳи гузориш дорад. Агар ба таври мураттаб дӯғ масраф кунед, бактерияҳои муфиди



мавҷуд дар он дар дастгоҳи гувориш чой мегиранд ва асароти бисёр муфид бар саломати дастгоҳи гувориш хоҳанд дошт. Ҳамчунин мӯчиби адами рушди организмҳои музир мешаванд.

2. Нӯшобаи навъи нӯшидани ширингаз-карбоникдор аст, ки ибто унвони нӯшидани хунук ва маъмулан барои бартараф кардани ташнагӣ ва ё бо ҳамроҳи ғизо мавриди истифода қарор мегирад. Аз истеъмоли он ба шакли ифротӣ худдорӣ намоед.

3. Барои таъм додан ба нӯшоба аз ванил, дорчин, карамел, ва асоннаси анвои мураккабот, махсусан апелсин лимуи турш истифода бикунед.

4. Кофеин ба он изофа нанамоед.

5. Нӯшобаҳоро маъмулан бо шакар ширин накунад.

6. Барои таҳияи нӯшобаҳои режимӣ аз маводи ширинкунанда и маснуӣ мисли оспортом истифода нанамоед, ки ин мавод калорӣи маводи мағзӣ надорад.

References

1. Are the number of cancer cases increasing or decreasing in the world? [Online]. 2008 [cited 2008 Apr 1]; Available from: URL: <http://www.who.int/features/qa/15/en/index.html/>.
2. Mojir Sheibani KH, Mortazavi SH, Azadeh P. The incidence of cancer during the past 58 years in Iran. *Journal of Surgery* 2004; 12(31): 25-30.
3. Ansari R, Mahdavinia M, Sadjadi A, Nourai M, Kamangar F, Bishehsari F, et al. Incidence and age distribution of colorectal cancer in Iran: results of a population-based cancer registry. *Cancer Lett* 2006; 240(1)
4. Rashidkhani B, Lindblad P, Wolk A. Fruits, vegetables and risk of renal cell carcinoma: a prospective study of Swedish women. *Int J Cancer* 2005; 113(3): 451-5.
5. Tang NP, Zhou B, Wang B, Yu RB, Ma J. Flavonoids intake and risk of lung cancer: a meta-analysis. *Jpn J Clin Oncol* 2009; 39(6): 352-9.
6. Koushik A, Hunter DJ, Spiegelman D, Beeson WL, van den Brandt PA, Buring JE, et al. Fruits, vegetables, and colon cancer risk in a pooled analysis of 14 cohort studies. *J Natl Cancer Inst* 2007; 99(19): 1471-83.
7. Williams MT, Hord NG. The role of dietary factors in cancer prevention: beyond fruits and vegetables. *Nutr Clin Pract* 2005; 20(4): 451-9.
8. Suzuki R, Allen NE, Key TJ, Appleby PN, Tjonneland A, Johnsen NF, et al. A prospective analysis of the association between dietary fiber intake and prostate cancer risk in EPIC. *Int J Cancer* 2009; 124(1): 245-9.
9. Gallicchio L, Boyd K, Matanoski G, Tao XG, Chen L, Lam TK, et al. Carotenoids and the risk of developing lung cancer: a systematic review. *Am J Clin Nutr* 2008; 88(2): 372-83.
10. Park Y, Hunter DJ, Spiegelman D, Bergkvist L, Berrino F, van den Brandt PA, et al. Dietary fiber intake and risk of colorectal cancer: a pooled analysis of prospective cohort studies. *JAMA* 2005; 294(22): 2849-57.
11. Renehan AG, Tyson M, Egger M, Heller RF, Zwahlen M. Body-mass index and incidence of cancer: a systematic review and meta-analysis of prospective observational studies. *Lancet* 2008; 371(9612): 569-78. www.mui.ac.ir
12. Moghaddam AA, Woodward M, Huxley R. Obesity and risk of colorectal cancer: a meta-analysis of 31 studies with 70,000 events. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev* 2007; 16(12): 2533-47.
13. Larsson SC, Wolk A. Overweight, obesity and risk of liver cancer: a meta-analysis of cohort studies. *Br J Cancer* 2007; 97(7): 1005-8.
14. Larsson SC, Wolk A. Body mass index and risk of multiple myeloma: a meta-analysis. *Int J Cancer* 2007; 121(11): 2512-6.
15. Maruthur NM, Bolen SD, Brancati FL, Clark JM. The association of obesity and cervical cancer screening: a systematic review and meta-analysis. *Obesity (Silver Spring)* 2009; 17(2): 375-81.



16. Ildaphonse G, George PS, Mathew A. Obesity and kidney cancer risk in men: a meta-analysis (1992-2008). *Asian Pac J Cancer Prev* 2009; 10(2): 279-86.
17. Chen L, Appel LJ, Loria C, Lin PH, Champagne CM, Elmer PJ, et al. Reduction in consumption of sugarsweetened beverages is associated with weight loss: the PREMIER trial. *Am J Clin Nutr* 2009; 89(5): 1299-306.
18. Babey SH, Jones M, Yu H, Goldstein H. Bubbling over: soda consumption and its link to obesity in California. *Policy Brief UCLA Cent Health Policy Res* 2009; (PB2009-5): 1-8.
19. Lim S, Zoellner JM, Lee JM, Burt BA, Sandretto AM, Sohn W, et al. Obesity and sugar-sweetened beverages in African-American preschool children: a longitudinal study. *Obesity (Silver Spring)* 2009; 17(6): 1262-8.
20. Denova-Gutierrez E, Jimenez-Aguilar A, Halley-Castillo E, Huitron-Bravo G, Talavera JO, Pineda-Perez D, et al. Association between sweetened beverage consumption and body mass index, proportion of body fat and body fat distribution in Mexican adolescents. *Ann Nutr Metab* 2008; 53(3-4): 245-51.
21. Assy N, Nasser G, Kamayse I, Nseir W, Beniashvili Z, Djibre A, et al. Softdrink consumption linked with fatty liver in the absence of traditional risk factors. *Can J Gastroenterol* 2008; 22(10): 811-6.
22. Schernhammer ES, Hu FB, Giovannucci E, Michaud DS, Colditz GA, Stampfer MJ, et al. Sugar-sweetened softdrink consumption and risk of pancreatic cancer in two prospective cohorts. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev* 2005; 14(9): 2098-105.
23. Larsson SC, Bergkvist L, Wolk A. Consumption of sugar and sugar-sweetened foods and the risk of pancreatic cancer in a prospective study. *Am J Clin Nutr* 2006; 84(5): 1171-6.
24. Bao Y, Stolzenberg-Solomon R, Jiao L, Silverman DT, Subar AF, Park Y, et al. Added sugar and sugarsweetened foods and beverages and the risk of pancreatic cancer in the National Institutes of Health-AARP Diet and Health Study. *Am J Clin Nutr* 2008; 88(2): 431-40.
25. Chan JM, Wang F, Holly EA. Sweets, sweetened beverages, and risk of pancreatic cancer in a large population based case-control study. *Cancer Causes Control* 2009; 20(6): 835-46.
26. De Stefani E, Boffetta P, Deneo-Pellegrini H, Correa P, Ronco AL, Brennan P, et al. Non-alcoholic beverages and risk of bladder cancer in Uruguay. *BMC Cancer* 2007; 7: 57.
27. Lee JE, Giovannucci E, Smith-Warner SA, Spiegelman D, Willett WC, Curhan GC. Total fluid intake and use of individual beverages and risk of renal cell cancer in two large cohorts. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev* 2006; 15(6): 1204-11.
28. Witte JS, Ursin G, Siemiatycki J, Thompson WD, Paganini-Hill A, Haile RW. Diet and premenopausal bilateral breast cancer: a case-control study. *Breast Cancer Res Treat* 1997; 42(3): 243-51.
29. Belpoggi F, Soffritti M, Tibaldi E, Falcioni L, Bua L, Trabucco F. Results of long-term carcinogenicity bioassays on Coca-Cola administered to Sprague-Dawley rats. *Ann N Y Acad Sci* 2006; 1076: 736-52

ВЗАИМОСВЯЗЬ ПОТРЕБЛЕНИЯ СЛАДКИХ НАПИТКОВ С РИСКОМ ЗАБОЛЕВАНИЯ ДИАБЕТОМ И РАКОМ В УСЛОВИЯХ ВОЙНЫ И СТРЕССА В АФГАНИСТАНЕ

Абдулхаким Хакими¹, Нилуфар Хакими².

¹. Медицинский факультет Балхского университета Исламской Республики Афганистан,

². Медицинский факультет Университета Рахнавард города Мазаришариф Исламской Республики Афганистан

Общие сведения. Рак - серьёзная проблема общественного здравоохранения и одна из основных причин смертности во всем мире. Факторы образа жизни, в их числе

режим питания, являются основным фактором увеличения заболеваемости раком.

Напитки, подслащенные сахаром, в последнее время привлекли большое внимание



из-за их влияния на гипергликемию, гиперинсулинемию, снижение чувствительности к инсулину и ожирение, а также их вероятной связи с раком. Данное исследование было направлено на обзор современной литературы о связи между сахаром и сахаром.

Методы. Мы провели поиск в базах данных Medline и PubMed слов и словосочетаний "сахаросодержащий напиток", "газировка", "безалкогольные напитки", "рак", "аденома" и "карцинома". В этот обзор были включены исследования методом случайного контроля и перспективные разработки, связанные с безалкогольными напитками и риском рака поджелудочной железы. Публикации о натуральных и алкогольных напитках были исключены.

Выводы. Результаты большинства доступных проспективных когортных исследо-

ваний свидетельствуют об отсутствии значительной связи между потреблением сахаросодержащих напитков и риском рака поджелудочной железы. Однако исследования показали, что даже употребление низкокалорийных безалкогольных напитков связано с большей вероятностью развития рака поджелудочной железы. Исследование на животных также продемонстрировало значительную связь между потреблением подслащенных напитков и риском экзокринных аденом поджелудочной железы.

Заключение. Высокое потребление сахаросодержащих напитков может увеличить риск рака поджелудочной железы из-за их воздействия на ожирение и инсулин.

Ключевые слова: сахаросодержащие напитки, рак, поджелудочная железа, безалкогольные напитки.

RELATIONSHIP OF SWEET DRINKS CONSUMPTION WITH THE RISK OF DIABETES AND CANCER UNDER WAR AND STRESS IN AFGHANISTAN

Abdulkhaki Hakimi¹, Nilufar Hakimi².

¹. Faculty of Medicine, Balkh University of the Islamic Republic of Afghanistan,

². Faculty of Medicine, Rahnaward University of Mazarisharif, Islamic Republic of Afghanistan

Background: Cancer is a major public health problem and one of the leading causes of death worldwide. Lifestyle factors including dietary patterns are a major determinant of increasing rates of cancer. Sugar-sweetened beverages (SSBs) have recently received great attention due to their effects on hyperglycemia, hyperinsulinemia, reduced insulin sensitivity, and obesity as well as their probable relation with cancer. This study aimed to review the current literature on the association between sugar-sweetened beverage intake and pancreatic cancer.

Methods: We searched Medline and PubMed databases for "sugar-sweetened beverage", "soda", "soft drinks", "cancer", "adenoma", and "carcinoma". Studies with case-control and prospective designs related to non-alcoholic beverages and risk of pancreatic cancer were included in this review. Publications on natural

and alcoholic beverages as well as those related to other conditions were excluded.

Findings: Findings from most available prospective cohort studies suggest no significant associations between consumption of sugar-sweetened beverages and risk of pancreatic cancer. However, case-control studies indicated that even consumption of low-calorie soft drinks is associated with greater chance of having pancreatic cancer. An animal study also demonstrated a significant association between SSB consumption and risk of exocrine adenomas of the pancreas.

Conclusion: High consumption of sugar-sweetened beverages might increase the risk of pancreatic cancer due to their effects on obesity and insulin.

Key words: Sugar-Sweetened Beverages, Cancer, Pancreas, Soft Drink

Хақимӣ А. - ассистенти донишқадаи тибби Донишгоҳи Балх, ЧИА

Хақими А. - ассистент медицинского факультета Университета Балх, ИРА

Hakimi A. - Assistant, Faculty of Medicine, Balkh University, IRA



ТИББИ НАЗАРИЯВӢ

ФИЗИКАИ КВАНТУМӢ ВА ИМКОНИ ЗАРРОТИ "ШУУРМАНДӢ" -И ФИЗИКӢ

Абдулвоҳид Қодирӣ, ассистенти донишкадаи таълим ва тарбияи Донишгоҳи Балх,
Ҷумҳурии Исломии Афғонистон

Муқаддима. Инқилоби квантум бо кори Макс Планк (1900) рӯйи тавзеҳи энергияи тобиши қисми сиёҳ оғоз шуд ва бо ироаи назарияи Де Бур Ян Хендрик (1913) тавсия ёфт. Вернер Карл Ге́йзенберг ба шакли матризм ва Эрвин Ру́дольф Йо́зеф Алекса́ндр Шрёдингер бо сурати миконики мавҷӣ, дар солҳои 1925, 1926 формулбандии ниҳоии рӯзии миконики квантумиро ироа доданд. Албатта, ду шакли матризм ва мавҷии ироашуда барои миконики квантумӣ ду формулбандии мутафовити рӯзӣ барои намоиши як диномии воҳид буданд. Пешбиниҳои формулбандии рӯзии миконики квантумӣ дар мавриди падидаҳои микрофизикӣ дар ҳавзаҳои физики атомӣ, ҳолати чоид (сахшуда), физики ҳастай ва ғ. он чунон муваффақ будааст, ки аз ин формулбандӣ дар ибтидои қор барои пешбиниҳои падидаҳои бо энергияи поин ва акнун барои энергияҳои боло дар мавриди физики кваркҳо ва липтунҳо дар модели стандарти зарроти бунёди истифода мешавад.

Дар физик бо кумаки баъзе озмоишҳо барои баъзе аз падидаҳои макроскопӣ алгуи мавҷӣ ва барои дигар падидаҳои макроскопӣ улгуи (нақшаи пешниҳодии) зарраи ироа мешавад. Барои намуна интишори сурат ба ҳасби улгуи мавҷӣ ва фишори гозҳо бар ҳасби улгуи зарравӣ (назарияи чунбиш) баён мешавад. Муваффақиятҳои ношӣ аз чунин улгусозӣ ва таъминҳои (умумӣ гардонидан) он ба падидаҳои ҷадидтар боис шуд, тобо пешрафти физик тайи чандин қарн бинобар ин шуда буд, ки ҳама чизе зарранд ё мавҷ. Ё қорбурдҳои назарияи мавҷии Максвелл барои таъсир ва кашфи заррот и бунёди моддаи ин муваффақиятҳо то авоили қарни бистуми милодӣ идома ёфт.

Ашӯи квантумиронаметавон бо диққат таҷассум қард, ба таври мисол рафтори фотон чунин аст, ки ҳеҷ қасс ҳаммонандаш-

ро надидааст ва ҳеҷ тасвир ваангорае аз он надорем ва хулоса ба шевае рафтор мекунад, ки ба шакли бунёдии квантумӣ аст. Дар ниғориши классикӣ фотонҳо зарроти мутафовите аз электронҳо ҳастанд, аммо дар қаламрави миконики квантумӣ ҳар дуи онҳо ва низ ҳама чизҳои квантумӣ ба шеваи шигифт (хайратовар) ва яксон рафтор мекунад; барои як намуна рафтори мавҷи электрон (дар ҳудуди соли 1928 милодӣ) бо як ришта озмоишҳои зиёди Robert Davidson, Чермер дар ИМА дар соли 1897 милодӣ нисбати бор ба қирми электронро андоза гирифт ва электронро ба унвони зарраи бунёдини наве дар табиат шиносонд. Акнун физикдонон медонанд, маҷбуранд ҳар ду улгуро барои як чиз ба қор баранд, вале таваччуҳ ба ин амр бисёр муҳим аст, ки барои ҳар падидаи муайян фақат як улгу қорбурд дорад ва ҳар ду улгу дар шароити яксон ба қор намераванд. Niels Henrik David Bohr вазъи фавқро дар асли мукаммалияти худ хулоса қард. Улгуҳои мавҷӣ ва зарраи мукаммали якдигаранд; агар шиддати мавҷи тобиш ё мода тавассути андозагирӣ собит шавад, он вақт исботи сиришти заррае ба кумакиҳамон андозагирӣ муҳол аст, ва билъақс навъи улгуи мавриди истифодаро табиат андозагирӣ таъйин мекунад. Бар илова, дарки мо аз тобиш ё мода норасост, магар он ки андозагирӣ ҳо, ки вучуҳи мавҷӣ ва низ вучуҳи зарравиро ошқор мекунад дар назар гирифта шаванд. Лизо, тобиш ва мода сирфан на мавҷанд ва на зарра. Дар озмоиши Yng Zh?nn?ng аз як манбаи рези нур ва як сафҳа истифода шуда буд. Янг миёни ин ду шайъ (ашёъ) як монёъ бо ду шиёри (хати) нозуки амудии мувозӣ бо якдигар қарор дод. Янг медонист дар сурате, нур фақат ҷараёне аз заррот и рез бошад, бояд аз ҳар қадом шикафҳо гузашта ва рӯйи сафҳаи пушти онҳо чамъ шавад. Ин дақиқан ҳамон чизе буд, кибо пӯшонидани яке аз шикафҳо ва боз



гузоштани дигаре, иттифоқ афтод як навори амудии борик аз нур рӯйи саҳфаи пушти шикоф зоҳир шуд. Янг мусалламан интизор дошт, вақте шикофи дигарро ҳам боз кард, ду навори нури борик бубинад. Аммо ин тавр нашуд, бештари бахшҳои саҳфаро маҷмуае аз наврҳои амудии равшан ва торик пур кард. Янг маънои ин мушоҳидаро дарёфт, нур мисоли як мавҷ амал мекунад, ва аз ҳар ду шикоф мегузарад, баъд аз гузаштан аз миёни шикофҳо, амвоҷ ба шикофҳои нимдоира пахш мешаванд ва бо якдигар тадохул мекунад, ба ин тартиб, вақте ду куллаи мавҷ ба ҳам бархӯрд мекунад, боиси тақвияти якдигар мешаванд, ва вақте як куллаи мавҷ ва як зарраи мавҷ ба ҳам бархӯрд мекунад, якдигарро хунсо мекунад. Дар натиҷа маҷмуае аз наврҳои равшан ва торик рӯйи саҳфа дида мешавад. Физикдон ин падидаро улғуи тадохул меноманд, зеро аз тадохули амвоҷ бо якдигар ҳосил мешавад. Пас, нур дар ин озмоиш бидуни шакл як мавҷ аст. Саранҷом донишманде ба номи John Archibald Wheeler (дар гирдиҳамоии анҷумани физики Амрико дар соли 1978) озмоиши аз як манбаи S бо шиддати хеле кам, фотонҳои ба таври так-так сотеъ (дурахшон) мешаванд, ба тавре ки замони байни гисели бани ду фотон мутаволи ба андозаи кофӣ аст. нурпошӣ ношӣ аз бо оинаи нимашаффофи M1 ба ду қисмат инъикос ёфта (r) ва интиқоли (t) тақсим мешавад. Қисмати (r) тавассути оинаи бозтобкунанда A дубора мунъакис шуда, ба самти шуморишгари P2 фиристола мешавад ва қисмати (t) ба селай оинаи тмом бозтобкунандаи B мунъакис шуда, ба самти шуморишгари P1 фиристода мешавад. Агар ҳеҷ селай андозагирии дигар вучуд надошта бошад, натиҷаи озмоиш ин аст: ҳар фотон ба василаи яке аз озмоишгарони P1 ё P2 кашф мешавад ва ҳаргиз ин иттифоқ, ки нисфи як фотон ба василаи P1 ва нисфи дигари он тавассути P2 кашф шавад, руҳ намедихад. Яъне фотон фақат яке аз масирҳои tBt ё rAr-ро тай мекунад ва рафтори зарраӣ дорад. Ба таври ҳулоса, агар ҳеҷ василаи андозагирӣ дар ноҳияи DCR набошад, рафтори фотон зарраӣ аст, ҳоли озмоиши ди-

гареро дар назар бигиред, ки дар ноҳияи DCR набошад як оинаи нимашаффоф M2 қарор мегирад.

Заҳмати оинаи M2 тобеъ аз тӯли мавҷи нури сотеъшуда аз манбаъ аст ва тобеъият он таврест, ки таркиби қисмати интиқоли rtr ва қисмати мунъакисшуда (tr)t мавҷи бошиддат тавлид мекунад. Бинобар ин дар P2 ҳеҷ чиз кашф намешавад фақат шуморишгарони P1 аст, ки вуруди фотонро кашф мекунад.е ба

Замон, ки Чон Виллер ин озмоишро матраҳ кард, анҷоми он аз лиҳози фаннӣ ғайри мумкин буд. Аммо чанд сол баъд имкони анҷоми озмоиш ба вучуд омад (Castelvecchi, 2008; Jacques et al, 2007: 869- 866) натиҷаи озмоиш чунин буд: Ҳангоме ки оинаи M2 дар ҷои худ қарор дошт, фотон тибқи улғуи тадохул рафтор мекард, ҳол он ки агар ин оина дар лаҳзаи охир бардошта мешуд, то иттилооти марбут ба ин ки аз кадом шикоф убур карда ба даст ояд, фотон тибқи улғуи тадохул рафтор намекард. Гӯё фотон "медонист" ҳангоми расидан ба шикоф чӣ гуна амал кунад, зоҳиран ё фотон "метавонист" ояндаро пешбинӣ кунад ё ин ки тасмим дар бораи қароргирии саҳфа метавонист гузаштаро тағйир диҳад.

Натиҷагирӣ. Яке аз натоиҷе, ки аз озмоишҳои зикршуда мумкин аст ба зеҳни мо биёяд, ин аст, ки аз интиқоли огоҳонаи заррот сухан бигӯем, заррот метавонанд бо як шуурмандии ҳос ва албатта маҳдуд дар ҳадди худ аз перомунӣ худ навъе ҳассосият ва огоҳӣ дошта бошанд ва ба таносуби шароити перомунӣ, рафтории ҳосе аз худ буруз диҳанд (ҳолати ҳос ва мутаносиб бо муҳити атрофи худ ихтиёр кунанд) (Jay, 2007). Ин нуқта ҷолиб ва аҷиб, ки "заррот" - и қвонтумӣ метавонанд дар гузаштаи худасар бигзоранд, дар як озмоиши ҷадид ба номи "Озмоиши поккунандаи қвонтумӣ" низ дида мешавад, ки аз муҳтавои бунёдии ин озмоиш низ метавон шуурмандии зарроти фикриро натиҷа гирифт (Kim et al, Scully and Drhl, 1982:----- 2208) 2213 2000: 1-5) бар ҳилофи он мавҷудоти ҷамуд ва комилан таслим ва маҷбурӣ, ки дар физики классик матраҳанд, ба наҳве то андозае) муҳтор ва до-



рои шууранд, ки барои хеш ба ихтиёр, интихоб мекунад. Дар поён зикри ин нукта низ зарур аст, ки дар қавитарин модел ҷойгузин (рақиб) барои назарияи квантум роиҷ, ки ин мақола бар асоси он нигошта шуда, яъне модели Иоганн (Йохан) Карл Вилке - Дубровин, аз назари мабонии (асоси) фалсафӣ ва ба истилоҳ дар сатҳи зерин ба шакли реалистӣ навишта шуда ва дар сатҳи болоӣ бо назарияи роиҷ бар асоси муодилаи Александр Шрёдингер татобук (мутобиқат) дорад (Гулшанӣ, с. 1385//2007) низ суҳбат аз мавҷи роҳнамо ва майдони иттилоотӣ мешавад, ки ин худ метавонад ба нахве матлаъ будани зарраи квантумӣ аз му-

хити атрофи худ ва навъе оғаҳӣ ва шуурро дар бар дошта бошад.

Ба таври хулоса, дар модели Иоганн (Йохан) Карл Вилке зарраи квантумӣ (ба унвони мисол як электрон) як зарра аст, ки ба василаи як майдон ихота шудааст. Ин майдон "тобеи мавҷ" номида мешавад ва аз муодилаи Александр Шрёдингер табаъият (тобеъият) мекунад, асари ин майдон ба шакли он бастагӣ дорад, на шиддати он пас мисли як мавҷи об, ки киштиро ҳаракат медиҳад, нест, балки мисли як майдони иттилоотӣ амал мекунад, Иоганн (Йохан) тобеи мавҷро ҷанбаи зеҳнии электронӣ талақӣ мекунад. Иоганн (Йохан) муътақид аст, ки ин мумкин аст шабеҳи шуур бошад.

АДАБИЁТ

- 1- Ашъиани Сидд Жалалдин (1380) شرح مقدمة فيصري برفصوص الحكم قم: بوستان كتاب.
- 2- جوادى أملى، عبدالله (1378) تسنيم ج 5، قم: اسرا.
- 3- صدرالدين شيرازى، محمد بن ابراهي (1386). الشواهدال ربوييه في المناهج السلوكيه به تصحيح سيدجلالالدين اشъياني، قم: بوستان كتاب.
- 4- فيض كاشاني، ملا محسن (1362) اصول المعارف مقدمة سيد جلالالدين اشъياني، قم: دفتر تبليغات اسلامي.
- 5- گلشنى، مهدي (1385) تحليلي ازديدگاه هاي فلسفي فيزيكدانان معاصرتهران: پژوهشگاه علوم انساني ومطالعات فرهنگي.
- 6- Castelvechi, Davide (2008). 'Tight Deadline; Photons: Decide What to do and do it Yesterday', May 23, Science News Online, <https://www.sciencenews.org/article/tight-deadline>.
- 7- Cho, Adrian (2007). 'After a Short Delay, Quantum Mechanics Becomes Even Weirder', Science NOW Daily News, 16 February 2007.
- 8- Jacques, Vincent, et al (2007). 'Experimental Realization of Wheeler's Delayed-Choice Gedanken Experiment', Science, Vol. 315.
- 9- Jay, Alfred (2007). 'Conscious Particles, Fields and Waves', In <http://ezinearticles.com/?Conscious-Particles,-Fields-andWaves&id=546242>.
- 10- M. O. Scully and K. Dr'hl (1982). 'Quantum Eraser-A Proposed Photon Correlation Experiment Concerning Observation and Delayed Choice', In Quantum Mechanics, Phys. Rev. A, Vol. 25.
- 11- Marlow, A. R. (ed.) (1978). Mathematical Foundations of Quantum Theory, New York: Academic Press.
- 12- Y-H. Kim, R. Yu, S. P. Kulik, Y. H. Shih, and M. O. Scully (2000). 'A Delayed Choice Quantum Eraser', Phys. Rev. Lett, Vol. 84.

КВАНТОВАЯ ФИЗИКА И ВОЗМОЖНОСТЬ "СОЗНАТЕЛЬНОСТИ" ФИЗИЧЕСКИХ ЧАСТИЦ

Столетия назад мусульманские ученые были вдохновлены разъясняющими стихами Священного Корана и рациональными доказательствами, подтверждающими существование своеобразного "знания" среди материальных объектов. Ученые-экспери-

ментаторы предположили возможность некоего вида сознания в некоторых явно безжизненных материалах. Распространение "науки" по Вселенной, даже в отношении материальных частиц также способствует развитию физики. В квантовой теории вво-



дятся некоторые явления, включая эксперимент с отложенным отбором частиц, который предполагает, что частицы осведомлены о своем окружении и выбирают соответствующее поведение. Квантовая волна (богемская модель де Бовуара) - это направля-

ющая волна или поле информации, указывающее на разборчивость физических частиц.

Ключевые слова: знание, элементарный интеллект, квантовая физика, волновая корпускулярная дуальность

QUANTUM PHYSICS AND THE POSSIBILITY OF PHYSICAL "INTELLIGENCE" PARTICLES

Centuries ago, Muslim scholars and scholars had been inspired by the illuminating verses of the Holy Quran and by rational proofs to prove the existence of knowledge among material objects. Experimental scientists have suggested the possibility of some kind of consciousness in some apparently lifeless materials. The spread of "science" throughout the universe even in material particles also contributes to physics. In quantum theory, some phenomena are

introduced, including the delayed particle selection experiment, which assumes that the particles are aware of their surroundings and select the appropriate behavior; Quantum (Bohemian de Beauvoir model) is the guiding wave or field of information that indicates the intelligibility of physical particles.

Keywords: Knowledge, Knowledge, Particle Intelligence, Quantum Physics, Wave Particle Duality.

*Қодирӣ А. - ассистенти факултаи таълим ва тарбияи Донишгоҳи Балх, ҚИА
Абдулвахид Қадири, ассистент факультета образования и воспитания Балх университета
Abdul Wahed Qaderi teacher at Education Faculty Balkh University*

ТАҒЙИРОТҲОИ МОРФОЛОГИИ ЛУОБПАРДАИ РҶДАИ ДУВОЗДАҲАНГУШТА ЗИМНИ МАРҶИЛАИ БАРВАҚТИИ МҶОЛИҶА ДАР КҶДАКОНИ СҶХТАГӢ

Н.Р.Саломзода, Р.Х.Зокиров, З.М.Тоштемирова М.Ф.Менликулов,

Кафедраи анатомияи одам ва истилоҳоти тиббии лотинии ба номи Я.А.Раҳимов
(муд. кафедра, н.и.т., Р.Х.Зокиров) МДТ ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино

Муҳиммият. Оризаҳои роҳҳои ҳозима бори аввал соли 1823 аз ҷониби Swan мавриди таҳқиқ қарор гирифт. Соли 1842 Serling муқаррар намуд, ки номияи захми шадиди рӯдаи дувоздаҳангушта ба ҳаёти беморони ба таври васеъ сӯхтагӣ оризаи таҳдидунанда шумор меравад. Басомади аниқи номияҳои захми шадиди трофикии Керлингро дар кӯдакон арзёбӣ намудан хеле душвор аст, зеро ташхис танҳо ҳангоми аутопсия гузоштан имконпазир мегардад.

Мақсади таҳқиқот. Таҳлили сабабҳои тағйирот дар луобпардаи рӯдаи дувоздаҳангушта ва пешгирии пайдоиши онҳо дар марҷилаи барвақтии муолиҷа дар мавриди кӯдакони гирифтори осебҳои сӯхтагӣ.

Мавод ва усулҳои таҳқиқот. Дар БКШ №3 - маркази бемориҳои сӯхтагии шаҳри Душанбе 42 кӯдаки гирифтори сӯхтагии дараҷаи III- IV тахти муоина қарор дошт, ки зиёда аз 15-30% сатҳи баданашон сӯхта буданд ва дар мавриди онҳо таҳқиқоти эндоскопӣ ба амал оварда шуд.

Натиҷаҳо ва муҳокимаи онҳо. Дар мавриди 20 кӯдаки синни аз 2 то 5 сола, ки масоҳати сӯхтагӣ 30%-ро ташкил медоду шоки дараҷаи III-и сӯхтагӣ доштанд, дар шабонарӯзи 2-3-юм таҳқиқоти эндоскопӣ гузаронида шуд ва муайян гардид, ки нишонаҳои эрозияи луобпардаи рӯдаи дувоздаҳангушта сатҳӣ аст. Вале зими 10 бемор дар шабонарӯзи дуҷуми пас аз осеб хунравии меъдаву рӯда мушоҳида гардид, ки бо зухуроти клиникаи қай дар шакли



"дурдаи қахва" ва фазлаи "сиёҳ", берангии пӯшишҳои чилдӣ алоқамандӣ дошт. Бо вучуди муайян будани омилҳои сабабӣ ва тақвиятбандаи иллоти луобпарда манзараи аниқи патогенези эрозияи рӯдаи дувоздаҳангушта ба таври бояду шояд равшан нест. Далели он ки бо зиёд шудани масоҳати сӯхтагӣ эҳтимоли ҳосил шудани захми шадиди трофикии Керлинг меафзояд, қобили тавачҷуҳ аст. Якбора

пас аз осеби сӯхтагӣ дар луобпардаи рӯдаи дувоздаҳангушта бо сабаби ба таври зиёд ҳосил шудани катехоламин ва ихтилолотии микрогардиш дар қабати зерлуобии меъда аз хун пур шудани микроағҳо, пайдо шудани омос, хунрезӣ дар луобпарда ва некрози хучайраҳои эпителия ба амал меояд, ки сабаби ибтидои марҳилаи ҳосилшавии захм ба шумор меравад.

Ҷадвали 1. Зухуроти клиникӣ ва шумораи кӯдакон гирифтагӣ дар кӯдакони гирифтагӣ сӯхтагӣ васеи зиёда аз 15-30% сатҳи бадан.

Зухуроти клиникӣ	Шумораи кӯдакон	Синни
Хунравӣ	Дар мавриди 10 кӯдак	аз 1 то 8 сола
Қай бо дурдаи қахва	Дар мавриди 10 кӯдак	аз 2 то 5 сола
Фазлаи сиёҳ	Дар мавриди 8 кӯдак	аз 1 то 8 сола
Дарди болои шикам	Дар мавриди 10 кӯдак	аз 5 то 8 сола
Сӯрохшавии захм	Дар мавриди 4 кӯдак	аз 2 то 5 сола

Аз 42 кӯдаки таҳти муоина қарордошта ҳамагӣ зимни 10 нафар ориза аз ҷониби роҳҳои ҳозима дар шакли хунравӣ аз рӯдаи дувоздаҳангушта мушоҳида гардид, ки дар мавриди онҳо дар муҳлати барвақтии пас аз осеб ҷорабиниҳои нокифояи зиддишоқӣ ва муолиҷавии пешгирикунанда гузаронида шуда буд.

Хулоса. Ҳамин тавр, яке аз омилҳои муайянкунандаи пайдо шудани захми рӯдаи

дувоздаҳангушта раванди осебӣ, дард ва шок ба шумор меравад. Тамоми препаратҳо, дар навбати аввал беҳискунондаҳо, таҳти назорати фишори шараёнӣ ворид кардани спазмолитикҳо, тавассути зонд ворид намудани препаратҳои антатсидӣ, Н₂ - блокаторҳо, ретсепторҳои гистаминӣ хатари пайдо шудани оризаро аз ҷониби луобпардаи рӯдаи дувоздаҳангушта коҳиш доданд.

АДАБИЁТ

1. А.Д.Адо, В.В.Новицкий. Патологическая физиология /Адо А.Д., и др., Томск, 2006.- стр.105-174.
2. Х.Ф.Карваял, Д.Х.Пагрис. Ожоги у детей /Карваял Х.Ф., Пагрис Д.Х., Москва, 1990 - стр.379-386.
3. П.Ф.Литвитский. Патофизиология /Литвитский П.Ф., Москва, Геотар Медиа, 2006.- стр.405-406.
4. В.К.Салогуб. Лечение обожженных на этапах медицинской эвакуации./ Салогуб В.К., Москва, 1979 - стр. 64-70.

МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ ПРИ ОЖОГАХ У ДЕТЕЙ НА РАННЕМ ЭТАПЕ ЛЕЧЕНИЯ

Н.Р.Саломзода, Р.Х.Зокиров, О.Т.Девонаев, З.М.Тоштемирова,
М.Ф.Менликулов, А.Н.Саломзода.

Кафедра анатомии человека и латинской медицинской терминологии имени Я.А.Рахимова ГОУ ТГМУ имени Абуали ибни Сино.

Приведенные данные в статье являются результатом собственных исследований авторов, содержат сведения об ожоговых травмах, морфологии и патофизиологии возник-

новения дуоденальных язв Керлинга у детей младшего возраста на раннем этапе лечения.

Ключевые слова: язва Керлинга, травматический стресс, боль и шок, ожоги у детей.



MORPHOLOGICAL CHANGES IN THE MUCOUS MEMBRANE OF THE DUODENUM FOR BURN IN CHILDREN AT AN EARLY STAGE OF TREATMENT.

N.R. Salomzoda, R.H.Zokirov, O.T.Devonaev, Z.M.Toshtemirova,
M.F.Menliqulov, A.N.Salomzoda.

Department of Human Anatomy and Latin medical terms named after Y.A.Rahimov
(Head of chair c.m.s. R.H.Zokirov)

The data are the result of the authors own research contain information about burn injuries morphology and pathophysiology occurrence of Carling

duodenal ulcers in juniority at an early stage of treatment.

Key words: Carling ulcer, traumatic stress, pain and shock, burns in children

Саломзода Наим Рахимович - старший преподаватель кафедры анатомии человека и латинской медицинской терминологии имени им. Я. А. Рахимова ТГМУ имени Абуали ибни Сино E.mail: Salomzoda1972@mail.ru, тел. 919-03-40-22

Саломзода Наим Рахимович - муаллими калони кафедраи анатомияи одам ва истилоҳоти тиббии латинии ба номи Я. А. Раҳимов ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино, E.mail: Salomzoda1972@mail.ru, тел. 919-03-40-22

Salomzoda Naim Rahimovich - senior teacher of the department of the Human Anatomy and Latin medical terms named after Y.A.Rahimov ATSMU E-mail: Salomzoda1972@mail.ru phone:919-03-40-22

ХУСУСИЯТҲОИ КАНОРИИ МАСОҲАТИ РЕЗИШГОҲИ РАВЗАНАИ ҒАДУДИ РӮДАҲО ДАР ДЕВОРАИ КУНЧИ ТИХИГОҲУ КӮРРӮДА ДАР ОДАМОНИ СИНАШОН ГУНОГУН

Э.Х. Тағойқулов¹, Х. Ю. Шарипов¹, С.Т. Ибодзода², Р.Р. Ахмедова¹, С.М.Тулаганова²

Кафедраи анатомияи патологияи МДТ "ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино"

Кафедраи анатомияи одам ва истилоҳоти забони латинӣ ба номи Я.А. Рахимов
МДТ "ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино"

Муҳиммият. Омӯзиши ғадудҳои кунчи тихигоҳу кӯррӯда (КТК) то имрӯз ба таври бояду шояд ҷараён нагирифтааст ва дар ин бобат танҳо маълумотҳо дар бораи синну соли мухталиф мушоҳида мешаванд [1].

Маълумот дар бораи миқдор ва андозаи ғадудҳо ва таркиби ҳуҷайравии онҳо қариб, ки вучуд надорад, хусусиятҳои ноҳиявии сохторӣ, масоҳати равзанаи резигоҳ нисбат ба меъёр дар қисмҳои гуногуни аппендикс, кӯррӯда ва ғ. таҳқиқ нашудааст ва тавре маълум аст, аксарияти аҳоли инро доранд [2, 3].

Мақсади таҳқиқот ҳосил намудани маълумот дар бораи хусусиятҳои ноҳиявии масоҳати резигоҳи ғадуди рӯда зимни дево-раҳои КТК рӯдаи ғафс дар одамони синни гуногун ба шумор меравад.

Мавод ва усулҳои таҳқиқот. Ғадудҳои рӯда дар дево-раҳои қисми тихигоҳу кӯррӯда-гии рӯдаи ғафс бо усулҳои макро-микроскопия зимни одамони синни гуногун омӯхта шуд. Мавод аз ҷасад ё фавтидагони дар синни аз 3 то 78 сола гирифта шудааст, ки марги онҳо ба бемориҳои системаи ҳозима, бемориҳои музмини илтиҳобӣ, равандҳои патологияи ғадудҳои калон алоқамандӣ надорад. Ғадудҳо дар микропрепаратҳои умумӣ, ки бо маҳлули метилени кабуд ранг карда шудааст, инчунин бо усулҳои гистологӣ таҳқиқ карда шуданд. Ҳангоми иҷрои таҳқиқоти макро ва микроскопии микропрепаратҳо буришҳои гистологӣ тибқи Р.Д Синелников ранг карда шуданд (ғафсии буришҳо 7-8 мкм). Зимни иҷрои буришҳои гистологияи дарозии арзии рӯда ранги гематоксилин-эозин тибқи Крейберг, Ванн-Гизон,



азур-эозин тибқи Барше ба кор бурда шуд (тахқиқот дар озмоишгоҳи морфологии МТШ-2 ба амал оварда шуд).

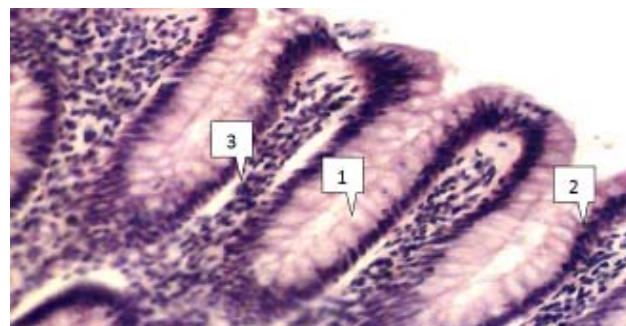
Таҳқиқоти морфометрӣ аз муайян кардани масоҳати резишгоҳи равзанаи ғадуди рӯда ва девораҳои он (дар буриши дарозрӯя ва арзии ғадуд) иборат буда, таҳлили морфометрӣ ҳисоб кардани нишондиҳандаи миёнаи арифметикиро дар бар мегирифт. Муайянкунии саҳеҳии фарқияти нишондиҳандаи миёнаи арифметикӣ ба воситаи усулҳои фосилаҳои эътимоднок ба амал оварда шуд.

Натиҷаи таҳқиқот ва муҳокимаи он. Ғадудҳои КТК бо усулҳои макро-микроскопӣ ва морфометрӣ дар микропрепаратҳои умумии ин қисми рӯда пас аз он ки бо ранги метили кабуд ранг карда шуданд, таҳқиқ гардиданд. Ғадудҳо дар натиҷаи ранг кардан аниқ идентификатсия шуданд, ҳангоми аз ҷониби пӯшиши эпителии нигоҳ кардан мавҷудияти бешумори ғадудҳо дар луобпарда онҳоро дар шакли "серсӯрох" дидан мумкин аст; қисми асосии онҳо дар ғафсии асоси зери луобпарда, инчунин мушакпарда ҷойгир шудааст, ки эҳтимол кашиши он ба озодшавии тарашшух ва ҳаракати он ба самти луобпардаи ин қисми роҳи ҳозима мусоидат менамояд.

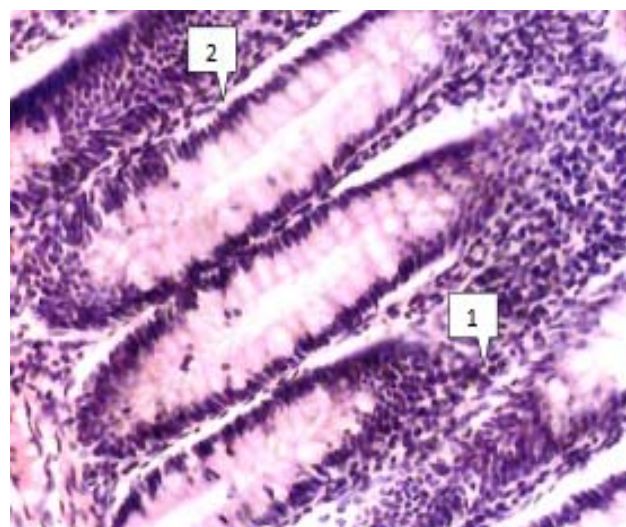
Маъмулан резишгоҳи маҷрои ихроҷкунанда мудаввар, байзашак ё роғмонанд мебошад ва он аз синну сол вобастагӣ надорад. Мо дар препаратҳои умумӣ, микроанатомия ва хусусиятҳои ноҳиявии масоҳати равзанаи резишгоҳи ғадуди рӯдаро дар қисми тихигоҳу кӯррӯдагии рӯдаи ғафс зимни одамони синни гуногун, мавриди омӯзиш қарор додем. Масоҳати равзанаи резишгоҳи ғадуди рӯдагии рӯдаи тихигоҳ (қисми дисталии он) дар муқоиса ба навзодон дар синни барвақтии кӯдакӣ 1,5 ($p < 0,05$), зимни наврасон 2,2 ($p < 0,05$), дар марҳилаи якуми синни булуғ бошад, 3,2 маротиба ($p < 0,05$) калон мешавад. Ин қимат дар мавриди миёнсолон 3,8 ($p < 0,05$) ва дар пиронсолон ва дарозумрҳо бошад, 4,0 маротиба ($p < 0,05$) нисбат ба навзодон калон аст.

Масоҳати равзанаи резишгоҳи ғадуди рӯдагии кӯррӯда дар синни барвақтии

кӯдакӣ 1,6 маротиба ($p < 0,05$), (Расми -1.) ҳангоми наврасон 2,3 ($p < 0,05$), дар марҳилаи синни булуғ бошад, 3,3 маротиба ($p < 0,05$) (Расми -2.) дар муқоиса ба навзодон калон мешавад. Қимати он, қиёсан ба навзодон, дар миёнсолон 3,6 ($p < 0,05$) ва дар мавриди пиронсолону дарозумрон 4,0 баробар ($p < 0,05$) калонтар мешавад.



Расми 1. Ғадудҳои рӯдагии кӯррӯда дар писари сесола. Равзанаи ғадуд аз тарашшух пур аст. 1-равзанаи ғадуди рӯда; 2-резишгоҳи ғадуд. 3-эпителиоситҳои ғадуд. Рангкунӣ бо усули Крейберг. Микропрепарат 10х.



Расми 2. Равзанаи нобаробари ғадуди рӯдагии кӯррӯда дар занҳои 24 сола. 1-равзанаи ғадуди рӯда (танг ва васеъшавии пайдарпай); 2-эпителиоситҳои ғадуд. Рангкунӣ бо гематоксилин-эозин. Микропрепарат 10х.

Масоҳати равзанаи резишгоҳи ғадуди рӯда дар девораҳои болоравандаи чархакрӯда (қисми проксималии он), қиёсан ба навзодон, дар давраи барвақтии кӯдакӣ 1,4 ($p < 0,05$), дар мавриди наврасон 2,2 ($p < 0,05$),



зимни марҳилаи якуми синни булуғ 2,9 ($p < 0,05$), хангоми миёнсолон 3,4 ($p < 0,05$), дар пиронсолон ва дарозумрҳо бошад, 3,6 маротиба ($p < 0,05$) калонтар аст.

Масоҳати равзанаи резишгоҳи ғадуди рӯдагии аппендикс (маҷмӯан дар узв), нисбат ба навзодон, дар замони барвақтии кӯдакӣ 1,5 ($p < 0,05$), зимни наврасон 2,3 ($p < 0,05$), дар давраи якуми синни булуғ 3,1 ($p < 0,05$), дар мавриди миёнсолон 3,7 ($p < 0,05$) ва дар пиронсолону дарозумрҳо бошад, 3,7 маротиба ($p < 0,05$) калон мешавад.

Илова бар ин, мо масоҳати равзанаи резишгоҳи ғадуди рӯдаро дар қисмҳои гуногуни кунчи тухигоҳу кӯррӯда дар мавриди одамони синни ҳархела муқоиса намудем. Нишондиҳандаи мазкур зимни навзодон дар девораи болоравандаи чархакрӯда дар муқоиса ба кӯррӯда 1,2 маротиба ($p < 0,05$), рӯдаи тухигоҳ 1,3 маротиба ($p < 0,05$) ва аппендикс бошад, 1,4 маротиба ($p < 0,05$) калонтар аст.

Масоҳати равзанаи резишгоҳи ғадуди рӯда дар давраи барвақтии кӯдакӣ дар мавриди чархакрӯдаи болораванда қиёсан ба кӯррӯда 1,1 маротиба ($p < 0,05$), рӯдаи тухигоҳ 1,2 маротиба ($p < 0,05$) ва аппендикс бошад, 1,3 маротиба ($p < 0,05$) калонтар аст.

Масоҳати равзанаи резишгоҳи ғадуди рӯда, зимни наврасон, дар девораҳои чархакрӯдаи болораванда нисбат ба нишондиҳандаҳои кӯррӯда 1,1 ($p < 0,05$), рӯдаи тухи-

гоҳ 1,3 ($p < 0,05$) ва аппендикс бошад, 1,4 маротиба ($p < 0,05$) калонтар аст.

Зимни давраи якуми синни булуғ ин нишондиҳандаҳои ғадуди рӯда дар девораҳои чархакрӯдаи болораванда қиёсан ба кӯррӯда 1,1 маротиба ($p < 0,05$), рӯдаи тухигоҳ 1,2 ($p < 0,05$) ва аппендикс бошад, 1,3 маротиба ($p < 0,05$) калонтар аст. Ин нишондиҳандаи чархакрӯдаи болораванда, дар мавриди пиронсолон, хангоми муқоиса бо кӯррӯда 1,2 ($p < 0,05$), рӯдаи тухигоҳ 1,2 ($p < 0,05$) ва аппендикс бошад, 1,4 маротиба ($p < 0,05$) калонтар аст.

Хулоса. 1. Таҳлили морфологие, ки гузаронида шуд, муайян кардани минимуми инфиродӣ ва максимуми масоҳати равзанаи резишгоҳи ғадуди рӯдаро имконпазир гардонид. Калоншавӣ дар тамоми чузъҳои сохтори КТК, аз марҳилаи навзодӣ сар карда, то пиронсолӣ ва давраи дарозумрӣ мушоҳида мегардад. Раҳна миёна максимум ва минимуми инфиродии ин нишондиҳанда тӯли тамоми КТК дар кӯдакон, қиёсан ба синни булуғ, миёнсолӣ ва пиронсолон, инчунин дарозумрҳо камтар аст.

2. Масоҳати равзанаи резишгоҳи ғадуди рӯда дар байни чузъҳои сохтори кунчи тухигоҳу кӯррӯда зимни чархакрӯдаи болораванда қимати бештар дорад. Минбаъд бо тартиби коҳишбанди кӯррӯда, сипас рӯдаи тухигоҳ ва баъдан аппендикс мақом доранд. Тамоюли мазкур дар одамони синну соли ҳархела ба назар мерасад.

АДАБИЁТ

1. Махмудов З.А. Инволютивные изменения желез подвздошно-слепкишечного перехода человека. /З.А. Махмудов мать. Конф., посвящ. 100-летию со дня рождения акад. Д.А. Жданова// Морфология-2008.-Т.133. 4.- С.80.
2. Гринь В.Г. Особенности строения слизистой оболочки илеоцекальной заслонки при интактном аппендиксе и после аппендэктомии /В.Г. Гринь// Вісник проблем біології і медицини.-2012.- Т.2.- С. 185-188.
3. Ellis H. Anatomy of the caecum, appendix and colon / Harold Ellis, Vishy Mahadevan // Reviem Article Surgery (Oxford).- April 2014. - Volume 32, Issue 4. - P. 155-158.



РЕГИОНАРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ПЛОЩАДИ УСТЬЯ ПРОСВЕТА КИШЕЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ В СТЕНКАХ ПОДВЗДОШНО-СЛЕПОКИШЕЧНОГО УГЛА У ЛЮДЕЙ РАЗНОГО ВОЗРАСТА

Э.Х. Тагайкулов¹, Х. Ю. Шарипов¹, С.Т. Ибодзода², Р.Р. Ахмедова,¹ С.М. Тулаганова²,

¹. Кафедра патологической анатомии ГОУ "ТГМУ имени Абуали ибни Сино",

². Кафедра анатомии человека и латинской терминалогии им. Я.А. Рахимова
ГОУ "ТГМУ имени Абуали ибни Сино"

В данной статье с помощью методов макро-микроскопии были изучены кишечные железы, в стенках подвздошно-слепокишечного угла (ПСУ) толстой кишки у людей разного возраста. Материалы для исследования были получены от трупов умерших или погибших людей в возрасте 3-78 лет от причин, не связанных с патологией пищеварительной системы, хроническими воспалительными заболеваниями, патологическими процессами крупных желез.

На тотальных препаратах были, изучены микроанатомия и регионарные особенности площади просвета устья кишечной железы в стенках ПСУ толстой кишки у людей разного возраста. Площадь просвета устья кишечной железы подвздошной кишки (дистального её отдела) увеличивается в раннем детском возрасте в 1,5 раза ($p < 0,05$), у подростков - в 2,2 раза ($p < 0,05$), в 1-м периоде зрелого возраста - в 3,2 раза ($p < 0,05$) по сравнению с новорождёнными детьми. У пожилых людей этот параметр в 3,8 раза больше ($p < 0,05$), в старческом возрасте и у долгожителей - в 4,0 раза больше ($p < 0,05$), чем у новорождённых детей.

Площадь просвета устья кишечной железы слепой кишки увеличивается в раннем детском возрасте в 1,6 раза ($p < 0,05$), у подростков - в 2,3 раза ($p < 0,05$), в периоде зрелого возраста - в 3,3 раза ($p < 0,05$), (рис.2), по сравнению с новорождёнными детьми. У пожилых людей его значение в 3,6 раза больше ($p < 0,05$), в старческом возрасте и у долгожителей в 4,0 раза больше ($p < 0,05$) по сравнению с периодом новорожденности.

Площадь просвета устья кишечной железы в стенках восходящей ободочной кишки (ее проксимальной части) в раннем детстве увеличивается в 1,4 раза ($p < 0,05$), у подростков - в 2,2 раза ($p < 0,05$), в 1-м периоде зрелого возраста - в 2,9 раза ($p < 0,05$), у пожилых людей - в 3,4 раза больше ($p < 0,05$), в старческом возрасте и у долгожителей в 3,6 раза больше ($p < 0,05$) по сравнению с новорождёнными детьми.

Площадь просвета устья кишечной железы аппендикса (у органа в целом) увеличивается в раннем детском возрасте в 1,5 раза ($p < 0,05$), у подростков - в 2,3 раза ($p < 0,05$), в 1-м периоде зрелого возраста - в 3,1 раза ($p < 0,05$), у пожилых людей - в 3,7 раза ($p < 0,05$), в старческом возрасте и долгожителей - в 3,7 раза больше ($p < 0,05$), чем в период новорожденности.

Морфологический анализ позволил определить индивидуальные минимум и максимум площади просвета устья кишечной железы. У всех структурных компонентов ПСУ, увеличиваются от периода новорожденности до старческого возраста и периода долгожительства. Разрыв между индивидуальными максимумом и минимумом этого показателя на протяжении всего подвздошно-слепокишечного угла у детей меньше, чем в зрелом, пожилом и старческом возрасте, а также у долгожителей.

Ключевые слова: подвздошно-слепокишечный угол, восходящая ободочная кишка, аппендикс, слепая кишка, подвздошная кишка, размеры желёз, устья кишечной железы.



REGIONAL FEATURES OF THE AREA OF THE LUMEN OF INTESTINAL GLAND, S ORIFICE IN THE WALLS OF ILEAL CECAL ANGLE IN PEOPLE OF DIFFERENT AGES

Tagayqulov E.Kh, Sharipov H.Y, Ibodzoda S.T, Achmedova R.R, S.M. Tulaganova

Department of Pathological anatomy SEI "Tajik state medical universities name of Abuali ibni Sino"

Department of Human anatomy and latin terminology SEI "Tajik state medical universities name of Abuali ibni Sino"

In this article, using macro-microscopic methods, have been studied the intestinal glands in the walls of the ICA (ileal cecum angle) of the colon in people of different ages. The materials for this study were obtained from the corpses of diseased people aged 3-78 years from causes which are not related to the pathology of the digestive system, chronic inflammatory diseases and pathological processes of large glands.

On total preparations, the microanatomy and regional features of the area of the lumen of the intestinal glands orifice in the walls of the ICA of the colon were studied in people of different ages. The area of the lumen of the intestinal gland of the ileum (its distal part) increases in early childhood in 1.5 times ($p < 0.05$), in adolescents - 2.2 times ($p < 0.05$), in the first period of adulthood - in 3.2 times ($p < 0.05$) compared with newborns. In the elderly, this parameter is 3.8 times higher ($p < 0.05$), in old age and in centenarians, it is 4.0 times higher ($p < 0.05$) than in newborns.

The area of the lumen of the intestinal gland's of the caecum increases in early childhood 1.6 times ($p < 0.05$). In adolescents, 2.3 times ($p < 0.05$) in the period of adulthood, 3.3 times ($p < 0.05$), (Fig. 2) compared with newborns. In the elderly, its value is 3.6 times higher ($p < 0.05$), in old age and in centenarians it is 4.0 times higher ($p < 0.05$) compared with the neonatal period.

The lumen area of the intestinal gland's orifice in the walls of the ascending colon (its proximal part), in early childhood increases 1.4 times ($p < 0.05$), in adolescents - 2.2 times ($p < 0.05$) in the 1st period of maturity age - 2.9 times ($p < 0.05$), in the elderly 3.4 times more ($p < 0.05$), in old age and long-livers 3.6 times more ($p < 0.05$) compared with newborn children.

The area of the lumen of the mouth of the intestinal gland of the appendix (in the organ as a whole) increases in early childhood by 1.5 times ($p < 0.05$), in adolescents - 2.3 times ($p < 0.05$), in the first period of adulthood - by 3.1 times ($p < 0.05$), in the elderly - 3.7 times ($p < 0.05$), in old age and long-livers - 3.7 times more ($p < 0.05$) than in the neonatal period.

Morphological analysis made it possible to determine the individual minimum and maximum area of the lumen of the intestinal gland orifice. In all the structural components of the ileal-intestinal angle, it increases from the neonatal period to the old age and the longevity period. The gap between the individual maximum and minimum of this indicator throughout the entire ileal cecum angle in children is less than in mature, elderly and senile age, as well as among residents.

Keywords: ileal cecum, ascending colon, appendix, cecum, ileum, size of glands, orifice of the intestinal gland.

Тағайқулов Эркинжон Холиқулович, муаллими калони кафедраи анатомияи патологӣ МДТ "Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абӯалӣ ибни Сино", E-mail: tagaykulov70@mail.ru, тел: 907-07-22-06;

Тағайқулов Эркинжон Холиқулович - старший преподаватель кафедры патологической анатомии ГОУ "ТГМУ имени Абуали ибни Сино", E-mail: tagaykulov70@mail.ru. тел: 907-07-22-06.

Tagayqulov Erkinzhon Kholiqulovich, senior teacher of pathological anatomy department SEI "Avicenna TSMU", E-mail; tagaykulov 70@mail.ru tel: 907-07-22-06.



АСОСНОККУНИИ АНАТОМИИ МОРФОЛОГИЯИ РАГҲОИ ҒАДУДИ СИПАРШАКЛ ДАР ОДАМ

М.У. Усмонов

Профессори Коллеҷи тиббии ш. Гулистон д.и.т., профессор

Мубрамияти мавзӯ. Фаъолияти ғадуди сипаршакл (ФС) дар бадан одамон аҳамияти калон дорад. Ғадуди сипаршакл дар системаи таъмин намудани гомеостази муқаррарӣ дар организм нақши муҳим мебозад ва вазифаҳои муҳимтарини онро (инкишоф, қад, танзими мубодилаи моддаҳо ва ғ.) таъмин мекунад. Дар солҳои охир, ин бахши эндокринология ба як фанни мустақил, яъне тиреология ҷудо шуда, масъалаҳои фаъолияти ФС дар соҳаи морфология ва тандурустиро дар бар мегирад. Масъалаи патологияи ФС барои Ҷумҳурии Тоҷикистон дар робита бо норасоии эндемӣ ёд [1.2], инчунин дар айни замон бемориҳои ФС: чоғар, алалхусус гирехҳо ва чоғарии пахнӯфта [3.4], ниҳоят муҳим мебошад. Ҷанбаҳои гуногуни сохтори ин узв дар бисёр таҳқиқот зикр гаштааст [5.6], аммо масъалаҳои хусусиятҳои инфиродии асосноккунии рағҳои ғадуд ба қадри кофӣ омӯхта нашудаанд.

Ҳаҷми маводи илмӣ оид ба ташаккулёбии морфологӣ аз ҳисоби афзоиши патологияи ФС афзудааст. Таҳқиқотҳои морфологияи барои дарки пурратар ва амиқи раванди патологӣ, инчунин, интиҳоби усулҳои таъбаоти ФС минбаъда зарур аст.

Мақсади таҳқиқот: омӯзиши қонуниятҳо ва хусусиятҳои инфиродии рағҳои ФС дар одамон мебошад.

Мавод ва усулҳои таҳқиқот. Хусусиятҳои микро ва макроскопии сохтори рағҳои ФС дар 22 ҳасади калонсоли аз 30 то 55 сола (12 зан ва 16 мард) бо истифода аз усулҳои анатомиявӣ ва бахшҳои гистологӣ омӯхта шуданд. Дар таҳқиқот бемориҳои ҳамбастагии узвҳои дигар системаҳои эндокринӣ, ки дар ҳасадаҳо ошкор карда шуданд, ҳамроҳ нагардиданд. Қисмҳои узв дар маҳлули 10%-и формалин нейтралӣ барои муоинаи минбаъдаи гистологӣ нигоҳ дошта шуданд. Қисматҳои гистологӣ бо гемотоксилин ва эозин ранг карда шуданд.

Бо таъя ба усулҳои муқоисавии морфологӣ ва морфометрии таҳқиқот, қонуниятҳо

ва хусусиятҳои сохтор ва топографияи рағҳои ФС омӯхта шуданд.

Натиҷаи таҳқиқот. Дар натиҷаи таҳқиқот муайян карда шуд, ки таъминоти хун ба ФС инсон аз рағҳои ҷуфтшудаи болоӣ ва поёнии сипаршакл ба амал меояд. Артерияи болоии сипаршакл бо диаметри 1,4-1,7 мм шохаи артерияи берунаи хоб ба ҳисоб меравад. Артерияҳои поёни сипаршакл, дар муқоиса бо рағҳои болоии он аз лиҳози диаметр тақрибан якхела буда, аз танаи сипаршаклу гардан оғоз мешаванд, ба канори поёнии ФС меравад. Ғайр аз рағҳои асосии сипаршакл, тақрибан дар ҳама ҳолатҳо, миқдори зиёди танаҳои хурди иловагӣ, ки аз артерияи узвҳои атроф дар атрофи ғадуд мебароянд, дида мешаванд.

Ҳар як рағи артерияви ФС ба шохаҳои таҷзия шуда, тақсим мешавад, ки онҳо ба лаҳми ғадуд дар кунҷҳои гуногун ворид шуда, дар он ба таври баробар тақсим мешаванд. Диаметри ин шохаҳо аз 0,8 то 0,7 мм аст, онҳо ба қабатҳои бофтаи пайваस्तкунандаи узв мегузаранд ва ба рағҳои хурди тартиби III-IV тақсим мешаванд, ки диаметрашон 0,5-0,3 мм мебошад. Охири онҳо, инчунин дар қабатҳои бофтаи пайваस्तкунанда ба монанди дарахт тақсим мешаванд баъдан ба рағҳои хурди тартиби V-VI бо андозаи диаметри 60-70 микрон тақсим мешаванд. Артерияҳои ФС, асосан, аз намуди мушакӣ буда, ки барои ФС ҳосанд, онҳо эндотелия, субэндотелия ва пардаи чандирӣ дохилӣ доранд ва пардаи миёна бо бандҳои миозитҳои ҳамвор ифода ёфтааст.

Дар мустаҳзарҳо равшанидиҳандаи ФС дар ҳама ҷо анастомозҳои бешумори байнирағӣ ғайриузвӣ, инчунин, пайвастагиҳои байнирағӣ дохилиузвӣ мушоҳида мешаванд, эҳтимол, онҳо дар тақсимшавии хун ҳангоми вазифаҳои мухталифи ФС нақши муҳим доранд.

Ақсарияти рағҳои артерияи ФС шакли асосӣ ё омехтаи ба артериолҳо ва капиллярҳо тақсимшавӣ доранд, ки бештари



онҳо бо ҳамдигар анастомоз мекунад ва шабакаҳои зичии полиморфии капиллярҳои хурди ҳалқагирро ба ҳам мепайванданд.

Дар артериолаҳои ҒС хусусиятҳои гафскунии қабати дарунӣ мавҷуданд, ки доначаҳои артериявӣ ном доранд. Аҳамияти онҳо равшан нашоудааст, шояд ин як механизми мутобиқшавӣ бозсозӣ дар шароити хусусиятҳои функционалии узв бошад.

Капиллярҳои хунгард бо пардаи бофтаи пайвастануанда фолликулӣ зич пайвастан шуда, шакли ҳалқаи гуногунро ба вуҷуд меоранд. Қисмҳои ба назар мерасанд, ки гӯё капиллярҳои хунгард ба деворҳои ду фолликулаи ҳамсоя часпида бошанд. Доираҳои капиллярӣ на танҳо фолликулаҳои хоро, инчунин, гурӯҳҳои ҳуҷайраҳои эпителии байни фолликулаҳои ҷойгиршударо низ давр мезананд. Дар баъзе мустаҳзаҳо маълум аст, ки капиллярҳои хунгард ҷи гуна фолликулаҳои печонида, дар сатҳи онҳо торҳои зичро ташкил мекунад. Муқаррар карда шудааст, ки хусусиятҳои сохти шабакаи рағҳои минтақаҳои гуногуни

ҒС сохтори лаҳм ва асоси онро инъикос мекунад.

Тадқиқот нишон дод, ки зичии шабакаи капиллярӣ ҳам дар канори атрофии ва ҳам дар маркази ҳар як саҳми гадудӣ яқсон набуда, шабакаи сеҳабаи тунук бо миқёсҳои ҳалқаи ғайримуқаррарӣ ташкил медиҳад. Дар маркази узв нисбат ба қисми атрофии ҷунин ба назар мерасад, ки узвҳо ба ҳам пайвастанд, то фолликулаҳои калонтар дар канор ҷойгир шаванд. Шабакаи капиллярии канорӣ узв тавассути сегментҳои охири рағҳои байнисоҳавӣ ташкил карда мешавад. Тавре ки нишон дода шудааст [7], системаи рағҳои ҒС дохили-узвӣ на танҳо ҳамчун манбаи таъминоти хун ва пайвастанҳои гистотопографӣ, балки ҳамчун як хусусияти функционалии тиреоситҳо амал мекунад, ки ҷараёни нақлиёти доимо дар ду самт амал мешавад.

Ҳамин тариқ, ҷараёни хуни дохили узви ҒС дар одамон бо шоҳаҳои рағҳои сипаршакл то 4-5 тартиб шоҳаҳо тақсим мешавад. Қисматҳои микросиркулятории системаи рағҳои ҒС ҳамаи ҷузъҳои дорой сохтор ва талаботи функционалии узвро доранд.

АДАБИЁТ

1. Ибодова Г.Х. Особенности распространенности эндемического зоба среди детского населения Республики Таджикистан и пути повышения эффективности оказания медицинской помощи в новых экономических условиях / Г.Х. Ибодова // Дисс.... канд.мед.наук.- Душанбе.- 2012.-110с.
2. Кахаров А.Н. Современные аспекты диагностики и хирургического лечения доброкачественного узлового и многоузлового зоба / А.Н. Кахаров, Г.Х. Ибодова // Здравоохранение Таджикистан. -2016.-№1. - С.77-82.
3. Нуров З.М. Профилактика ранних послеоперационных осложнений у больных диффузно-токсическом зобом / З.М. Нуров // Дисс....канд.мед.наук.-2012.- 117с.
4. Клинико - морфологическая картина многоузлового эутиреоидного зоба / М.К. Гулов [и др.] // Вестник Авиценны.-2017.-Т.19.-№1.-С.46-49.
5. Гусейнов Т.С. Варианты анатомия артерий щитовидной железы у человека / Т.С. Гусейнов, С.Т. Гусейнова, Л.Д. Безверхняя // Известия высших учебных заведений. Медицинские науки.- 2016.- №4 (40).- С. 5-12.
6. Курбонов С. Комплексное изменение структуры щитовидной железы при диффузном токсическом зобе / С. Курбонов, М.К. Гулов, И.А. Давлатов // Международной журнал прикладных и фундаментальных исследований. М- 2018. -№9.- С.46-49.
7. Александрова В.Э. Возрастные изменения сосудистой системы и варианты кровоснабжения щитовидной железы крыс и человека в сравнительно - анатомическом аспекте / В.Э. Александрова, А.С. Шинкова // Материалы XIX международной студентский научно-практической конференции.-2017.-№5 (19). URL: [http://sibac.info/archive/nature/5\(19\)](http://sibac.info/archive/nature/5(19)).



АНАТОМИЧЕСКОЕ ОБОСНОВАНИЕ МОРФОЛОГИИ СОСУДОВ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ У ЧЕЛОВЕКА

Усмонов М.У.

Профессор медицинского колледжа г. Гулистан

Актуальность и цель. Приведено описание анатомического обоснования источника и внутриорганный распределения сосудов щитовидной железы у человека в норме.

Знание топографо-анатомических и внутриорганных взаимоотношений артерий, особенно, капилляров ЩЖ, с окружающими органами (эпителиальных фолликулов) помогают при диагностике и лечении различных патологических состояний ЩЖ и при хирургических вмешательствах.

Материал и методы. В работе применили современные анатомические и морфологические методы исследования артерий ЩЖ на 22 трупах лиц 30-55 лет.

Результаты. Выявлены основные источники кровообращения ЩЖ и их внутриорган-

ное распределение до уровня микроциркуляторного русла, что соответствует конструкции паренхимы и стромы органа. На просветленных препаратах ЩЖ повсеместно наблюдались многочисленные межсосудистые анастомозы: внеорганные и внутриорганные, которые, по-видимому, играют существенную роль в перераспределении крови при функциональных состояниях ЩЖ.

Заключение. Внутриорганные сосудистой системы ЩЖ обладают всеми компонентами, микроциркуляторное русло отвечает структуре и функциональным потребностям органа как железы внутренней секреции.

Ключевые слова: щитовидная железа, артерия, человек.

ANATOMICAL SUBSTANTIATION OF THE THE THYROID VESSELS MORPHOLOGY IN HUMAN

Usmonov M.U

Professor, Medical College, Gulistan

Relevance and goals. There is given the description of the anatomical substantiation of the sources and intraorganic distribution of the vessels of the thyroid gland in humans.

Knowledge of the topographic-anatomical and intraorganic relationships of arteries, especially the thyroid capillaries with the surrounding organs (epithelial follicles), is considered in the diagnosis and treatment of various pathological conditions of the thyroid gland and during surgical intervention.

Material and methods. We used modern anatomical and morphological methods for examining thyroid arteries on 22 cadavers aged 30-55 years.

Results. The main sources of thyroid blood circulation and their intraorganic

distribution to the level of the microvasculature, which correspond to the structure of its parenchyma and organ stroma, have been identified. On enlightened preparations of the thyroid gland, numerous intervascular anastomoses, both extraorganic and intraorganic, were observed everywhere, which apparently play an essential role in the redistribution of blood in the functional states of the thyroid gland.

Thus, the intraorganic vascular system of the thyroid gland has all the components, the microvasculature corresponding to the structure and functional needs of the organ as an endocrine gland.

Key words: thyroid gland, artery, human.

Усмонов М.У - профессори коллежи тиббии ш. Гулистон, тел: 919106599.

Усмонов М.У- профессор медицинский колледж г. Гулистан, тел: 919106599.

Usmonov M.U - Professor, Medical College, Gulistan, tel: 919106599.



ФАРМАКОЛОГИЯ

ШАРБАТҲОИ ТИББИ ВА МАВҚЕЪИ ОНҲО ДАР БОЗОРИ ТОҶИКИСТОН

Д.Р. Халифаев¹, Ф.А. Ахмедов², Р.Ш. Сафарзода¹, Имомиён Равшан²¹. МДТ Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абӯалӣ ибни Сино;². МД Маркази илмӣ-тадқиқотии фарматсевтӣ ВТ ва ҲИА ҚТ.

Мухиммият. Мухимтарин вазифаи дору-созон, коркард ва сохтори доруҳои нав, дар асоси ашӯхҳои ватанӣ ва ё аз он маводҳои маълуми доруворӣ, ки дар амалияи тиб истифода мешаванд, ба онҳо додани стабилнокии дар муҳлати истифодабарӣ ва беҳсозии сифат, боэтимодӣ ва бехатарии дору мебошад. Барои ба ин мақсад расидан, ҳангоми таҳия ва коркарди ашӯли гуногуни доругӣ тадқиқот ва ҷустуҷӯи илмӣ аз нуқтаи назарияи биофарматсевтӣ, андешидан лозим меояд. Ҳар як шакли доруги фалсафаи инфиродии худро дошта, барои табобат кардани бемор ва барқарор кардани саломатӣ дар организми инсон, нақши маҳсуси худро доро мебошад. Аз ин лиҳоз "Шарбат" - ҳамчун шакли доругӣ, барои табобати бемории кӯдакон ва калонсолон равона шуда ва дар ин самт муҳимияти хоса дорад.

Мақсади таҳқиқот. Муайян сохтани нақши сироп ҳамчун ашӯли доругӣ ва мақоми он дар бозори фарматсевтии Ҷумҳурии Тоҷикистон мебошад.

Мавод ва усулҳои таҳқиқот. Дар вақти омода сохтани мақола, адабиёти илмӣ соҳаи дорусозии оиди техналогия, коркард, хусусиятҳои биофарматсевтии шакли доругии "Шарбат" таҳқиқ карда шуд. Вобаста аз хусусияти моддаҳои ёрирасон истифодабарии онҳо дар ҳолатҳои гуногун шаҳр дода шуд. Реестри давлатии сабти маводҳои доруҳо дар Ҷумҳурии Тоҷикистон, таҳлил карда шуда мавқеи шарбатҳо дар бозори Тоҷикистон муайян карда шудааст.

Натиҷаҳои тадқиқот ва баррасии он. Шарбат ҳамчун ашӯли адвӣ аз давраҳои қадим васеъ истифода мешавад. Абӯалӣ ибни Сино дар китоби панҷ ҷилдаи "Қонуни тиб" [1] оид ба истифодабарии шираи меваҳои табобатиро, дар шакли шарбат тайёр карда барои табобат тавсия додаст.

Ҳангоми ба роҳ мондани истеҳсоли доруҳо дар мадди аввал самараноки ва бехатарии онҳо ба назар гирифта мешавад. Бо пурра риоя намудани ин мақсад шакле интиҳоб карда мешавад, ки бо роҳи қулай моддаҳои фаъолро ба маҳали таъсири фармакологии худ расонанд. Вобаста ба ин шарбатҳо бехтарин шакли доругӣ барои тамоми сини сол мебошанд. Зеро ба ин шакли доругӣ имконияти васеи додани бӯи хуш ва лаззати хуш мачуд аст, ки ба кӯдакон ва калонсолон, аз ҷиҳати равонӣ бо қаноатмандӣ қабул карда мешавад.

Мутобиқи мафҳуми Фармакопеяи давлатии нашри XIII - Шарбат ҳамчун ашӯли доругии моеъ, дар асоси маҳлули ширинкуандаи қанд бо концентратсияи баланд, бо ҳамроҳ кардани моддаҳои фаъол ва маводҳои ёридиханда, барои бемориҳои дарунӣ истифода мешавад [2].

Шарбатҳо ба ду гурӯҳ ҷудо мешаванд: шарбати хушмаза, ки дар таркибаш моддаҳои доругӣ надорад ва танҳо барои истеҳсоли шарбати доругӣ ва ё ҳамчун маводи корригент (ширинкуанда) истифода мешавад ва шарбати доругӣ, ки дар таркибашон ашӯи рустаниҳои доругӣ ва ё моддаҳои фаъол доранд, шарбати доругӣ шуморида мешавад. Барои тайёр кардани шарбати доругӣ экстракт ва ё шароби аз гиёҳҳои дорувор тайёршударо бо маҳлули дараҷаи ғилзати баланд доштаи қанд омехта карда стандарткунонида мешавад. Бо ин усул, ба маҳлули қанд метавон як чанд маводи доругӣ ворид кард ва ё бо илова намудани як мавод, шарбат тайёр кардан мумкин аст. Барои мисол, шарбати экстракти ширинбия, бо илова кардани 4 қисм экстракти ғафси решаи ширинбия дар 86 қисм маҳлули қанд ва бо ҳарорати паст омехта кардан, тайёр мешавад. Шарбати "Холагон" бо ҳамроҳ кардани экстракти хушки зелол 50.0 г, экст-



ракти хушки меваи хуч 50.0 г, маводҳои ёри-расон: шираи тутти сафед 399.0 г, кислотаи лиму 1.0 г, оби холис 400.0 г. Дар деги шарбатпазӣ, ки бо системаи гармидиҳанда ва қаллоқи омехтакунанда таъмин буда 400.0 г об андохта, то 65-70°C гарм карда ба он 50.0 г экстракти хушки зелол ва 150.0 г экстракти хушки меваи хуч ҳамроҳ карда, бо қаллоқ омехта карда мешавад. Пас аз ҳал шудани экстрактҳо ба он 1.0 г кислотаи лиму андохта, аз сеқабат докаи полоишӣ гузаронида, ҳарорати шарбати таёр шударо то 40°C паст фароварда, ба он 399.0 г шираи тутти сафед ҳамроҳ карда шуда, то ҳарорати 90°C гарм карда, ҷӯшонида ва боз ҳароратро то 40°C паст фароварба ва бори дигар ҳароратро то 90°C боло бароварда, ҷӯшонида мешавад. Пас аз пурра тамом шудани кафки болои дег, онро гармо-гарм аз ду қабат докаи меполоянд. Миқдори меъёри экстрактҳои меваи зелол ва хуч аз рӯи дозаи терапевтии он рустаниҳо интиҳоб карда шудааст.

Агар шарбат аз меваи гелос тайёр шавад, он гоҳ пешаки меваро аз донакаш чудо карда шираи онро гирифта, онро як муддат такшон карда сипас болоида мешавад. Барои тайёр кардани шарбат аз меваи гелос 38 қисм шираи гелос ва 62 қисм қанд ҳамроҳ карда, бо оташи паст ҷӯшонида мешавад.

Вобаста ба таркиби кимиёвӣ, шарбати қанд қобилияти барқароршавӣ дошта, дар ҳолати тайёр кардани шарбат, инверсияи қанд метавонад дар худ устувории моддаҳои тезоксидшавандаро аз оксидшавӣ нигоҳ дорад. Ин аст, ки шираи меваҳо дар шарбати қанд худро хуб нигоҳ медоранд, ки ин хосият барои тайёр кардани шарбат аз гиёҳҳои доруворӣ, дар амалияи гиёҳдармонӣ васеъ истифода бурда мешавад. Ин аст, ки тайёр кардани шарбат бо ҳамроҳ кардани экстракти хушки зелол ва хуч дар шираи тутти сафед хосияти таъсири фармакологии он рустаниҳо дучанд гашта, барои бемории чигар ва талхадон васеъ истифода бурда мешавад. Вақтҳои охир, ба ин самти дорусозӣ аҳамияти махсус дода шуда истодаанд, чунки ин самт дар сифат, боэтимодӣ ва беҳатарии дору нақши олиро иҷро мекунад.

Барои мисол, ҷабиши парацетамол 10% дар шакли шарбат ба таркиби хун, консентратсияи баландтаринро ба вучуд меоварад, аммо дар шакли таблетка консентратсияи парацетамол дар хун 46% камтар ба мушоҳида мерасад [4]. Суръати ҷабиши бромгексин дар шакли шарбат ба хун, назр ба таблетка фарқи баланд дошта, тезтар ҷабида мешавад, ки дастрасии биологии он назар ба бромгексин дар шакли таблетка 4 маротиба зиёдтар аст [5]. Ҳамин тариқ, тадқиқоти доруҳо барои кӯдакон нишон дод, ки маводҳои доруворӣ дар шакли шарбати 5-20% қобилияти баланди равонии фармакологӣ дошта, назар ба дигар ашқоли доругӣ таъсири табобатии хуб дорад, ки ин ҳолатро А.И. Тенсова дар рисолаи доктории худ бараъло нишон додаст [6].

Шарбатҳои шакли мувофиқтарини ашқоли доругӣ буда, ки онро тавасути даҳонӣ истифода бурда, дар табобати бемории кӯдакона нақши муҳимро бозӣ мекунад. Шарбатҳои анъанавӣ, ки дар педиатрия истифода мешаванд, аксарат дар маҳлулҳои консентратсияи баланд доштаи қанд тайёр мешаванд, ки маҳлули қанд на танҳо лаззатро хуб мегардонад, балки бо часпакии худ дастрасии биологии моддаи фаъолро ба танзим дароварда, таъсири табобатии доруро пурдавом мегардонад, дар нақши муҳим мебозад. Дар Фармакопείи давлатӣ консентратсияи мӯътадили қандро 64% муайян кардааст, ки фишори осметикии он нисбат ба шираи ҳичайраи микроб хеле баланд буда ва микроб наметавонад, ки дар он муҳит зинда монад. Агар дар маҳлул консентратсияи қанд паст бошад, он гоҳ микроб афзоиш ёфта метавонад, аммо консентратсия зиёд бошад "карамелизатсия," яъне қандшавӣ ба вучуд меояд, ки ин ҳолат дар сифати шарбат таъсири манфӣ мерасонад.

Яке аз нуқсонҳои шарбатҳои ҳамчун шакли доругӣ ин аст, ки таркиби қанд аз сахароза иборат мебошад. Вале сахароза дорои потенциали пасти ширинигӣ дошта ва барои доруро ба шакли шарбат расонидан миқдори зиёди онро истифода мебаранд. Аз ин лиҳоз, бисёри муаллифон исбот кардаанд, ки хузури миқдори зиёди сахароза, таъ-



сири биологии як қатор доруҳои дар шакли шарбат бударо кохиш медиҳад Инчунин, ба кӯдакони гирифтори диабет ва диатез тавсия дода намешавад, чунки ҳодисаҳои таҳаммулнопазирии сахароза дар кӯдакон зуд-зуд ба назар мерасанд [7].

Ҳангоми ворид шудан ба рӯдаву меъда сахароза ба глюкоза ва фруктоза тақсим мешавад ва ҳамчун моносахаридҳо ҷаббида мешавад. Аммо, дар ҳолати чунин деградатсия ба амал наомадан, сахароза метавонад исҳодро ба амал биоварад. Ғайр аз он, миқдори барзиёди сахароза дар рӯда ҳамчун заминаи афзоиши флораи микроб гардида, боиси ферментатсия шуда метавонад.

Аз ин хотир, дар коркарди шарбат мо бояд чунин маводҳои ёридиҳандаеро истифода барем, ки онҳо на танҳо шаклдиҳандаи дору бошанд, балки ҳамчун қобилияти табобати дошта бошанд. Дар ин матлаб истифода

даи меваи тути сафед на танҳо ба ширини консистенсияи оптималӣ дода метавонад, балки дору аз чандин беморӣ мебошад. Мо, ин манбаи ашёи ватаниро, ки захираи ашёи он хеле фаровон аст, дар корҳои тадқиқотӣ оид ба коркарди ашколи доругӣ дар шакли шарбат, васеъ хоҳем истифода бурд.

Мо доруҳои дар Ҷумҳурии Тоҷикистон, дар шакли шарбатҳо сабтшударо таҳлил кардем, ки мушаххаси он дар кадом сатҳ ҷой дорад, чӣ қадар шарбат дар бозори фарматсевтӣ ба қайд гирифта шудааст, чи қадар шарбати ватанӣ ва чи қадар аз хориҷи мамлакат ва аз кадом давлатҳо ва аз ҷиҳати таъсир онҳо ба кадом гурӯҳи фармакологӣ таалуқ доранд.

Таҳлил нишон дод, аз 4561 доруи дар Ҷумҳурии Тоҷикистон сабт шуда, 329 - то он шарбат мебошад, ки 7,2%-ро ташкил медиҳад.

Ҷадвали 1.- Табақабандии фармакологии шарбатҳои дар бозори фарматсевтии Тоҷикистон сабтшуда

№№	Гурӯҳи фармакологӣ	Миқдор
1	Шарбатҳои қувватдиҳанда	9
2	Шарбатҳо барои шамолхӯрдагӣ ва зуком	12
3	Шарбатҳои балғамрон, сулфа ва барои роҳҳои нафас	89
4	Шарбатҳо барои камхунӣ	17
5	Шарбатҳо барои табобати бемориҳои ҷигар	7
6	Шарбатҳои антигистаминӣ	11
7	Шарбатҳои аюрвердӣ	6
8	Шарбатҳои ноотропӣ	6
9	Шарбатҳои аналгетикӣ ва антипиретикӣ	5
10	Шарбатҳои исҳолова	7
11	Шарбатҳо барои табобати системаи асаб	3
12	Шарбати хобовар ва оромкунандаи асаб	3
13	Шарбати қувватдиҳандаи маъсуният	3
14	Шарбати иштиҳоовар	3
15	Шарбати гомеопатикӣ	3
16	Шарбати ғайристероидии зиддиалтиҳобӣ	2
17	Шарбат антагонист (воситаҳои зиддиқайқунӣ)	2
18	Шарбат барои табобати диққи нафас	2
19	Шарбатҳои ангиопротекторӣ	2
20	Шарбатҳои антасидӣ	2
21	Шарбати зиддивирӯсӣ	1
22	Шарбат барои мубодилаи калсий ва фосфор	1
23	Шарбати макро ва микроэлементӣ	1
24	Шарбати дорувори ҳангоми дементсия	1
25	Шарбати поливитаминӣ ва минералӣ	22
26	Шарбати зидди силӣ	1
27	Шарбати заддизамбуруғӣ	1
28	Шарбати урологӣ	1
29	Шарбат барои табобати дарунравӣ	1
30	Шарбатҳои дигар гуруҳҳо	11



Аз 239 доруи дар шакли шарбат ворид шуда 55-тои он аз компонентҳои ашёи рустанҳои дорувор (экстрактҳо, шаробҳо), 256-тои дигараш танҳо маводҳои органикӣ ва ғайриорганикӣ, 18-тои мондагиаш аз омехтаи компонентҳои рустанигӣ ва маводҳои органикӣ ва ғайриорганикӣ мебошанд. Дар таркиби шарбатҳо канд, сорбит, маводҳо дигар (лактоулоза, аспартам ва атсесульфам, глицерин) ҳамчун агенти хушбӯйкунанда ба қайд гирифта шудааст.

Дар қатори истеҳсолкунандаҳои дохилӣ (6-то) шарбатҳо аз як қатор давлатҳои хориҷа ба Тоҷикистон ворид мешаванд. Воридкунандагони асоси Ҳиндустон, Покистон, Украина, Беларуссия, Чехия, Қазоқистон, Лаҳистон, Белгия, Булғористон, Маҷористон, Олмон ва ғайра мебошанд.

Аз нигоҳи табақабандии фармакологӣ мутобиқи коди АТХ, шарбатҳои дар бозори фарматсевтии Ҷумҳурии Тоҷикистон сабт шуда, ба чунин гурӯҳ дохил мешаванд (ҷадвали 1):

Тавре, ки аз таҳлил бар меояд, шарбат ҳамчун ашқоли адвӣёт, ки дар бозори фарматсевтии Ҷумҳурии Тоҷикистон ворид шуда истодааст, ба 30 гурӯҳи фармакологӣ таалуқ дорад.

Хулоса, таҳлили адабиётҳо ва тадқиқоти шарбат ҳамчун ашқоли адвӣёт нишон дод, ки барои тайёр кардани ин намуд дору асосан аз сахароза истифода мебаранд. Онро на танҳо ҳамчун корригент, балки нақши шаклдихандаро мебозад. Вақтҳои охир, истеҳсоли шарбатро дар асоси рустаниҳои дорувор ба роҳ монда истодаанд. Шарбатҳо дар қатори истеҳсолкунандагони ватанӣ инчунин аз давлатҳои Ҳиндустон, Покистон, Украина, Беларуссия, Чехия, Қазоқистон, Лаҳистон, Белгия, Булғористон, Маҷористон, Олмон ва ғайра ба бозори фарматсевтии Ҷумҳурии Тоҷикистон ворид мешаванд.

АДАБИЁТ

1. Абуали ибн Сина Канон врачевой науки книга У. Ташкент 1980. - С. 112-118.
2. ГФ XIII т.2. 2015. ОФС.1.4.1.0012.15
3. Гладченко, С.В. Состояние и перспективы разработки и внедрения в производство лекарственных средств для педиатрии в виде жидких лекарственных форм / С.В. Гладченко / / Досягнення сучасної фармації та перспективи її розвитку у новому тисячолітті: Мат. V нац. з'їзду фармацевтів України. - Харків, 1999. - С. 139
4. Головкин, В.А. Влияние лекарственной формы и путей введения препаратов на их фармакокинетику и биологическую доступность / В.А. Головкин // Врачеб. дело, 1987. - № 11. - С. 85 - 90.
5. Воронов Г.Г. Бромгексин - плацебо или лекарство? / Г.Г. Воронов, Д.А. Рождественский // Клинические исследования лекарственных средств в России: Тез. науч. работ 1-ой междунар. конф., 20-22 нояб. 2001 г. - Москва, 2001. - С.70.
6. Биологическая доступность теofilлина в лекарственных формах для детей / А.И. Тенцова [и др.] // Фармация, 1985.- № 3. - С. 19-21.
7. Халифаев Д.Р. Биофармацевтические исследования экстрактов плодов барбариса разнокистевидного, шиповника обыкновенного и сиропа из тутовника белого / Д.Р. Халифаев, Ф.А. Ахмедов, М.А. Ахмедова. Научно-медицинский журнал "СИМУРГ" 2020, № 5(1). - С. 75 -81.

ЛЕЧЕБНЫЕ СИРОПЫ И ИХ МЕСТО НА РЫНКЕ ТАДЖИКИСТАНА

Д.Р. Халифаев, Ф.А. Ахмедов, Имомиён Равшан, Р.Ш. Сафарзода,

В статье представлены общие сведения о сиропах: их технология; роль вспомогательных веществ; особенности и преимущества этой формы по сравнению других лекарственных форм. Рассмотрены место сиропов в рынке Таджикистана, в зависимости от особенности этой лекарственной формы

предложены приоритетные направления при разработке новых лекарственных средств этой формы.

Ключевые слова. Сиропа, лекарственный растения, технологическая разработка сиропа, регистрация, фармацевтической рынок.

**MEDICINAL SYRUPS AND THEIR PLACE IN THE MARKET OF TAJIKISTAN****D.R. Khalifayev, F.A. Akhmedov, R.S. Safarzoda, Imomiyon Ravshan**

Khalifayev Davlat Rakhmatovich - Professor of The Department of Pharmaceutical Technology GOU TGMU im. Abuali ibni Sino, Ph.D. Prof.. E-mail: nifc@list.ru, tel. (992) 917340317.

Akhmedov Farkhod Alamkhonovich - Director of the GiU Pharmaceutical Research Center of MOH and SN RT;

Imomiyon Ravshan - senior researcher of the GiU Pharmaceutical Research Center of MOH and SN RT. E-mail: tudacavsh@yandex.ru, тел. (+992) 900018326.

Safarzoda Ramazon Sharofudinovich - Head of the Department of Pharmaceutical

Technology GOU TGMU im. Abuali ibni Sino, Ph.D.

The article presents general information about syrups: their technology; the role of auxiliary substances; specificity and usefulness of this form in comparison with other medicinal forms. The place of syrups in the market of Tajikistan is considered, depending on the specifics of this drug form, priority directions are offered for the development of new drugs in this form.

Key words. Syrups, medicinal plants, technological development of syrups, registration, pharmaceutical market.

Халифаев Давлат Раҳматович - профессори кафедраи технологияи фармасевтии МТД "ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино", д.и.фарм., E-mail: nifc@list.ru, тел. (+992) 917340317.

Халифаев Давлат Раҳматович - профессор кафедраи фармацевтической технологии ГОУ "ТГМУ им. Абуали ибни Сино", д.фарм.н. проф.. E-mail: nifc@list.ru, тел. (+992) 917340317.

**НАҚШИ РӯЗА ВА ГУРУСНАГӢ ДАР ПЕШГИРИИ БЕМОРИҶОИ МУЗМИНИ
ГАЙРИСИРОЯТӢ
(Шарҳи адабиёт)**

С.М. Абдуллозода¹, Х.Н. Эгамназаров², К.М. Курбонов³, Мавлонзода А.Ҳ.

¹.Кафедраи эпидемиология, МДТ "ДДТТ баноми Абӯалӣ ибни Сино",

².Кафедраи беҳдошти муҳитизист, МДТ "ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино",

³.Кафедраи эпидемиология ва бемориҷои сироятӣ, Донишгоҳи миллии Тоҷикистон.

Дар замони қадим, бинобар надошта-ни таҷрибаи кишоварзӣ одамон наметавонистанд худро бо озӯқаворӣ дар ҳамаи фаслҳои сол пурра таъмин кунанд. Ин ҳолат метавонист боиси дертар ба тамаддуни ҷаҳонӣ ворид шудани рӯзаҳои мунтазам - худдорҳои муваққатӣ аз истеъмоли ғизо гардад [1]. Аммо дар Рими Қадим боварӣ доштанд, ки истеъмоли якқаратаи ғизо дар як рӯз барои саломатӣ фоидаовар аст, аммо истеъмоли бисёрқарата, баръакс [2].

Рӯзаҳои мунтазам ба расму оини динҳои ҷаҳонӣ дохил карда шуданд, аз ҷумла дар дини Ислом ва масеҳият ҳатмӣ гардиданд [3].

Дар ҷаҳони муосир дар бораи манфиятҳои рӯзадорӣ таҳқиқоти зиёде гузаронида шудааст. Бисёре аз олимони рӯза ва гуруснагиро барои пешгирӣ ва табобати бемориҳои

гуногун тавсия медиҳанд. Соли 1800 олими амрикоӣ Эдвард Дюн ба хулосае омад, ки истеъмоли барзиёди ғизо сабаби пайдоиши бисёр бемориҳо мешавад. Соли 1900 табиби олмонӣ Отто Бучингер бори аввал исбот кард, ки рӯзадорӣ ба саломатӣ таъсири хуб дорад. Ӯ навиштааст, ки "рӯзадорӣ, бешубҳа, усули самараноки биологии табобат аст". Соли 2000 олими италияӣ Валтер Лонго рӯзадориро таҳқиқ карда ба хулосае омад, ки он механизмери фаъол менамояд, ки на танҳо умрро дароз мекунад, балки боз сифати онро ҳам беҳтар менамояд [4].

Бо вучуди ҳамаи ин маълумотҳо, дар ҷомеаи муосир одамон дар як рӯз се маротиба хӯроки калориянокиаш зиёдро мехӯранд, ки ин ба афзоиши ҷаҳонии бемориҳои гайрисироятӣ музмин, аз ҷумла диабет



навъи 2, фарбеҳӣ, маъюбӣ ва бемориҳои асаб мусоидат мекунад [5, 6].

Рӯза механизмҳои гуногуни метаболикиро фаъол мекунад, ки ба системаи асаб, алахусус нейронҳо таъсир мерасонанд. Умуман, кулли тағйироти метаболикӣ ҳангоми рӯзадорӣ биоэнергетикаи асабро оптималӣ менамояд ва ин муқовимати организмро ба стресс зиёд мекунад. Фаъолияти равонӣ низ беҳтар мешавад [7].

Пас аз 12 - 36 соати рӯзадорӣ организм ба ҳолати кетоз мебарояд, ки дар он камшавии сатҳи глюкозаи хун, коҳиш ёбии захираҳои гликоген дар чигар ва пайдо шудани қисмҳои кетонии чарбугӣ, ки дар организм ҳамчун манбаи неру ва барои фаъолияти мағзи сар хизмат мекунанд, мушоҳида мегардад [8]. Метаболизми кетон дар чигар ва дар астротситҳои мағз руҳ медиҳад. Дар давоми як вақти муайяни рӯза ё гуруснамонӣ кетонҳо манбаи асосии энергия барои мағзи сар (то 70%) мешаванд ва бо ин васила функсияҳои когнитивии мағзи сарро беҳтар мекунанд [9, 10, 11, 12, 13, 14].

Рӯза ва гуруснагӣ пеш аз ҳама ба мубодилаи глюкоза ва инсулин таъсир мерасонад. Дар давоми 3-5 рӯз сатҳи глюкоза 30-40% коҳиш ёфта, гликолизро боз мебарорад ва дар тӯли се ҳафта сатҳи инсулин 50-60% коҳиш меёбад [15, 16, 17, 18, 19, 20]. Ба ин тарик, рӯзадорӣ ба муътадилшавии мубодилаи глюкоза ва коҳиш ёфтани муқовиматнокӣ ба инсулин, ба пешгирӣ аз синдроми метаболизм, фарбеҳӣ ва диабетии навъи 2 мусоидат мекунад.

Рӯзадорӣ ва гуруснагӣ ба равандҳои регенератсия ва дегидрататсияи ҳуҷайраҳои тамоми бадан таъсири пурқувватдоранд. Ин равандҳо дар организм тавассути ду чӯзӣ метаболизм mTOR ва AMPK танзим карда мешаванд [21, 22]. Ҳангоми истеъмоли барзиёди ғизо аз сафедаҳобой mTOR раванди протеиногенезро ва ба ин васила афзоиши ҳуҷайраҳоро низ таҳрик медиҳад, дар вақти рӯзадорӣ ва гуруснагӣ, ҳангоме ки захираҳои энергия дар ҳуҷайраҳо кам мешаванд, ҳолати акс мушоҳида мешавад. AMPK mTOR-ро паст мекунад, то ки истеъмоли энергияро суст ва раванди таназзули

дохили ҳуҷайраҳо бо истифодаи сафедаҳои ҳуҷайра ва органеллаҳои зарардида паст кунад. Рӯзадорӣ ва гуруснагӣ mTOR-ро паст мекунад ва AMPK-ро афзоиш медиҳад, дар натиҷа раванди аутофагия фаъол мешавад [22] Ҳамин тарик, рӯзадорӣ ва гуруснагӣ ба сустшавии суръати пиршавии ҳуҷайраҳо ва дар маҷмӯъ организм мусоидат мекунад.

Рӯза илтиҳобро тариқи кам кардани экспрессияи ситокинҳои зиддиилтиҳобӣ дар мисоли интерлейкин G ва омилҳои некрози омоси @ [TNF α] маҳв мекунад ва ба ин васила вазифаи муҳофизатиро иҷро мекунад [23, 24].

Баъзе таҳқиқотҳо нишон доданд, ки рӯзадорӣ барои гурӯҳҳои муайяни одамон - шахсонӣ дорои камвазнӣ, заноне, ки сина меконанд ё занони ҳомила, кӯдакон ва пирсонлон зиддишондод дорад. Ин ба шахсонӣ гирифтори баъзе бемориҳои асаб низ дахл дорад [25].

Мушоҳидаҳои таъсириманфӣ дар одамон, ки дар давоми ду ва ё зиёда рӯз гурусна меконанд, вучуд доранд. Ин таъсирҳо суст ё миёна буданд ва ҳастагӣ, беҳобӣ, дарди сар ва ғайраро дар бар мегирифтанд [26, 27, 28, 29]. Инчунин таъсирҳои аҳёии ғайриасосӣ, аз қабилӣ варамнокӣ, гипокариемияи вазнин, ногузаронии рӯдаҳо, нефролитиази УРАТНҲҲ, аритмияи меъдаҷавӣ (ва ҳатто марг) ба қайд гирифта шуданд, ки дар одамони муддати тӯлонӣ рӯзадор якҷанд ҳафта ё моҳ давом мекунанд [3, 30, 31, 32].

Аммо, таҳқиқотҳои бисёрсола нишон доданд, ки кам шудани истеъмоли калорияҳои ҳаррӯза ба коҳиш ёбии хавфи пайдоиши бемориҳои музминӣ ғайрисироятӣ мусоидат мекунад ва ба ин васила сифат ва давомнокии ҳаётро беҳтар мекунад [33].

Таҳқиқотҳои илмӣ дар одамони дорои вазни зиёдатӣ ва фарбеҳ, ки диабетӣ қанд надоранд, нишон доданд, ки дар аксари ҳолатҳо беҳбудии ҳассосият нисбати инсулин дар муқоиса бо одамон, ки аз истеъмоли ғизо худдорӣ намекарданд аз нигоҳи микдори калорияҳои якрӯза қиёсшаванданд, мушоҳида мешуд.

Ҳангоми омӯзиш бо усули интиҳоби тасодуфӣ кроссовер дар мардоне, ки предиа-



бет доранд, ҳассосият нисбати инсулин ва дигар нишондиҳандаҳои инъикоскунандаи вазъи метаболикии бадан муқоиса карда шуд: дар гурӯҳҳои нафароне, ки бо басомади муайян барои пешгирӣ азбохти вазн миқдори кофии калорияҳоро истеъмол мекарданд, ҳассосият нисбати инсулин ва баъзе нишондиҳандаҳои дигари метаболизм нисбат ба гурӯҳҳои ашхосе, ки бо тартиби муқаррарӣ хӯрок меҳӯрданд, беҳтар буд [34, 35, 36]. Ҳамин тариқ, маҳдуд кардани истеъмоли калорияҳои зарурӣ дар одамони гирифтори фарбеҳӣ ва синдроми метаболикӣ ба муътадилшавии мубодилаи карбогидратҳо тавассути коҳиш додани муқовимат нисбати инсулин мусоидат мекунад.

Параметрҳои асосии режими рӯзадорӣ ё риояи гуруснагӣ чунинанд: шиддати маҳдудкунии калорияҳо ва баъзе хӯрокҳои нӯшокиҳои муайян, басомади давраҳои рӯзадорӣ ва давомнокии гуруснамони. Рӯзагирӣ ё риояи гуруснагӣ барои ҳар як шахс аз тобоварии инфиродӣ ва тарзи ҳаёти кас вобаста аст.

Кам кардани калорияҳо бо хӯрок истеъмолашаванда барои дароз кардани умри пашшаи мевагӣ, нематодҳо, моҳии зебра, тортанакҳо, ҳояндаҳо пешниҳод шуд [37]. Илова бар суғуст кардани раванди пиршавӣ, нишон дода шуд, ки CR пайдоиши атеросклероз, кардиомиопатия, норасоии гурда, T2DM, саратон ва бемориҳои роҳи нафасро ба таъхир меандозад [37].

Маҳдудияти дарозмуддати калория ба беҳтар шудани кори T_F ҳучайраҳо кӯмак мекунад ва суръати пиршавии масуниятро суғуст мекунад. Мувофиқи таҳқиқоти Squifinoetal, дар 66% одамоне маҳдудияти калориянокӣ тағйирёбии назми 24-соатаи гиреҳҳои лимфатикӣ бо сил сироятёфта, T-ҳучайраҳо, функцияҳои CD4⁺ -CD8⁺ ва CD4⁺, инчунин посухҳои митогенӣ дар гиреҳҳои лимфатикӣ ба конканавалин А ва липополисахарид мушоҳида мешавад. Ғайр аз он, нишондодҳои миёнаи посухи гиреҳи лимфаи субмаксималӣ ба конканавалин А ва шумораи ҳучайраҳои CD4⁺ зиёд шуданд. Баръакси ин, миқдори V_F ҳучайраҳо ва секретсияи IFN- γ коҳиш ёфт [38]. Маҳдудияти дарозмуддати калориянокӣ ба кам

шудани ҳассосият нисбати бемориҳои сироятӣ тавассути пурзӯршавии функцияи T-ҳучайраҳо мусоидат мекунад [39]. Интерлейкин 6 (IL) -6 -ро бофтаи чарб истеҳсол карда нметавонад. Нишон дода шуд, ки чор ҳафтаи гуруснагӣ чарбҳои баданро коҳиш медиҳад ва мутаносибан, сатҳи IL-6-ро паст мекунад. IL-6 дар эҷоди бемориҳои гуногун нақши ҳалкунанда дорад [39]. Хабар дода шуд, ки IL-6 дар якҷоягӣ бо тағйирдиҳандаи омили афзоиш (TGF)- β тавлиди ҳучайраҳои танзимкунандаи T-ро боз медорад ва боиси саркӯбии ифодаёбии генҳои T-хелпер (Th)-17 мегардад [39]. Ҳамин тариқ, рӯзадорӣ ё маҳдудияти калориянокӣ ҳаррӯза пеш аз пайдоиши беморӣ аз ҳисоби беҳтар шудани функцияи T-ҳучайраҳо аз бемориҳои гуногуни сироятӣ ва ғайрисироятӣ муҳофизат мекунад.

"Шиддатнокӣ"-и рӯзадорӣ миқдор ва навъи хӯрока ва нӯшокиҳоро дар назар дорад, ки истеъмолашон дар давраи рӯза метавонад иҷозат дода шуда бошад. Шиддати давраи рӯзадорӣ аз пурра даст кашидан аз ҳама навъи озукаворӣ ва нӯшокиҳо (рӯзадорӣ "тоза") то истеъмоли ҳадди аққали хӯрокҳои муайяне, ки ба нигоҳ доштани ҳолати метаболикии ҳолати гуруснагӣ равона шудаанд, тағйир меёбад.

Хӯрокҳои тезпазе, ки ҳама хӯрокҳо ва нӯшокиҳоро истисно мекунад, аз ҷиҳати концептуалӣ содаанд, аммо дар амал истеъмоли накардани об ҳадди ниҳии онро 24 соат муқаррар мекунад. Намунаи ин намуни рӯзадорӣ дар моҳи Рамазони исломӣ руҳ медиҳад, вақте ки одамоне аз тулӯи офтоб то ғуруби офтоб тақрибан 30 рӯз аз хӯрдан ва нӯшидан парҳез мекарданд. [40, 41] Рӯзагирӣ бо истеъмоли танҳо нӯшокӣ калорияҳоро истисно, аммо гидрататсияро ба андозаи кофӣ таъмин мекунад ва аз ин рӯ метавонад то якҷанд рӯз, ҳафта ва ҳатто моҳҳо тамдид дода шавад, ба шарте ки миқдори кофии намак ва дигар микроэлементҳо нигоҳ дошта шавад [30, 42].

Дар мавриди нафароне, ки барояшон таҳаммули рӯзабо истеъмоли танҳо моеъ душвор аст, дараҷаи рӯзаро ба таҳаммулпазирӣ беҳтаршуда иваз карда, дар зимн аз



интихоби махсуси хӯрокворӣ истифода бурдан мумкин аст, ки ҳолати метаболикиро дар шиками гурусна халалдор намекунад. Калориянокии ин хӯрокҳо набояд аз 250-500 ккал дар як рӯз зиёд бошад [43]. Як варианти маъмул ба рӯзадории харрӯза дохил намудани истеъмоли шӯрбои сабзавотӣ ё булғени устухонӣ мебошад, ки организмро бо моеъҳо ва микроэлементҳо таъмин мекунад [26,43].

Аксари намудҳои мушҳо беш аз се рӯз бидуни хӯрок зиндагӣ карда наметавонанд, аммо бештари одамон метавонанд гуруснагии 30-рӯза ё дарозтарро таҳаммул кунанд [15]. Бо дарназардошти ин қобилияти рӯзадорӣ дар муддатҳои тӯлонӣ, дар басомад ва давомнокии речаи гуруснагии ба одамон дастрас фарқи намоён ба назар мерасад [40, 44, 45, 46].

Аз ҳамаи речаҳои рӯзадорӣ ёгуруснагӣ осонтарин ғизоҳурӣ бо маҳдудият аз рӯйи вақт аст, ки аз давраҳои худдорӣ аз истеъмоли ғизо дар рафти он 12-20 соатро ташкил медиҳад, ки баъдан ба давраи 4-12-соата иваз мешавад, ки дар давоми он хӯрдану нӯшидан мумкин аст [40, 44, 45, 46, 47]. Далелҳои илмӣ мавҷуданд, ки хӯрдани хӯроки танҳо субҳона ё нисфирӯзӣ ба раванди лоғаршавӣ таъсири мусбат мерасонад ва ба ин васила муқовиматнокии ҳуҷайраҳои мушакҳоро ба инсулин нисбат ба хӯрокхӯрии шомгоҳона коҳиш медиҳад [47].

Гуруснагии даврӣ ба давраҳои дарозмуддати гуруснагӣ тааллуқ дорад, ки аз ду рӯзтосеҳафтадавом мекунад [3]. Гуруснагии даврӣ метавонад нисбат ба моҳи Рамазон ё гуруснагӣ, ки дар як ҳафта дурӯзро фаро мегирад, тағирёбии бештар ифодаёфтаи метаболизмро ба вуҷуд орад; аммо барои бисёр одамон гуруснагии даврӣ таҳаммул кардан душвор аст ва мумкин аст вобаста ба ҳадафҳои шахс зарур ҳам набошад. Давраҳои гуруснагӣ, ки аз якчанд моҳ то як сол давом мекунад, дар одамон қайд шудаанд [42, 48, 49], аммо инҳо ҳолатҳои истисноӣ мебошанд.

Синдроми метаболикӣ аз омезиши якчанд аломат иборат аст: фарбеҳии шикам, инсулинрезистентнокӣ, гипертония ва дислипидемия [50]. Рӯзадорӣ ихтилоли калидии

метаболизмро сабук мекунад, ки ба таъсири судманде боис мешавад, ки шабеҳ ва гоҳо ҳатто беҳтар аз таъсирҳои мебошанд, ки замони маҳдуд кардани калориянокӣ ба назар мерасанд.

Рӯза фарбеҳиро дар моделҳои ҳайвонот пайваستا коҳиш медиҳад [15, 51]. Хояндагон, ки тартиби рӯзадориро риоя мекарданд, дар шароити гуруснагии тӯлонӣ (беш аз 20 ҳафта), ки маъмулан боиси коҳишёбии вазни мушакҳо мешавад, вазни бадани камтар нисбат ба хояндаҳое доштанд, ки бидуни маҳдудият ғизо мегирифтанд [52, 53, 54, 55]. Ғайр аз он, кам шудани вазни бадан асосан аз ҳисоби кам шудани миқдори чарбҳо вобаста аст, на аз мушакҳо [56, 57].

Дар ҳайвонҳо речаи гуруснагӣ инчунин чарбҳои висералиро нест ва ҳассосиятро нисбати инсулин беҳтар мекунад [44, 45]. Рӯзадорӣ диabetи навъи 2-ро дар модели хояндаҳо таъмин мекунад, ки ин ба маҳдудияти калория алоқаманд нест, зеро ҳайвоноти TRF миқдори баробари калорияҳоро бо ҳайвонҳои истеъмомол мекунад, ки ба онҳо *ad libitum* медоданд, аммо аввалиҳо таъсири зиддидиabetӣ зоҳир мекунад, дар ҳоле ки дар охириҳои мушоҳида намешавад [58, 59].

Дар баъзе таҳқиқотҳо речаҳои гуруснагӣ ба қобилияти муқовимат ба инсулин таъсири судманд мерасонданд, ки ҳатто аз таъсири, ки ҳангоми маҳдудияти шади калориянокӣ мушоҳида мешавад, бештар буд. Масалан, хояндаҳо ҳангоми ADP метавонанд вазни баданро баробари хояндаҳое, ки *ad libitum* мегиранд, нигоҳ доранд, аммо якумиҳо мисли қабл беҳтаршавии сатҳи глюкоза ва фаъолияти инсулинро нишон медиҳанд, ки баробар ё зиёдтар аз мавридҳои мебошанд, ки хояндаҳо ҳангоми 40%. Маҳдуд кардани килокалорияҳои истеъмомолшаванда нишон медиҳанд [52].

Далелҳои аз гуруснагӣ вазн бохтани одамон мисли ҳайвонҳо дақиқ нестанд, аммо речаҳои гуруснагии кӯтоҳмуддат (то 6 моҳ) одатан боис ба талаф ёфтани вазн дар ашхоси дорои вазни барзиёд ва фарбеҳӣ мешаванд [40, 44, 60]. Бисёр касон дар чараён рӯзадорӣ мазҳабӣ ба бохти вазн дучор меша-



ванд, вале дертар вазн барқарор мешавад [61, 62]. Ва баръакс, назарандозихо ба мавриди одамони дорои фарбеҳӣ ё вазни барзиёд, ки ба онҳо речаи гуруснагӣ бо давомноки аз ду то шаш моҳ таъин шудааст, маъмулан 3-16% нисбат ба гурӯҳи назоратӣ кам шудани вазни баданро нишон медиҳанд ва бояд гуфт, нақшаҳои семоҳа бо эҳтимоли бештар коҳишёбии вазнро ба андозаи 5% ё бештар аз он нишон медиҳанд [40, 45, 63]. Ҳам речаҳои гуруснагӣ ва ҳам речаҳои маҳдудсозии калорияҳо ба андозаи баробари коҳишёбии вазн сабаб мегарданд, ҳарчанд бархе муҳаққиқон бар онанд, ки речаҳои гуруснагӣ метавонанд нисбат ба маҳдудсозии калорияҳо 20-25% бартарӣ дошта бошанд [35, 64]. Ғайрагон, сарфиназаразчунин-коҳишёбии вазни бадан, гуруснагӣ метавонад нисбат ба маҳдуд кардани калорияҳо бо нигоҳ доштани вазни мушакҳо самарабахштар бошад [63].

Гуруснагии даврӣ, махсусан барои паст кардани фишори хун дар одамони гирифтдор ба гипертония самаранок аст; фишори хуни систоликӣ 20-60 ммсутуни симобӣ дар давоми як то ду ҳафта меафтад [65, 66]. Рӯзадорӣ ва маҳдудияти калориянокӣ низ ба пастшудани фишори хун таъсири монанд мерасонанд [34, 35].

Таъсири рӯзадорӣ ба вазни мушакҳо ва тобоварӣ ба сарборихоии ҷисмонӣ зиёд баррасӣ кардамешавад. Дар ҳар як шахс дараҷаи талафоти вазн, аз ҷумла аз даст додани мушакҳо, аз истеъмоли калория ва сафеда ва сатҳи сарбории ҷисмонӣ ва аз сатҳи ибтидоии чарбуҳо вобаста аст [67]. Дар шахсонӣ дорои вазни барзиёд ва фарбеҳӣ, истеъмоли сафеда дар андозаи 0,8-1,2 г сари ҳар килограмми вазни ҷисм дар як рӯз таъсири нарм ба вазни мушакҳо дорад [68]. Бо вучуди ин, одамон бо вазни паст ва муътадил натиҷаҳои баландтари оксидишавии

сафедаро дар қиёс бо сарфи энергӣ нисбат ба одамони дорои фарбеҳӣ нишон медиҳанд [69]. Тахмин меравад, ки ба лоғартарҳо сари ҳар килограмм вазни бадан барои ҳифзи вазни мушакҳо мумкин аст сафедаи бештар лозим шавад. Илова ба истеъмоли кофии сафеда, машқҳои мунтазами ҷисмонӣ низ аз даст рафтани вазни мушакҳо дар одамони фарбеҳ ва дорои вазни барзиёд, ки гуруснагӣ риоя мекунанд, пешгирӣ менамояд. Ба ин тарик, ба машқҳои ҷисмонӣ рӯзадорӣ монеа намешавад. Зиёда аз ин, машқҳо дар ҳолати гуруснагӣ дар амал метавонанд усули идеалӣ барои кам кардани вазни чарбу бо нигоҳ доштани мушакҳо бошанд.

Яке аз оқибатҳои манфии рӯза ва гуруснагӣ пурхӯрии ҷубронӣ мебошад, ки ба афзоиши вазн мусоидат мекунад ва ба ин васила самаранокӣ рӯзаро коҳиш медиҳад. Таври маълум, дар нафароне, ки ба парҳезӣ катъӣ бо маҳдуд кардани калорияҳо риоя намудаанд, ҳисси гуруснагӣ тадричан зиёд мешавад [70, 71, 72, 73]. Илова бар ин, дар ин одамон метавонад инсулинрезистентнокии ҷубронӣ, ба ибораи дигар, пастшавии ҳассосии бофтаҳои мушакӣ ба инсулин, бо мақсадизахира кардани энергияи глюкоза барои эҳтиёҷоти ҳуҷайраҳои майна зоҳир шавад [74].

Ҳамин тарик, дар айни замон, вақте ки ҳарчоти молиявӣ барои табобати бемориҳои музмин меафзояд ва ба ин васила паҳншавии ин бемориҳо дар байни аҳолии тамоми ҷаҳон афзоиш меёбад, истифодаи рӯза ва речаҳои гурусна ҳамчун пешгирии бемориҳои музмини гузаранда варианти муассир аст. Бо дарназардошти он ки рӯзадорӣ ва гуруснагӣ як профилактикаи одӣ ва бисёрҳадафаи бемориҳои гуногун дар одамон мебошад, таҳқиқоти минбаъда барои дақиқ муайян кардани самаранокӣ клиникӣ рӯза ва гуруснагӣ барои бемориҳои мушаххас лозим аст.

АДАБИЁТ

1. Arbesmann R. Fasting and Prophecy in Pagan and Christian Antiquity. *Traditio*. 1951;7:1-71.
2. Paoli A., Tinsley G., Bianco A., Moro T. The Influence of Meal Frequency and Timing on Health in Humans: The Role of Fasting. *Nutrients*. 2019;11:719.
3. Kerndt P.R., Naughton J.L., Driscoll C.E., Loxterkamp D.A. Fasting: The history, pathophysiology and complications. *West. J. Med*. 1982;137:379-399.



4. Longo V.D. Programmed longevity, youthspan, and juvenology. *Aging Cell*. 2019;18:e12843.
5. World Health Statistics 2018: Monitoring Health for the SDGs.
6. Pringsheim T., Fiest K., Jette N. The International Incidence and Prevalence of Neurologic Conditions. *Neurology*. 2014;8:1661-1664.
7. Mattson M.P., Moehl K., Ghena N., Schmaedick M., Cheng A. Intermittent Metabolic Switching, Neuroplasticity and Brain Health. *Nat. Rev. Neurosci*. 2018;19:63-80.
8. Puchalska P., Crawford P.A. Multi-Dimensional Roles of Ketone Bodies in Fuel Metabolism, Signaling, and Therapeutics. *Cell Metab*. 2017;25:262-284.
9. Auestad N., Korsak R.A., Morrow J.W., Edmond J. Fatty Acid Oxidation and Ketogenesis by Astrocytes in Primary Culture. *J. Neurochem*. 1991;56:1376-1386.
10. Blzquez C., Woods A., De Ceballos M.L., Carling D., Guzmán M. The AMP-Activated Protein Kinase Is Involved in the Regulation of Ketone Body Production by Astrocytes. *J. Neurochem*. 1999;73:1674-1682.
11. White H., Venkatesh B. Clinical Review: Ketones and Brain Injury. *Crit. Care*. 2011;15:219.
12. Sato K., Kashiwaya Y., Keon C.A., Tsuchiya N., King M.T., Radda G.K., Chance B., Clarke K., Veech R.L. Insulin, ketone bodies, and mitochondrial energy transduction. *FASEB J*. 1995;9:651-658.
13. Masuda T., Dobson G.P., Veech R.L. The Gibbs-Donnan near-equilibrium system of heart. *J. Biol. Chem*. 1990;265:20321-20334.
14. Veech R.L., Chance B., Kashiwaya Y., Lardy H.A., Cahill G.F., Jr. Ketone Bodies, Potential Therapeutic Uses. *IUBMB Life*. 2001;51:241-247.
15. Longo V.D., Mattson M.P. Fasting: Molecular Mechanisms and Clinical Applications. *Cell Metab*. 2014;19:181-192.
16. Brandhorst S., Longo V.D. Fasting and Caloric Restriction in Cancer Prevention and Treatment. *Recent Results Cancer Res*. 2016;207:241-266.
17. Unger R.H., Eisentraut A.M., Madison L.L. The Effects of Total Starvation Upon the Levels of Circulating Glucagon and Insulin in Man. *J. Clin. Investig*. 1963;42:1031-1039.
18. Ho K.Y., Veldhuis J.D., Johnson M.L., Furlanetto R., Evans W.S., Alberti K.G., Thorner M.O. Fasting Enhances Growth Hormone Secretion and Amplifies the Complex Rhythms of Growth Hormone Secretion in Man. *J. Clin. Investig*. 1988;81:968-975.
19. Castillo C.E., Katz A., Spencer M.K., Yan Z., Nyomba B.L. Fasting Inhibits Insulin-Mediated Glycolysis and Anaplerosis in Human Skeletal Muscle. *Am. J. Physiol. Endocrinol. Metab*. 1991;261:E598-E605.
20. Heilbronn L.K., Smith S.R., Martin C.K., Anton S.D., Ravussin E. Alternate-Day Fasting in Nonobese Subjects: Effects on Body Weight, Body Composition, and Energy Metabolism. *Am. J. Clin. Nutr*. 2005;81:69-73.
21. Herzig S., Shaw R.J. AMPK: Guardian of Metabolism and Mitochondrial Homeostasis. *Nat. Rev. Mol. Cell Biol*. 2018;19:121-135.
22. Antunes F., Erustes A., Costa A., Nascimento A., Bincoletto C., Ureshino R., Pereira G., Smaili S. Autophagy and Intermittent Fasting: The Connection for Cancer Therapy? *Clinics*. 2018;73[Suppl. 1]:e814s.
23. Arumugam T.V., Phillips T.M., Cheng A., Morrell C.H., Mattson M.P., Wan R. Age and energy intake interact to modify cell stress pathways and stroke outcome. *Ann. Neurol*. 2010;67:41-52.
24. Aksungar F.B., Topkaya A.E., Akyildiz M. Interleukin-6, C-Reactive Protein and Biochemical Parameters during Prolonged Intermittent Fasting. *Ann. Nutr. Metab*. 2007;51:88-95.
25. Wodarek D. Role of Ketogenic Diets in Neurodegenerative Diseases [Alzheimer's Disease and Parkinson's Disease] *Nutrients*. 2019;11:169.
26. Furmli S., Elmasry R., Ramos M., Fung J. Therapeutic Use of Intermittent Fasting for People with Type 2 Diabetes as an Alternative to Insulin. *BMJ Case Rep*. 2018;2018:bcr-2017-221854.



27. Allen F.M. Studies Concerning Diabetes. *JAMA*. 1914;LXIII:939.
28. Gilliland I.C. Total Fasting in the Treatment of Obesity. *Postgrad. Med. J.* 1968; 44:58-61.
29. Jackson I.M.D., Mckiddie M., Buchanan K. Effect of Fasting on Glucose and Insulin Metabolism of Obese Patients. *Lancet*. 1969;293:285-287.
30. Runcie J., Thomson T.J. Prolonged starvation - A dangerous procedure? *Br. Med. J.* 1970;3:432-435.
31. Spencer I.O.B. Death during Therapeutic Starvation for Obesity. *Lancet*. 1968;291:1288-1290.
32. Cubberley P.T., Polster S.A., Schulman C.L. Lactic Acidosis and Death after the Treatment of Obesity by Fasting. *N. Engl. J. Med.* 1965;272:628-630.
33. Weindruch R. The Retardation of Aging by Caloric Restriction: Studies in Rodents and Primates. *Toxicol. Pathol.* 1996;24:742-745.
34. Harvie M.N., Pegington M., Mattson M.P., Frystyk J., Dillon B., Evans G., Cuzick J., Jebb S.A., Martin B., Cutler R.G., et al. The Effects of Intermittent or Continuous Energy Restriction on Weight Loss and Metabolic Disease Risk Markers: A Randomized Trial in Young Overweight Women. *Int. J. Obes.* 2011;35:714-727.
35. Harvie M., Wright C., Pegington M., McMullan D., Mitchell E., Martin B., Cutler R.G., Evans G., Whiteside S., Maudsley S., et al. The Effect of Intermittent Energy and Carbohydrate Restriction v. Daily Energy Restriction on Weight Loss and Metabolic Disease Risk Markers in Overweight Women. *Br. J. Nutr.* 2013;110:1534-1547.
36. Sutton E.F., Beyl R., Early K.S., Cefalu W.T., Ravussin E., Peterson C.M. Early Time-Restricted Feeding Improves Insulin Sensitivity, Blood Pressure, and Oxidative Stress Even without Weight Loss in Men with Prediabetes. *Cell Metab.* 2018;27:1212-1221.
37. Maalouf M, Rho JM, Mattson MP. The neuroprotective properties of calorie restriction, the ketogenic diet, and ketone bodies. *Brain Res Rev.* 2009;59:293-315.
38. Esquifino AI, Cano P, Jimenez-Ortega V, Fernandez-Mateos MP, Cardinali DP. Immune response after experimental allergic encephalomyelitis in rats subjected to calorie restriction. *J Neuroinflammation.* 2007;4:6.
39. Piccio L, Stark JL, Cross AH. Chronic calorie restriction attenuates experimental autoimmune encephalomyelitis. *J leukocyte Biol.* 2008;84:940-948.
40. Patterson R.E., Sears D.D. Metabolic Effects of Intermittent Fasting. *Annu. Rev. Nutr.* 2017;37:371-393. doi: 10.1146/annurev-nutr-071816-064634.
41. Trepanowski J.F., Bloomer R.J. The Impact of Religious Fasting on Human Health. *Nutr. J.* 2010;9:57. doi: 10.1186/1475-2891-9-57.
42. Stewart W.K., Fleming L.W. Features of a successful therapeutic fast of 382 days' duration. *Postgrad. Med. J.* 1973;49:203-209. doi: 10.1136/pgmj.49.569.203.
43. Wilhelmi de Toledo F., Buchinger A., Burggrabe H., H?lz G., Kuhn C., Lischka E., Lischka N., Ltzner H., May W., Ritzmann-Widderich M., et al. Fasting Therapy - an Expert Panel Update of the 2002 Consensus Guidelines. *ForschKomplementmed.* 2013;20:434-443. doi: 10.1159/000357602.
44. Mattson M.P., Longo V.D., Harvie M. Impact of Intermittent Fasting on Health and Disease Processes. *Ageing Res. Rev.* 2017;39:46-58.
45. Anton S.D., Moehl K., Donahoo W.T., Marosi K., Lee S.A., Mainous A.G., 3rd, Leeuwenburgh C., Mattson M.P. Flipping the Metabolic Switch: Understanding and Applying



РОЛЬ ПОСТА И ГОЛОДАНИЯ В ПРОФИЛАКТИКЕ ХРОНИЧЕСКИХ НЕИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

С.М. Абдуллозода¹, Х.Н. Эгамназаров², К.М. Курбонов³

¹Кафедра эпидемиологии ГОУ "ТГМУ имени Абуали ибни Сино",

²Кафедра гигиены окружающей среды ГОУ "ТГМУ имени Абуали ибни Сино",

³Кафедра эпидемиологии и инфекционных заболеваний Таджикского национального университета

В работе приведены работы многих исследователей о пользе поста и голодания, которые в свою очередь были коррелированы для профилактики и лечения различных заболеваний. В обзоре также подробно описаны механизм влияния поста и голодания на различные системы и органы организма с точки зрения профилактики и лечения некоторых заболеваний, таких как: метаболичес-

кий синдром, ожирение и сахарный диабет 2 типа, а также замедление темпов старение клеток и организма в целом. В дополнение к этому, подробно описываются параметры режима голодания или поста, а также частота и длительность периодов голодания.

Ключевые слова: пост, голодание, метаболизм, ожирение, сахарный диабет, биохимические процессы.

ROLE OF FASTING AND STARVATION IN THE PREVENTION OF CHRONIC NON-COMMUNICABLE DISEASES

(literature review)

Abdullozoda S.M.¹, Egamnazarov Kh.N.², Kurbonov K.M.³

¹Department of Epidemiology, State Educational Institution "Avicenna Tajik State Medical University", ²Department of Environmental health, State Educational Institution "Avicenna Tajik State Medical University", ³Department of Epidemiology and Infectious Diseases of Tajik National University.

The paper cites the work of many researchers on the benefits of fasting and fasting, which in turn have been correlated for the prevention and treatment of various diseases. The review also describes in detail the mechanism of the effect of fasting and fasting on various systems and organs of the body in terms of prevention and treatment of certain diseases, such as metabolic syndrome,

obesity and type 2 diabetes mellitus, as well as slowing down the aging of cells and the body as a whole. In addition, the parameters of the fasting or fasting regimen are detailed, as well as the frequency and duration of fasting periods.

Key words: fasting, fasting, metabolism, obesity, diabetes mellitus, biochemical processes.

Абдуллозода Саид Муртазо, к.м.н., соискатель кафедры эпидемиологии ГОУ "ТГМУ им. Абуали ибни Сино", E.mail:saidxoja@gmail.com, тел.:(+992) 446003659

Abdullozoda Said Murtazo, MD, d.m.s., scholar of epidemiology department of SEI "Avicenna Tajik State Medical University", E.mail: saidxoja@gmail.com, tel.:(+992) 446003659



ЧАШНВОРА



Фозил Абдурахмонович,

Шумо баъди хатми Донишгоҳи тиббӣ тақдири минбаъдаи худро ба ин маҳзани илму маърифат тавъам дониста, инак бештар аз 60 сол боз ба тарбияи мутахассисони олидараҷаи тиб машғул мебошед. Фаъолияти Шумо аз ассистентии кафедра сар шуда, то мартабаҳои профессорӣ (1969), мудирии кафедраи анатомияи эътидолии одам (1968-1994), мудирӣ кафедраи муттаҳидаи анатомияи одам (1994-2006) расидаед. Шуморо дар ҷумҳурӣ ҳамчун ташкилотчии моҳири

соҳаи тандурустӣ мешиносанд. Махсусан, дар давраҳои ба ҳайси директори Омӯзишгоҳи тиббии шаҳри Душанбе (1957-62), декани факултаҳои педиатрӣ ва стоматологии ДДТТ (1963-67) ифои вазифа намуданатон хислатҳои кордонӣ, ташкилотчигӣ, принсипнокӣ ва серталабии Шумо ҳамчун роҳбар ба рушду инкишофи соҳа ва омода намудани мутахассисони олидараҷаи тиб мусоидат намуданд.

Шумо ҳамчун олими сермаҳсул муаллифи беш аз 200 таълифоти илмӣ, монографияҳо, китобҳои дарсӣ, дастур ва тавсияҳои таълимию методӣ ва тақлифҳои навоварона мебошед. Хизматҳои содиқонаатон ҳаққонӣ бо унвонҳои Аълочии тандурустии СССР, "Аълочии мактаби олии СССР", "Ходими шоистаи илм ва техникаи Ҷумҳурии Тоҷикистон", орденҳои "Байрақи сурхи меҳнат", "Шараф" (дараҷаи 2), 7 медал ва Ифтихорномаи Раёсати Шӯрои Олии ҶТ, Ҷоизаи "Бунёди Оли Сомон" ва Ҷоизаи хазинаи хайриявии "Бохтар" кадр карда шудаанд.

Роҳбарияти МДТ «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.



Усмон Расуловичи мухтарам,

Шумо ба сифати як мутахассиси фидоӣ дар марҳилаҳои камолоти касбиатон самтҳои табибӣ, омӯзгорӣ ва илмро муваффақона пеш бурда, дар ҳар кадоми он ба дастовардҳои назаррас ноил гаштаед. Боиси ифтихор аст, ки тӯли солҳо тақдири худро бо Донишгоҳи тиббӣ пайваста, барои омода намудани мутахассисони олидарачаи соҳаи тиб саҳми босазое гузоштаед.

Шумо фаъолиятро дар донишгоҳ аз вазифаи ассистентии кафедра (1973-80) оғоз карда, то дараҷаи профессорӣ (1991) ва му-

дири кафедраи бемориҳои дарунии №3 (1991-2015) сабзда расидаед. Юю, ки инро метавон самараи талошу кӯшишҳои доимӣ, кордонӣю

Ҳамчун олими сермаҳсул оид ба мушкилоти ин соҳа беш аз 400 таълифоти илмӣ ба нашр расонида, дар мавзӯи "Зухуроти барқӣ ва механикии фаъолияти дил дар беморони гирифтори камхунӣ" рисолаи номзадӣ ва дар мавзӯи "Хусусиятҳои равиши саририи бемориҳои паҳнғаштаи бофтаи пайвастанда дар шароити Тоҷикистон" рисолаи докторӣ Ҳимоя намудаед. Зери роҳбариятон 17 нафар мутахассисони ҷавон рисолаҳои номзадӣ ва 4 нафар рисолаҳои доктории хешро Ҳимоя намуда, алҳол ба меҳнати содиқона машғул мебошанд.

Хизматҳои хоксоронаи Шумо бо медали "Шафқат" (2009), унвонҳои Корманди шоистаи Ҷумҳурии Тоҷикистон, Аълочии тандурустии СССР (1989), Аълочии маориф ва илми Ҷумҳурии Тоҷикистон (2011), ва дигар Ифтихорномаю мукофотҳои соҳавӣ кадрдонӣ гаштаанд.

Роҳбарияти МДТ «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.



Хуршед Чамшедович,

Шумо умри азизи худро фидои тандурусти аҳли чома сохтаед ва бештар аз ин ифтихори онро дорем, ки тақдири худро тӯли солҳо ба Донишгоҳи тиббӣ пайваста, дар тарбияи ҳазорҳо нафар мутахассисони ҷавони соҳаи тиб саҳми босазои худро гузоштаед.

Шумо ҳамчун олими ҷавони сермаҳсул муаллифи беш аз 90 таълифоти илмӣ, аз

ҷумла 1 монография, 7 дастури таълимӣ-методӣ, 2 ихтироъ ва 6 пешниҳоди навоҳарона буда, рисолаи номзадиатон дар мавзӯи "Табобат ва пешгирии оризаҳои садамавии нуфузкунандаи косахона ва мағзи сар" дар байни мутахассисони соҳа ҳамчун дастури омӯзишӣ баҳои баландро сазовор гаштааст. Қобили қайд аст, ки Шумо ҳамчун табиби варзидаи соҳаи ҷарроҳии асаб дар ММТ фаъолият намуда, инчунин беш аз даҳ сол боз дар кафедраи ҷарроҳии асаби ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино ҳамчун омӯзгор, тавассути меҳнати софдилона, масъулиятшиносии баланд ва дониши фаровони касбӣ дар миёни аҳли кафедра ҳамчун шахси ҳалиму меҳрубон ва мутахассиси кордону соҳибтаҷриба соҳиби эҳтироми самимӣ гаштаед.

Роҳбарияти МДТ «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.



АҲВОЗӢ



Аҳвозӣ аз чумлаи табибони бузурги эронист, ки барои тибби дунё хизматҳои арзанда кардааст. Вай бо ҷаҳор табиби бузурги дигари эронӣ аркони муҳим ва бузурги тибби эрониро ташкил медиҳад.

Бояд зикр кард, ки дар бораи зиндагӣ ва шарҳи ҳоли Аҳвозӣ ҷанд сатре боқӣ мондаасту бас, ки онро ҳам аз тазкираву китобҳои дигар пайдо кардаанд.

Номаш Алӣ, падараш Аббос ва куняаш Абулҳасан аст, ва умуман дар китоби "Таворих ва тароҷими аҳвол" ба номи Алӣ бинни Аббоси Маҷусӣ ёд мешавад ва тақрибан дар ҳама сарчашмаҳо вожаи Маҷусӣ дар дунболи номи ӯ омадааст. Аврупоиён вай-

ро Ali -Abbas, Ali -Ibne Abbas-al-Majusi, Haly Abbas меноманд.

Таърихи таваллуди вайро ягон таърихшиноси Шарқ зикр накардааст, Врокелман дар китоби худ "Адабиёти араб" таърихи таваллуди вайро соли 338 ҳиҷрӣ (950 мелодӣ) гуфтааст, ин ягона маълумот дар бораи таърихи валодати донишманд аст. Ба қавли ибни Абӣ Усвйбия: Алӣ ибни Аббос аз Аҳвоз-шаҳре дар шимолу ғарби Форс, воқеъ на ҷандон дур аз мактаби тиббии Гунди Шопур мебошад, нмбаи ӯ Ал Маҷусӣ аз он гувоҳӣ медиҳад, ки падар ӯ бобои вай ба дини қадимаи мардуми эрониасл-Зардушт мансубият доранд. Аз Аҳвозӣ ҳамагӣ як асар боқӣ мондааст, вале ба андешаи Брокелман вай асарҳои дигари тиббӣ низ дорад.

Аль-Аббас аль-Маҷуси

(علي بن عباس الأهوازي) -

Али ибн аль-Аббас аль-Маҷуси, тажже известный как Масуди, или Latinized, как Haly Abbasa, был персидский врач и психолог из Исламского Золотого века, самым известным Китаб аль-Малики или Полной Книги врачебного искусства, его учебник по медицине и психологии. Алӣ - Аль-Аббас аль-Маҷуси (маг или зороастриец), образованный и превосходный врач персидского происхождения, известный как "сын мага", учился у персидского наставника (шейха), известного как Абу махир (Мусса ибн Саййар), а также самостоятельно учился, работал и знакомился сочинениями древних ученых.



Зулмакон Хушқадомов

Баъди бемории вазнин қалбӣ 19 -уми декабри соли 2020 қалби яке аз устодони варзидаи донишгоҳ, мудири кафедраи тибби судӣ, доктори илмҳои тиб, профессор Зулмакон Қудратбекович Хушқадомов дар синни 54-солагӣ аз задан бозмонд.

Хушқадомов З.Қ. 5 -уми декабри соли 1966 дар ноҳияи Шугнони ВМКБ таваллуд ёфтааст. Соли 1996 ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Синоро хатм намуда, аз соли 1997 то сол 2004 ба ҳайси ассистенти кафедраи тибби судӣ дар ин даргоҳи илму иаърифат фаъолият намудааст. Солҳои 2005-2007 вазифаи

мудири кафедраи тибби судиро ба зимма дошт. Солҳои 2007-2010 ба докторантураи Академияи тиббии шаҳри Москваи ҶР дохил шуда, соли 2010 дар мавзӯи "Арзёбии тиббӣ-судии осеби сӯхтагӣ, ки бар асари сӯзишвории моеъ дар тани одам пайдо шудааст", рисолаи доктории худро бомуваффақият ҳимоя мекунад. Баъди бозгашт ба Ватан соли 2010 аз нав мудири кафедраи тибби судии ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино таъйин мегардад, ки ин вазифаро то охири ҳаёт сарбаландона ба иҷро расонид.

Бо қалами З.Қ.Хушқадомов беш аз 100 таълифоти илмӣ ва 15 дастури таълимӣ ба нашр расидаанд, ки имрӯз ҳамчун маводи асосии таълими фанни тибби судӣ хизмат менамоянд.

Устоди шодравон тавассути меҳнати содиқона дар тарбияи як зумра мутахассисони ҷавони соҳаи тандурустӣ саҳми арзандаи хешро гузоштааст. Масъулиятшиносию кордонӣ, серталабӣ нисбат ба худо шогирдон, иҷрои саривақтии супоришҳои ба зиммааш буда З.Қ.Хушқадомовро на танҳо дар байни аҳли устодону шогирдони ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино, балки берун аз он ҳам сазовори обрӯ ва иззату эҳтироми баланд гардонида буданд.

Хотираи неки устоди кадрдон, олими зақӣ, педагоги моҳир Зулмакон Қудратбекович Хушқадомов дар дили ҳамкорону шогирдон ва наздикону пайвандон абадӣ боқӣ хоҳад монд.

**ҚОИДАҲОИ ҚАБУЛИ МАҚОЛАҲО****Муаллиф бояд ҳангоми ба идораи маҷаллаи "Авчи Зухал"
Пешниҳод намудани мақола ҚОИДАҲОИ зеринро риоя кунад:**

1. Мақола бояд дар компютер бо истифода аз барномаи VS Word 6,0-7,0 хуруфи андозааш 14 Times New Roman Tj, хошияҳо 2,5 см ва фосилаи байни сатрҳо 1,5 мм хуруфчинӣ ва дар ду нусха дар як тарафи varaк чоп карда, бо ҳамроҳии шакли ҳатмии электронии мақола пешниҳод гардад.

2. Мақолаҳои оригиналие, ки ба мушоҳидаҳои ҷудогонаи таҷрибаҳои амалӣ бахшида шудаанд, бояд аз 12 саҳифа зиёд набошанд.

3. Пешниҳод кардани Шохиси УДК (индекси мазкурро аз дилхоҳ китобхонаи илмӣ дастрас намудан мумкин аст).

4. Мақолаҳои хулосавӣ бояд муфассал, фаҳмо ва мушаххас бошанд. Маълумотномаи адабиёт бояд маълумотҳои танҳо ба ҳамин мақолаи баррасишаванда марбутро дар бар гирад. Ҳаҷми мақола бояд аз 12 саҳифа зиёд набошад. Иқтибосҳои библиографӣ на бештар аз 50 номгӯ бошанд, дар матн рақамҳо дар қавсайни квадратӣ □ оварда мешаванд. 5. Мақолаҳои илмӣ бе тақриз қбул карда намешаванд. Дар тақриз аслият, муҳиммият, мубрамият ва қаблан чоп нашудани мақола бояд зикр шавад.

6. Дар аввали мақола унвони он (бо хуруфи Caps Lock сиёҳ), ному насаби муаллиф (ним-сиёҳ), номи ҳуқуқи муассиса оварда шавад. Дар охири мақола бо ду забон (русӣ ва англисӣ) маълумот дода шавад. Агар шумораи муаллифон аз 4 нафар зиёд бошад, саҳми ҳар як муаллифро дар таълифи ин мақола додан зарур аст.

7. Мақола бояд бобҳои зеринро дошта бошад: реферат (резюме), калимаҳои калидӣ, муҳиммият (дар ҳаҷми на бештар аз 1 саҳифа), мақсад, мавод ва усули таҳқиқ, натиҷаҳо ва баррасии онҳо, хулоса, номгӯи адабиёт, суроға барои мукотибот. Аннотатсия (резюме) бояд мазмуни мақоларо дар шакли фишурда ифода кунад. Дар асоси аннотатсия калимаҳои калидӣ на камтар аз 7 то 10 калима ё ибора нишон дода шаванд.

8. Ҳамаи формулаҳо бояд ба таври ҷиддӣ санҷида шуда ва дуруст бошанд. Агар маълумотҳои бо рақам ифодакардашуда зиёд бошанд, онҳоро дар шакли ҷадвал ворид кардан зарур аст. Ҷадвалҳо, диаграммаҳо ва расмҳо бояд мӯъҷаз, ифодаҳо возеҳу равшан, бе ихтисора ва ба забони тоҷикӣ бошанд.

9. Иллюстратсия (ороиш) -ҳо бояд дақиқу возеҳ ва мушаххас бошанд, овардани шарҳ ва ифодаҳои тартибӣ (бо ҳарф ё рақам) ва навиштаҷоти зери расмҳо ҳатмист.

10. Номгӯи адабиёт дар мақолаҳои оригиналӣ бояд аз 20 адад бештар набошад, рақамгузори сарчашмаи адабиёт мувофиқи тартиби дар матн иқтибосшудани онҳо оварда шавад. Рӯйхати адабиёти истифодашуда бояд дар асоси талаботи ГОСТ 7.1-2003 ва ГОСТ 7.0.5-2008 таҳия гардад. Масъулияти дуруст будани маълумот танҳо ба уҳдаи муаллиф вогузор мешавад.

11. Маълумот дар бораи муаллиф ё муаллифони мақола (ҷойи 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 набошад.

12. Талаботи имлои забони тоҷикӣ ба таври қатъӣ риоя карда шавад.

13. Мақолаҳои қаблан дар нашрияҳои дигар чопшуда қабул карда намешаванд.

14. Идораи маҷалла ҳуқуқи тақриз ва таҳрири мақоларо дорад.

**Мақоларо ба суроғаи зерин фиристонед: 734025, Ҷумҳурии Тоҷикистон,
ш. Душанбе, хиёбони Рӯдакӣ-139, МДТ «ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино»,**

Идораи маҷаллаи "Авчи Зухал"

*Ба чопаш 04.02.2021 имзо шуд. Андозаи 60x84 ¹/₁₆,
7,75 чузъи чопӣ. Адади нашр 100 нусха.*