

ISSN: 2616-5252

АВЧИ ЗУХДАЛ

№ 1 - 2024



МАҶАЛЛАИ ИЛМӢ-АМАЛӢ



САРДАБИР
д.и.т., профессор
Муҳаббатов Циёнхон Курбонович

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

ШҶРОИ ТАХРИРИЯ

Додхоев Ҷ.С. - д.и.т., профессор
Қурбонбекова П.Қ. - н.и.т., дотсент
Қаландаров Ё.Қ. - н.и.б., дотсент
Раҷабов У.Р. - д.и.х., профессор
Носирӣ Қ.Н. - н.и.т., дотсент

ҲАЙАТИ ТАХРИРИЯ

Ибодзода С.Т. - д.и.т., профессор
Сакина Ҳоҷӣ Иброҳими - д.и.т., профессор
(Эрон, Табрз)
Назаров Т.Н. - д.и.т., профессор
(ФР, Санкт-Петербур)
Холбегён М.Ё. - д.и.б., профессор
Раҳмонов Э.Р. - д.и.т., профессор
Ҳамроев А.Ҷ. - д.и.т., профессор
(Ўзбекистон, Тошкент)
Миралиев С.Р. - д.и.т., дотсент
Ҳабибова Н.Н. - д.и.т., профессор
(Ўзбекистон, Бухоро)
Мусоева Д.М. - д.и.т., профессор
(Ўзбекистон, Бухоро)
Бобоева Л.А. - н.и.т., дотсент
Юсуфӣ С.Ҷ. - д.и.ф., профессор
Назаров М.Н. - н.и.б., дотсент
Боймуродова Ш.А. - д.и.т., профессор
(Ўзбекистон, Тошкент)

АВҶИ ЗУҲАЛ

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

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

Нашри ҷорӣ:
№ 1 (54) 2024

Мувофиқи қарори Раёсати КОА назди Президенти Ҷумҳурии Тоҷикистон" 31.01. соли 2019, таҳти №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, таҳти №0124 ба кайд гирифта шуд.

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

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



ГЛАВНЫЙ РЕДАКТОР
д.м.н., профессор
Мухаббатов Джиёнхон Курбанович

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

РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ

Додхоев Дж.С. - д.м.н., профессор
Курбонбекова П.К. - к.м.н., доцент
Каландаров Ё.К. - к.б.н., доцент
Рацабов У.Р. - д.х.н., профессор
Носири К.Н. - к.м.н., доцент

РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ

Ибодзода С.Т. - д.м.н., профессор
Сакина Ходжи Иброхими - д.м.н., профессор
(Иран, Табрес)
Назаров Т.Н. - д.м.н., профессор
(РФ, Санкт-Петербург)
Холбегён М.Ё. - д.б.,н. профессор
Рахмонов Э.Р. - д.м.н., профессор
Хамроев А.Дж. - д.м.н., профессор
(Узбекистан, Ташкент)
Миралиев С.Р. - д.м.н., доцент
Хабибова Н.Н. - д.м.н., профессор
(Узбекистан, Бухара)
Мусоева Д.М. - д.м.н., профессор
(Узбекистан, Бухара)
Бобоева Л.А. - к.м.н., доцент
Юсуфи С.Дж. - д.ф.н., профессор
Назаров М.Н. - к.б.н., доцент
Боймуродова Ш.А. - д.м.н., профессор
(Узбекистан, Ташкент)

AVÇI ZUHAL

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

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

Текущее издание:
№ 1 (54) 2024

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

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

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



МУНДАРИЧА

СОДЕРЖАНИЕ

CONTENTS

**АКУШЕРӢ ВА
ГИНЕКОЛОӢ**

**АКУШЕРСТВО И
ГИНЕКОЛОГИЯ**

**OBSTETRICS AND
GYNECOLOGY**

**Юлдошева М.У., Муминзода
Б.Г., Додхоева М.Ф.**
Пешхабар ва мушкилкунан-
даи солимии репродуктивӣ
9

**Юлдошева М.У., Муминзода
Б.Г., Додхоева М.Ф.**
Предикторы и конфаундеры
репродуктивного здоровья
9

**Yuldosheva M.U., Муминзода
Б.Г., Додхоева М.Ф.**
Predictors and confederaciens
of reproductive health
9

БЕМОРИҲОИ ДАРУНӢ

ВНУТРЕННЫЕ БОЛЕЗНИ

INTERNAL ILLNESSES

Алиева Е.Г., Фаттоева Н.В.
Истифодаи амплипульстерапия дар
беморони дорои остеохондрози
кисми гардани-синагии сутунмуҳра
16

Алиева Е.Г., Фаттоева Н.В.
Применение амплипульстерапии у
больных с остеохондрозом шейно-
грудного отдела позвоночника
16

Alieva E.G., Fattoeva N.V.
The use of amplipulse therapy
in patients with osteochondrosis
of the cervicothoracic spine
16

**Юсупова М.Х., Мехмонов
П.Х.**
Хусусиятҳои ҳолати гардиши
хуни рағҳо дар беморони
гирифтори марҳалаҳои гуногу-
ни бемориҳои музмини гурдаҳо
19

**Юсупова М.Х., Мехмонов
П.Х.**
Особенности состояния сосудистого
кровообращения головного мозга у
больных с различными стадиями
хронической болезни почек
19

**Yusupova M. Kh., Mekhmonov
P. Kh.**
Features of the state of
cerebral vascular circulation in
patients with various stages of
chronic kidney disease
19

БЕМОРИҲОИ КӯДАКОН

ДЕТСКИЕ БОЛЕЗНИ

CHILDREN'S DISEASES

**Бабаева Л.А., Шарифзода З.У.,
Сайдалиев Ш.Ш.**
Синдроми Жил де ла Туретт
дар кӯдакон
22

**Бабаева Л.А., Шарифзода З.У.,
Сайдалиев Ш.Ш.**
Синдром Жилия де ла Туретта
у детей
22

**Babaeva L.A., Sharifzoda Z.U.,
Saidaliev Sh.Sh.**
Gilles de la Tourette's
syndrome in children
22

**Мухаммаднабиева Ф.А.,
Исмоилов К.И., Ходжаева
Н.Н., Давлатова С.Н.**
Чанбаи пешгӯӣ дар кӯдакони
гирифтори лейкози шадид
27

**Мухаммаднабиева Ф.А.,
Исмоилов К.И., Ходжаева
Н.Н., Давлатова С.Н.**
Прогностические аспекты у
детей с острым лейкозом
27

**Muhammadnabieva F.A.,
Khodjaeva N.N., Ismoilov K.I.,
Davlatova S.N.**
Prognostic aspects in children
with acute leukemia
27

БЕМОРИҲОИ СИРОЯТӢ

**ИНФЕКЦИОННЫЕ
БОЛЕЗНИ**

INFECTIOUS DISEASES

**Мирзоев А.С., Азимов А.Г.,
Матинов Ш.К., Азимов Г.Ч.**
Бемории фалаҷ дар чораби-
ниҳои зиддиэпидемиявӣ
дар Ҷумҳурии Тоҷикистон
32

**Мирзоев А.С., Азимов А.Г.,
Матинов Ш.К., Азимов Г.Ч.**
Анализ заболеваемости поли-
омиелитом в Республике Тад-
жикистан и проведение проти-
воэпидемических мероприятий
32

**Mirzoev A. S., Azimov A. G.,
Matinov Sh. K., Azimov G. J.**
Analysis of the incidence of
polio in the Republic of
Tajikistan and implementation
of anti-epidemic measures
32

**БЕХДОШТ****Авғонов Н.Қ.**

Хусусиятҳои эпидемиологии паҳншавии сироятҳои рӯда дар ноҳияи Фархори вилояти Хатлони ҶТ дар солҳои 2015-2019
38

Икром Давронзода

Таъсири омили обӣ ба рушди бемориҳои ғайрисироятӣ дар шаҳру ноҳияҳои вилояти Суғд
41

Қаюмова М.У., А.Г. Азимов., Хушнудҷони М., Азимов. Г.Ч.
Баҳодиҳии санитарӣ-эпидемиологии обҳои равони хоҷагӣ-маишӣ дар баъзе ноҳияҳои Ҷумҳурии Тоҷикистон
47

Мирзоалиев Ю.Ю.

Самаранокии вақсинатсия дар мубориза бо COVID-19 дар Ҷумҳурии Тоҷикистон
51

Солиев А.А., Сатторов С.С., Усманова Г.М.

Вазъи эпидемиологии вобаста ба вируси норасоии масунияти одам дар байни нашъамандони тазриқӣ
57

ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИЯ**Али-заде Н.А., Сафаров Ш.А., Мухамадиева К.М., Бозоров С.С.**

Аломатҳои клиникии псориаз дар кӯдакони дорои массаи ғуноғуни бадан
62

ГИГИЕНА**Авғонов Н.Қ.**

Эпидемиологические особенности распространения кишечных инфекций в Фархорском районе Хатлонской области РТ в 2015-2019 гг.
38

Икром Давронзода

Влияние водного фактора на развитие неинфекционных болезней в городах и районах Согдийской области
41

Қаюмова М.У., А.Г. Азимов., Хушнудҷони М., Азимов. Г.Ч.
Санитарно-эпидемиологическая оценка хозяйственно-бытовых сточных вод в некоторых районах Республики Таджикистан
47

Мирзоалиев Ю.Ю.

Эффективность вакцинации в деле борьбы против COVID-19 в Республике Таджикистан
51

А.А. Солиев, С.С. Сатторов, Г.М. Усманова

Эпидемиологическая ситуация по вирусу иммунодефицита человека среди людей, употребляющих наркотики инъекционным путём
57

ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИЯ**Али-заде Н.А., Сафаров Ш.А., Мухамадиева К.М., Бозоров С.С.**

Клинические проявления псориаза у детей с разной массой тела
62

HYGIENE**Avgonov N.Q.**

Epidemiological characteristics of the spread of intestinal infections in Farkhor district of Khatlon region r.t. in 2015-2019
38

Ikrom Davronzoda

Influence of water factor on the development of non-communicable diseases in cities and regions of sogdian region
41

Kayumova M.U., A.G. Azimov, Khushnudjoni M., Azimov G.J.
Sanitary and epidemiological assessment of domestic wastewater in some regions of the Republic of Tajikistan
47

Mirzoaliev Y.Y.

Effectiveness of vaccination in the fight against COVID-19 in the republic of tajikistan
51

A.A. Soliev, S.S. Sattarov, G.M. Usmanova

Epidemiological situation of human immunodeficiency virus among people who inject drugs
57

DERMATOVENEROLOGY**Ali-zade N.A., Safarov Sh.A., Mukhamadieva K.M., Bozorov S.S.**

Clinical manifestations of psoriasis in children with different body weights
62



НЕВРОЛОГИЯ

**Рабоева Ш.Р., ʼаниева М.Т.,
Раҳимзода О.Ш.,
Давлатмирова Г.Ш.**
Бемории саръи симптоматикӣ
дар кӯдакон
69

НЕВРОЛОГИЯ

**Рабоева Ш.Р., Ганиева М.Т.,
Раҳимзода О.Ш.,
Давлатмирова Г.Ш.**
Симптоматическая эпилепсия
у детей
69

NEUROLOGY

**Raboeva Sh.R., Ganieva M.T.,
Rahimzoda O.Sh.,
Davlatmirova G.Sh.**
Symptomatic epilepsy in
children sei “atsmu”
69

ОНКОЛОГИЯ

Сайфутдинова М.Б.
Таҷҳизот ва раванди муо-
лиҷаи шуой
73

ОНКОЛОГИЯ

Сайфутдинова М.Б.
Оборудования и процесс
лучевой терапии
73

ONCOLOGY

Sayfutdinova M.B.
Equipment and radiation
therapy process
73

ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГИЯ

**Давронзода М.Д.,
Маҳмудназаров М.И.,
Муминзода Б.Г.**
Асосҳои ташкили ёрии отори-
ноларингологӣ дар Ҷумҳурии
Тоҷикистон
80

ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГИЯ

**Давронзода М.Д.,
Маҳмудназаров М.И.,
Муминзода Б.Г.**
Основы организации ЛОР-
помощи в Республике
Таджикистан
80

OTORHINOLARYNGOLOGY

**Davronzoda M.D.,
Makhmudnazarov M.I.,
Muminzoda B.G.**
Fundamental of organization of
ENT care in the Republic of
Tajikistan
80

**Касиров И.М., Шамсидинов
Б.Н., Мухторова П.Р.,
Қосимзода А.А., Бегов А.А.**
Хусусиятҳои таъбаоти муш-
таракии риносинуситҳои
музмин
86

**Касиров И.М., Шамсидинов
Б.Н., Мухторова П.Р.,
Қосимзода А.А., Бегов А.А.**
Особенности комплексного
лечения хронического риноси-
нусита
86

**Kasirov I.M., Shaidoev S.S.,
Mughtorova P.R., Kosimzoda
A.A., Begov A.A.**
Features of complex
treatment of chronic
rhinosinusitis
86

СТОМАТОЛОГИЯ

**Аминов Р.С., Қосимова Ф.С.,
Раҳматова. Р.А.,
Ҷонибекова Р.Н.**
Ёрии комплекси тиббӣ ба
кӯдакони гирифтори нуқсонӣ
модарзодии ҷоғу рӯӣ
91

СТОМАТОЛОГИЯ

**Аминов Р.С., Қосимова Ф.С.,
Раҳматова Р.А.,
Джонибекова Р.Н.**
Комплексная медицинская
помощь детям с врожденными
челюстно-лицевыми пороками
91

DENTISTRY

**Aminov R.S., Kosimova F.S.,
Rakhmatova. R.A.,
Jonibekova R.N.**
Comprehensive medical care
for children with congenital
maxillofacial devices
91

Абдулқохир Қодирӣ
Клиника, ташҳис ва муо-
лиҷаи омосҳои рагии мин-
такаи ҷоғу рӯӣ, гардан ва
гунбади косахона
98

Абдулқохир Қодирӣ
Клиника, диагностика и
лечение сосудистых опухолей
челюстно-лицевой области,
шеи и свода черепа
98

Абдулқохир Қодирӣ
Clinic, diagnosis and treatment
of vascular tumors
maxillofacial region, neck and
cranial vault
98



ТИББИ ОИЛАВӢ

Носирова М.П., Алиева З.Д., Курбанов А.Д., Хоҷаев Ф.Г.
Баъзе равишҳои профилактикаи бемориҳои роҳҳои пешоброн дар ҷинси мард дар звенои аввалия
108

ФАРМАТСЕВТӢ

Ганиев Х.А.
Хусусиятҳои зиддиоксидии маводи комплекси феразон ва равғанҳои эфирӣ ҳангоми гиперлипидемияи эксперименталӣ дар харгӯшҳо
112

Қаландарзода Ё.Қ.
Саҳми Абурайҳони Берунӣ дар илми пизишкӣ ва дорушиносӣ
115

Юлдашева У.П., Ишанқулова Б.А., Ҳусейнова Ё.Ф.
Омӯзиши муқоисавии таъсири қандпаस्तкунии баъзе растаниҳои шифобахш дар диабетии аллоксанӣ
119

Юлдашева У.П., Ишанқулова Б.А., Насруллоева М.Х.
Таъсири ҷамъҳои «маранкхуч», «чордору» ва «хушқӯра» ба ҳолати функционалии ҷигар
124

ҶАРРОҲӢ

Азизов К.Н., Артиков К.П., Солиев О.Ф.
Ҷанбаҳои функционалӣ ва эстетикӣ ринопластикаи такрорӣ
132

СЕМЕЙНАЯ МЕДИЦИНА

М.П. Носирова, З.Д. Алиева, А.Д. Курбанов, Ф.Г. Ходжаев
Некоторые подходы к профилактике заболеваний мочевыводящих путей у лиц мужского пола на первичном звене
108

ФАРМАЦИЯ

Ганиев Х.А.
Антиоксидантные свойства комплексных компонентов феразона и эфирных масел при экспериментальной гиперлипидемии у кроликов
112

Қаландарзода Ё.Қ.
Вклад Абурайхана Беруни в медицинскую и фармацевтическую науку
115

Юлдашева У.П., Ишанқулова Б.А., Ҳусейнова Ё.Ф.
Сравнительное изучение сахароснижающего действия некоторых лекарственных растений при аллоксановом диабете
119

Юлдашева У.П., Ишанқулова Б.А., Насруллоева М.Х.
Влияние сборов «маранкхуч», «чордору» и «хушқӯра» на функциональное состояние печени
124

ХИРУРГИЯ

Азизов К.Н., Артиков К.П., Солиев О.Ф.
Функциональные и эстетические аспекты повторной ринопластики
132

FAMILY MEDICINE

M.P. Nosirova, Z.D. Alieva, A.D. Kurbanov, F.G. Khojaev
Some approaches to the prevention of urinary tract diseases in males at the primary level
108

PHARMACY

Ganiev H. A.
Antioxidant properties of complex components of ferazone and essential oils in experimental hyperlipidemia in rabbits
112

Qalandarzoda Y.Q.
Contribution of Aburaikhan Beruni to medical and pharmaceutical science
115

Yuldasheva U.P., Ishankulova B.A., Huseinova Y.F.
Comparative study of the hypoglycemic effect of certain medicinal plants in alloxan diabetes
119

Yuldasheva U.P., Ishankulova B.A., Nasrulloeva M.H.
The influence of the complexes «marankhuch», «chordoru» and «khushgura» on the functional composition of the liver
124

SURGERY

K.N Azizov, K.P. Artykov, O.F. Soliev
Functional and aesthetic aspects of revision rhinoplasty
132



**Артиков К.П., Юлдошев М.А.,
Солиев О.Ф.**

Бартароф намудани гипертензия
гурдаҳо хангоми варикоцеле
137

**Артыков К.П., Юлдошев М.А.,
Солиев О.Ф.**

Устранение почечной гипер-
тензии при варикоцеле
137

**Artykov K.P., Yuldoshev M.A.,
Soliev O.F.**

Elimination of renal
hypertension in varicocele
137

**Валиев Б.К., Отаев Ш.З.,
Назаров Ш.К.,
Шамсуллозода Ш.Н.**

Табобати норасоии чигар ва
эндотоксикоз хангоми пери-
тонити паҳншудаи фасодӣ
142

**Валиев Б.К., Отаев Ш.З.,
Назаров Ш.К.,
Шамсуллозода Ш.Н.**

Лечение печеночной недостаточ-
ности эндотоксикоза при распрот-
раненном гнойном перитоните
142

**Valiev B.K., Otaev Sh.Z.,
Nazarov Sh.K.,
Shamsullozoda Sh.N.**

Treatment of liver failure and
endotoxemia in advanced
purulent peritonitis
142

Сафаров Б.И.

Тактикаи ҷарроҳӣ хангоми
инсидоди часпидагии рӯдаи
борик
149

Сафаров Б.И.

Хирургическая тактика при
острой спаечной тонкокишеч-
ной непроходимости
149

Safarov B.I.

Surgical tactics for acute
adhesive small bowel
obstruction
149

**Холов И.Ш., Курбонов Ч.Ч.,
Ҷураева Н.Х.**

Сабабҳои хунравӣ дар вақти
холестэктомиаи лапарос-
копӣ ва вариантҳои оптима-
лии конверсия
154

**Холов И.Ш., Курбонов
Дж.Дж., Джураева Н.Х.**

Причины кровотечения во
время лапароскопической
холецистэктомии и оптималь-
ные варианты конверсии
154

**Kholov I.Sh., Kurbonov J.J.,
Juraeva N.H.**

Causes of bleeding during
laparoscopic cholecystectomy
and optimal conversion options
154

**Исмоилзода С.С., Хасанов
Н., Мавлонов Ф.Б., Достиев
У.А., Зокиров Р.А.**

Баъзе омилҳои хатари пайдо
шудани осеби ишемикии
реперфузионӣ хангоми транс-
плантатсияи гурдаҳо аз хешо-
вандон
157

**Исмоилзода С.С., Хасанов
Н., Мавлонов Ф.Б., Достиев
У.А., Зокиров Р.А.**

Некоторые факторы риска
развития ишемического
реперфузионного поврежде-
ния при связанной трансплан-
тации почки
157

**Ismoilzoda S.S., Hasanov N.,
Mavlonov F.B., Dostiev U.A.,
Zokirov R.A.**

Some risk factors for the
development of ischemic
reperfusion injury in related
kidney transplantation
157

ЭНДОКРИНОЛОГИЯ

**Ниязова Н.Ф., Турсунова
С.Б., Туракулов Ф.А.**

Арзёбии сифати ҳаёти бемо-
рони ҷавони дорои гиперпа-
ратиреозии аввалия пас аз
амалиёти ҷарроҳӣ
164

ЭНДОКРИНОЛОГИЯ

**Ниязова Н.Ф., Турсунова
С.Б., Туракулов Ф.А.**

Оценка качества жизни
молодых пациентов с первич-
ным гиперпаратиреозом
после хирургического вмеша-
тельства
164

ENDOCRINOLOGY

**Niyazova N. F., Tursunova
S.B., Turakulov F.A.**

Assessment of the quality of life
of young patients with primary
hyperparathyroidism after
surgery
164

**ШАРҲИ АДАБИЁТ**

**Ахророва З.А., Холматов
Ч.И., Исмоилова М.А.,
Исупова Ш.Ф.**

Ғуввос дар гӯш: усулҳои
ислоҳи он. Вазъи ҳозираи
мушкилот
169

**Султонов Р.А., Рачабов
У.Р., Юсуфӣ С.Ҷ.,
Раҳимӣ Ф.**

Тадқиқи фармакогностикӣ,
физикӣ-химиявӣ ва ҳосия-
тҳои антиоксидантии раста-
ниҳои шиғои бо усули РЭП

175

**Мираков Р.С., Қодирӣ
Т.Р., Муҳаббатов Х.Ҷ.**
Ташаккул ва рушди кафед-
раи урологияи ДДТТ ба
номи Абуалӣ ибни Сино

183

ЧАШНВОРА

190

ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ

**Ахророва З.А., Холматов
Д.И., Исмоилова М.А.,
Исупова Ш.Ф.**

Шум в ушах: методы его
коррекции. Современное
состояние вопроса
169

**Султонов Р.А., Раджабов
У.Р., Юсуфи С.Дж.,
Рахими Ф.**

Исследование фармагнос-
тических, физико-химичес-
ких и антиоксидантных
свойств лекарственного
растения методом ЭПР

175

**Мираков Р.С. Кодирӣ Т.Р.
Муҳаббатов Х.Дж.**
Создание и развитие кафед-
ры урологии ТГМУ имени
Абуали ибн Сино

183

ЮБИЛЕЙ

190

LITERATURE REVIEW

**Akhrorova Z.A., Kholmatov
D.I., Ismoilova M.A.,
Isupova Sh.F.**

Tinnitus: methods of its
correction. The current state
of the question
169

**Sultonov R.A., Rajabov U.R.,
Yusufi S.J.**

Study of pharmacognostic,
physicochemical and
antioxidant properties of a
medicinal plant using EPR

175

**Mirakov R.S. Qodiri T.R.
Muhabbatov Kh.J.**
Establishment and
development of the department
of urology of Avicenna TSMU

183

ANNIVERSAR

190



АКУШЕРӢ ВА ГИНЕКОЛОГӢ

ПЕШХАБАР ВА МУШКИЛКУНАНДАИ СОЛИМИИ РЕПРОДУКТИВӢ

Юлдошева М.У.¹ Муминзода Б.Г.,² Додхоева М.Ф.¹

1. Кафедраи акушерӣ ва гинекологияи №1 МДТ «ДДТТ ба номи Абуалӣ ибни Сино»,

2. Кафедраи нигоҳдории тандурустии чамъиятӣ, омори тиббӣ бо курси таърихи тиб
МДТ “ДДТТ ба номи Абуалӣ ибни Сино”

Мубрамият. Маълум аст, ки рафтори репродуктивӣ сифати солимии репродуктивиро муайян мекунад. Маҳз барои ҳамин ташкилотҳои бузург дар соҳаи нигоҳдории тандурустӣ ва солимии репродуктивӣ ба омӯзиши он таҳқиқотҳои зиёдеро бахшидаанд. Чунончи, дар моҳи январи соли 2018 Кумитаи Коллеҷи америкоии акушерӣ ва гинекологӣ тавсияроеро нашр кардаанд, ки ба аҳамияти детерминанти иҷтимоӣ, ки ба дастгирӣ ва таъмини солимии репродуктивӣ (СР) дахл доранд. Эътироф кардани аҳамияти детерминанти иҷтимоии СР мумкин аст, ки ба акушер-гинекологҳо беморонро беҳтар фаҳманд, дар бораи рафтори вобаста аз СР самаранок иттилоъ диҳанд ва натиҷаҳои таъбадиро беҳтар созанд [1.27].

Истилоҳи “солимии репродуктивӣ” дар категорияҳои гуногуни илмҳои зиёде муайян карда мешавад, ки ҳар яки онҳо нуктаи назари фаҳмиши худро ибраз мебаранд. Дар ибтидо ин мафҳум аз биология иқтибос гирифта шудааст ва ба рафтори ба афзоиш, нигоҳубини наслҳо, таъмин кардани беҳтарӣ ва зиндамонӣ нигаронида шудааст. Мутахассисони соҳаи демография рафтори репродуктивиро ҳамчун омилҳои таваллудшавӣ баррасӣ мекунанд. Паст шудани нишондиҳандаҳои таваллудшавии аҳоли, натиҷаҳои иҷтимоӣ, ангиши таваллудкунӣ фундаменталӣ ҳисобида мешавад ҳангоми омӯзиш ба ҳисоб меравад. Истифода кардани мафҳуми “рафтори репродуктивӣ” асоси таҳлили иҷтимоии таваллудшавиро гузоштааст. То ин давра (с.1970) таҳқиқоти ин протсесс бе дар назардошти ҷанбаи иҷтимоӣ ва рафторӣ гузаронида шуд. Масъалаҳои таваллудшавӣ дар заминаи далелҳои биологӣ ва тиббӣ баррасӣ мешавад [13.16].

Аввалин кӯшишҳо барои муайян кардани мафҳуми репродуктивӣ дар давраи солҳои 60- 70-уми асри хх аз тарафи мутахас-

сисони соҳаи демография роҳандозӣ шуда буд. Дар ин давра ҳама ба масъалаи кам кардани сатҳи таваллудшавӣ, миқдори ками кӯдакон дар оила тавачҷӯх мекард. Муаллифони хориҷӣ қайд мекунанд, ки дастгоҳи мафҳумҳо хуб таҳия карда нашудааст ва пойгоҳи таҳқиқот барои фаҳмонидани ин протсессҳо кофӣ нест [3]. Дар ин марҳала рафтори репродуктивӣ асосан ҳамчун амали ба таваллудшавии кӯдакон алоқаманд аст. Ҳамин гуна нуктаи назари иҷтимоӣ, намоёндогони тиб ва иқтисод мебошанд.

Дар хусуси муҳим будани мавзӯи мазкур ин чиз далелат мекунад, ки яке аз вазифаҳои дар назди ТУТ дар доираи мақсад дар доираи рушди босубот, дар соли 2030 таъмин намудан.

Ҳифзи саломатии модару кӯдак дар тӯли солҳои зиёд дар маркази тавачҷӯхи ҳукумати Ҷумҳурии Тоҷикистон қарор дорад ва аз самтҳои афзалиятноки фаъолияти он маҳсуб мешавад. Аз ҷумла, солимии репродуктивии занҳо дар асноди меъри-ҳуқуқии ба монанди Қонуни Ҷумҳурии Тоҷикистон дар бораи солимӣ ва ҳуқуқи репродуктивӣ, Стратегияи миллии солимии аҳолии Ҷумҳурии Тоҷикистон дар давраи солҳои 2010-2020, Нақшаи стратегияи Ҷумҳурии Тоҷикистон оид ба солимии репродуктивии аҳоли дар давраи солҳои то 2014, Нақшаи миллии чорабиниҳо оид ба таъмин кардани беҳтари модарӣ дар Ҷумҳурии Тоҷикистон дар давраи солҳои то 2014, Нақшаи стратегияи Ҷумҳурии Тоҷикистон оид ба ҳифзи солимии кӯдакон ва наврасон дар давраи солҳои то 2015.[5].

Дар имрӯз коррелятсияи манфии байни таҳсилоти занҳо ва сатҳи таваллудкунӣ – тақрибан далели исботшуда ба ҳисоб меравад. Дар як силсилаи таҳқиқотҳо дар намунаҳои давлатӣ ва минтақавӣ исбот карда шудааст, ки баланд бардоштани маърифати занҳо са-



тҳи таваллудкунӣ ва миқдори дилхоҳи кӯдаконро паст мекунад. Аз ҷумла таҳқиқотҳои бузурги таваллудкунӣ дар Аврупо, ки аз тарафи олимони Принстон таҳти роҳбарии Э. Коула ханӯз дар охири соли 1970 – ибтидои соли 1980 сурат гирифта буд, тасдиқ карда шудааст, ки оғоз кардани пастшавии сатҳи таваллудкунӣ дар кишварҳои аврупоӣ дар доираи гузариши демографӣ бо сатҳи маърифати онҳо иртиботи зич дошт [18,26].

Дар демография таваллудкунӣ ҳамчун протесси фарзанддор шудан дар маҷмуодамон фаҳмида мешавад. Пеш аз ҳама, таваллудкунии табиӣ- вай тақрибан то асри XVII бартарӣ дошт ва дар асоси анъанаҳои патриархалии оилаи серфарзанд ташаккул ёфта буд. Сатҳи таваллудкунии табиӣ танҳо ба омилҳои физиологӣ ва сохторӣ иртибот дорад ва дар шакли потенциали муайяни иҷтимоӣ-биологӣ мавҷуд аст. Тибқи баҳодиҳии демографҳо ин нишондиҳанда аз 10 то 15 валодат ба як зани синну соли репродуктивӣ (15-49-сола) тафовут дорад. [19,21].

Аммо дар ду соли охир (2016–2017) дар заминаи кам шудани ҳиссаи занони синну соли репродуктивӣ, махсусан ҳиссаи занҳои синну соли нисбюатан фаъоли репродуктивӣ (20-35-сола) камшавии ғайриинтизорӣ ва камшавии пешбинишавандаи таваллудкунӣ ба амал омад, ки дар навбати худ дар соли 2016 ба нест шудани афзоиши табиӣ, дар соли 2017 бошад, ба коҳиши табиӣ аҳоли оварда расонид (ба 134,4 ҳазор нафар).

Мувофиқи тасаввуроти муосири тиббӣ – биологӣ, синну соли модар ба протесси бордоршавӣ ва чараёни протесси гестатсия таъсири муҳим мерасонад. [1,11]. Дар таҳқиқотҳои сершумор ба таври эътимоднок нишон дода шудааст, ки зиёдшудани синну соли модар хатари вайрон шудани бордоршавӣ, оризаҳои акушерӣ ва перинаталиро зиёд мекунад. Ин зухурот бо он вобаста аст, ки дар чараёни ҳаёти занҳо паҳншавии бемориҳои гинекологӣ ва соматикӣ зиёд мешавад, вазнинии омилҳои манфии тарзи ҳаёт ва муҳити берунӣ чамъ шудан мегиранд ва то андозаи назаррас ба ташаккули ихтилолҳои репродуктивӣ, талафоти модар-

ва чанин оварда мерасонанд. [8,4]. Экспертҳои ТУС (2016) тавсия медиҳанд, ки ба маълумоти ҷуфти оилаҳо расонида шавад, ки пас аз 30-солагии эҳтимоли бомуваффақият бордоршавӣ кам мешавад [21].

Як қатор муаллифон талаботи ғайриқаноатбахш дар соҳаи хизматрасонии солимии репродуктивӣ, махсусан дар занҳои гурӯҳи хатари баланди фавтро қайд мекунанд, ки дар натиҷаи мавҷуд набудани тавачуҳи зарурӣ ба онҳо ва дуруст интиҳоб кардани мувоқиқат дар давраҳои антенаталӣ, таваллудкунӣ ва пас аз валодат ба амал меоянд. Фавти модар (ФМ) на танҳо сатҳи дастрасӣ ба хизматрасониҳои зарурии тиббиро ҳангоми ҳомилагӣ ва валодат инъикос мекунад, балки дигар омилҳо, аз ҷумла иҷтимоӣ-иқтисодӣ, шохиси солимии соматикӣ ва физоро низ муайян мекунад [9,13]. Занҳои дорои қобилияти таваллудкунӣ- занҳо ва духтарҳои аз 15 то 49-сола, ки бевосита бо фаъолияти маказҳои солимии репродуктивӣ иртиботи зич доранд, 26%-и аҳолиро ташкил медиҳанд. Ҳамасола дар марказҳои солимии репродуктивии ҷумҳурӣ зиёда аз миллион муроҷиат ба қайд гирифта мешавад, ки аз ин миқдор тақрибан 35% -ро хизматрасонии контрацепсия ва танзими оила ташкил медиҳад ва 20% ба дигар проблемаҳои солимии репродуктивӣ алоқаманд ҳастанд [12]. Дар шароити тамоюли муосир аҳамияти ёриҳои амбулаторӣ, аз ҷумла акушерӣ-гинекологӣ мунтазам меафзояд [20]. Барои тавлиди аҳоли солимии репродуктивӣ аҳамияти калон дорад. Дар шароитҳои маҷудаи иҷтимоӣ-иқтисодӣ вазъи солимии репродуктивии ҷумҳурӣ яке аз мушкилоти тиббӣ-иҷтимоӣ боқӣ мемонад. имрӯз ҳифзи солимии репродуктивӣ дијагр ҳамчун соҳаи алоҳидаи хизматрасонии тиббӣ-санитарӣ баррасӣ намешавад. Муҳтавои ин соҳаи фаъолиятбоз ҳам бештар ба проблемаҳои аввалиндараҷаи нигоҳдории тандурустӣ табдил меёбад.

Ҷамъияти муосири ҷаҳонӣ қувваашро ба коркард ва татбиқ намудани стратегияҳои глобалӣ равона кардааст, ки самташон барҳам додани ФМ пешгиришаванда мебошад. Дар соли 2000-ум давлатҳои аъзои



СММ мақсади рушди ҳазорсоларо тархрезӣ намуд, ки аз Millennium Development Goals иборат аст. Яке аз мақсадҳои асосӣ кам кардани коэффитсиенти ФМ дар соли 2030 то ҳадди камтар аз 70 дар 100 ҳазор зинда таваллудшудагон аст [25].

Дар соли 2015 ТУС стратегияи «Решакан кардани фавти пешгитришавандаи модарро» (Ending Preventable Maternal Mortality), дар соли 2019 - барномаи умумии сиёми кор дар наздиктарин муҳлатро [The Thirteenth General Programme of Work, 2019–2023] тасдиқ намуд. Стратегияи ба таври максималӣ кам кардани ФМ ба систематизатсия, мониторинг, назорат ва таҳлили маълумотҳои мавҷудбуда така мекунад, аммо контрасти захираҳои мегаполис ва шаҳрҳо/нуқтаҳои аҳолинишин ва ғайра ва имкониятҳои онҳо ба ҳисоб гирифта намешавад. Ҷомеаи занона (феминизатсия) шудан ва мегаполисҳои марказшито 5 хувияти пешсафии сабабҳои ФМ ва чорабиниҳои пешгирии намудани онҳоро нишон намедиханд. Мегаполисҳо на танҳо аз ҷиҳати статуси иҷтимоӣ-иқтисодӣ ба тарзи қобили таваҷҷуҳ фарқ мекунанд, балки аз рӯи ҳолати солимии аҳоли, паҳншавии эҳсосот, фаъолнокии тиббӣ, аз ҷумла занҳои синну соли репродуктивӣ низ фарқ мекунанд [22,24].

Муносибатҳои муосир нисбат ба ташкили ёрии акушерӣ-гинекологӣ аз интегратсияи шабакаҳои таболатӣ иборат аст. Роҳҳои ин интегратсия гуногунанд: муттаҳид кардани машварати занона бо поликлиникаҳо, муттаҳид кардани статсионари акушерӣ-гинекологӣ бо бистарӣ кунонидани онҳо статсионарҳои махсуси соҳаи умумӣ. Аммо шаклҳои зикршудаи ташкили ёрии тиббӣ ба занҳои ҳомила ва таваллудкуандаҳо бо ҳадди пурра мониторинги ҳолати занҳои синну соли дери репродуктивиро, ки дорой хатари баланди патологияҳои ҳомилагӣ, таваллудкунӣ ва давраи пас аз валодатро доранд, таъмин карда наметавонад. Ба унсурҳои таркибии солимии репродуктивӣ ҳифз кардани солимии репродуктивии кӯдакон ва наврасон, тарзи бехатарии ҳаёти ҷинсӣ, датрасӣ ба усулҳои самаранок, қобили қабул ва дастраси танзими таваллудкунӣ,

имконияти ҳомилагии бехатар ва таваллуд кардани навзоди солим, пешгирии намудан ва сари вақт таболат кардани номияҳои бадсифат ва дигар бемориҳои системаи репродуктивӣ, ҳамчунин ҷараёни хуби давраҳои преклимактерӣ ва климактерӣ дохил мешаванд (ТУС, 2004).[7,18].

Барқарор шудани муносибатҳои бозоргонӣ, якбора афзудани муҳоҷирати меҳнатии хориҷӣ, пайдо шудани шаклҳои нави никоҳи аҳоли, аз ҷумла ва бисёрзанӣ, пайдо шудани бозори ғайрирасмии меҳнати занон, фаъолноқшавии нақши иқтисодии оила ва ғ. Таъсири омилҳои зикршуда ба таври тафриқавӣ вобаста аз манотиқи кишвар. Чунончи, дар як минтақа таваллудкунӣ меафзояд, дар дигар минтақадар сатҳи баланд устуворона нигоҳ дошта мешавад [6,23].

Бухрони кадрӣ дар нигоҳдории тандурустӣ дар ҷомеаи ҷаҳонӣ низ эътироф шудааст. Масъалаҳои мубрами таъмини кадрҳо дар нигоҳдории тандурустии ҷаҳон бо дефитситаи табибон ва номутаносибии кормандони миёнаи тиббӣ алоқаманд ҳастанд. Таҳлили маводи наҷршуда ва таҳқиқоти як қатор муаллифон нишон дод, ки вазъият дар таъмин намудани кадрҳои кормандони миёнаи тиббӣ хоси дефитситаи онҳост [5,10].

Ба андешаи як гурӯҳи муаллифон, сироятҳои гениталӣ дар сохтори бемориҳои гинекологӣ мавқеи асосиро ишғол мекунанд ва сабаби зиёд дучоршавандаи ихтилолҳои солимии репродуктивӣ дар байни ҷавонон ба шумор мераванд. Онҳо бемориҳои илтиҳобии узвҳои коси майдари ба вучуд оварда, чунин оризаҳои ҷиддӣ, ба монанди ҳомилагии эктопӣ ва бенаслиро муайян мекунанд ва ҳамчунин сабаби соҳаи васеи оқибатҳои номатлуби ҳомилагӣ сар карда аз исқоти ҳамл ва валодати бармаҳал то осебҳои ҷашм ва пневмонияи навзодон мегарданд. [16, 25].

Ба он нигоҳ накарда, ки ҳиссаи занҳо дар сохтори умумии аҳоли хеле бузург аст ва 53,5%-ро ташкил медиҳад, ба ҳар ҳол, тибқи омори расмӣ, вазни ҳолиси занҳои синну соли ҳомилагӣ аш 40% зиёд нест (Нишондиҳандаҳои тиббӣ-иҷтимоии фаъолияти ҳадамоти оила, мода рва курак дар соли 2024, М, 2005), дар синну соли ҷавони репродук-



тивӣ (аз 20 то 35-сол) - 44,8% дар байни занҳои 15-49-сола. Дар ин маврид қисми бештари занҳои ҷавони снну соли ҷавони репродуктивӣ (12-15%) гирифтори ихтилолҳои функсияи репродуктивӣ мебошанд. Вобаста аз ин зарурати гузаронидани мониторинги солимии занҳо, сари вақт муайян кардани бемориҳо ва табобати онҳо, муайян кардани омилҳои асосии хата рва коҳиш додани онҳо зарур аст. Ин махсусан айни замон муҳимтар аст, чунки беморшавии зиёди аҳолии зан бо тамоюли пешравӣ ба мушоҳида мерасад, дар баъзе ҳолатҳо музмин шудани протсесс ба назар мерасад, ки ба солимии репродуктивии занҳо таъсир расонида, дар натиҷа солимии насли ояндаро бад месозад [13].

Дар шароити муосир тақрибан 70% -и занҳои ҳомила гирифтори ҳолатҳои гуногуни патологӣ ҳастанд: анемия, гестоз, бемориҳои роҳҳои пешоброн ва системаи дилу рағҳо ва ғ. Ҳиссаи валодати муътадилдар кишварамон аз 32% баланд нест, дуршавӣ аз ҳолати солимӣ дар ҳар як кӯдаки сеюм дида мешавад [14,17]. Муқаррар карда шудааст, ки зиёда аз 70% -и сарчашмаи бемориҳои аҳолии калонсол ба даврони кӯдакӣ, аз ҷумла давраи перинаталии ҳаёт рафта мерасад. Сатҳи баланди исқоти ҳамл,

зиёд шудани миқдори ҳолатҳои илтиҳобии узвҳои ҷинсӣ ва сироятҳои бо роҳи алоқаи ҷинсӣ гузаранда, басомади баланди ихтилолҳои таносуби гормонӣ дар оила ба бенасли оварда мерасонад. Айни замон дар Федератсияи Россия тақрибан 15-17% ҷуфти оилаҳо бенасланд. Бенаслии занҳо 50-60%-ро ташкил медиҳад. Проблемаи бенасли дар оила дар ин ҳолат аҳамияти давлатӣ касб мекунад. Дар байни ҷуфтҳои бефарзанд миқдори талоқҳо назар ба популятсия дар маҷмуъ ба ҳисоби миёна 6-7 маротиба зиёд аст. Далелҳои болозикрро ба эътибор гирифта, табобати бенасли бояд ҳамчун захираи кӯдакони фарзандони дилхоҳ ва дурнамои зиёд шудани потенциали репродуктивии аҳоли баррасӣ карда шавад. [3,15].

Хулоса, вазифаҳои асосии солимии репродуктивӣ ҳифз кардани солимии репродуктивии кӯдакон ва наврасон, тарзи беҳатари ҳаёти ҷинсӣ, дастрасӣ ба усулҳои самаранок, қобили қабул ва дастраси танзими таваллудкунӣ, имконияти ҳомилагии беҳатар ва таваллуд кардани навзоди солим, пешгирии намудан ва сари вақт табобат кардани бемориҳои системаи репродуктивӣ мебошанд. Дар натиҷаи ин баланд бардоштани сифати муоинаҳои профилактикӣ ва самаранокии муоинаҳои диспансерӣ зарур аст.

Адабиёт

1. Архипова М.П., Хамошина М.Б. / Акушерство и гинекология: новости, мнения, обучение, Том 6, № 3, 2018, 53-62.
2. Архангельский В.Н. / Репродуктивное поведение российских женщин в зависимости от образовательного статуса // В.Н. Архангельский, С.Г. Шульгин, Ю.В., Зинькина, Вестник РУДН, Серия: Социология, 2020, №3, 546-559.
3. Вахидов, А.В. Насколько значима роль экзогенных факторов в формировании врожденных пороков развития / А.В. Вахидов, Р.А. Вохидов, И.А. Хасанова, М.Х. Ганиева // Мат. VI съезда акушеров-гинекологов РТ. – Душанбе, 2016. - С. 388-392.
4. Галиева Э.Р. / Репродуктивное поведение: Теоритические подходы и современные сценарии Казанский социально-гуманитарный вестник, №2, 2022 (53), стр. 23-27.
5. Ганизода М.Х. Оптимизация службы репродуктивного здоровья подростков в Таджикистане / автореферат диссертации кандидата наук // Душанбе, 2020, 48 стр.
6. Калачикова О.Н. / Модели репродуктивного поведения населения Калачикова О.Н.*, 1, Короленко А.В. // Журнал Народонаселение, Т. 21. № 4, 2018, 109-118.
7. Карпова В.М. / Репродуктивная история как фактор репродуктивного поведения / Вестник Моск. университета, серия 18, Социология и политология, 2018. Т. 24. № 3, стр. 63-89.



8. Коротаев А.В. / Влияние образования на репродуктивное поведение через систему индивидуальных ценностей // А.В. Коротаев, К.Е. Новиков, С.Г. Шульгин, Ж. Общественные науки и современность, 2020 Т. 6, 146-163.
9. Пестрикова Т.Ю., Юрасова Е.А., Юрасов И.В., Шматкова А.С. / Репродуктивное здоровье детей и подростков // Том 15. № 3, 2019, стр. 89-99
10. Руднева О.С./ Предпосылки эволюции рождаемости и репродуктивного поведения / Руднева О.С., Соколов А.А. // Ж. Population, 2020.23.4.
11. Тихонов М.Ю. Научное обоснование системы популяционного медико-социально-правового информирования беременных женщин // автореферат диссертации кандидата наук, 2016, 26 стр.
12. Таубаева Г.Ж. «Состояние и организация гинекологической помощи в женской консультации». Автореферат диссертации на соискание ученой степени магистра медицинских наук, Алматы 2018 г., 28 стр.
13. Фролова Н.И. / Основные предикты и конфаундеры репродуктивных нарушений у женщин раннего фертильного возраста // автореферат диссертации доктора наук, 2020, 43 стр.
14. Хочамуродова Д.А. Современная концепция оказания медицинской помощи бесплодным супружеским парам, проживающим в Республики Таджикистан // автореферат диссертации доктора наук, 2012, 50 стр.
15. Чучалина Л.Ю. / Совершенствование организации акушерско-гинекологической помощи в амбулаторных условиях // автореферат диссертации кандидата наук, 2018, 24 стр.
16. Abdel-Gadir A. Predictors of acute cervicouterine angulation in patients scheduled for gynaecological or infertility intrauterine office procedures / A. Abdel-Gadir, O.O. Oyawoye, B.P. Chander // Gynecological Surgery. 2010. -V. 7., N. 1.-P. 3-8.
17. Bell A.V. Beyond (financial) accessibility: inequalities within the medicalisation of infertility / A.V. Bell // Sociology of Health & Illness. -2010.-V. 32., Issue 4.-P. 631-646
18. Centers for disease control and prevention. <https://www.cdc.gov/> (date of application: 29.12.2022 г.)
19. Dadvand P. Inequality, green spaces, and pregnant women: roles of ethnicity and individual and neighbourhood socioeconomic status [Text] / P.Dadvand, J.Wright, D.Martinez et al. // Environ Int, 2014. - Vol. 71. - P. 101-108.
20. Deutsches IVF-Register e. V. (DIR) / К. Böhler et al. // Reproduktionsmedizin und Endokrinologie. 2010. - №6. - P.39.
21. Eflova M. Yu., Gimadeeva D.R. Construction of religious affiliation in a multicultural society: social determinants // Uchenyey zapiski Kazanskogo universiteta. Series: Humanities. – 2013. – Т. 155. – No. 6. – S. 15–21
22. Feyrer J., Sacerdote B., Stern A.D. Will the stork return to Europe and Japan? Journal of Economic Perspectives. 2008, Vol. 22. No. 3. P. 3–22.
24. Goldstein J.R., Sobotka T., Jasilioniene A./ The end of 'Lowest-Low' fertility? Population and Development Review. 2009. No. 35. P. 663–69
25. Ghaebi M. Immune regulatory network in successful pregnancy and reproductive failures [Text] / M.Ghaebi, M.Nouri, A.Ghasemzadeh et al. // Biomed Pharmacother, 2017. - Vol. 88. - P. 61-73.
26. Koyuncu T. Evaluation of reproductive health criteria in seasonal agricultural workers: a sample from Eskisehir, Turkey / T.Koyuncu, S.Metintas, E.Ayhan et al. // Rural Remote Health, 2016. - Vol. 16, N 4. - P. 3489
27. Kawakita T., et al. / Adverse maternal and neonatal outcomes in adolescent pregnancy // J. Pediatr Adolesc Gynecol. 2018; 29 (2): 130–136



ПРЕДИКТЫ И КОНФАУНДЕРЫ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ

Юлдошева М.У.¹ Муминзода Б.Г.,² Додхоева М.Ф.¹

1. Кафедра акушерства и гинекологии №1 «ГОУ ТГМУ имени Абуали ибни Сино»;
2. Кафедра общественного здравоохранения и медицинской статистики с курсом истории медицины ГОУ «ТГМУ имени Абуали ибни Сино»

Резюме. В научной обзорной статье приводятся различные аспекты репродуктивного здоровья женщин, в том числе показатели неудовлетворительного соматического и репродуктивного здоровья женщин.

Актуальность исследования влияния уровня жизни на репродуктивное поведение мужчин и женщин обусловлена сложностью демографической ситуации на национальном уровне. В качестве предмета исследования выступают демографические и социально-экономические аспекты взаимосвязи потребности в детях и условий реализации. Многими авторами отводится роль распространен-

ности гинекологических и соматических заболеваний, которые влияют на формирование репродуктивных нарушений, материнских и плодовых потерь. Несмотря на структурные положительные изменения в деятельности амбулаторно-поликлинической помощи, индекс здоровья женщин фертильного возраста остается низким. Безусловно, с этим связана дальнейшая модернизация и совершенствование качества и доступности медицинской помощи беременным женщинам.

Ключевые слова: репродуктивное здоровье, женская консультация, репродуктивные нарушения.

PREDICTORS AND CONFEDERACIERS OF REPRODUCTIVE HEALTH

Yuldosheva M.U.,¹ Muminzoda B.G.,² Dodkheva M.F.¹

1. Department of obstetrics and gynecology №1 SEI «Tajik State Medical University named after Abuali ibni Sino»; 2. Department of Public Health, and Medical Statistics with a Course in the History of Medicine of the SEI «Tajik State Medical University named after Abuali ibni Sino»

Resume. The scientific review article presents various aspects of women's reproductive health, including indicators of poor somatic and reproductive health of women.

The relevance of the study of the impact of living standards on the reproductive behavior of men and women is due to the complexity of the demographic situation at the national level. The subject of the research is the demographic and socio-economic aspects of the relationship between the need for children and the conditions of implementation.

Many authors assign the role of the prevalence of gynecological and somatic diseases, which affect the formation of reproductive disorders, maternal and fetal losses. Despite the structural positive changes in the activities of outpatient care, the health index of women of childbearing age remains low. Of course, this is related to the further modernization and improvement of the quality and accessibility of medical care for pregnant women.

Keywords: reproductive health, antenatal clinic, reproductive disorders.

Юлдошева Манижа Умарчонова, дотсенти кафедраи акушерӣ ва гинекологии № 1 МДТ «ДДТТ ба номи Абуалӣ ибни Сино», н.и.т., тел: 985675625, Email: manizhayuldosheva88@mail.ru

Юлдошева Манижа Умарчонова, доцент кафедри акушерства и гинекологии № 1 ГОУ «ТГМУ и Абуали ибни Сино», к.м.н. 985675625, Email: manizhayuldosheva88@mail.ru

Yuldosheva Manija Umarchonovna, assistant of Department of obstetrics and gynecology №1 GOU «Tajik State Medical University named after Abuali ibni Sino», 985675625. Абуали ибни Сино», к.м.н., Тел. 985675625. Email: manizhayuldosheva88@mail.ru



МуминзодаБобочонГафур-д.и.т., дотсенти кафедраи нигоҳдории тандурустии чамъиятӣ, омори тиббӣ бо курси таърихи тибби МДТ «ДДТТ ба номи Абуалӣ ибни Сино», тел:918632252, E mail:muminov_bobokul@inbox.ru

МуминзодаБобочон Гафур - д.м.н., доцент кафедри общественного здравоохранения и медицинской статистики с курсом истории медицины Таджикистан, г. Душанбе, тел:985675625, Email:muminov_bobokul@inbox.ru

Muminzoda Bobochon Gafur - associate professor of the department of public health, and medical statistics with the course of medical history of GOU «Tajik State Medical University named after Abuali ibni Sino»,d.m.s., E mail:muminov_bobokul@inbox.ru

ДодхоеваМ.Ф. – академик, д.и.т., профессори кафедраи акушерӣ ва гинекологияи № 1 МДТ «ДДТТ ба номи Абуалӣ ибни Сино», тел:918612606, Email: Dodchoeva_ M.@mail.ru

ДодхоеваМ.Ф. – академик, д.м.н., профессор кафедри акушерства и гинекологии № 1 ГОУ «ТГМУ имени Абуали ибни Сино», тел:918612606, Email: Dodchoeva_ M.@mail.ru

Dodkhoeva M.F. – academician, d.m.s, Professor of the Department of Obstetrics and Gynecology №1GOU«Tajik State Medical University named after Abuali ibni Sino», тел:918612606, Email: Dodchoeva_ M.@mail.ru

БЕМОРИҲОИ ДАРУНӢ

ИСТИФОДАИ АМПЛИПУЛСТЕРАПИЯ ДАР БЕМОРОНИ ДОРОИ ОСТЕОХОНДРОЗИ ҚИСМИ ГАРДАНИ- СИНАГИИ СУТУНМӢХРА.

Алиева Е.Г., Фаттоева Н.В.

Кафедраи бемориҳои дарунии №1 МДТ «ДДТТ ба номи Абуалӣ ибни Сино»

Мубрамият. Остеохондрози гарданӣ-синагӣ бемории чиддии сутунмӯҳра буда, асоси онро протсессҳои дегенеративӣ- дистрофӣ ташкил медиҳанд, ки дар дискҳои байнимӯҳравӣ ва бофтаҳои устухонҳои мӯҳраҳо ба амал меоянд. Дар ин маврид хусусияти фарқкунанда ин далел аст, ки дар қисми гарданӣ беморӣ хеле возеҳ ба назар мерасанд ва ҳануз дар марҳалаҳои аввалӣ маълум мешаванд, дар қисми синагӣ бошад, рушди ин беморӣ тақрибан ноаён буда ва хеле кам аз худ дарак медиҳад.

Асоси остеохондрози қисми гардану синагии сутунмӯҳраро вайрон шудани бофтаҳои исфанҷии устухонҳо ташкил медиҳад. Протсесс ба таври музмин ва солҳои зиёд давом карда, аксар вақт он ба маъюбшавӣ оварда мерасонад. Остеохондрози типии мазкур хеле паҳншуда мебошад. Ба таври ноаён чараён дошта, бо гузашти солҳо пеш меравад. Возеҳии бештарин ва басомади зуроти клиникӣ дар байни одамони синну соли фаъолноктарин- дар байни солҳои 30-50 солагӣ ба мушоҳида мерасад.

Ин бемориро чӣ тавр табобат кардан мумкин аст ?

Остеохондроз – бемории сутунмӯҳра буда, дар он дегенератсияи диски байни мӯҳраҳо бо хеле паст шудани баландии он, мавти сатҳҳои дискҳои мӯҳраҳо ва пешравии реактиви остеофитҳо ба назар мерасад.

Бофтаи тағоякии аз остеохондроз осебдидаи дискҳо тадриҷан тачдид шуда ва ба устухонҳо монанд мешаванд. Диски саҳтшуда хурд мешавад, хосиятҳои амортизатории байни мӯҳраҳо нест шуда, ба изофаҳои асабӣ фишор меоранд, ки ин ба эҳсосоти дардовар оварда мерасонанд. Марҳалаи ибтидоии остеохондроз бештар аз ҳама худро бо ин ё он эҳсосоти нохуб дар соҳаи сутунмӯҳра худро зоҳир намекунад ва мета-

вонад, ки ҳамчун бемории узвҳои дуруст ташхис гардад, ташхиси ҳақиқӣ бошад, таниҳо пас аз гузаронидани таҳқиқотҳои сершумор ошкор карда мешавад.

Аз ҷиҳати ҷойгиршавӣ фарқ мекунад: остеохондрози гарданӣ, синагӣ, камарӣ, чорбандӣ. Бештар аз ҳама, остеохондрози камарӣ ва баъдан остеохондрози гардан ташхис карда мешаванд.

Сабабҳои ба вучуд омадани тағйиротҳо дар дискҳои байни мӯҳраҳо ҳоло то охир омӯхта нашудааст. Одамоне пайдошавии остеохондрозро бештар аз ҳама баъди 35 – солагӣ эҳсос мекунад. Пайдошавӣ ва шиддат гирифтани ин беморӣ барои сар задани осебҳои гуногуни пушт, сарбории статикӣ ва динамикӣ, ҳамчунин вибратсия мусоидат мекунад.

Аммо дар солҳои охир одамоне зиёде дар синну соли 18-30- сола аз дарди пушт шикоят мекунад, яъне остеохондроз хеле ҷавон шудааст.

Сабабҳои барои барвақт пайдо шудани бемориҳо кам нестанд: омодагии сусти ҷисмонӣ, вайроншавии андом, қач шудани сутунмӯҳра, попахнӣ, вазни барзиёд, тамоюли ирсӣ, осеби сутунмӯҳра, тарзи ҳаёти камҳаракат, корҳои ба бардоштани вазнинӣ вобаста, таъсири муддати тӯлонӣ дар ҳолати ноқулай истодан, шиддатнокии асабӣ, ҳолатҳои стрессӣ, сармоҳӯрӣ.

Мақсади таҳқиқот омӯхтани таъсири протсекураҳои физиотерапевтӣ, аз ҷумла амплипулстерапия (СМТ-терапия) аз дастгоҳи «Амплипулс-5»), дар табобати комплекси беморони гирифтори остеохондрози қисми гардану синаи сутунмӯҳра ба ҳисоб меравад.

Мавод ва усулҳои таҳқиқот. Таҳти муоина 10 бемор- занҳои синну соли аз 40 то 60 сола, бо ташхиси остеохондрози гардану синаи сутунмӯҳра қарор доштанд. Ҳамаи



беморон аз дарди миён, бугуми шона шиқоят мекунанд, ки ба андоми болой паҳн шуда, ҳаракатро дар қисми гардан маҳдуд месозад, дарди сар, сарчархзанӣ, давра ба давра баланд шудани фишори хун, халалёбии ҳоб пайдо мешаванд.

Дар комплекси чорабиниҳои реабилитационӣ, аз ҷумла, табобати медикаментозӣ, истифодаи амплипулстерапия (СМТ-терапия) аз дастгоҳи “Амплипулс-5” дохил мешавад. Барои табобати остеохондрози қисми гарданӣ-синагии сутунмӯҳра ҷараёноҳои тағйирёбандаи синусондалий – модульсозии басомадаш 80-100 Гс истифода карда шуд. Протседураи табобат 10-15 протседураҳо ташкил дод бо фосилаи 10 рӯз дар байни курсҳо. Курси табобат ҳамагӣ 3-то аст.

Натиҷаҳои таҳқиқот ва баррасии онҳо.

Истифода кардани амплипулстерапия ҳангоми остеохондрози қисми гардану синаи сутунмӯҳра ба сабук кардани ҳолат ва ва кам кардани зуҳуроти симптоматикаи асосии беморӣ: бартараф кардани дард, стимулятсияи микроциркулятсия ва регенератсияи бофтаҳо, маҳв кардани раванди илтиҳобӣ, нест кардани тонуси мушакҳо ва спазмҳо, мӯътадилсозии протсессҳои мубодилавӣ.

СМТ- терапия -ин усули таъсиррасонии маҳдуди ҷараёни тағйирёбандаи электрикии параметрҳои муносиб аз тариқи электродҳо ва лавҳаи (рад) намноки гидрофилӣ, дар ноҳияҳои муайяни қабатҳои пӯсти бадани бемор гузошта шудаанд. Ҷараёни тағйирёбандаи электрикӣ, дар муқоиса аз ҷараёни доимӣ, мутобиқшавии камтари системаи марказии асаб нисбат ба таъсиррасонӣ ба амал меояд, ки барои нисбатан хубу усту-

вори тағйироти электродинамикӣ дар сохторҳои системаҳо мувофиқат мекунанд.

Амплипулстерапия фаъолнокшавии рағҳои ҳаракатӣ ва марказҳои нафаскаширо ба вуҷуд меорад, ки дар натиҷаи он тағйироти гемодинамика ва функсияи нафаскашии берунӣ ба амал меояд: тонуси рӯдаҳо, роғҳои талхарон баланд мешавад; Фаъолнокшавии протсессҳои трофикӣ дар узвҳои дарунӣ, ки дар натиҷа функсияҳои онҳо барқарор мешаванд ҳангоми тағйироти дистрофикӣ, регенератсияи бофтаҳо стимулятсия карда мешавад, беҳтаршавии гардиши хун ба мушоҳида мерасад, трофикаи бофтаҳо ва ҳолати функционалии СМА, фаъолнокшавии протсессҳои мубодила, мӯътадилшавӣ – системаи эндокринӣ ва гормоналӣ.

Натиҷаҳои табобатро аз рӯи нишондиҳандаҳои зерин баҳогузорӣ карданд: кам кардани дард дар сутунмӯҳра, зиёд шудани амплитудани ҳаракат, кам кардани дарди сар, мӯътадил сохтани фишори хун, беҳтар сохтани ҳоб ва баланд бардоштани қобилияти қорӣ. Беҳтарин нишондиҳандаҳо дар он бемороне дида шуд, ки онҳо 3 курси СМТ-терапияро бо танафуси 10- рӯзиро гузаштаанд. Он бемороне, ки як курси табобатро гузаштаанд, беҳбудии ночиз ба мушоҳида расид.

Хулосаҳо. Ҳамин тавр, тайин кардани амплипулстерапия (СМТ-терапия) ҳангоми остеохондрози гардану синаи сутунмӯҳра дар табобати комплексӣ имконият медиҳад, ки зуҳуроти симптоматикаи асосии бемориро хеле беҳтар месозад, аммо таъсири устувор ва мусбат дорад ҳангоми истифодаи тӯлонии ин протседураи физиотерапевтӣ медиҳад.

Адабиёт

1. Ясногородский В.Г. Электротерапия. / В.Г Ясногородский, И.М. Равич - М.: Медицина, 2007г.
2. Комаров Л.А. Руководство по физическим методам лечения. /Л.А.Комаров, Т.В. Благовидная. М.: Медицина, 2009 г.
3. Стрелкова Н.И. Физические методы лечения в неврологии / Н.И Стрелкова. - М.: Медицина. 2013 г.
4. Улащик Г.В.. М. Амплипульстерапия её применение. / Улащик Г.В.. М., Медицина 2002 г.



ПРИМЕНЕНИЕ АМПЛИПУЛЬСТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ С ОСТЕОХОНДРОЗОМ ШЕЙНО-ГРУДНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА

Алиева Е.Г., Фаттоева Н.В.

Кафедра внутренних болезней № 1 ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино».

В данной статье рассматриваются вопросы изучения влияния физиотерапевтической процедуры, в частности, в частности амплипульстерапии (СМТ-терапии) от аппарата «Амплипульс-5», в комплексном лечении больных с остеохондрозом шейно-грудного отдела позвоночника.

Под наблюдением находилось 10 больных – женщин, в возрасте от 40 до 60 лет, с диагнозом остеохондроз шейно-грудного отдела позвоночника. Все больные предъявляли жалобы на боли в спине, плечевом суставе, ирради-

ирующую в верхнюю конечность, ограничение движения в шейном отделе, головные боли, головокружения, периодический подъём артериального давления, нарушения сна.

В комплекс реабилитационных мероприятий, включая медикаментозную терапию, входило применение амплипульстерапии (СМТ-терапии) от аппарата «Амплипульс-5».

Ключевые слова: физиотерапевтическая процедура, амплипульстерапия, остеохондроз позвоночника.

THE USE OF AMPLIPULSE THERAPY IN PATIENTS WITH OSTEOCHONDROSIS OF THE CERVICOTHORACIC SPINE

Alieva E.G., Fattoeva N.V.

Department of Internal Diseases № 1, SEI “TSMU named after Abuali ibni Sino» Tajikistan (head of department d.m.s. docent Odinaev Sh.F.)

This article discusses the issues of studying the influence of a physiotherapeutic procedure, in particular, amplipulse therapy (SMT-therapy) from the Amplipulse-5 apparatus, in the complex treatment of patients with osteochondrosis of the cervicothoracic spine.

Under observation were 10 patients - women, aged from 40 to 60 years, diagnosed with osteochondrosis of the cervicothoracic spine. All patients complained of pain in the back,

shoulder joint, radiating to the upper limb, limited movement in the cervical spine, headaches, dizziness, periodic increases in blood pressure, and sleep disturbances.

The complex of rehabilitation measures, including drug therapy, included the use of amplipulse therapy (SMT therapy) from the Amplipulse-5 device.

Key words: physiotherapeutic procedure, amplipulse therapy, spinal osteochondrosis.

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

Фаттоева Наталья Валерьевна – старший преподаватель кафедры внутренних болезней № 1 ГОУ «Таджикского государственного медицинского университета имени Абуали ибни Сино». E.mail: musnat06@mail.ru, тел.: 93-501-71-92

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

Fattoeva Natalya Valerievna – senior lecturer of the department of internal diseases № 1 of Avicenna Tajik State Medical University, E.mail: musnat06@mail.ru, tel.: 93-501-71-92



ХУСУСИЯТҲОИ ҲОЛАТИ ГАРДИШИ ХУНИ РАГҲО ДАР БЕМОРОНИ ДОРОИ МАРҲАЛАҲОИ ГУНОГУНИ БЕМОРИҲОИ МУЗМИНИ ГУРДАҲО

Юсупова М.Х., Мехмонов П.Х.

Кафедраи бемориҳои дарунии №1 МДТ «ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино».

Муқаддима. Бемориҳои музмини гурдаҳо (БМГ) натиҷаи бисёр бемориҳои соматикӣ дуру дароз чараёндошта мебошад. Ихтилоли функцияи гурдаҳо рогузир захролудшавӣ ҳамроҳӣ мекунад, ки ба осебдидани системаҳо ва узвҳо, аз ҷумла системаи периферӣ ва марказии асаб оварда мерасонад [4].

Тибқи маълумоти муаллифони гуногун, басомади аломатҳои неврологӣ дар беморони дорои БМГ аз 40 то 90 %-ро ташкил медиҳад [5]. Фавт аз оризаҳои неврологӣ 7–25 %-ро ташкил медиҳад [2].

Омӯзиши ихтилолҳои неврологиии соматогенӣ ба қатори проблемаҳои мубрами неврологияи муосир дохил мешавад [6].

Маҳз ҳангоми бемориҳои гурдаҳо, ки ҳамроҳ бо гипертензияи шарёнӣ, ихтилоли сафеда, мубодилаи липидҳо, гомеостази обуманак ва кислотава асосҳо барои таъсири патогенӣ расонидан ба системаи асаб шароит мавҷуд аст [1]. Ба кӯшишҳо дар мавриди барвақт муайян кардан ва профилактикаи бемориҳои гурдаҳо нигоҳ накарда, басомади БМГ зиёд шуда истодааст [3].

Ҳамаи ин гувоҳи мубрам будани проблемаи мубрам барои клинисистҳои бисёр ихтисосҳо дарак медиҳанд.

Мақсади таҳқиқот. Муайян кардани хусусиятҳои клиникӣ ва омӯхтани гардиши хуни рагҳои майнаи сари беморони дорои марҳалаҳои гуногуни БМГ.

Мавод ва усулҳои таҳқиқот. Дар таҳқиқоти мо 25 бемори (11 зан ва 14 мард) синну солшон аз 20 то 55-сола бемарҳалаҳои гуногуни бемории музмини гурдаҳо иштирок намуданд. Таҳқиқот дар шӯбаи нефрологии БКШ №5 дар кафедраи бемориҳои дарунии №1 иҷро карда шуд. Дар 17 бемор гломерулонефрити музмин, дар 8 нафар пиелонефрити музмин ташхис карда шуд. Беморони мубтало ба диабетӣ қанд, нефропатияи диабетӣ, бемории гипертоникӣ, дигар шаклҳои нефропатияи метаболикӣ ва

аутоиммунӣ ба гурӯҳи таҳқиқшудани дохил карда нашуданд.

Бо истифодаи схемаҳои аз тарафи умум қабулшудаи таснифӣ, мо беморонро аз рӯи дараҷаи возеҳии норасоии гурдаҳо, мувофиқи нишондиҳандаҳои сатҳи бузургии суръати филтратсияи калобачаҳо ба 3 гурӯҳ ҷудо кардем: гурӯҳи 1- 30 бемор: бо марҳалаҳои 3А-15 нафар (СКФ 59-45мл/дак.), 15 нафар – бо 3Б (СКФ 44-30 мл/дак.) БМГ; гурӯҳи 2- 30 бемор бо марҳалаҳои вазнини БМГ – бо 4 (СКФ 29-15 мл/дак.); гурӯҳи 3- 30 бемор бо 5, БМГ – норасоии терминалии музмини гурдаҳо (СКФ<15 мл/дак.).

Ташхис дар асоси усулҳои стандартии таҳқиқот аз рӯи нақшаи нефрологӣ верификатсия шуда, дар таҳқиқот ҳамчунин истифода шуд: усули клиникӣ таҳқиқот, ки дар худ маҷмуи шикоятҳо, анамнез, маълумотҳои статуси неврологӣ, таҳқиқоти доплерографии рагҳои майнаи сарро фаро гирифтааст.

Натиҷаҳо ва баррасии натиҷаҳои ҳосилшуда. Дар натиҷаи таҳқиқоти клиникӣ-неврологӣ муайян карда шуд, ки шикоятҳои асосии беморон дар 19(76,0%)-и беморон аз дарди сар буд, онҳо беморонро асосан субҳ ё ҷануби рӯз мекунанд бо басомади 2-6 маротиба дар як ҳафта, дар қисми пешонӣ, чакка ва ё мавзеи паси сар мавҷеъдоранд, хосиятҳои ҳаҷми кунд, фишордиҳанда ва баъзан набазонӣ аст.

Сарчарҳзани хусусияти системавӣ на дошт, дар намуди пайдо шудани эҳсосоти ноқоимӣ, кӯтоҳмуддат гӯшҳои қанди мувозинат дар 17(68,0%) бемор ба қайд гирифта шуд, садо дар гӯшҳои 16(64,0%) бемор, ихтилоли хоб дар намуди инсомния ё парасомния дар 14(56,0%)-и беморон, мондашавии зиёд, парешонӣ, хирашавии табъ дар 19(76,0%) бемор. Ҳамчунин беморон аз дилбеҳузуршавӣ ва қайқунӣ 4(16,0%) шикоят доштанд. Ҳангоми таҳлил намудани маълумотҳои таҳқиқоти неврологӣ дар беморо-



ни дорои БМГ ихтилолҳои когнитивӣ дар 21(76,0%) бемор, симптоматикаи диффузии микролона: анизорефлексияи пайҳо, тағйироти сабуки роҳгардӣ ва ноустуворӣ ҳангоми иҷро намудани корҳои, ки координатсияи дақиқро талаб мекунад дар 16(64,0%) бемор дида шуд. Ҳамчунин дар 9(36,0%) бемор нистагм, заъфи қувва ва дар 12(48,0%) бемор ба мушоҳида расид.

Аз ҷиҳати узвҳои пешобхориҷкунӣ шикоятҳои асосӣ дарди халанда ва ҳисси вазнинӣ дар ноҳияи камар дар 14(56,0%) бемор, пайдо шудани пешоби тираанг дар 5(20,0%) бемор, ихтилолҳои даврии дизурикий дар 8(32,0%) бемор ба мушоҳида расид. Дар якҷанд бемор баланд шудани ҳарорати бадан то 37,5-38,0 С ба қайд гирифта шуд.

Ҳангоми таҳлил кардани нишондиҳандаҳои гемодинамикаи серебралӣ муайян карда шуд, ки дар беморони дорои БМГ дар

ҳавзаҳои каротидӣ тамоюли хунпуршавии барзиёди рағҳои серебралӣ дар якҷоягӣ бо нишондиҳандаҳои муътадили тонуси шарёнҳои хурд ва калон ба назар расид. Дар беморони дорои марҳалаҳои возеҳ ва терминалии БМГ дар муқоиса аз марҳалаи муътадил бадшавии аз ҷиҳати омӯри муҳимми нишондиҳандаҳои маълумотҳои УЗДГ муайян карда шуд: паст шудани сатҳи хунпуршавии набзӣ, суръати маҷрои хуни набзӣ ва варидӣ дар якҷоягӣ бо баланд шудани муқовимати периферӣ дар рағҳои кутрашон хурд ва миёнаи ҳаду ҳавзаҳои каротидӣ.

Хулоса. Басомади пайдошавии оризаҳои неврологӣ аз марҳалаи БМГ вобастагии мустақим дорад. Аломатҳои барвакти ихтилолҳои неврологӣ ҳангоми БМГ инҳо тағйиротҳо дар дисфунксияи соҳаи когнитивӣ, рефлекторӣ, вегетативӣ ва ихтилоли гемодинамикаи серебралӣ ва шарёнҳои кутрашон майдаву миёна мебошанд.

Адабиёт

1. Алексеева Н.С., Камчатнов П.Р., Каралкин А.В., Гордеева Т.Н., Чугунов А.В., Попе Т.Е. Состояние церебральной гемодинамики у больных с синдромом вертебро-базиллярной недостаточности. // Журнал неврологии и психиатрии им.С.С.Корсакова-2018.-№6.-С.46-50.
2. Борисов И.А. Пиелонефрит//Нефрология. Руководство для врачей/Под ред. И.Е.Тареевой.-М.Медицина.-2010.-С.-383-399.
3. Боголепов Н.К. Церебральные кризы и инсульт.-М. Медицина, 2019.-392с.
4. Винчук С.М. Состояние центрального и церебрального кровообращения у здоровых и больных с начальными проявлениями недостаточности кровоснабжения мозга.// Ж-л неврологии и психиатрии им С.С. Корсакова.- 2017,- т.84.- вып 9.- С.1294-1300.
5. Ефимов В.М. Хроническая почечная недостаточность /В.М. Ермоленко// «Нефрология» под общей редакцией И.Е. Тареевой.- М.: Медицина; 2029. С. 78-99.

ОСОБЕННОСТИ СОСТОЯНИЯ СОСУДИСТОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ ГОЛОВНОГО МОЗГА У БОЛЬНЫХ С РАЗЛИЧНЫМИ СТАДИЯМИ ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ПОЧЕК.

Юсупова М.Х., Мехмонов П.Х.

Кафедра внутренних болезней №1 при ГОУ «ТГМУ имени Абуалиибни Сино».

Резюме: В статье рассматривается состояние сосудистого кровообращения головного мозга у больных с хронической болезнью почек. Под нашим наблюдением находились 25 пациентов с ХПН. Клинические наблюде-

ния данных показали, что частота развития неврологических осложнений находится в прямой зависимости от стадии ХБП.

Ключевые слова: кровообращения головного мозга, хроническая болезнь почек.



FEATURES OF THE STATE OF CEREBRAL VASCULAR CIRCULATION IN PATIENTS WITH VARIOUS STAGES OF CHRONIC KIDNEY DISEASE.

Yusupova M. Kh., Mekhmonov P. Kh.

Department of Internal Diseases No. 1 at the State Educational Institution “AbualiibniSino State Medical University”.

Resume: The article deals with the state of cerebral vascular circulation in patients with chronic kidney disease. We observed 25 patients with CRF. Clinical observations of these data have shown that the risk of developing

neurological complications is directly related to the stage of CKD.

Key words: cerebral circulation, chronic kidney disease.

Юсупова Манзура Ҳамзаалиевна – н.и.т., муаллими калони кафедраи бемориҳои дарунии №1, МДТ «ДДТТ ба номи Абуалӣ ибни Сино». Тел. 918733310.

Мехмонов Примкул Ҳазраткулович н.и.т., дотсенти кафедраи бемориҳои дарунии №1, МДТ «ДДТТ ба номи Абуалӣ ибни Сино». Тел. 900889168

Юсупова Манзура Ҳамзаалиевна – к.м.н., старший преподаватель кафедры внутренних болезней №1 ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино». Тел. 918733310

Мехмонов Примкул Ҳазраткулович – к.м.н., доцент кафедры внутренних болезней №1 ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино» - Тел. 900889168

Yusupova Manzura Khamzaalievna-Candidate of Medical Sciences, Senior lecturer of the Department of Internal Diseases No. 1 of the State Educational Institution “AbualiibniSino TSMU” – Tel. 918733310

Mekhmonov Primkul Khazratkulovich-Candidate of Medical Sciences, Associate Professor of the Department of Internal Diseases No. 1 of the State Educational Institution “AbualiibniSino TSMU” - Tel. 900889168.

БЕМОРИҲОИ КЌДАКОН

СИНДРОМИ ЖИЛ ДЕ ЛА ТУРЕТТ ДАР КЌДАКОН

Бабаева Л.А., Шарифзода З.У., Сайдалиев Ш.Ш.

Кафедраи таълими асосҳои бемориҳои кўдакони МДТ “ДДТТ ба номи Абуалӣ ибни Сино”

Муҳимият. Синдроми Жил де ла Туретт – ихтилоли генетики системаи марказии асаб бо зухуроти он дар синни бачагӣ аст, ки дорои тики мотории сершумор ва ҳадди ақал як тики вокалӣ аст ва дар давоми рӯз чандин маротиба такрор мешаванд ва мутобиқшавии иҷтимоии беморро хеле бад месозанд [2,4]. Синдром Туретт (СТ) аз волидайн мегузарад. Аммо механизми мушаххаси ирсият ва ген, ки барои беморӣ масъул ҳастанд, маълум нестанд. Хатари интиқол ёфтани беморӣ ба кўдак тақрибан 50 %-ро ташкил медиҳад [5,8,17]. Дар ибтидои асри XX, тикхоро натиҷаи осебҳои равонӣ меҳисобиданд, аммо тибби муосир инро роад мекунад, чунки чунин эҳтимолро исбот кардан муяссар нашудааст. Омилҳои равониву иҷтимоӣ ва бемориҳои аутоиммунӣ сабаби СТ нестанд, аммо метавонанд, ки ба вазнинии ҷараёни беморӣ таъсир расонанд [1,3,13]. Маъмулан СТ аллакай дар кўдакӣ пайдо мешавад, аммо беморӣ дер ташхис мешавад ва ё умуман ташхис намешавад, зеро волидайн ба тики чандон диққат намедиханд. Аз ин сабаб беморони хурдсол саривақт ёрӣ намегиранд ва метавонанд, ки на танҳо аз тик озор бинанд, балки аз проблемаҳои психологӣ ба беморӣ алоқаманд низ озор диҳанд [8,9,17].

Паҳншавӣ. Басомади ихтилолҳои тикозҳои ташхисшуда аз 2 то 4 ҳолатро дар 100000 кўдак ташхис медиҳанд. Қуллаи беморшавӣ дар синни мактабӣ ва томактабӣ бо возеҳии максималии симптомҳо дар 7-12-солагӣ рост меояд. Авчи зухуроти манзараи клиникӣ бештар дар писарҳо дар синни аз 4 то 20-солагӣ ба назар мерасад. СТ новобаста аз шароити фарҳангӣ, этникӣ ва иҷтимоӣ дар кишварҳои гуногун паҳн шудааст [2,10,17].

Таърих. СТ бори нахуст дар соли 1825 аз тарафи олими фаросавӣ Ж. Итард тавсиф карда шудааст, ки манзараи клиникӣ бемории 7-соларо пешниҳод намуда буд. Ин ман-

зараи симптомҳо зухуроти ғайриоддии ягон беморӣ буданд, аммо Ж. Итард чунин ҳисоб кард, ки ташаннуҷҳои муқавӣ чунин зухуротдоранд ва ин яке аз шаклҳои он аст. Дар соли 1855 Жил де ла Туретт бемориро муайян намуд ва симптомҳои асосии он ҳаракатҳои ноҳамоҳанг ва амплитудаашон кам, додзанӣ, эҳолалия ва копролалия ҳастанд. Невролог бояз як чизи муҳими дигарро низ муайян кард, ин беморӣ дар синни кўдакӣ ва наврасӣ зухур мекунад ва ҷараёни пешраванда дорад. Ж. Шарко барои ин беморӣ номи симптомокомплекси «синдроми Туретта»-ро ба шарофати шогирди худ пешниҳод кард [8,9,13].

Этиопатогенез. Дар бисёр пажуҳишҳо муайянкунии ирсии СТ-ро мушоҳида кардан мумкин аст. Бартарӣ доштани типии аутосомӣ-доминантии ирсият ба назар мерасад, гарчанде дар баъзе ҳолатҳо типии аутосомӣ-ретсессивӣ низ ба қайд гирифта шудааст. Исбот карда шудааст, ки омилҳои ирсӣ натиҷаи ихтилоли функсия ва сохторҳои ганглияҳои базалӣ ва тағйироти системаи нейромедиаториянд. Ҳангоми СТ секретсияи баланди домафин ва ҳассосияти баланди ретсепторҳои домафинӣ мушоҳида мешавад [12]. Таъсири омилҳои дохилибатнӣ мӯйян карда шудааст. Токсикоз, стресси ҳомилаҳо, истеъмоли маводи муҳаддир, маҳсулоти алкулӣ дар давраи ҳомилагӣ, гипоксияи ҷанин ва осебҳои таваллудкунӣ хатари пайдо шудани ин симптомкомплексро зиёд мекунад [17].

Клиника. Омилҳои барангезандаи тикҳои инҳоянд:

- ҳолатҳои стрессӣ: сар кардани мактабравӣ ё боғчаи бачаҳо, тарс, тамошои филмҳои даҳшатафкан;
- сироят: вирусии респираторӣ, стрептококкӣ;
- садамаҳои косахонаи сару майна;
- сарбориҳои зехнӣ;
- машғулиятҳо дар компютер.



Ташхиси тикҳо танҳо бо усули клиникӣ гузошта мешавад. Дар бештари ҳолатҳо беморӣ то давраи балоғат, маъмулан дар 5-7-солагӣ фаъолона маълум шудан мегирад, дар ин вақт волидайн рафтори ғайриоддӣ ва аҷоиби кӯдакро мушоҳида мекунанд [1,7]. СТ метавонад, ки ба таври шадид ва ё тадриҷан инкишоф ёбад, бештар дар марҳалаҳои аввал тики дар мавзеи сар пайдо мешавад. Тикҳои сар ва ё вокалӣ маъмулан бо садоҳо ва ё ҳичоҳои такроршаванда, додзани зоҳир мешаванд. Ҳангоми сухбат кардан атрофиён чунин фикр мекунанд, ки бемор лакнати забон дорад, тардид дорад [7,9]. Бо феноменҳои садо ҳангоми СТ ба эхолалия (такроран шунидани калима), палилалия (зиёд шудани такрори ҳамон як калима), копролалия (додзани бо ҳақорткуниҳо), ки метавонанд бо тағйир ёфтани ритм, лаҳн, акцент, баландӣ ва суръати нутқ зоҳир мешавад. баъдан дар бемор гиперкинезия дида мешавад, ки ба тамоми бадан паҳн мегардад. Қобилияти когнитивии кӯдак, маъмулан тағйир намеёбад ихтилоли рафтор дар шакли агрессия, импулсивӣ, нопойдории эмотсионалӣ зоҳир мешавад [7,11,17].

Барои дараҷаи сабук идорашаванда будани аломатҳои махсуси беморӣ хос аст, барои ҳамин ҳам атрофиён рафтори аҷоиби беморро мушоҳида карда наметавонанд.

Дар дараҷаи миёнаи возеҳ мавҷуд будани гиперкинезия ва ихтилолҳои вокалӣ хос ҳаст, ки онро атрофиён бештар мушоҳида мекунанд, аммо дар ин марҳала зухуроти клиникиро идора кардан мумкин таст.

Дараҷаи возеҳ бо зухуроти равшани клиникӣ муайян карда мешавад, ки атрофиён онро хуб мушоҳида мекунанд. Худидоракунӣ дар ин марҳала тақрибан дида намешавад.

Дар дараҷаи вазнин тикҳои равшане зоҳиршавандаи тикҳои вокалӣ ва моторӣ дида мешаванд, ки дар онҳо назорат кардан номумкин аст. Дар беморони дорои зухуроти вазнин депрессия ва хуруҷҳои ваҳшат дида мешавад [11,15,17].

Оризаҳо. СТ-ро метавонад, ки депрессия ва ихтилолҳои ваҳмангез ҳамроҳӣ кунанд. Депрессия аз он сабаб пайдо мешавад, ки

кӯдакони дорои СТ-ро зуд-зуд меранҷонанд ва таҳқир мекунанд, дар натиҷа дар онҳо ҳисси танҳои ташаккул меёбад ва мумкин аст, ки аутоагрессия то ҳадди қасдҳои худкушӣ бирасанд. Барои ҳамин ҳам, кӯдакро бо ин ихтилолҳо танҳо гузоштан мумкин нест: барои вай махсусан дастгирии волидайн ва дӯстон хеле муҳим аст. Ҳангоми симптоми копролалия кӯдакон ҳақоратҳои қабех медиҳанд, аз ин сабаб метавонанд аз ҷониби атрофиён дучори агрессия шаванд. Барои ҳамин ҳам, барои чунин беморон ташкил кардани муҳити дурусти иҷтимоӣ муҳим мебошад [2,8,9,10].

Ташхис. Айни замон меъёрҳои зерини ташхисии СТ аз тарафи умум қабцулшуда ба ҳисоб мераванд:

- мавҷуд будани тикҳои сершумори моторӣ, аз ҷумла як ё зиёда тикҳои вокалӣ дар давоми якчанд вақт, гарчанд ҳамзамон буданашон ҳатмӣ нест;

- миқдоран зиёд пайдо шудани тикҳо дар давоми як рӯз, маъмулан ба таври силсила, тақрибан ҳар рӯз дар давоми тақрибан як сол (дар ин маврид давраҳои пай дар пайи давомнокиашон зиёда аз 3 моҳ аз тик озод мавҷуд нест);

- дистресси возеҳ ё хеле бад шудани адаптатсияи иҷтимоӣ, касбӣ ё дигар фаъолиятҳои бемор;

- саршавии беморӣ дар 18 - солагӣ;

- ихтилолҳои муайянкардашуда наметавонанд, ки ҳамчун таъсири ягон мавод ё бемории умумбошанд.

Дар солҳои охир меъёрҳои ташхисиро меъёрҳои СТ-и саҳеҳ ва эҳтимолӣ пурра гардонидаанд. Меъёрҳои ташхиси саҳеҳи СТ тақрибан ба меъёрҳои дар боло зикргашта тақрибан мувофиқат мекунанд. Ташхиси СТ дар ҳолате саҳеҳ ҳисобида мешавад, ки агар тики аз ҷиҳати вақт тағйир тнаёбад ва ҷараёни қавӣ ва монотонро дорад, ё бемор ба меъёри якуми меъёрҳои дар боло зикршуда мувофиқат намекунад [10,15,17].

Яке аз усулҳои муҳими ташхиси СТ ҷамъоварии анамнез аст. Ба ҷамъоварии анамнези оилавӣ таваччуҳи махсус зоҳир кардан лозим аст, ки дар ин ҷо анамнези

ҳаёт низ мавқеи махсус дорад. Барои ташхиси дуруст гузоштан гузаронидани ташхиси тафриқӣ бо гиперкинезаҳои пароксизмалӣ мувофиқи мақсад аст, ки ҳангоми хори Гентингтон, бемории Вилсон, энсефалити постинфексионӣ, эпилепсии (саръ), шизофрения зарур аст. Машварати невролог ва психиатр барои истисно кардани бемориҳои мушобех, ягон ҳел осебҳои органики майнаи сар зарур аст [10,17]. Усулҳои махсуси лабораторӣ ва ташхиси барои ташхиси СТ мавҷуд нест.

Усулҳои инструменталӣ ва лаборатории таҳқиқот низ барои истисно кардани бемориҳои гуногуни аз ҷиҳати клиникӣ ба ин симптомокомплекс монанд истифода мешаванд. Томографияи магнитӣ-резонансӣ, доплерография, электроэнцефалография, таҳқиқоти биохимиявии лабораторӣ ба кор бурда мешаванд [2,9].

Табобат. Табобати СТ ба табобати ғайримедикаментозӣ ва медикаментозӣ ҷудо мешавад [6]. Дар бештари ҳолатҳо ба табобати ғайримедикаментозӣ бартарӣ дода мешавад. Психотерапия усули асосие мебошад, ки ба бемор имконият медиҳад тарсу ваҳми худро бартараф созад ва ба мушкилоти эмотсионалии худ ғолиб ояду худназораткуниро ёд гирад [15,18]. Табобати медикаментозӣ дорои якчанд компонент мебошад, ки ҳар кадоми он ба табобати клиникаи мушаххас раввона шудааст. Препаратҳои антипсихотикӣ ва норадренергитикӣ, ба монанди клонидин, гуанфатсин, ки таъсири онҳо аз ҷиҳати клиникӣ исбот карда шудааст, барои қатъ кардани тикҳо ба таври васеъ истифода мешаванд. Препаратҳои хатти аввал дар миёни антипсихотикҳо рисперидон ва арипипразол мебошанд.

Препаратҳои хатти дуюм топирамат ва тетрабеназин мебошанд, аммо самаранокӣ ин препаратҳо исбот карда нашудааст. Баъзан дар табобат бензодиазепинро метавонанд, ки истифода кунанд, масалан, клоназепам, ки препарати хатти сеюм мебошад [2,13,14,16,17]. Дар тикҳои лонавии гардан аз токсини ботулинӣ истифода мекунанд. Барои беморони аз 20-сола калони дорои тикҳои вазнини қатънашаванда дар табоба-

ти СТ стимулятсияи амиқи майна сохта шудааст. Стимулятсия маъмулан ба ҳастаи таламус ва курраи рангпаридани дарунӣ равона шудааст [12,17,18]. Ба наздикӣ олимони дастгоҳи стимулятсиониро таҳия кардаанд, ки басомад ва вазнинии тикҳоро хеле кам мекунад. Дастгоҳро ба банди даст мепӯшонанд ва барои стимулятсияи асаби миёна (васатӣ) силсилаи ритмии импульсҳои шиддатнокияшон пастро ба вучуд меоранд. Ҳоло ин дастгоҳ дар давраи таҷрибавӣ қарор дорад.

Пешгӯӣ. Пешгӯӣ нисбатан хуб аст ва беморӣ бо ремиссия ё шифоёбӣ анҷом меёбад, агар тик дар синну соли 7-солагӣ қарор дошта бошад.

Мисоли клиникӣ. Таҳлили усулҳои клиникӣ-анамнези ва лабораторӣ-инструменталии писарбача Р. 9-сола бо синдроми Туретт, ки дар дар шуъбаи неврологии МД «Маҷмааи тандурустии Истиқлол», ш. Душанбе моҳи ноябри соли 2023 таҳти муолиҷа қарор дошт, гузаронида шуд.

Натиҷаҳои таҳқиқот: Писарбачаро бо шикоятҳои зиёд миҷазанӣ, чарх занонидан ва такон додани гардан, сарро ба ақиб партофтани, табассум, китфҳоро дарҳам кашидан, часту хез задан, ҳамчунин зузуд ғурғур кардан, сулфидан, хур-хур кардан ба клиника оварданд. Мувофиқи гуфтаи модар муайян карда шуд, ки кӯдак дар давоми як сол бемор аст, вақте ки бори нахуст паридани мушакҳои мимикӣ ва зуд-зуд хур-хур кардан, бӯ кашидан, сулфидан дар вай пайдо шуданд. Баъдан шикоятҳои зикршуда пайдо шуданд. Модар дар Р. зуд-зуд такрор шудани тикҳоро бо баланд шудани сарборӣ дар мактаб ва аз ҳам ҷудо шудани волидайн рабт медиҳад. Кӯдак дар қайди невролог буда, клоназепам, неулептил, депакин, кеппра, атаракс истеъмол кардааст. Як моҳ қабл аз ворид шудан ба статсионар миқдори тикҳои моторӣ ва садойи зиёд шудаанд, бинобар ин Р. дар шуъбаи неврологии кӯдакон барои таҳқиқ ва табобат бистарӣ карда шуд. Аз анамнези ҳаёт муайян карда шуд, ки писар аз ҳомилагии дуюм ва валодати якум бо танобаки печидани ноф таваллуд шудааст. Ҳангоми валодат модар камхунӣ



ва дар қисми аввал токсикоз дошт. Дар оила ду кӯдак аст, кӯдаки дуюм солим мебошад. Никоҳ хешутаборӣ набуд. Объективӣ: ҳолати кӯдак вазнини миёна буд. Узвҳо бетағйир аст. Статуси неврологӣ – бемор боҳуш ва ноором аст. нутқаш возех, бод или ноҳоҳам дар тамос мешавад, супоришхоро қисман иҷро мекунад. Спазми мушакҳои гардан ва пушт дида намешавад. Дар 12 чуфт асабҳои косоҳонаи сару майна дида шуд: осеби шомма дида намешавад; ҳаракати курраи чашм пурра; рӯй мутаносиб; шунавой муътадил; рефлексҳои бодомакҳову ҳалқум фаъол; фурубарӣ душворӣ надорад; садо бе тағйирот, ҳаракати сар ва гардан ба тарафҳо маҳдуд нест; забон дар марказ. Дар беморон тикҳои қисман идоранашавандаи вокалӣ (хур-хуркунӣ, бӯ кашидан, сулфидан, гур-гур кардан ва хандидан бо овози баланд) ва моторӣ (зуд-зуд мижа задан, чарх занонидан ва тақон додани гардан, ҳам кардани сар, табассум) мушоҳида мешавад, ки дар давоами рӯз зиёд такрор мешаванд. Ҳаракат дар андомҳо мукамал аст. Аломатҳои патологӣ ва симптомҳои менингеалӣ манфӣ. Функсиҳои узвҳои кос бе тағйи-

рот. Дар таҳлили умумии хун, пешоб ва пасафканд ва таҳлили боҳимиявии хун патология дида нашуд. Дар қарри чаши аз харду тараф ангиопатияи шабаия дида мешавад. Дар ЭЭГ- дар заминаи ритми номукаммали кишрӣ асабоният ва тағйирот бо чалб шудани сохторҳои мезодиэнсефалии майнаи сар ба протсессии патологӣ бартрӣ доранд. Дисфунксияи сатҳи диэнсефалӣ, омодагии ихтилоҷии майнаи сар (эпилепсияи чакка). Табобат ба кам кардани миқдор ва возеҳии гиперкинезҳои тикозӣ равона карда шудааст. Дар заминаи нейролептикҳо, антидепрессантҳо ва препаратҳои ноотропӣ табобати бозӣ, арттерапия, мусикитерапия, варзиши шифой ва масҳ гузаронида шудааст.

Хулоса. Ба чараёни музмин нигоҳ накарда, синдроми Жил де ла Туретта ба давомнокии ҳаёти бемор таъсир намерасонад, вале сифати ҳаётро хеле бад месозад. Беморон ба депрессия, хуруҷҳои ваҳшатзадагӣ, рафтори зидди чома майл доранд, аз ҳамин сабаб онҳо ба дастгирии психологӣ атрофиён ва фароҳам сохтани муҳити хуби эмотсионалии атрофии кӯдак зарурат доранд.

Адабиёт

1. Brunn R. D., Budman C. L. The natural history of Gilles de la Tourette's syndrome. Handbook of Tourette's syndrome and related tic and behavior disorders. — New York: Marcel Dekker, 1993. — P. 21–42.
2. Голубев В.Л., Вейн А.М. Неврологические синдромы: Руководство для врачей. - МИА, 2002. - 831 с.
3. Hoekstra P.J., Kallenberg C.G., Korf J., Minderaa R.B. Is Tourette's syndrome an autoimmune disease? // Mol Psychiatry. - 2002. - V. 7(5). - P. 437-45.
4. Singer H. S. Tourette's syndrome: from behaviour to biology // The Lancet Neurology. — 2005. — № 3. — P. 149–159.
5. Зыков В. П. Тик и синдром Туретта у детей. Часть 1 // Лечебное дело. — 2008. — № 4. — С. 3–9.
6. Garcia-Lopez R., Perea-Milla E., Garcia C. R. et al. New therapeutic approach to Tourette Syndrome in children based on a randomized placebo-controlled double-blind phase IV study of the effectiveness and safety of magnesium and vitamin B6 // Trials. — 2009. — № 16.
7. Зайцев, Д.Е. Синдром Жилия де ля Туретта: клинико-диагностические и терапевтические аспекты / Д.Е. Зайцев // Пособ. для врачей. - СПб.: Литография, 2013. - С. 66-75.
8. Стародубцев А.И., Карпов С.М., Долгова И.Н., Шевченко П.П. Основные вопросы топической диагностики заболеваний нервной системы. Учебно-методическое пособие. – Ставрополь, 2014, - 83 с.
9. Долгова И.Н., Стародубцев А.И, Карпов С.М., Стародубцев А.А. Избранные вопросы медицинской генетики. Учебно-методическое пособие. Ставрополь, 2014, с. - 63.



10. Гузева В. И., Вильниц А. А., Белоусова Е. Д. и др. Детская неврология, выпуск 1. Клинические рекомендации. — М.: Специальное Издательство Медицинских Книг, 2014. — 328 с.
11. Заваденко Н.Н., Доронина О.Б., Нестеровский Ю.Е. Хронические тики и синдром Туретта у детей и подростков: особенности диагностики и лечения // Журнал неврологии и психиатрии. – 2015. – № 1. – С. 102-109.
12. Tourette syndrome deep brain stimulation: a review and updated recommendations / L.E. Schrock, J.W. Mink, D.W. Woods et al. // Mov. Disord. – 2015. – № 30. – P. 448–471.
13. Чутко Л. С. Тики и синдром Туретта. — М.: Медицинское информационное агентство, 2016. — 176 с.
14. Применение нейролептиков в терапии гиперкинетического расстройства поведения у детей / Д.Н. Припутневич, В.А. Куташов, Д.А. Черных и др. // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 2018. – Т. 118, № 2. – С. 31–34.
15. Софронов А.Г., Зайцев Д.Е., Зайцев И.Д., Титов Н.А. Синдром Жилия Де Ла Туретта. Клинико-диагностические и терапевтические аспекты // Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова; Психоневрологический центр Д.Е. Зайцева. Выпуск: Том LI, № 4 (2019), С. 66-72.
16. Yu L., Li Y., Zhang J. The therapeutic effect of habit reversal training for Tourette syndrome: a meta-analysis of randomized control trials // Expert Rev Neurother. — 2020. — № 11. — P. 1189–1196.
17. Victorio M. C. Tic Disorders and Tourette Syndrome in Children and Adolescents // MSD Manual. — 2021.
18. Anderson P. Promising New Therapies for Managing Tourette Syndrome // Medscape. — 2023.

СИНДРОМ ЖИЛИЯ ДЕ ЛА ТУРЕТТА У ДЕТЕЙ

Бабаева Л.А., Шарифзода З.У., Сайдалиев Ш.Ш.

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

В статье представлена одна из редких патологий центральной нервной системы – синдром Жилия де ла Туретта. Приведены анализ литературы по данной патологии, описание клинической картины, факторов, провоцирующих возникновение за-

болевания, методы диагностики и лечения с описанием клинического случая мальчика 9 лет.

Ключевые слова: синдром Туретта, дети, диагностика, современные методы лечения, наследственность, тики.

GILLES DE LA TOURETTE’S SYNDROME IN CHILDREN

Babaeva L.A., Sharifzoda Z.U., Saidaliev Sh.Sh.

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

The article presents one of the rare pathologies of the central nervous system – Gilles de la Tourette’s syndrome. An analysis of the literature on this pathology, a description of the clinical picture, factors provoking the onset of the disease, methods

of diagnosis and treatment are presented with a description of the clinical case of a 9-year-old boy.

Key words: Tourette’s syndrome, children, diagnosis, modern treatment methods, heredity, ticks.

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



Шарифзода Заробиддин Убайдулло – лаборанти калони кафедраи таълими асосҳои бемориҳои кӯдаконаи МДТ “Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абуалӣ ибни Сино”, E.mail: zarobiddin.sharifzoda@mail.ru, тел.: 110031864.

Сайдалиев Шохсулаймон Шералиевич – лаборанти калони кафедраи таълими асосҳои бемориҳои кӯдаконаи МДТ “Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абуалӣ ибни Сино”, E.mail: awessallomsaydaliev@gmail.com, тел.: 903021070.

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

Шарифзода Заробиддин Убайдулло – старший лаборант кафедры пропедевтики детских болезней ГОУ «Таджикский государственный медицинский университет им. Абуали ибни Сино», E.mail: zarobiddin.sharifzoda@mail.ru, тел.: 110031864.

Сайдалиев Шохсулаймон Шералиевич - старший лаборант кафедры пропедевтики детских болезней ГОУ «Таджикский государственный медицинский университет им. Абуали ибни Сино», E.mail: awessallomsaydaliev@gmail.com, тел.: 903021070.

Babaeva Lola Abdunaimovna - head of the department of propaedeutics of children's diseases of the SEI “Avicenna Tajik State Medical University”, E.mail: lola.a.babaeva@mail.ru, тел.: 446003624.

Sharifzoda Zarobiddin Ubaydullo – senior laboratory assistant of the department of propaedeutics of children's diseases of the SEI “Avicenna Tajik State Medical University”, E.mail: zarobiddin.sharifzoda@mail.ru, тел.: 110031864.

Saidaliev Shokhsulaimon Sheralievich - senior laboratory assistant of the department of propaedeutics of children's diseases of the SEI “Avicenna Tajik State Medical University”, E.mail: awessallomsaydaliev@gmail.com, тел.: 903021070.

ЧАНБАИ ПЕШГУЌИ ДАР КЌДАКОНИ ГИРИФТОРИ ЛЕЙКОЗИ ШАДИД

Муҳаммаднабиева Ф.А., Исмоилов К.И., Ходжаева Н.Н., Давлатова С.Н.

Кафедраи бемориҳои кӯдаконаи №2 МДТ «ДДТТ ба номи Абуалӣ ибни Сино»

Муҳимият. Истилоҳи “лейкози шадид” дар соли 1889 аз ҷониби Вилхелм Эбштейн барои фарқ кардани лейкозҳои музмини босуръат инкишофёфтаи марговар ва нисбатан суст пешрафт чорӣ карда шудааст. Истилоҳи “лейкози шадид” ба омоси бофтаи гемопоэтикӣ бо осеби ибтидоии ма“зи устухон дахл дорад, ки субстрати морфологии он хучайраи бластикӣ мебошад. FАВ-таснифоти лейкозҳои шадид (1976, 1982) онҳоро ба лимфобластикӣ шадид ва “ай-рилимфобластикӣ (миелоиди) чудо кардааст. Таснифоти Созмони Ҷаҳонии Тандурусти дар соли 1999 тақсимои афзалиятноки ҳама омосҳои гемопоэтикӣ, аз ҷумла лейкози шадидро мувофиқи шўъбаи гемопоэтикӣ ба миелоиди ва лимфоиди муқаррар кардааст. Бо тамоми вариантҳои генетикии морфологӣ, иммунологӣ ва молекулавии лейкози шадид, зухуроти клиникаи онҳо чандон

мушаххас нест ва аз набудани гемопоэзи ма“зи устухон ва аломатҳои афзоиши омосҳо дар бадан ба вучуд меояд [1,5].

Бофтаи муқаррарии гемопоэтиро хучайраҳои омос иваз мекунад, ки аз хучайраҳои бунёдии омосҳо ва хучайраҳои омоси “баркамол” иборатанд, ки дифференсиатсияи худро дар сатҳи хучайраҳои морфологии бластҳо анҷом додаанд [2]. Дар натиҷа, камхунӣ, нейтропения ва тромбоцитопенияи дараҷаҳои гуногун бо зухуроти клиникаи мувофиқ ба амал меоянд. Онҳо, чун қоида, барои мурочиат ба ёрии тиббӣ сабаб мешаванд [2,3].

Асоси пунҷсияи ма“зи устухон ё ошкор кардани хучайраҳои бласт дар хуни периферӣ (бластемия) ё далели панситопения мебошад, ки аниқ генезиро талаб мекунад. Ба “айр аз инфилтратсияи бластии ма“зи устухон, дар лейкомиаи шадид, лейкомиаи

экстрамедулярӣ (лимфаденопатия, сплено-, гепатомегалия, инфилтратсияи ягон узв ва бофтаҳо) метавонад ба амал ояд. Зиёд будани хучайраҳои омос бо паҳншавии доимии онҳо гиперурикемияро ба вуҷуд меорад. Миқдори зиёди хучайраҳои омосро бо мавҷудияти нишонаҳои захролудшавии омос якҷоя кардан мумкин аст: талафоти вазн, арақи шабона, табларзаи паст [6]. Аз лаҳзаи ба даст овардани ремиссияи аввалин дар лейкоемияи шадид, аз як тараф, чувствӯи оптималии ХТ гузаронида шуда бошад, аз тарафи дигар, кӯшишҳо барои асоснок кардан ва татбиқи терапияи ба хатар мутобиқшуда анҷом дода шуданд, барои кам кардани захролудшавии табобат дар сураати мавҷуд будани натиҷаи хуб. Дар натиҷаи зиёда аз 30 соли инкишофи лейкоемияи муосир аҳамияти максималии пешгӯии лейкоемияи шадид, пеш аз ҳама маркерҳои генетикии молекуляри ё ходисаҳои пайдоиши клони омосҳо муқаррар карда шудааст [6,8]. Дар робита ба ин, таснифоти СУТ (1994, 2004, 2008) нуқсонҳои генетикиро ҳамчун меъёри асосии фарқ кардани вариантҳои лейкоемияи шадид мешуморад.

Бояд ба назар дошт, ки дар Ҷумҳурии Тоҷикистон омӯзиши ҳамаҷонибаи ҳалқаҳои ғайривиж ва вижаи масуният хангоми диатезҳои геморрагӣ дар кӯдакон анҷом дода нашудааст, сарфи назар аз он ки проблемаи мазкур дар тибби атфол ниҳоят муҳим мебошад.

Арзёбии динамикаи нишондиҳандаҳои клиникиву масуниятшиносӣ дар кӯдакони гирифтори диатези геморрагӣ на танҳо аҳамияти ташхисӣ, балки аҳамияти прогностикӣ низ дорад, чунки он имконият медиҳад, ки методҳои муносиб ва мувофиқи ташхис, табобат ва пешгирии беморӣ интихоб ва ба ин восита тамдиди муҳлат ва беҳтар кардани сифати ҳаёти ин гурӯҳи беморон имконпазир гардад.

Нуктаҳои дар боло зикргардида асоси роҳандозӣ шудани таҳқиқоти мазкур гардида.

Мақсад. Омӯхтани вобастагии аспектҳои пешгуи дар кӯдакони гирифтори лейкози шадид дар кӯдакон.

Мавод ва методҳои таҳқиқот. Бо мақсади ҳаллу фасли масъалаҳои дар матраҳгардида таҳқиқоти маҷмӯии 42 нафар кӯдакони гирифтори лейкози шадид. Кӯдаконро ба ду гуруҳ ҷудо шуда буданд. Ба гӯруҳи якум 32 нафар кӯдакон дохил шуд, ки бори аввал ба лейкози шадид гирифтор шуда буданд ва ба гӯруҳи дуюм 10 нафар кӯдакон дохил шуд, ки такроран бо ресидиви бемори бистари шуданд. Синну соли кӯдакон аз 3-14-сола буд. Гуруҳи тафтиширо 30 нафар, ки бо сину сол ва бо бемории дар боло зикр шуда мувофиқ буд. Ташхис дар асоси маълумоти анамнез, методҳои таҳқиқотҳои клиникӣ ва озмоишгоҳӣ гузошта шудааст. Методҳои хуншиносӣ аз гемограмма, миелограмма, коагулограмма, таҳлили биохимиявии хун иборат буд.

Натиҷаҳои бадастомада ва навгонии онҳо. Маълумоти бадастомада шаҳодат медиҳад, ки дар кӯдакони гирифтори лейкози шадид аломатҳои клиникӣ шаклҳои гуногуни лейкози шадид ба ҳам монанд буд. Дар расми клиникӣ аксар вақт лимфаденопатия, гепатоспленомегалия, синдроми геморрагӣ, оссалгия ва артралгия мушоҳида шуд, ки аломатҳои неврологӣ ва/ё менингеалии онҳо дар расми 1, 2 оварда шудаанд.



Дар расми 1, 2. Кӯдакон бо синдроми камхуни, геморрагӣ ва некротикӣ.

Аз гуфтаи олимони хориҷӣ асосан зухуроти онҳо ба иваз кардани бофтаи муқаррарии гемопоэтикӣ бо хучайраҳои омос, воридшавии онҳо ба узвҳои гуногун алоқаманд аст [1,7]. Дебюти лейкози шадид дар 76% кӯдакон аз табларзаи баланд, заъифӣ, захролудшавӣ, хунравӣ ва сироятҳои шадид бошад. Дар 24% кӯдакон гранулоситопенияи аниқ, осебҳои захмӣ-некротикии пардаи луобии



дахон, сурхрӯда, рӯдаҳо, нишонаҳои захро-лудшавии умумӣ гирифтोर шуданд. Зара-рҳои экстремедулярӣ дар лейкози шадид осе-бҳои ретина, тухмдонҳо, тухмдонҳо, пӯст (лейкемидҳо), бофтаҳои нарм (саркомаи ми-елоид ё гранулоситарӣ), шушҳо ва мушакҳои дилро дар бар мегиранд [5,6]. Дар ҳамаи кӯда-кони гирифтори лейкози шадид та“иротҳои хун аз ситопенияи сечониба то шаклҳои ги-перлейкоситоз ва бластемияи умумӣ фарқ карданд. Ремиссияи беморӣ дар 38 нафар кӯдакон (давомнокии он зиёда аз 5 сол - бар-қароршавӣ), ғавти барвақт дар 4 (марг дар давраи якум, дуҷоми химиотерапия) ё муқо-вимати аввалия (набудани ремиссия пас аз дукурси химиотерапия).

Дар сурати аз навбарқарор шудани аф-зоиши бластҳо пас аз давраи ремиссия, ре-сидив (хучумидуюм) лейкоемияи шадид қайд карда шуд. Ба муносибати пайдо шудани им-конияти муайян кардани хучайраҳои бластӣ на танҳо дар асоси усулҳои морфологӣ, бал-ки ба воситаи усулҳои иммунологӣ, ситогенетикӣ ва молекулавии биологӣ якҷанд на-муди ремиссияи лейкоемияи шадид чудо кар-да мешаванд [5]. Дар ремиссия бемори блас-този ма“зи устухон аз рӯи миелограмма кам-тар аз 5%, гемоглобин зиёда аз 100 г/л, лей-коситҳо аз 1,5Ч10⁹/л, тромбоситҳои зиёда аз 100,0Ч10⁹/л; Меъёри ремиссияи молекулавӣ мавҷуд набудани транскрипти онкоген ё он-копротеин дар хун ё ма“зи устухон мебошад. Дар ҳолатҳои, ки сарфи назар аз барномаи муолиҷаи анҷомшуда, транскрипти онкоген ё онкопротеин нигоҳ дошта мешавад, бемо-рии ҳадди ақали боқимонда муайян карда мешавад, ки он бояд мониторинги генетикии молекулавӣ, инчунин ремиссияи молекулавӣ, барои сари вақт ошкор кардани такрори молекулавӣ дар ҳолати афзоиши концентрат-сияи транскрипт [8].

Дар табобати барномавии лейкоемияи шадид (универсалӣ барои ҳама намудҳои лейкоемияи шадид) ва химиотерапияи мус-тақими зиддибластӣ (вобаста ба намуди лей-кемия мушаххас). Набудани табобати муво-фиқи ҳамроҳи ноил шудан ба таъсири хи-миотерапияро истисно мекунад [6]. Дар таҳқиқоти нашршуда, давомнокии миёнаи

умр пас аз тасдиқи ташҳис бо лейкози муз-мин аз 42 моҳ то 7 сол фарқ мекард.

Пешгӯи дар типии кӯдакон оқибати бад дошта - беморон дар давраи терминалӣ бла-стози тоталӣ, бо нейролейкоз мефафтанд. Дар 58 беморони МТД МД ҚТ “ Шифо-бахш” шӯбаи гематология кӯдакона аз соли 2011 то ҳол зиёда аз 10 сол ё бештар аз он зиндагӣ карда истодаанд. Пас аз трансплан-татсияи бомуваффақияти ма“зи устухон ва табобати умумии радиатсионӣ, дар ҳамаи шакли лейкоз, сиҳатёбӣ имкон дорад [5]. Дар 5 кудакони ба лейкози шадид гирифтورشуда трансплантатсияи трансплантатсияи бо-муваффақияти ма“зи устухон бомуваффа-қият дар давлатҳои хорича гузаронида шуд.

Беморони дар ремиссияи клиникаию лабо-раторӣ буда, дар назорати диспансерӣ МТД МД ҚТ “ Шифобахш” шӯбаи гематология кӯдакона қарор дорад. Бинобар ин ҳамаи беморон то охир аз ҷониби гематолог қайд гирифта шуданд. Тадқиқоти молекулавӣ-ге-нетикии лейкоцитҳои хуни периферикӣ бо муайян кардани миқдори гени химерии VCP/Avb ҳар моҳ гузаронида мешавад. [1,5]. Ба беморон пунқсияи ма“зи устухон бо та-дқиқоти морфологӣ ва ситогенетикӣ барои ташҳиси барвақтии гузариши фазаи шадид ба фазаи суръатбахшӣ дар 3 моҳ 1 мароти-ба таъин карда шудааст. Ҳар шаш моҳ ба-рои муайян кардани дараҷаи лимфолейкоз гузаронидани пунқсияи стерналии ма“зи ус-тухон гузаронида шудааст. Мушоҳида дар соли сеюми терапия ва минбаъд вобаста ба таъсири клиникӣ-гематологӣ ва молеку-лавӣ-генетикии табобати гузаронидашуда гузаронида шуд.

Пас аз трансплантатсияи хучайраҳои бунёдии гемопоэтикӣ, беморон одатан дар маркази махсуси трансплантатсия аз рӯи схемаҳои махсус таҳияшуда вобаста ба усу-ли трансплантатсияи хучайраҳои бунёдии гемопоэтикӣ ба қайд гирифта шуд. ’айр аз муолиҷаҳои ташҳисӣ ва табобатӣ, дар 5 бе-мор, ки барои назорати ҳолати ремиссия аз рӯи бемории асосӣ зарур буд, ҳолати транс-плантатсия, вазъияти сироятӣ, фаъолияти реаксияи иммунологии “трансплантатсия бар зидди мизбон” арзёбӣ карда шудааст.



Хулоса. Ҳамин, тариқ беморони гирифторӣ лейкози шадид пешгӯии беморӣ дар таҳқиқоти гузаронида шуда аз бисёр омилҳо вобаста буд, аз чумла синну соли пайдоиш, андозаи испурч ва чигар, миқдори бластҳо, тромбоситҳо, эозинифилҳо ва базофилҳо дар хуни канорӣ. Илова бар ин, дар айни замон табобати гузаронидашуда омили муҳими пешгӯӣ ҳисобида мешавад. Дар таҳқиқо-

ти нашршуда, давомнокии миёнаи умр пас аз тасдиқи ташҳис бо лейкози шадид аз 42 моҳ то 7 сол фарқ мекард. Бояд қайд кард, ки ин корҳо танҳо дар солҳои охир истифодаи ингибиторҳои тирозинкиназаҳо барои табобати миелолейкози музмин дар амалияи клиникӣ ба назар нагирифтаанд, ки интизор меравад, ки давомнокии умри беморони гирифтори лейкозро зиёд кунанд.

Адабиёт

1. Волкова, А.В. Анемия и другие болезни крови. Профилактика и методы лечения / А.В Волкова. - М.: Центрполиграф, 2017. - 732 с.
2. Вёрткин, А. Л. Анемия. Руководство для практических врачей: моногр. / А.Л. Вёрткин. - М.: Эксмо, 2021. - 480 с.
3. Посттрансфузионные реакции на концентраты тромбоцитов у 225 гематологических больных / А. Ф. Рахмани, Е. А. Михайлова, И. В. Дубинкин и др. // Трансфузиология. – 2017. – №5, Т.18. - С.68-71.
4. Рахмани, А. Ф. Тактика трансфузионной терапии концентратами тромбоцитов у больных депрессиями кроветворения / А. Ф. Рахмани, Е. А. Михайлова, И. В. Дубинкин // Гематология и трансфузиология. – 2017. – №4, Т.62. - С.218-222.
5. Ueda M. et al. Immunoglobulin therapy in hematologic neoplasms and after hematopoietic cell transplantation.// Blood Rev. 2018 Vol. 32, № 2 P. 106–115.
6. Fisher B.T. et al. Effect of Caspofungin vs Fluconazole Prophylaxis on Invasive Fungal Disease among Children and Young Adults with Acute Myeloid Leukemia: A Randomized Clinical Trial // JAMA - J. Am. Med. Assoc. American Medical Association, 2019 Vol. 322, № 17 P. 1673–1681.
7. Toyama D. et al. Successful Treatment of Pediatric Refractory/Relapsed AML with KIR-Ligand-Mismatched Cord Blood Transplant after FLAG-IDA Reinduction Therapy with or without the GO Regimen // Case Rep. Hematol. Hindawi Limited, 2020 Vol. 2020.
8. Winestone L.E. et al. Disparities in pediatric acute myeloid leukemia (AML) clinical trial enrollment // Leuk. Lymphoma. Taylor and Francis Ltd, 2019 Vol. 60, № 9 P. 2190–2198.

ПРОГНОСТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ У ДЕТЕЙ С ОСТРЫМ ЛЕЙКОЗОМ

Мухаммаднабиева Ф.А., Исмоилов К.И., Ходжаева Н.Н., Давлатова С.Н.

Кафедра детских болезней №2 ГОУ «ДДТТ имени Абуали ибни Сино»

Цель. Изучить прогностические аспекты у детей с острым лейкозом.

Материалы и методы. Для решения поставленных в работе задач было проведено комплексное обследование 42 детей с острым лейкозом. Дети были разделены на 2 группы. В первую группу вошли 32 ребенка в первые выявленным лейкозом, а вторая группа составила 10 детей с рецидивом болезни.

Результаты. Полученные данные говорят о том, что в дебюте острого лейкоза у 76% детей начинается с лихорадки, слабостью, геморрагическим и инфекционным процессами. Клинически чаще всего отмечалось лимфаденопатия, гепатоспленомегалия, геморрагический синдром, оссалгия и нейролейкоз. При

тотальном бластном кризе и при нейролейкозе прогноз не благоприятный и фатальный.

Заключение. Таким образом аспекты прогноза у детей с острым лейкозом зависят от нескольких провоцирующих факторов, возраст ребенка, размер печени и селезенки, количество бластов, компонентов периферической крови. Вдобавок, от проводимой терапии может зависеть прогноз болезни. В данном исследовании, продолжительность жизни детей варьировало от 42 месяцев до 7 лет.

Ключевые слова. Лейкоз, геморрагический синдром, гипепластический синдром, некротический синдром, бласты, оссалгический синдром, нейролейкоз, лейкоимиды, интоксикационный синдром, химиятерапия.



PROGNOSTIC ASPECTS IN CHILDREN WITH ACUTE LEUKEMIA

Muhammadnabieva F.A., Khodjaeva N.N., Ismoilov K.I., Davlatova S.N.

Department of children diseases №2 State educational institution «Tajik State University named after Abuali ibni Sino»

Purpose. To study prognostic aspects in children with acute leukemia.

Materials and methods. To solve the problems posed in the work, a comprehensive examination of 42 children with acute leukemia was carried out. The children were divided into 2 groups. The first group included 32 children with the first diagnosed leukemia, and the second group consisted of 10 children with relapse of the disease.

Results. The data obtained indicate that the onset of acute leukemia in 76% of children begins with fever, weakness, hemorrhagic and infectious processes. Clinically, lymphadenopathy, hepatosplenomegaly, hemorrhagic syndrome, ossalgia and neuroleukemia were most often

noted. In case of total blast crisis and neuroleukemia, the prognosis is not favorable and fatal.

Conclusion. Thus, aspects of the prognosis in children with acute leukemia depend on several provoking factors, the age of the child, the size of the liver and spleen, the number of blasts, peripheral blood components. In addition, the prognosis of the disease may depend on the therapy performed. In this study, the life expectancy of children ranged from 42 months to 7 years.

Key words. Leukemia, hemorrhagic syndrome, hyperplastic syndrome, necrotic syndrome, blasts, osalgic syndrome, neuroleukemia, leukimoids, intoxication syndrome, chemotherapy.

Муҳаммаднабиева Фаришта Абдулрахимовна – н.и.т., ассистенти кафедраи бемориҳои кӯдакони №2 МТД “ДДТТ ба номи Абуали ибни Сино” E-mail: farishta.am.86@mail.ru

Мухаммаднабиева Фаришта Абдулрахимовна – н.и.т., ассистент кафедры детских болезней №2 ГОУ “ДДТТ имени Абуали ибни Сино” E-mail: farishta.am.86@mail.ru

Muhammadnabieva Farishta Abdulrahimovna – c.m.s., assistant department of children diseases №2 State educational institution «Tajik State University named after Abuali ibni Sino» E-mail: farishta.am.86@mail.ru

Исмоилов Комилҷон Исроилович д.и.т., профессори кафедраи бемориҳои кӯдакони №2 МТД «ДДТТ ба номи Абуали ибни Сино» isroil.ismoilov.52@mail.ru

Исмоилов Комилҷон Исроилович д.м.н., профессор кафедры детских болезней №2, «ТГМУ им. Абуали ибни Сино»; isroil.ismoilov.52@mail.ru

Ismoilov Komiljon Isroilovich Doctor of medical Sciences, professor of the Department of children diseases №2 State educational institution «Tajik State University named after Abuali ibni Sino»; isroil.ismoilov.52@mail.ru

Хочаева Некзан Назарбековна н.и.т., ассистенти кафедраи бемориҳои кӯдакони №2 МТД «ДДТТ ба номи Абуали ибни Сино» khodjaevanikzan@gmail.ru

Ходжаева Некзан Назарбековна к.м.н., ассистент кафедры детских болезней №2, «ТГМУ им. Абуали ибни Сино»; khodjaevanikzan@gmail.ru

Khodjaeva Nekzan Nazarbekovna Candidate of medical Sciences, assistant of the Department of children diseases №2 State educational institution «Tajik State University named after Abuali ibni Sino»; khodjaevanikzan@gmail.ru

Давлатова Сохира Назировна н.и.т., доцент кафедраи бемориҳои кӯдакони №2 МТД «ДДТТ ба номи Абуали ибни Сино»; sokhira@mail.ru

Давлатова Сохира Назировна к.м.н., доцент кафедры детских болезней №2, «ТГМУ им. Абуали ибни Сино»; sokhira@mail.ru

Davlatova Sokhira Nazirovna Candidate of medical Sciences, associate Professor of the Department of children diseases №2 State educational institution «Tajik State University named after Abuali ibni Sino»; sokhira@mail.ru

БЕМОРИҲОИ СИРОЯТӢ

БЕМОРИИ ФАЛАҶ ДАР ЧОРАБИНИҲОИ ЗИДДИЭПИДЕМИЯВВ ДАР ҶУМҲУРИИ ТОҶИКИСТОН

Мирзоев А.С.,¹ Азимов А.Г.¹, Матинов Ш.Қ.², Азимов Г.Ҷ.¹

¹Шубъаи таълим ва аспирантураи МД “Пажухишгоҳи тибби профилактикии Тоҷикистон”.

²МТД «ДДТТ ба номи Абуалӣ ибни Сино».

Мухиммият. Давраи муборизаи самарноки инсоният бар зидди полиомиелит тақрибан 50 солро дар бар мегирад, замоне ки вакцинаҳо аз вирусҳои ғайрифайзолашуда [1] ва зиндаи сусти [2,3] полиомиелит сохта шуда буданд. Истифодаи васеи вакцинаҳои зикршуда дар нигоҳдории тандурустии амалӣ дар солҳои 1955–1963 [4,5] имконият дод, ки дар ҳамаи кишварҳо беморшавӣ ба полиомиелит якбора кам карда шавад, ки ин барои коркард ва татбиқи барномаи аз байн бурдани ин сироят замина фароҳам овард [6, 7, 8, 9].

Ба шарофати татбиқи самараноки барномаи глобалии аз байн бурдани полиомиелит, гитрифторшавӣ ба ин беморӣ ба таври пайваста кам мешавад: танҳо дар давраи солҳои 1985 - 1994г миқдори ҳолатҳои гитрифторшавӣ ба полиомиелит, ки ҳамасола дар маълумотномаҳои ба ТУТ пешниҳоднамудаи кишварҳо, то 6241, яъне то 84% кам шудааст[15].

Аввалин чорабиниҳо оид ба татбиқи барномаи аз байн бурдани полиомиелит дар Ҷумҳурии Тоҷикистон аз солҳои 1994-1995 дар доираи Барномаи миллии мақсадноки иммунопрофилактика ва аз соли 1995 дар доираи «Нақшаи миллии корҳо оид ба аз байн бурдани полиомиелит то соли 2000-ум» шуруъ шуданд ва корҳои комплексии бисёрпаҳлу оид ба ноил шудан ба мақсадҳои дар пеш гузошташуда амалӣ гаштанд.

Дар доираи татбиқи барномаҳои зикршуда тақдир додани назорати эпидемиологӣ пешбинӣ шуда буд. Дар Ҷумҳурии Тоҷикистон чихати ташкил ва баргузори назорати эпидемиологӣ полиомиелит таҷрибаи бузург захира шудааст. Дар баробари ин, хатари интиқол ёфтани полиовируси ваҳшӣ аз кишварҳои, ки дар онҳо ҳолатҳои полиомиелити аз вирусҳои вақинавӣ пайдошуда

ба қайд гирифта мешавад, ҳоло ҳам мавҷуд аст. Дар соли 2002 Тоҷикистон дар якҷоягӣ бо тамоми манотиқи Аврупои ТУТ ҳамчун кишвари аз полиомиелит озод ба қайд гирифта шуд. Вазъияти пас аз байн бурдани он тақдир додани чорабиниҳои ташкилӣ, профилактикӣ, зиддиэпидемикиро барои нигоҳ доштани статуси Ҷумҳурии Тоҷикистон ҳамчун кишвари озод аз полиомиелит талаб карда мешавад.

Мақсади таҳқиқот: Баҳодихӣ ба вазъи эпидемиологӣ полиомиелит ва ҷавоб ба хуруҷҳои полиомиелит дар солҳои охир дар Ҷумҳурии Тоҷикистон.

Мавод ва усулҳои таҳқиқот: Омӯзиши вазъи эпидемиологӣ, хусусиятҳои хуруҷҳои алоҳидаи полиомиелит дар Ҷумҳурии Тоҷикистон ва таҳлили чорбиниҳои зиддиэпидемикии зидди хуруҷҳо.

Натиҷаҳо ва баррасии онҳо. Дар давоми даҳсолаи охир Ташаббуси глобалии аз байн бурдани полиомиелит (ТШБП) ба таври системавӣ ба самти расидан ба ҳадафҳои аз байн бурдани ин беморӣ пеш рафтааст. Дар солҳои 2015 - 2019 мутаносибан аз барҳам додани полиовируси ваҳшӣ (ПВВ) –и 2 ва 3 (ПВВ 2 ва ПВВ 3) эълон шуда буд; дар соли 2014 аз тарафи Ташкилоти Умумиҷаҳонии Тандурустӣ минтақаи аз полиовирус озод Минтақаи Осиёи Ҷанубӣ-Шарқӣ эълон карда шуд; тамоман ба наздикӣ, дар моҳи августи соли 2020 сертификати минтақаи озод аз полиовируси ваҳшӣ (ПВВ)-ро минтақаи Африқои ТУТ соҳиб гашт. Аммо қадамҳои ниҳой дар роҳи аз байн бурдани полиомиелит хеле мушкил буданд.

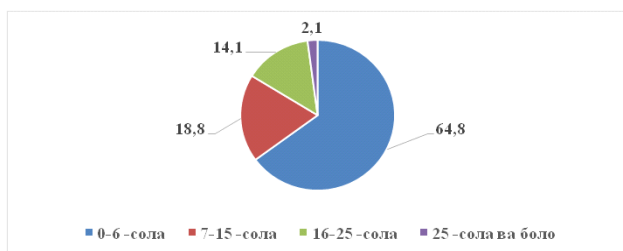
Дар соли 2010 воридшавии полиовируси ваҳшии тип 1 ба минтақаҳои Аврупои ТУТ ба мушоҳида мерасад. Дар Ҷумҳурии Тоҷикистон хуруҷи бузурги полиомиелит



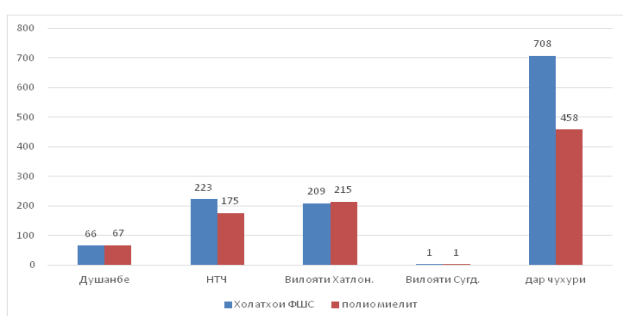
ба қайд гирифта шуд. Миқдори ҳолатҳои полиомиелит дар Тоҷикистон 49% -и ҳама полиовируси ваҳшии тип 1 –ро дар ҷаҳонро (458 аз 940) ташкил дод. Ҳолатҳои охиринаи полиомиелит дар Тоҷикистон дар соли 1994 ба қайд гирифта шуда буд. Дар соли 2002 Тоҷикистон якҷоя бо ҳама кишварҳои минтақаи Аврупо аз тарафи ГУТ ҳамчун минтақаи озод аз сиркулятсияи полиовируси ваҳшии полиомиелит ба қайд гирифта шуд.

Ҳаёти синнусолии фалаҷи шадиди сусти (ФШС) ба қайд гирифташуда асосан дар байни кӯдакони то 6-сола дида шуд (расми 1).

Расми 1. Ҳиссаи ҳолатҳои ФШС аз ҷиҳати синну сол дар соли 2020 дар Ҷумҳурии Тоҷикистон.



Расми 2. Миқдори ҳолатҳои ба қайд гирифташудаи ФШС ва ҳолатҳои тасдиқшудаи полиомиелити фалаҷ дар соли 2020 дар Ҷумҳурии Тоҷикистон.



Ҳолатҳои тасдиқшудаи полиомиелити фалаҷӣ дар 35 аз 61 воҳидҳои маъмурӣ-минтақавӣ муайян карда шуд, ки 58 ноҳия ва 3 шаҳр- Душанбе, Бохтар (собиқ Қургонтеппа) ва Хучандро дар бар гирифтааст. Кӯдакони то 1-сола- 19%, кӯдакони 1-5 -сола – 49% и беморшудагонро ташкил доданд. Кӯдакони 6-14-сола 19%, 15 –сола ва калон – 12% -и ҳама ҳолатҳои тавассути таҳлилҳои лабораторӣ тасдиқшудаи полиомиелитро

ташкил доданд. Қайд кардан зарур аст, ки ҳолатҳои фавти сироят – 29 ҳолат аз 458 ҳолати лабораторӣ тасдиқшуда (6,3%) мушоҳида шуд. Ҳолати охиринаи полиомиелит, ки полиовируси ваҳшии серотипи 1 ба вуҷуд овардааст, дар Тоҷикистон 4 –уми июли соли 2010 ба қайд гирифта шуд.

Дар зиёда аз нисфи ҳолатҳои тавассути таҳлилҳои лабораторӣ тасдиқшудаи полиомиелит маълумот дар бораи ваксинатсия дида нашуд. Ҳолати баамаломата аз дағалона вайрон кардани баргузориҳои ваксинатсияи кӯдакон бар зидди полиомиелит дар давлати якҷанд сол ва аз сифати пасти назорати полиомиелит ва ФШС гувоҳӣ медиҳанд.

Полиовируси ваҳшии тип 1 ба Тоҷикистон аз Ҳиндустон ворид карда шудааст. Робитаи филогенетикии полиовируси ваҳшии тип 1, ки дар Тоҷикистон хуруҷ карда буд, полиовируси дар Шимоли Ҳиндустон гардишкунанда, нишон дод, ки ҳолатҳои алоҳидаи воридшавии полиовируси ваҳшӣ мавҷуданд. Барои қатъ кардани хуруҷ дар соли 2020 дар Тоҷикистон 6 марҳалаи (раунди) Рӯзҳои миллии иммунизатсия гузаронида шуд, аввал 4 раунди моноваксинатсияи ФШС тип 1, баъдан раунди 2 ФШС-и секомпонентӣ.

Ҳукумати Ҷумҳурии Тоҷикистон Стратегияи барҳамдиҳии полиомиелит ва сироятҳои бо иммунизатсия идорашавандаро, ки тибқи қарори «Барномаи миллии иммунопрофилактика дар Ҷумҳурии Тоҷикистон дар давраи солҳои 2011-2015», «Барномаи миллии иммунопрофилактика дар Ҷумҳурии Тоҷикистон дар давраи солҳои 2016-2020» ва «Барномаи миллии иммунопрофилактика дар Ҷумҳурии Тоҷикистон дар давраи солҳои 2021-2025» дар сатҳи Вазорати тандурустӣ ва ҳифзи иҷтимоии аҳолии Ҷумҳурии Тоҷикистон «Стратегияи воқуниш нишон додан ҳангоми воридсозии полиовируси ваҳшӣ» тасдиқ шудаанд, пайгирӣ намунадааст. Ин ҳуҷҷатҳои стратегӣ дар асоси қувват бахшидан ба назорати эпидемиологии ФШС статуси Ҷумҳурии Тоҷикистонро ҳамчун кишвари озод аз полиомиелит (қатъ кардани воридшавии полиовируси ваҳшӣ аз хориҷ) нигоҳ медоранд.



Ба пурқувват гардонидани системаи назорати эпидемиологӣ нигоҳ накарда, пурра пешгирӣ намулани воридшавии сироят аз кишварҳои дорой гардиши баланди вирус (Ҳиндустон, Покистон ва Афғонистон) муъясар нагардид. Дар тохири соли 2020 ва дар тамоми давраи соли 2021 дар Ҷумҳурии Тоҷикистон хуручи навбатии полиомиелит ба қайд гирифта шуд. Ҳамагӣ зиёда аз 178 ҳолати ФШС ба қайд гирифта шуд, ки аз дар 34 ҳолат полиовируси гардишкунандаи васинаи хешовандии типии 2 ба мушоҳида расид. Ин ҳолатҳо дар 11 ноҳияи вилояти Хатлон (Ҷ. Балхӣ, Вахш, Шаҳрғуз, Қабодиён, Дӯстӣ, Панҷ, Кушонӣён, Хуросон, Ҷайхун, Ёвон ва ш.Бохтар), се шаҳр ва ноҳияҳои тобеи ҷумҳурӣ (Ҳиссор, Ваҳдат, Рашт) ва шаҳри Душанбе ба қайд гирифта шуданд.

Барои муайян намудани ҳама намудҳои энтеровирусҳо дар муҳити атроф, мувофиқи тавсияи ТУТ кишвар бори нахуст назорати эпидемиологии вируси дар муҳити атроф гардишкунандаро дар шакли чамъоварӣ намудани оби партов дар шаҳри Душанбе, дар зичтарин минтақаи кишвар муқаррар намуданд.

Дар лабораторияҳои муътабари ТУТ дар Исломобод ва Амстердам 32- намунаи оби партовро фиристоданд, ки дар 20-тои онҳо ВРПВ2-и гардишкунанда муайян карда шуд.

Дар давраи аз моҳи май то июли соли 2021 ду раунди умумимиллии иловагии рӯзҳои иммунизатсия бо истифода аз ваксинаи нави оралии полиомиелити типии 2- (нОПВ2) дар байни кӯдакони 0-65 моҳа гузаронида шуд, ки фарогирии он дар раунди якум 99,2%, дар раунди дуюм 99,1%-ро ташкил дод. Аз 30-юми август то 12-уми сентябри соли 2021 раунди субмиллии рӯзҳои иловагии иммунизатсия дар шаҳри Душанбе,

ноҳияҳои тобеи ҷумҳурӣ ва дар вилояти Хатлон бо истифода аз нОПВ2 дар байни кӯдакони 0-56 моҳа гузаронида шуд, ки фарогирии он 99,6-ро ташкил дод.

Мувофиқи натиҷаҳои баҳодихӣ ба чорабиниҳои воқуниш нишон доданба хуручи сироят, ки аз тарафи ТУТ дар давраи аз с 11-ум то 15-уми апрели соли 2022 гузаронида шудааст, хулоса бароварда шуд, ки гардиши полиовирус дар Тоҷикистон қатъ шудааст.

Чамъбаст ва хулосаҳо.

Натиҷаҳои таҳлили гузаронидашудаи эпидемиологӣ дар ҷавоб ба хуручи полиомиелит дар солҳои охир имконият медиҳанд, ки якҷанд хулосаи хусусӣбароварда шавад, ки барои таҳқиқоти мо низ ҷолиб мебошанд:

Ш Системаи назорати эпидемиологӣ аз болои ФШС ҳассосияти баланди худро дар сари вақт муайян кардани нишондиҳандаҳои индикатории кишвар нишон дод.

Ш Ба таври лабораторӣ тасдиқ карда шудааст, ки сарчашмаи пайдо шудани хуручи полиомиелит дар солҳои 2010 ва 2021 штаммҳои воридкардашуда аз Ҳиндустон ва Покистон омадаанд.

Ш Кишвар дар муҳлати кӯтоҳ тавонист, ки хуруҷҳоро қатъ намояд ва ба кишвар статуси «озод» аз полиомиелитро баргардонид.

Ш Ваксинаи нави оралии полиомиелити типии 2 (нОПВ2) самаранокӣ ва бехатарии худро дар муқобили хуручи соли 2021-2022 нишон дод.

Тавсияҳо:

· Такмил додани системаи назорати эпидемиологӣ бар ҳолатҳои ФШС.

· Давом додани назорати эпидемиологии муҳити атроф дар шакли чамъоварии оби партов ва таҳқиқи лаборатории ҳама намудҳои энтеровирусҳо дар муҳити атроф.

Адабиёт

1. Salk, J.E. Consideration in the preparation and use of poliomyelitis virus vaccine / J.E. Salk // JAMA. – 1955. – V. 148. – P. 1239–1248.
2. Sabin, A.B. Properties and behavior of orally administered attenuated poliovirus vaccine / A.B. Sabin // JAMA. – 1957. – V. 164. – P. 1216–1223.
3. Sabin, A.B. Oral poliovirus vaccine: history of its development and use, and current strategies to eliminate poliomyelitis from the world / A.B. Sabin // J. Infect. Dis. – 1985. – V. 151. – P. 420–436.



4. Смородинцев, А.А. Иммунопрофилактика детских вирусных инфекций: актовая речь / А.А. Смородинцев. – Л., 1979. – 36 с.
5. Чумаков, М.П. Некоторые итоги работ по массовой иммунизации населения Советского Союза против полиомиелита живой вакциной из штаммов Альберта Б. Сэбина / М.П. Чумаков [и др.] // Полиомиелитная пероральная живая вакцина. – М., 1961. – С. 12–26.
6. Гендон, Ю.З. Прекращение циркуляции диких штаммов вируса полиомиелита как принципиальное условие сертификации искоренения полиомиелита / Ю.З.Гендон //Материалы научной конференции, посвященной 90-летию со дня рождения М.П. Чумакова «Актуальные проблемы медицинской вирусологии». – М., 1999. – С. 18.
7. Проблемы ликвидации полиомиелита: монография / Г.Г. Онищенко [и др.]. – СПб., 2008. – 304 с.
8. Dowdle, W. The principles of disease elimination and eradication / W. Dowdle // Global disease elimination and eradication as public health strategies. Bull. WHO. – 1998. – V. 76 (Suppl. 2). – P. 22–25.
9. Dowdle, W. Poliomyelitis eradication / W. Dowdle [et al.] // Virus Res. – 1999. – V. 62, № 2. – P.185–192.
10. Global eradication of poliomyelitis by the year 2000 // Wkly Epidemiol. Rec. – 1998. – V. 63, № 22. – P. 161–162.
11. Hull, H.F. Perspectives from the global poliomyelitis eradication initiative. Global disease elimination and eradication as public health strategies / H.F. Hull [et al.] // Bull. WHO. – 1998. – V. 76 (Suppl. 2). – P. 42–46.
12. Melgaard, B. Disease eradication and health systems development / B. Melgaard [et al.] // Global disease elimination and eradication as public health strategies. – Bull. WHO. –1998. – V. 76 (Suppl. 2). – P. 26–31.
13. Облапенко, Г. Ликвидация полиомиелита в Европейском регионе ВОЗ: состояние, успехи и проблемы, 1988–1998 гг. / Г. Облапенко, S. Wassilak S, Г. Липская // Материалы Второй международной конференции «Идеи Пастера в борьбе с инфекциями». – СПб., 1998. – С. 5–7.
14. Облапенко, Г.П. Ликвидация полиомиелита в Европе: актовая речь к 80-летию Санкт-Петербургского Института Пастера / Г.П. Облапенко. – СПб., 2003. – 52 с.
15. Стратегия ликвидации полиомиелита на 2022–2026 гг.: резюме [Polio Eradication Strategy 2022–2026: executive summary] www.polioeradication.org
16. С.М. Харит, В.С. Покровский, А.А. Рулёва, И.В. Фридман/ Вакцинация в современном мире.

АНАЛИЗ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ПОЛИОМИЕЛИТОМ В РЕСПУБЛИКЕ ТАДЖИКИСТАН И ПРОВЕДЕНИЕ ПРОТИВОЭПИДЕМИЧЕСКИХ МЕРОПРИЯТИЙ Мирзоев А.С. ¹, Азимов А.Г. ¹, Матинов Ш.К. ², Азимов Г.Дж. ².

¹Отдел образования и аспирантуры ГУ «Таджикский научно-исследовательский институт профилактической медицины», ²ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино».

Цель исследования: Оценка эпидемиологической ситуации полиомиелита и ответ на вспышки полиомиелита за последние годы в Республике Таджикистан.

Материалы и методы: Изучение эпидемиологической ситуации, характеристика отдельных вспышек полиомиелита в Респуб-

лике Таджикистан и анализ противоэпидемических мероприятий в ответ на вспышки.

Результаты: в статье представлены результаты эпидемиологического анализа полиомиелита в Республике Таджикистан и прерженности страны по данному вопро-



су. Проведено оценка противоэпидемических мероприятий двух последних вспышках полиомиелита в период действия сертификата страны «свободной» от полиомиелита. Также описано внедрения новой оральной полиомиелитной вакцины типа 2 (нОПВ2) в ответ на вспышку вакцинно родственного полиовируса.

Заключение: Стратегия ликвидации полиомиелита ВОЗ является инструментом для поддержания статуса страны как «свобод-

ной» от полиомиелита. Совершенствование систему эпидемиологического надзора за случаями ОВП согласно стратегии, ВОЗ по ликвидации полиомиелита с целью раннего выявления новых случаев полиомиелита необходимо, так как риск завоза из соседних неблагополучных по полиомиелиту стран (Индия, Пакистан и Афганистан) высок.

Ключевые слова: полиомиелит, эпидемиологическая ситуация, нОПВ2, Таджикистан.

ANALYSIS OF IN THE REPUBLIC OF TAJIKISTANE AND IMPLEMENTATION EPIDEMIC MEASURES

Mirzoev A. S.¹, Azimov A. G.¹, Matinov Sh. K.², Azimov G. J.

¹Department of Education and Postgraduate Institution “Tajik Research Institute of Preventive Medicine”, ²Institution “Abuali ibni Sino TSMU”.

Purpose of the study: Assessment of the epidemiological situation of poliomyelitis and response to polio outbreaks in recent years in the Republic of Tajikistan.

Materials and methods: Study of the epidemiological situation, characteristics of individual polio outbreaks in the Republic of Tajikistan and analysis of anti-epidemic measures in response to outbreaks.

Results: The article presents the results of an epidemiological analysis polio in the Republic of Tajikistan and the country's commitment to this issue. An assessment of the anti-epidemic measures of the last two polio outbreaks during the period of validity of the certificate of the

country “free” from polio was carried out. The introduction of a new oral polio vaccine type 2 (nOPV2) in response to an outbreak of a vaccine-related poliovirus is also described.

Conclusion: WHO Polio Eradication Strategy is a tool for maintaining a country's polio-free status. Improving the system of epidemiological surveillance of AFP cases according to the WHO polio eradication strategy for the early detection of new polio cases is necessary, as the risk of importation from neighboring polio-affected countries (India, Pakistan and Afghanistan) is high.

Key words: poliomyelitis, epidemiological situation, nOPV2, Tajikistan.

Мирзоев Азамджон Сафолович – н.и.т., дотсент, шубаи таълим ва аспирантураи МД “Пажухишгоҳи тибби профилактикии Тоҷикистон”, – тел: +992 907 70 98 72; e-mail: azamdjon@mail.ru

Азимов Азим Гурезович - шубаи таълим ва аспирантураи МД “Пажухишгоҳи тибби профилактикии Тоҷикистон”, – тел: +992 901 00 47 86; e-mail: azim.azimov2021@mail.ru

Матинов Шарофиддин Кутфидинович – н.и.т., дотсенти кафедраи бемориҳои сироятии МТД «ДДТТ ба номи Абуалӣ ибни Сино», тел: 918 17 79 05, E mail: dr-matin@mail.ru

Азимов Гурез Джалилович – д.и.т., дотсенти кафедраи эпидемиологияи ба номи Ҳ.Қ. Рофиеви МТД «ДДТТ ба номи Абуалӣ ибни Сино», E-mail: azimov.sed.moh@mail.ru, тел. 900 705 999

Мирзоев Азамджон Сафолович – к.м.н., доцент, Отдел образования и аспирантуры ГУ “Таджикский научно-исследовательский институт профилактической медицины”, – тел: +992 907 70 98 72; e-mail: azamdjon@mail.ru

Азимов Азим Гурезович - Отдел образования и аспирантуры ГУ “Таджикский научно-исследовательский институт профилактической медицины”, – тел: +992 901 00 47 86; e-mail:



azim.azimov2021@mail.ru

Матинов Шарофиддин Кутфидинович - к.м.н., доцент кафедры инфекционных болезней, ГОУ «Таджикский государственный медицинский университет им. Абу Али ибни Сино». **тел: 918 17 79 05**, *E mail: dr-matin@mail.ru*

Азимов Гурез Джалилович - д.м.н, доцент кафедры эпидемиологии имени Х.К. Рафиева, Таджикского государственного медицинского университета им. Абуали ибни Сино; *E-mail: azimov.sed.moh@mail.ru, мел.900 705 999*

Mirzoev Azamjon Safolovich - Candidate of Medical Sciences, Associate Professor, Department of Education and Postgraduate Studies of the State Institution “Tajik Research Institute of Preventive Medicine”, – phone number: +992 907 70 98 72; e-mail: *azamdjon@mail.ru*

Asimov Azim Gurezovich - Department of Education and Postgraduate Studies of the State Institution “Tajik Research Institute of Preventive Medicine”, – phone: +992 901 00 47 86; e-mail: *azim.azimov2021@mail.ru*

Matinov Sharofiddin Kutfidinovich - Candidate of Medical Sciences, Associate Professor departmentsy infectious diseases, State Educational Institution “ Tajik State Medical University n.a. Абу Али ибни Сино». **phone: 918 17 79 05**, *E mail: dr-matin@mail.ru*

Gurez Jalilovich Azimov - Doctor of Medical Sciences, Professor of the Department of Epidemiology named after Kh. K. Rafiyev, Tajik State Medical University named after him. *Abuali ibni Sino; E-mail: azimov.sed.moh@mail.ru, phone 900 705 999*

Mirzoev Azamjon Safolovich-Candidate of Medical Sciences, Associate Professor, Department of Education and Postgraduate Studies of the State Institution “Tajik Research Institute of Preventive Medicine”, -tel: +992 907 70 98 72; e-mail: *azamdjon@mail.ru*

Asimov Azim Gurezovich - Department of Education and Postgraduate Studies of the State Institution “Tajik Research Institute of Preventive Medicine”, – phone: +992 901 00 47 86; e-mail: *azim.azimov2021@mail.ru*

Matinov Sharofiddin Kutfidinovich - Candidate of Medical Sciences, Associate Professor departmentsy infectious diseases, State Educational Institution “ Tajik State Medical University n.a. Абу Али ибни Сино». **phone: 918 17 79 05**, *E mail: dr-matin@mail.ru*

Gurez Jalilovich Azimov - Doctor of Medical Sciences, Associate Professor of the Department of Epidemiology named after Kh. K. Rafiyev, Tajik State Medical University named after him. *Abuali ibni Sino; E-mail: azimov.sed.moh@mail.ru, phone 900 705 999*

БЕҲДОШТ

ХУСУСИЯТҲОИ ЭПИДЕМИОЛОГИИ ПАҲНШАВИИ СИРОЯТҲОИ РӯДА ДАР НОҲИЯИ ФАРҲОРИ ВИЛОЯТИ ХАТЛОНИ ҶТ ДАР СОЛҲОИ 2015-2019

Авғонов Н.Қ.

Кафедраи эпидемиология ба номи профессор Рофиев Ҳ.Қ.

МДТ «ДДТТ ба номи Абуалӣ ибни Сино».

Муҳиммият. Тоҷикистон, ки аз ҷиҳати ҳаҷми захираҳои об яке аз сарватмандтарин кишварҳо ба шумор меравад, як қатор мушкилиҳои ҳолати санитарии обанборҳо, ки манбаи таъмини аҳолии он бо оби ошомидани мебошанд дорад. Дар натиҷа, Тоҷикистон солҳои тӯлонӣ минтақаи афзоиши баланди сироятҳои рӯда мебошад, ки асосан дар деҳот ба вучуд меоянд. Таъмини аҳоли бо оби босифати нӯшокӣ дар айни замон яке аз вазифаҳои актуалӣ мебошад, дар муқоиса бо ин аз ифлосшавии манбаъҳои об, бад шудани вазъи санитария эпидемиологӣ, ҳолати “айриқаноатбахши техникаи шабакаҳои обтаъминкунӣ ва дар натиҷа зиёд шудани бемориҳои сирояти рӯда бо омилҳои интиқоли обӣ ба вучуд меояд. Маълум аст, ки сабаби зиёд шудани сирояти рӯдаҳо дар кишварҳое, ки иқлимашон гарм аст, ин сатҳи пасти ҳолати санитарӣ, на он қадар баланд будани маданияти санитарияи гигиени аҳоли, “айриқаноатбахш будани ҳолати коммуналӣ-маишӣ ва вазъи санитарии манбаъҳои оби нӯшокӣ дар маҳаллаҳои аҳолинишин мебошад [1,2,6].

Вилояти Хатлон минтақаи аз ҳама баланди паҳншавии сироятҳои шадиди рӯда мебошад, ки асосан дар деҳот ба назар мерасад, дар он ҷое, ки ҳолати санитарияи коммуналӣ дар сатҳи ғайриқаноатбахш аст, обтаъминкунӣ, канализатсия ва тозакунии санитарӣ бесамар аст. Ҳодисаи аз ҳама баланди бемории исҳоли хунин соли 1997 дар вилояти Хатлон – 844,0 ба 100 ҳазор аҳоли ба қайд гирифта шудааст, ки нисбат ба нишондиҳандаи ҷумҳуриявӣ 2,1 маротиба зиёдтар буд. Сабаби ин мурочиати бештари аҳоли ба ёрии тиббӣ буд [4].

Аммо хусусиятҳои эпидемиологии паҳншавии сироятҳои рӯда дар минтақаҳои гуногуни иқлимию географии Ҷумҳурии То-

ҷикистон то ҳол ба кадрҳои кофӣ омехта нашудааст. Мураккабшавии вазъи эпидемиологии марбут ба сироятҳои рӯда дар давраи пас аз эпидемия, сабабу шароите, ки боиси зиёд шудани бемории сирояти аҳоли дар минтақаҳои гуногуни ҷумҳури, аз ҷумла дар ноҳияи Фархор мегарданд, муайян карда нашудааст [5].

Мақсади таҳқиқот. Омӯзиши вазъи эпидемиологии паҳншавии сироятҳои рӯда дар ноҳияи Фархор дар давраҳои гуногуни ҷараёни эпидемикӣ ва муайян намудани омилҳои асосии паҳншавии он дар ноҳияи Фархор вилояти Хатлон Ҷ.Т.

Мавод ва усулҳои таҳқиқот. Тадқиқот дар заминаи Маркази назорати давлатии санитария эпидемиологӣ (МНДСЭ) ва беморхонаи марказии ноҳияи Фархор гузаронида шуд. Маводҳои тадқиқот инҳо буданд: маводи варақаи ҳисоботи марказии назорати давлатии санитария эпидемиологии ноҳияи Фархор; таърихи беморӣ; картаҳои эпидемикӣ маҳалҳои аҳолинишин; коркарди дафтарҳои бақайдгирии шӯъбаи бемориҳои сирояти Беморхонаи марказии ноҳияи Фархор анҷом дода шуд; дар байни гуруҳҳои алоҳидаи аҳоли пурсишнома (анкета) гузаронида шуд. Дар рафти кор усулҳои тадқиқоти эпидемиологӣ, сотсиологӣ, гигиенӣ, оморӣ ва ретроспективӣ истифода шуданд. Коркарди омории натиҷаҳо бо истифода аз барномаи MS Excel анҷом дода шуд.

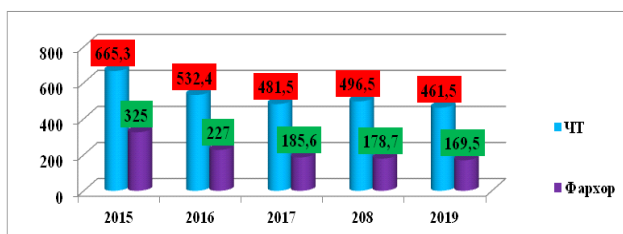
Натиҷа ва баррасӣ. Пайдо ва паҳншавии сироятҳои шадиди рӯда (СШР) (исҳоли хунини бактериялӣ, сироятҳои шадиди рӯда этиологияшон маълум (СШР ЭМ) ва сироятҳои шадиди рӯда этиологияшон номаълум (СШР ЭН) дар ноҳияи Фархор дар солҳои 1992-1999 зиёд буд. Ин аз дар вазъияти ғайриқаноатбахши бо об таъмин буда-



ни маҳалаҳои аҳолинишини вобастагӣ дошт. Дар ин солҳо дар Ҷумҳурии ҷанги шаҳрвандӣ ба амал омад, барои безаргардонии манбаъҳои обтаъминкунӣ маводҳои хлордор набуд, ки сабаби бад шудани вазъи иҷтимоӣ-иқтисодии тамоми кишварро шуд.

Дар робита ба фаъол шудани омилҳои обӣ дар он давра эпидемияи обии сироятҳои рӯда, аз ҷумла исҳоли хунин ба амал омад. Табиист, ки дар давраи пас аз эпидемия шумораи хомилони солими барангезандаҳои сироятҳои гуногуни рӯда, аз ҷумла исҳоли хунин зиёд буд, давра ба давра дар баъзе маҳаллаҳои аҳолинишини вилоят хуруҷи бемории исҳоли хунин мушоҳида мешуд.

Мо дар давраи солҳои 2015-2019 дар ноҳияи Фарҳор бемориҳои СШР-ро (ба 100 ҳазор аҳоли) омӯхтем (Расми 1). Таҳлилҳои нишон медиҳад, ки аз соли 2015 инҷониб тамоюли пастшавии СШР ҳам дар ҷумҳурии (665,3-2015; 461,5-2019) ва ҳам дар ноҳияи Фарҳор (325-2015; 169,5-2019) мушоҳида шудааст. Инчунин мо ҳолатҳои СШР ЭМ ва СШР ЭН-ро (ба 100 000 аҳоли) омӯхтаем. Сари вақт муайян намудани омилҳои этиологии беморӣ дар қори духтурон вазифаи аввалиндараҷа мебошад. Ҷи тавре ки маълум аст, ин пеш аз ҳама ба таҷҳизоти озмоишгоҳ, таҷҳизоти ҳозиразамон, ба таҳассус ва таҷрибаи мутахассиси озмоишгоҳ ва сари вақт пеш аз таъин кардани антибиотикҳо ҳам кардани маводи таҳлилшаванда вобастагӣ дорад.

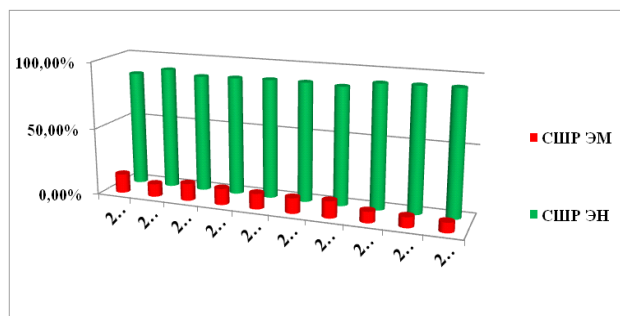


Расми 1. Сатҳи беморшавӣ ба СШР дар ҷумҳурии ва ноҳияи Фарҳор дар давраи аз соли 2015 то соли 2019 (ба 100 ҳазор аҳоли).

Таносуби ошқоршавии бангезандаи СШР ЭМ ва СШР ЭН дар расми 2 нишон дода шудааст. Аз диаграмма маълум гардид, ки дар давоми 10 сол дар ноҳияи Фарҳор тад-

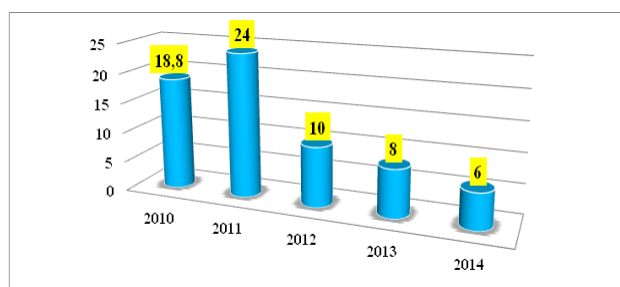
ричан кам шудааст. Агар СШР ЭМ дар соли 2010 14,2%-ро ташкил дода бошад, пас дар соли 2014 ба 11,5% ва дар соли 2019 ба 7,4% баробар шуд.

Табиист, ки дар баробари ин СШР ЭН сол аз сол меафзояд. Аз ин бармеояд, ки сабаби муайян нагардидани бангезандаи СШР ба паст будани таҷҳизоти озмоишгоҳ ва тайёрии сусти касбии мутахассисони озмоишгоҳ вобаста аст.



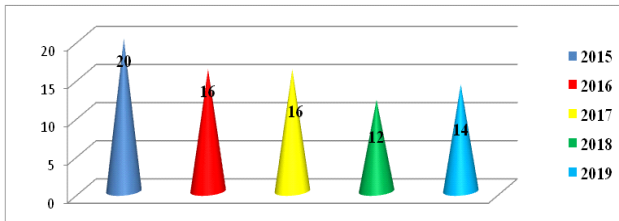
Расми 2. Таносуби (бо %) СШР ЭМ ва СШР ЭН дар давраи (2010-2019) дар ноҳияи Фарҳор.

Шумораи гирифтори бемории исҳоли хунин (ба 100 ҳазор аҳоли) дар солҳои 2010-2011 мутаносибан 18,8-24 нафарро ташкил медиҳад. Аз соли 2012 инҷониб коҳиши бемориҳо ба қайд гирифта шудааст: дар соли 2014 ба 100 ҳазор аҳоли 6 ҳодиса рост меояд (Расми 3).



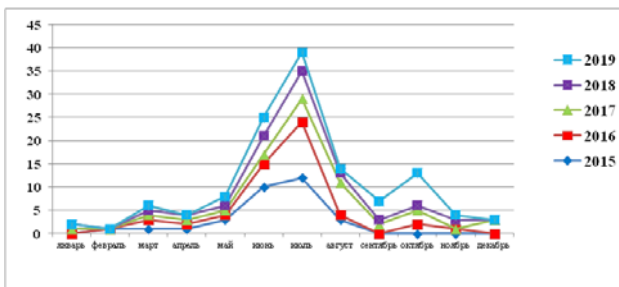
Расми 3. Сатҳи беморшавӣ ба исҳоли хунин дар давоми 5 сол (2010-2014) дар ноҳияи Фарҳор (ба 100 ҳазор аҳоли).

Аммо дар соли 2015 бори дигар хуруҷи обӣ ба қайд гирифта шуда, ин рақам ба 20 ҳолат (ба 100 ҳазор аҳоли) расидааст. Аз соли 2016 инҷониб бемории исҳоли хунин аз 16 (2017) то 14 (2019) ҳодиса ба 100 ҳазор аҳоли дар як сатҳ буд (Расми 4).



Расми 4. Сатҳи беморшавӣ ба исхоли хунин дар давоми 5 сол (2015-2019) дар ноҳияи Фархор (ба 100 ҳазор аҳоли).

Дар шароити бавучудоии омили баланди обӣ, дизентерияи Флекснер ҳамеша бартарӣ дорад. Ҳар сол авчи беморӣ дар моҳи июл мушоҳида мешавад, ки бо саршавии мавсимии сироятҳои рӯда алоқамандӣ дорад (расми 5).



Хулоса. Дар ноҳияи Фархор давра ба давра, махсусан дар фаслҳои баҳору тирамоҳ бемориҳои СШР авҷ мегирад. Омили асосии паҳншавии сироятҳои рӯда дар ноҳияи Фархор истифодаи оби ғайримутамарказонидаи ошомиданист. 79,7 фоизи аҳоли бо оби ғайримарказонидашуда (каналҳо, дарёҳо, ва ғайра) таъмин аст.

Муайян карда шуд, ки ба мисли дигар минтақаҳои Ҷумҳурии Тоҷикистон, дар ноҳияи Фархор низ асосан кӯдакону наврасон ба бемории СШР аз ҷумла исхоли хунин гирифта мешаванд. Бояд гуфт, ки суръати баланди гирифташавӣ ба бемории исхоли хунин ба истифодаи оби обанборҳои кушода барои эҳтиёҷоти маишию нӯшоқӣ ва паст будани маданияти санитарии аҳолии деҳот алоқаманд аст. Таҳлилҳо нишон медиҳад, ки дар муқоиса бо соли 2015, дар соли 2019 сатҳи беморӣ исхоли хунин дар ноҳияи Фархор ба 22% коҳиш ёфтааст.

Расми 5. Шумораи мутлақи паҳншавии бемории исхоли аз рӯи моҳ дар солҳои 2015-2019.

Адабиёт

1. Азимов Г.Д. Питьевое водоснабжение населения в Таджикистане. Анализ ситуации и стратегия на будущее / Г.Д. Азимов, К.Н. Дабуров // Журнал Евразийский союз ученых. Москва. – 2016.-7 (28) .-1: С. 9-11.
2. Рафиев Х.К., Одинаев Н.С. Распространенность острых кишечных инфекций у детей в РТ. Вестник педагогического университета. 2011.-№5 –С. 85-88.
3. Рафиев Х.К. Эпидемиологические особенности острых кишечных инфекций в РТ / Х.К. Рафиев, Н.С. Одинаев // Вестник педагогического университета. – 2012.-№2 –С. 106-109.
4. Одинаев Н.С. Обсеменённость предметов обихода и рук возбудителями ОКЗ, шигелл дизентерии и сальмонелл брюшного тифа в различных регионах Таджикистана / Н.С. Одинаев, Рафиев Х.К. // Вестник педагогического университета.- 2012.-№6–С. 166-169.
5. Рафиев Х.К. Факторы передачи инфекции при распространении кишечных заболеваний в различных регионах Республики Таджикистан / Х.К. Рафиев, С.Т. Ибодов, М.С. Талабов, Г.М. Усманова, С.Г. Али-заде, Н.Б. Лукьянов. // Эпидемиология и инфекционные болезни 10.25005/2074-0581-2017-19-3-387-392.
6. Рафиев Х.К. Эпидемиологические особенности и меры профилактики острых кишечных инфекций в различных климато-географических зонах Республики Таджикистан/ Х.К. Рафиев, М.С. Талабов// Душанбе – 2012.- 82с.
7. Онищенко, Г.Г. Проблемы качества питьевой воды в Российской Федерации и пути их решения [Текст]: / Г.Г. Онищенко // Водоснабжение и санитарная техника. -2010.- № 12.- С.6-12.



ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ РАСПРОСТРАНЕНИЯ КИШЕЧНЫХ ИНФЕКЦИЙ В ФАРХОРСКОМ РАЙОНЕ ХАТЛОНСКОЙ ОБЛАСТИ РТ В 2015-2019 гг.

Авгонов Н.К.

Кафедра эпидемиологии имени профессора Х.К.Рафиева ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино»

В статье автор проанализировал эпидемиологическую характеристику распространения кишечных инфекций в Фархорском районе в 2015-2019 гг. Анализ показывает, что с 2015 года наблюдается тенденция снижения ОКИ как по республике (665,3-2015; 461,5-2019), так и по Фархорскому району (325-2015; 169,5-2019). Также автор провел анализ случаев ОКИ с установленной этиологией и ОКИ неустановленной этиологией (на 100 000 населения). Раннее выявление этиологическо-

го фактора заболевания является первостепенной задачей врачей. Как известно, это зависит в первую очередь от оснащения лаборатории, современного оборудования, квалификации и опыта лаборанта и своевременного сбора анализируемого материала до назначения антибиотиков.

Ключевые слова: Острые кишечные инфекции (ОКИ), дизентерия, водный фактор, эпидемиологические карты, распространённость, эпидемиологические анализ.

EPIDEMIOLOGICAL CHARACTERISTICS OF THE SPREAD OF INTESTINAL INFECTIONS IN FARKHOR DISTRICT OF KHATLONI REGION R.T. IN 2015-2019.

Avgonov N.Q.

Department of Epidemiology named after Professor H.K. Rofiev SEI «ATSMU»

In the article, the author analyzed the epidemiological characteristics of the spread of intestinal infections in the Farkhor region in 2015-2019. The analysis shows that since 2015, the trend of decreasing AII has been observed both in the republic (665.3-2015; 461.5-2019) and in Farkhor district (325-2015; 169.5-2019). Also, we studied cases of AII with known cause and AII without known cause (per 100,000 population). Early identification of the

etioloical factor of the disease is the primary task of doctors. As it is known, this depends primarily on the laboratory equipment, modern equipment, the qualification and experience of the laboratory specialist and the collection of the analyzed material in time before prescribing antibiotics.

Key words: acute intestinal infections (AII), shigellosis, water factor, epidemic cards, prevalence, epidemiological analysis.

Авгонов Н.К. – унвонҷӯи кафедраи эпидемиология ба номи профессор Рафиев Х.К. МДТ «ДДТТ ба номи Абуали ибни Сино», E-mail: avghonov90@mail.ru; тел: +992 939 01 09 02

Авгонов Н.К. – соискатель кафедры эпидемиологии имени профессора Х.К. Рафиева. ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино» E-mail: avghonov90@mail.ru; тел: (+992) 939 01 09 02.

Avgonov N.Q. – applicant of department of Epidemiology named after Professor H.Q. Rofiev of SEI «ATSMU», E-mail: avghonov90@mail.ru; tel: (+992) 939 01 09 02.

ТАЪСИРИ ОМИЛИ ОБӢ БА РУШДИ БЕМОРИҶОИ ҒАЙРИСИРОЯТӢ ДАР ШАҲРУ НОҲИЯҶОИ ВИЛОЯТИ СУҒД

Икром Давронзода

Кафедраи эпидемиология ба номи профессор Рафиев Х.К.

Мухиммият. Об чузъи хеле муҳими ҳаёти ҳар як инсон мебошад, зеро он барои қонъ гардонидани талаботҳои физиологӣ ва май-

шии инсон хидмат менамояд. Аз ин рӯ мушкилии бо оби хушсифат таъмин намудани аҳоли дар доираи мушкилоти бехатарии миллии ҳар

як давлат аст [1,2]. Сифати оби нӯшокӣ як омили пурқуввати муҳити зист ва чузъи саломати мебошад. Таъмини сифати оби нӯшокӣ дар давоми зиёда аз 150 сол асоси пешгирии аввалиндараҷа ва мубориза бар зидди бемориҳои тавассути обгузаранда мебошад [3]. Ин аст, ки мавҷудияти оби нӯшокӣ яке аз меъёрҳои асосии баҳодихии некӯаҳолии аҳоли мебошад. Новобаста аз усулҳои мавҷудии тозакунии об, то имрӯз бисёре аз маҳалҳои аҳолинишин ба оби нӯшокии аз ҷиҳати эпидемиологӣ ва радиационӣ беҳатар ва аз ҷиҳати кимиёвӣ безарари дорои хосиятҳои мусоиди органолептикӣ дастрасӣ надоранд [4].

Ҷиддияти мушкилии бо оби нӯшокӣ таъмин намудани аҳолии ноҳияҳои Тоҷикистон, аз ҷумла дар ноҳияҳои вилояти Суғд ин таъминоти нокифоя бо обтаъминкунии мутамарказ, вазъи техникий он ва ба таври кофӣ наандешидни тадбирҳои тозакунии об ва безараргардонии он вобастаги дорад [5,6]. Қисми зиёди аҳолии вилоят (26%) маҷбур ҳастанд, ки барои эҳтиёҷоти маишию-нӯшокӣ аз обҳои рӯизаминӣ (дарёҳо, чашмаҳо каналҳои обёрӣ, ҳавзҳо, обанборҳо, кӯлҳо ва ғайра) истифода мекунанд, ки аксарияти онҳо минералнокииашон баланд мебошад, бинобар ин дар ин минтақа гирифтоторшави ба бемориҳои сироятӣ шадиди рӯда ва бемориҳои ғайрисироятӣ зиёд ба қайд гирифта мешавад [7-8].

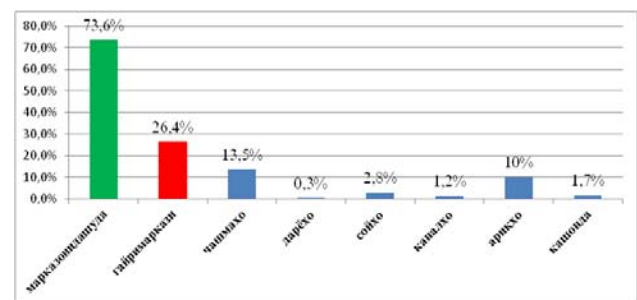
Дар водии дарёи Зарафшон саноати металлургӣ дар асоси истихроҷ ва коркарди металлҳои ранга рушд мекунад. Беш аз 60 сол аст, ки комбинати кӯҳию-маъдантозакунии Анзоб (ККМА) ва Комбинати маъдани тиллоӣ Тарор (КМТТ) дар ин минтақа фаъолият дорад. Вақтҳои охир дар қонҳои Кумар“и боло ва Қонҷоқ қорҳо анҷом дода шуданд. Қори қорхонаҳои истихроҷи маъдани кӯҳӣ боиси ифлосшавии об дар минтақа мегардад ва инчунин, таҳшинҳои қаъри дарёҳо ва хокҳо низ ифлос мешаванд [9].

Мақсади таҳқиқот. Омӯзиши таркиби химиявии об ва вобастагии он ба сатҳи беморшави дар минтақаи вилояти Суғд.

Усулҳои таҳқиқот. Баҳодихи ҳолати солимии аҳоли бо усули ретроспективӣ, омӯрӣ ва лабораторӣ.

Натиҷа ва баррасӣ. Вазъияти солимии аҳоли нишондиҳандаи муҳими интегралӣ буда, он зери таъсири мутақобилаи омилҳои гуногуни муҳити зист, ки ба саломатии инсон, аз ҷумла омили обӣ таъсир мерасонад, инъикос мекунад.

Дар Осиёи марказӣ Тоҷикистон аз ҷиҳати таъминоти об ҷои намоёнро ишғол менамояд. Аз ин ҷиҳат дар байни мамлакатҳои ИДМ ҷои дувумро ишғол менамояд. Дар қаламрави ҷумҳурӣ қариб 947 дарё мавҷуд аст, ки дарозии онҳо зида аз 10 километро ташкил медиҳанд. Ҷор дарёи дигар зиёда аз 50км ва 16 тои дигар аз 100 то 500км-ро ташкил медиҳанд. Инчунин зиёда аз даҳ ҳазор дарёчаҳои то 10км дарозияшон мавҷуд аст. Ба ғайр аз рудҳои бешумор дар қаламрави Тоҷикистон 1300 адад ҳар гуна ҳавзҳо, ки сатҳи умумии онҳо то 700м¹ мерасад. Дарёҳои Вилояти Суғд оғози худро аз пирахҳои қулаҳои қуҳсор мегиранд. Ин дарёҳо асосан ба ҳавзаҳои Сирдарё масуб мекунанд. Ба Сирдарё дарёи Исфара пайваст мегардад, инчунин дар мавзеи ҷанубии вилоят дарёи қуҳи Зарафшон, Ҳочабакирғон, Оқсу ва дигарҳо мансубанд, ки оғози худро ҷи тавре, ки гушрас шудем аз яхҳои қуллаҳои қуҳи мегиранд.



Расми 1. - Таъминнокии аҳолии вилояти Суғд бо оби мутамарказонидашуда ва ғайримарказонидашуда.

Оби дарёҳои қуҳӣ асосан дар моҳҳои апрел август зиёд мегарданд, чунки дар ин мавсим селборонҳо ба вуҷуд омада аз ҳар дара обҳои зиёдати бо хоку гилу қуму сангрезаҳо ба дарёҳо пайваст гашта оби онҳо ро меафзояд. Инчунин инро мо дар мавсими гарми аз сабаби об шудани яхҳо мушоҳида менамоем. Мушоҳидаҳои нишон меди-

ҳад, ки миқдори намакҳо дар ин наҳрҳо (калсий то 21-4 мг/л, магний то 2–18 мг/л, натрий бо калий 4-16 мг/л, гидрокарбонат 62-134 мг/л, сульфатҳо 286-469, хлоридҳо 33-259 мг/л) дида мешавад. Наҳри Сирдарё ба гурӯҳи обҳои калсийдори синфи гидрокарбонати масуб мебошад.

Хусусияти таркибии химиявии обҳои дарёҳои куҳӣ аз он иборат мебошад, ки дар онҳо ҳамеша миқдори зиёди консентратсияи оксиген дида мешавд.

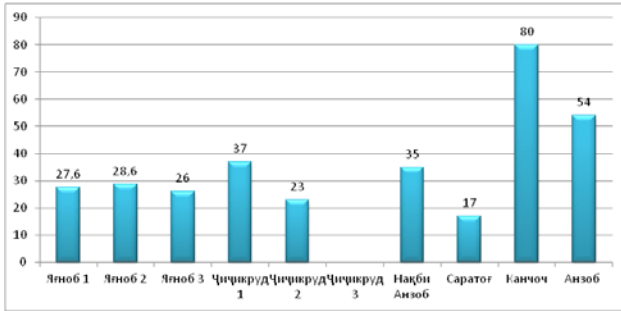
Дар соли 2020 аҳолии Вилояти Суғд ба миқдори 2 678886 нафар расидааст. Аз ин миқдори номбаршуда ҳамагӣ 1972508 нафари онҳо дастраси ба оби коркарди мутамарказонидашударо доро мебошанд, ки ин ҳамаги 73,6% ро ташкил медиҳад (Расми 1).

Айни замон дар ҳудуди шаҳру ноҳияҳои вилояти Суғд 262 адад иншоотҳои мутамаркази обтаъминкунӣ фаъолият менамоянд, ки аз он 41 адашон комуналӣ ва 221 адади дигари онҳо муассисавӣ ба ҳисоб мераванд. Аз шумораи умумии иншоотҳои обтаъминкунӣ дар шаҳру ноҳияҳои вилояти Суғд 62 ададаш ба талаботи санитарӣ ҷавобгуй нестанд: аз ин ҷумла 32 – иншооти обтаъминкунӣ минтақаҳои муҳофизати санитарӣ надоранд, 18 иншоот бе таҷҳизоти обсофкуни буда дар 12 иншоот бошад таҷҳизоти безаргардонӣ ҷиҳозонида нашудааст.

Дар давоми солҳои тӯлонӣ дар умқи Замин боқимондаи растаниҳо тадричан ба маводи махсус-ангишт мубаддал гардидаанд, ки онро бо номи ангиштсанг аз давраҳои қадим барои қонё гардонидани талаботи худ инсон истифода мебарад. Ангиштсанг дар фаъолияти ҳаётии инсон мавқеи хеле муҳимро доро буда, он солҳои тӯлони сабабгори бавучудоии инқилоби саноатӣ гардидааст. Аммо, ин раванди мусбии тараққиёт боиси таъсири беандоза ба муҳити зист гардида, таъсири манфии он бевосита дар бад шудани саломатии аҳолии сайёра зоҳир мегардад. Истихроҷ ва истифодаи ангишт, интиқоли он аз қонҳо то истеҳсол ва дигар қанбаҳо ба сифати ҳавои атмосферӣ таъсири зиёд расонида, барои ҳаёти инсоният, хусусан ба шахсони дар

қонҳо қорқунанда ва атрофиён таҳдиду хатари бевосита ба вучуд меоварад. Мувофиқи маълумоҳои Созмони Умумиҷаҳонии Тандурустӣ (СУТ) танҳо аз истифодаи ҳавои ғализи атмосфера дар як сол дар қаҳон зиёда аз 3,7 миллион нафар одамон ҷавтидаанд, ки ин нишондиҳанда хеле ташвишвар аст. Маҳалҳои аҳолинишини дар наздикии қонҳои истихроҷи ангишт буда бо сабаби ифлосшавии ҳаво ва манбаҳои об азият мекашанду дар ин мавзёҳо одамон дучори бемориҳои дилу рағҳои хунгард, шушу роқҳои нафас ва ғайра нисбатан бештар ба назар мерасад, ки ин гуфтаҳо дар минтақаи Айнии вилояти Суғд мушоҳида мегардад. Истифодаи ангишт ва таъсири бузурги манфии он ба муҳити зист, хусусан ҳангоми ҳамчун сӯзишворӣ истифода бурдан зоҳир мегардад. Зеро, ки дар натиҷаи сӯختани ангишт пайвастиҳои токсикӣ, аз он ҷумла пайвастиҳои симоб ихроҷ мешаванд, ки онҳо ба синфи захрҳои маҳвқунанда мансуб буда, сабабгори ҷавти бармаҳали одамон шуда метавонад. Дар миқёси қаҳон солҳои тӯлонӣ ангишт манбаи асосии истеҳсоли нерӯи барқ тавасути неругоҳҳои барқӣ ба ҳисоб рафта, ин иншоотҳо сарчашмаи асосии ихроҷи гази карбон – CO₂ ба ҳаво мебошанд ва ифлосшавии қабати ҳавои асосан аз ин сарчашма мегардад. Таҳлили маълумотҳои омӯрӣ нишон медиҳад, ки дар ифлосшавии ҳаво ҳиссаи ангишт нисбат ба нафту газ бештар аст.

Арсен дар як қатор кишварҳои табиатан дар консентратсияи баланд дар обҳои зеризаминӣ пайдо гардида шакли ғайриорганикии он хеле захролуд аст. Бузургтарин хатар ба саломатии инсон ин оби олуда буда бо арсен мебошад, ки барои нӯшидан, пухтупаз ва обёрӣ зироатҳои ғизоӣ истифода мешавад. Таъсири дарозмуддати арсен дар оби ошомиданӣ ва “изо метавонад боиси саратон ва осеби пӯст гардад. Он инчунин ба бемориҳои дилу рағ ва диабет алоқаманд аст. Миқдори зиёди арсен дар синни барвақтӣ ба рушди равонии кӯдакон таъсири манфӣ расонида бо афзоиши ҷавт дар байни онҳо мусоидатқунанда мегардад.



Концентрасияи мобайнии As-201; Максималӣ As-3260. Минималӣ As- 4,45. Карки: As- 1,8.

Расми 2. - Концентрасияи металҳои захираҳои (As-мг%) дар такшинҳои шохобҳои дарёҳои мавзёи ҳавзаи Зарафшон.

Чи тавре, ки маълум аст аз ҳама консентратсияи баланд дар байни ин дарёҳо дар такшинҳои дарёи Канчоч дида мешавад, ки ин ба 80мг% мерасад. Дар 9 дарёи дигар ба мисли Я“ноб 1, Анзоб, Я“ноб 2, Қичиқуруд 1, Қичиқуруд 2, Я“ноб 3, Саратоғ 1 бо миқдори аз 17 то 54 мг% (Анзоб) дида мешавад, ки аҳамияти бузурги эпидемиологи доранд.

Барои тавсифи вазъи саломатии аҳолии вилояти Суғд мо аз нишондиҳандаҳои зерин: коэффитсиенти таваллуд, ғавти умумӣ, ғавти кӯдакон, бемориҳои умумӣ, ибтидоӣ ва як қатор дигар шаклҳои нозологи истифода намудем.

Дар сохтори беморӣ аз рӯи Таснифи байналмиллалии бемориҳо (ТББ-10) тибқи нишондодҳо ҷойи аввалро бемориҳои узвҳои нафаскашӣ; дуюм - бемориҳои системаи ҳозима; сеюм - бемориҳои системаи хунгардиш ишғол менамоянд. Дар ВС, ВХ ва ВМКБ нишондиҳандаҳои ғавти умумӣ, ғавти кӯдакона ва беморишавии аҳоли нисбатан бештар қайд гардидаанд. Қайд кардан ба маврид аст, ки нишондиҳандаҳои асосии вазъи саломатии аҳолии вилояти Суғд нисбат ба нишондиҳандаҳои миёнаи саломатии аҳолии дигар минтақаҳо ва нишондиҳандаҳои миёнаи Ҷумҳурии Тоҷикистон каме паस्तтаранд (Ҷадвали 1).

Ҷадвали 1. - Нишондоди умдаи ҳолати саломатии мардуми Вилояти Суғд дар муқоиса бо дигар минтақаҳо ва ҷумҳури дар солҳои 2010-2015 (дар 100 000 аҳоли)

Нишондодҳои асосӣ	Минтақаҳо					
	ВС	ВХ	ВМКБ	ш. Душанбе	НТЧ	ҶТ
Таваллуд	26,3	29,9	18,0	23,9	28,5	27,7
Ғавт	5,2	4,2	5,4	3,7	4,0	4,4
Ғавти навзодон (дар 100 000 зинда таваллудшуда)	17,7	15,5	12,3	12,8	12,3	12,3
Беморшавии якуминдараҷа	41,3	21,8	40,6	25,2	39,9	32,6
Бемории ҳӯн ва системаи ҳунофар	1,7	1,1	0,7	1,2	1,5	1,4
Бемориҳои системаи эндокринӣ	0,8	0,6	0,3	0,7	1,8	0,9
Бемориҳои системаи нафаскашӣ	14,8	7,8	21,4	7,4	13,7	11,8
Бемориҳои узвҳои ҳозима	4,9	1,9	2,3	1,7	4,1	3,8
Бемориҳои системаи пешоброн	3,4	2,1	1,7	2,4	2,5	1,9
Бемориҳои системаи хунгардиш	1,3	0,6	1,2	1,0	1,1	1,0
Оризаҳои ҳомиланокӣ ва таваллуд	3,1	4,5	0,4	1,5	3,3	3,4
Анамалияи ирсӣ	0,08	0,01	0,04	0,03	0,04	0,04
Бемориҳои саратон	0,04	0,02	0,07	0,03	0,02	0,03
Бемориҳои сироятӣ	1,5	1,1	4,4	0,8	3,0	1,7
Бемориҳои шадиди рӯда + тифи шикам, ҳамагӣ	1,3	2,9	0,6	0,9	4,1	2,1

Эзоҳ: ВС- вилояти Суғд, ВХ – вилояти Хатлон, ВМКБ – Вилояти мухтори қӯҳистони Бадахшон, НТЧ – ноҳияҳои тобеи ҷумҳури, ҶТ – Ҷумҳурии Тоҷикистон.

Тибқи нишондоди ҷадвали 1, маълум аст, ки дар давоми 5-соли муқоисавӣ (2015-2020) дар вилояти Суғди ҶТ як қатор нишондодҳо ба монанди таваллуд, ғавти навзодон (17,7), бемориҳои системаи нафаскашӣ (14,8), бемориҳои узвҳои ҳозима (4,9), бемо-

риҳои системаи пешоброн (3,4) бемориҳои системаи хунгардиш (1,3) ва бемориҳои саратони (0,04) нисбати нишондодҳои ҷумҳури хело баланд мебошанд.

Қайд кардан зарур аст, ки дар вилояти Суғд нисбат ба дигар минтақаҳо нишонди-



ҳандаи таввалуд паст буда, аммо дараҷаи баланди фавти одамон, фавти кӯдакон, бемориҳои ибтидоӣ бо бемориҳои узвҳои хун ва хунофар, узвҳои нафаскашӣ ва ҳозима ба қайд гирифта шудааст. Ҳамчунин сатҳи баланди саратони бадсифат ва аномалияҳои модарзодӣ дар навзодон қайд карда шудааст. Ин ҳолатҳо бо рушди саноати маъданӣ дар ҳудуди вилояти Суғд, бо пайдо шудани партовгоҳҳо, партовҳои маъданӣ ва чинсҳои рӯйпӯшшуда, ки ба ҳолати муҳити зист таъсир мерасонанд, алоқаманданд.

Хулоса. Дар раванди истехсоли нерӯи барқ бо истифодаи ангишт миллионҳо тонна партовҳои хатарнок, ки таркибаш дорои пайвастагиҳои симоб, марғи муш, бор, кадмий, сурб, селен ва моддаҳои дигари захрнок аст, ҳосил мешавад ва онҳо мебоянд дар партовгоҳҳои махсус дар намуди хокистар, лойоба ва ғайра ҷойгир карда шаванд. Аз партовгоҳҳои зикргардида бо сабабҳои набудани пӯшишҳои зидди ҷаббишӣ ва гидроизоляцияи эҳтимолияти ҳамроҳшавии зар-

раҷаҳои захролуд ба обҳои рӯизаминӣ ва зеризаминӣ ба амал омада, ба бадшавии ҳолати эпидемиологи оварда мерасонад. Ҳол он, ки аз манбаҳои зикргардида аҳоли бо оби ошомиданӣ таъмин карда мешаванд ва мавҷудияти зарраҳои захрнокӣ сӯхтаи ангишт ба бемориҳои саратон, осебпазирии системаи асаб ва ғайра мусоидат менамояд (Ҷадвалӣ 1). Хусусан, ба манбаҳои обӣ ҳамроҳ гардидани зарраҳои захрнокӣ ангишт ва сӯхтаи онҳо ба компонентҳои муҳити зист таъсири манфии беандоза доранд. Чунин ҳолатро дар обҳавзаҳои наздикии корхонаи сементбарории ҶДММ «Нури Мастҷох» дар мавриди мушоҳида ва тадқиқот муайян карда шудааст.

Тахмин кардан мумкин аст, ки вазъи кунунии муҳити зист ва таъсири он ба саломати аҳоли дар вилояти Суғд, бо ифлосшавии ҳавои атмосфера, хок, обҳои рӯизаминӣ ва зеризаминӣ мутаносибан ба маҳсулоти наботот ва ҳайвонот алоқаманд аст.

Адабиёт

1. Тулакин А.В., Плитман С.И., Амплеева Г.П., Пивнева О.С. Риск ориентированный надзор, как основа обеспечения безопасности питьевой воды: проблемы и возможности/А.В. Тулакин [и др.].- *Прикладные информационные аспекты медицины*. 2018;21(3): 28-31
2. Клейн С.В., Вековщина С.А., Сбоев А.С. Приоритетные факторы риска питьевой воды и связанный с ним экономический ущерб. *Гигиена и санитария*. 2016;95(1):4-10.
3. Онищенко, Г.Г. Проблемы качества питьевой воды в Российской Федерации и пути их решения [Текст]: / Г.Г. Онищенко // *Водоснабжение и санитарная техника*. -2010.- № 12.- С.6-12.
4. Centers for Diseases Control and Prevention (CDC). Safe Water System for Developing World: A Handbook for Implementing Household Based Water Treatment and Safe Storage Projects (CDC). Atlanta. 2002; 424.
5. Азимов Г.Д., Дабуров К.Н. Питьевое водоснабжение населения в Таджикистане. Анализ ситуации и стратегия на будущее. Журнал. Евразийский союз ученых.-Москва. 2016; 7(28):1: 9-11.
6. Мазаев ВТ. О контроле качества питьевой воды и состава сточных вод в новых нормативных актах РФ. *Водоснабжение и санитарная техника*. 2015; 4:94-97.
7. Рахманин ЮА, Красовский ГН, Егорова НА, Михайлова РИ. 100 лет законодательного регулирования качества питьевой воды. Ретроспектива, современное состояние и перспективы. *Гигиена и санитария*.2014;93(2):5-18.
8. Тагаймурадов Г.Т. Берегите воду от загрязнения она залог нашей жизни. Таджикистан и современный мир. 2005; 3 (7): 100-102.
9. Анварова Г. Б. Токсичные металлы в аквасистеме верховий реки Зарафшон / Г.Б. Анварова // Автореферат. дисс. 2021. 25саҳ.



ВЛИЯНИЕ ВОДНОГО ФАКТОРА НА РАЗВИТИЕ НЕИНФЕКЦИОННЫХ БОЛЕЗНЕЙ В ГОРОДАХ И РАЙОНАХ СОГДИЙСКОЙ ОБЛАСТИ

Икром Давронзода

Кафедра эпидемиологии имени профессора Х.К.Рафиева, ГОУ “ТГМУ им. Абуали ибни Сино”.

В работе отражено взаимодействие различных факторов окружающей среды, влияющих на здоровье человека, в том числе водного фактора. Наблюдения показывают, что уровень содержания солей в реках составляет (кальция до 21-4 мг/л, магния до 2-18 мг/л, натрия и калия 4-16 мг/л, гидрокарбонатов 62-134 мг/л, сульфатов 286 -469, хлоридов 33-259 мг/л). Река Сырдарья относится к группе кальцинированных вод класса растворимых углеводородов.

Из общего количества объектов водоснабжения Согдийской области 62 из них не соответствуют санитарным требованиям: из них 32 объекта водоснабжения не имеют санитарно-защитных зон, 18 объектов без водоочистного оборудования, 12 объектов не имеют дезинфекционное оборудование. Наибольшую опасность

для здоровья человека представляет загрязненная мышьяком вода, которую используют для питья, приготовления пищи и орошения продовольственных культур. Длительное воздействие мышьяка в питьевой воде и продуктах питания может вызвать рак и повреждение кожи. Это также связано с болезнями сердца и диабетом. За 5 лет наблюдения (2015-2020 годы) в Согдийской области РТ ряд показателей, такие как рождаемость, младенческая смертность (17,7), болезни органов дыхания (14,8), болезни органов пищеварения (4,9), заболевания системы кровообращения (1,3) и онкологические заболевания (0,04) значительно превышают аналогичные показатели по республике.

Ключевые слова: вода, водоснабжение, факторы риска, заболеваемость, соли тяжелых металлов.

INFLUENCE OF WATER FACTOR ON THE DEVELOPMENT OF NON-COMMUNICABLE DISEASES IN CITIES AND REGIONS OF SOGDIAN REGION

Ikrom Davronzoda

Department of Epidemiology named after Professor Kh.K. Rofiev, SEI “ATSMU”

The work reflects the interaction of various environmental factors affecting human health, including the water factor. Observations show that the level of salts in rivers is (calcium up to 21-4 mg/l, magnesium up to 2-18 mg/l, sodium and potassium 4-16 mg/l, bicarbonates 62-134 mg/l, sulfates 286 - 469, chlorides 33-259 mg/l). The Syrdarya River belongs to the group of calcined waters of the class of soluble hydrocarbons.

Of the total number of water supply facilities in the Sughd region, 62 of them do not meet sanitary requirements: of these, 32 water supply facilities do not have sanitary protection zones, 18 facilities do not have water treatment equipment, 12 facilities do not have disinfection

equipment. The greatest danger to human health comes from arsenic-contaminated water used for drinking, cooking and irrigating food crops. Long-term exposure to arsenic in drinking water and food can cause cancer and skin damage. It is also linked to heart disease and diabetes. Over 5 years of observation (2015-2020) in the Sughd region of the Republic of Tajikistan, a number of indicators, such as fertility, infant mortality (17.7), respiratory diseases (14.8), diseases of the digestive system (4.9), diseases of the circulatory system (1.3) and cancer (0.04) significantly exceed similar indicators for the republic.

Key words: water, water supply, risk factors, morbidity, heavy metal salts.

Икром Давронзода – аспирант ғоибонаи кафедраи эпидемиология ба номи профессор Рафиев Х.Қ.-и МДТ “ДДТТ ба номи Абуали ибни Сино”, E-mail Davronzoda89@mail.ru Тел: (+992) 934044488

Икром Давронзода – заочный аспирант кафедры эпидемиологии имени профессора Рафиева Х.К. ГОУ “ТГМУ им. Абуали ибни Сино”, E-mail Davronzoda89@mail.ru Тел: (+992) 934044488

Ikrom Davronzoda - correspondence graduate student of the Department of Epidemiology named after Professor Rafiev Kh.K. SEI “ATSMU”, E-mail Davronzoda89@mail.ru Tel: (+992) 934044488



БАҲОДИҲИИ САНИТАРӢ-ЭПИДЕМИОЛОГИИ ОБҲОИ РАВОНИ ҲОҶАГӢ-МАИШӢ ДАР БАЪЗЕ НОҲИЯҲОИ ҶУМҲУРИИ ТОҶИКИСТОН

Қаюмова М.У.¹, А.Г. Азимов², Хушнудҷони М.², Азимов. Г.Ҷ.²

¹ Муассисаи давлатии «Пажӯҳишгоҳи илмӣ-таҳқиқоти тибби профилактикӣ»,
Кафедраи эпидемиологияи ба номи профессор Рофиев Ҳ.Қ.
МДТ «ДДТТ ба номи Абуалӣ ибни Сино».

Муқаддима. Манбаи асосии ифлосии обҳои сатҳӣ, хок, қисмати зеризаминии обӣ, обҳои хоҷагию маишӣ бо бактерияҳои шакли пропативӣ ва гельминтҳо сироятнок шудани обҳои равони хоҷагию маишӣ мебошад, ки ба онҳо дараҷаи баланди микроорганизмҳои бактериологӣ ва ифлосии паразитарӣ хос аст.[2]. Дар обҳои равони маҳалҳои аҳолинишин шаклҳои гуногуни гео- ва биогельминтҳо ошкор карда мешаванд. [1,3]. Нақши обҳои равои ва таҳшини онҳо дар паҳншавии бемориҳои бактериологӣ ва паразитарӣ хеле муҳим аст [5,9]. Ин, пеш аз ҳама, ба мавҷудияти патогенҳои гуногун дар таркиби обҳои равои вобастагӣ дорад, ки сохтори беморшавии аҳолиро инъикос менамояд. [4]. Шиддатнокии контаминатсияи обҳои равои бо тухми гельминтҳо ва систҳои содатаринҳои патогенӣ рӯдаҳо, ки аз воҳид то садҳо экз./л тағйир меёбад, аз бисёр ҷиҳат аз сироятнокии одаму ҳайвонот, инчунин мавсим ва вақти муайян, системаи поксозию канализатсионии маҳалҳои аҳолинишин вобаста аст.[8]. Маълум аст, ки ҳатто дар давраи ғайриэпидемиявӣ низ дар обҳои равони хоҷагию маишӣ метавонанд бактерияҳои патогенӣ рӯдаҳо, вирусҳо ва агентҳои паразитарӣ мавҷуд бошанд, ки ин ба воридшавии партовҳои хоҷагию маишӣ ба системаи канализатсионӣ ё самаранок набудани иншоотҳои поксозию канализатсионӣ алоқаманд мебошад, зеро ба он ҷойҳо аксар вақт оби кубурҳои беморхонаҳои сироятӣ ва ғайра ворид мешаванд.[6,7].

Бо назардошти мушкилоти шароити Ҷумҳурии Тоҷикистон, ки зичии баланди аҳоли дар водихои дарё ба қайд гирифта мешавад, таъсири омилҳои об ба саломатии аҳоли муҳимияти махсусро касб менамояд, ки дараҷаи пасти мунтазам поксозии санитарӣ ба қоҳишбодии вазъияти баамало-

мада сабаб мешаванд, зеро ин ҷараён танҳо 10% маҳалҳои аҳолинишини деҳотро ташқил медиҳад. Хусусияти ифлосии дарёҳо афзоиши баланди микробҳо дар об мебошад, ки аз меъёри муқаррарии қаламчамикробҳои рӯда садҳо ва ҳазорҳо маротиба зиёд буда, аксар вақт ин ҳолат дар давраи пастобӣ ва боронҳои зиёд ба назар мерасад. [10].

Бинобар ҳамин зарурати гузаронидани таҳқиқи таркиби обҳои равони хоҷагӣ-маишӣ ва таҳлили сироятнокии аҳоли бо микробҳои бактериологӣ ва паразитарии ноҳияҳои Файзобод, Шаҳристон ва Панҷакент ба амал меояд.

Мақсад. Баҳодихии санитарӣ-эпидемиологии обҳои равони хоҷагӣ-маишӣ обҳои равои дар баъзе ноҳияҳои Ҷумҳурии Тоҷикистон.

Усулҳои таҳқиқот. Таҳқиқи таркиби обҳои равони хоҷагӣ-маишӣ барои мавҷудияти микробҳои паразитарӣ мутобиқи МУК 4.2.2661-10 «Усулҳои таҳқиқоти санитарӣ-паразитологӣ», МУ 2.1.7.2657-10 гузаронида шуданд. Бо мақсади ошқорсозии микроорганизмҳо муҳити ғизоии зерин истифода карда шуд: агари муҳити Плоскирев – Эндо. Микроорганизмҳои ошқоршуда идентификатсия карда шуда, усули муайянкунии аломатҳои морфологӣ, кишт ва биохимиявӣ истифода шуданд.

Натиҷаҳои таҳқиқот. Дар ҷараёни таҳқиқоти бактериологӣ дар ноҳияи Файзобод 52 штамми микроорганизмҳо, дар Шаҳристон – 41 ва дар Панҷакент 31 штамм ошқор карда шуданд. Ҳангоми тухмидихии бактериалии обҳои равони ноҳияҳои таҷрибавӣ ошқор гардид, ки ифлосии аз ҳама зиёди обҳои равои бо ҳама гуна штамми бактерияҳо аз рӯи шаклҳо дар ноҳияҳои Файзобод ва Шаҳристон ба назар мерасад. Дар ноҳияи Файзобод нишондоди баланд аз



рӯйи *E.coli*-14 ҳолат (93,3%), *Klebsiella* – 12 (80,0) ва *Acinotobakter* 10 ҳолат (66,7%)-ро ташкил медиҳад. Дар ноҳияи Панҷакент *E.coli* -11 (93,3%) ҳолат, *Klebsiella* –8(53,3%) мебошад. Дар ноҳияи Шаҳристон *E.coli*-13(86,6%) ҳолат, *Klebsiella* -11(73,3%)-ро ташкил медиҳад. Таҳлили натиҷаҳои таҳқиқот

аз он шаҳодат медиҳанд, ки (ниг. чадвал) ифлосии зиёди обҳои равон дар ноҳияи Файзобод (81,2%) мушоҳида карда мешавад. Дар баробари ҳамин ифлосии нисбатан камтари обҳои равон дар ноҳияи Панҷакент ба қайд гирифта шудааст, ҳол он ки дараҷаи ифлосии об бениҳоят баланд аст (33,3%).

Ифлошавии обҳои равон бо микробҳои паразитарӣ

Ноҳияҳо	Миқдори санҷиш	ифлосшуда	%
Файзобод	16	13	81,2
Шаҳристон	14	8	57,1
Панҷакент	15	5	33,3
Ҳамагӣ	45	24	53,3

Таркиби намуди барангезандаҳо дар обҳои равон, ки поккорӣ карда шудаанд ба монанди обҳои воридшаванда дар ҳамаи минтақаҳо яқхелаанд. Натиҷаҳои таҳқиқоти микроскопӣ нишон медиҳанд, ки дар обҳои равон бештар систи лямблӣ, тухми аскарин ва кирми рӯда мавҷуд буданд. Дар баробари ҳамин дар обҳои равони ноҳияи Файзобод дараҷаи баланди мавҷудияти энтеробиоз ва аскариндоз ба қайд гирифта мешавад.

Нишондодҳои мазкур аз хусуси кори ғайрисамараноки иншоотҳои канализатсионӣ поккорӣ (ИКП) шаҳодат медиҳанд, ки ба воридшавии бактерияҳои рӯда, содатаринҳо ва тухми гельминтҳо ба мавзъҳои кушодаи об сабаб гардида, хатари потенциали пайдоиши микробҳои бактериологӣ ва паразитариро ба вуҷуд меорад.

Таҳқиқотҳо шаҳодат медиҳанд, ки натиҷаи партовҳои обҳои равони поккардана шудаи дорой дараҷаи баланди бактерияҳо ва гельминтҳо ба сироятнокшавии аҳоли бо

энтеробиоз ва контаминатсияи тухмҳои кирми рӯда, инчунин қаламчамикроби рӯда сабаб мешаванд. Ҳамаи ин ба дараҷаи баланди барангезандаҳои бемориҳо миёни аҳолии зикршуда мусоидат менамояд. Дар асоси таҳқиқоти гузаронидашуда чунин хулосабарорӣ кардан мумкин аст:

1. Сабаби дараҷаи баланди мавҷудияти бактерия ва гельминтҳо дар таркиби обҳои равон фаъолияти ғайрисамараноки иншоотҳои канализатсионӣ – поккорӣ ба ҳисоб меравад.

2. Робитаи ҳамдигарии миёни дараҷаи баланди микробҳои бактериологӣ ва паразитарӣ, инчунин дараҷаи ифлосии обҳои равони бе поккорӣ ба обанборҳо воридшаванда муайян карда шуд.

3. Ҳалли мушкилоти нест кардани миқдори зиёди партовҳои инсонӣ ҳайвонот дар мавзъҳои деҳот имкон медиҳад, ки некӯаҳволии санитарӣ-гигиенӣ, экологӣ ва иҷтимоӣ-иқтисодии аҳолии ноҳияҳои дар боло зикршудаи ҚТ таъмин карда шавад.

Адабиёт

1. Тоноева Н. Ч., Удальцов Е. А., Ефремова Е. А. Влияние санитарно-паразитологического загрязнения поверхности вод в Республике Саха (Якутия) на заболеваемость населения актуальными паразитозами // Вестник Кемеровского государственного университета. Серия: Биологические, технические науки и науки о Земле. 2017. № 3. С. 11-17.
2. Болатчиев К.Х. Санитарно-паразитологический мониторинг сточных вод в Карачаево-Черкесской Республике / К.Х. Болатчиев, Ф.К. Цекапбзева, Л.А. Ермакова // Теория и практика борьбы с паразитарными болезнями. 2016. № 17. С. 89-91.
3. Каюмова М.У. Обсемененность почвы яйцами гельминтов *Toxocara canis* в условиях



Республики Таджикистан / Одинаев Ф.И., Алиев С.П., Турсунов Р.А. // ВЕСТНИК Смоленской государственной медицинской академии 2019. Т. 18, №3. С-5-9.

4. Хуторянина И.В., Димидова Л.Л. Сточные воды и их осадки – источник паразитарного загрязнения окружающей природной среды / Хуторянина И.В., Димидова Л.Л. ФБУН «Ростовский НИИ микробиологии и паразитологии» Роспотребнадзора // ЖУРНАЛ «Теория и практика борьбы с паразитарными болезнями» 2017. С.520-524.

5. Тоноева Н. Ч., Удальцов Е. А, Ефремова Е. А. Санитарно-паразитологическое состояние реки Лена в границах города Якутска // Российский паразитологический журнал. 2018. Т. 12. № 2. С. 38-45.

САНИТАРНО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ХОЗЯЙСТВЕННО-БЫТОВЫХ СТОЧНЫХ ВОД В НЕКОТОРЫХ РАЙОНАХ РЕСПУБЛИКИ ТАДЖИКИСТАН

Каюмова М.У^{1.}, А.Г. Азимов^{2.}, Хушнуджони М^{2.}, Азимов. Г.Дж^{2.}

¹ Государственное учреждение «Таджикский научно-исследовательский институт профилактической медицины», ²Кафедра эпидемиологии имени профессора Рафиева Х.К. ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино».

Аннотация. В задачу данной статьи входит причиной высокого уровня содержание бактерии и гельминтов в сточных водах являются неэффективные работы канализационно-очистных сооружений а также установлено взаимосвязь между уровнем заболеваемости населения бактериологическими и паразитарными инфекциями и степенью загрязненности сточных вод, выбрасываемые без очистки на открытые водоемы.

В связи с чем учитывается проблемы в условиях Республики Таджикистан, где отмечается высокая плотность населения в долинах рек, воздействия водного фактора на состояние здоровья населения приобретает особую актуальность, усугубляемую низким охватом регулярной санитарной очистки всего лишь 10% сельских населенных пунктов. Особенностью загрязнения рек являлась очень высокая микробная обсеменённость воды, превышающая допус-

тимые нормативы по кишечным палочкам, в сотни и тысячи раз, чаще всего в периоды межени и ливневых дождей.

В связи с чем возникает необходимость проведения исследования состав хозяйственно-бытовых сточных вод и анализ поражённости населения бактериологически и паразитарными инфекциями Файзабадского, Шахристанского и Пенджикентского районов и решить проблему утилизации огромных масс отходов и отбросов жизнедеятельности человека и животных в сельской местности, что имеет важную роль в обеспечении санитарно-гигиенического, экологического и социально-экономического благосостояния населения проживающего в данных районах РТ.

Ключевые слова: бактерия, гельминт, паразитарные инфекции, санитарно-гигиеническое благосостояние, утилизация, сточная вода.

SANITARY AND EPIDEMIOLOGICAL ASSESSMENT OF DOMESTIC WASTEWATER IN SOME REGIONS OF THE REPUBLIC OF TAJIKISTAN

Kayumova M.^{1.}, A.G. Asimov^{2.}, Khushnudjoni M.^{2.}, Asimov. G.J.^{2.}

¹ State Institution “Tajik Research Institute of Preventive Medicine”, ²Department of Epidemiology named after professor Kh. K. Rafiyev of SEI “Abuali ibni Sino TSMU”.

Annotation. The purpose of this article is that the reason for the high level of bacteria and helminths in wastewater is the ineffective operation of sewage treatment facilities, and

also a relationship has been established between the level of morbidity of the population from bacteriological and parasitic infections and the degree of contamination of wastewater



discharged without treatment into open water bodies.

In this regard, the problems in the conditions of the Republic of Tajikistan, where there is a high population density in river valleys, are taken into account; the impact of the water factor on the health of the population is of particular relevance, aggravated by the low coverage of regular sanitary cleaning in only 10% of rural settlements. A feature of river pollution was a very high microbial contamination of water, exceeding the permissible standards for *E. coli* by hundreds and thousands of times, most often during periods of low water and heavy rains.

In this connection, there is a need to conduct a study of the composition of household wastewater and analyze the prevalence of the population with bacteriological and parasitic infections in the Fayzabad, Shakhristan and Penjikent regions and solve the problem of recycling huge masses of waste and waste from human and animal life in rural areas, which has an important role in ensuring the sanitary, hygienic, environmental and socio-economic well-being of the population living in these areas of the Republic of Tajikistan.

Key words: bacteria, helminth, parasitic infections and sanitary and hygienic welfare, disposal, waste water.

Қаюмова Мархабо Узаковна, д.и.т., МД “Пажуҳишгоҳи тибби профилактикии Тоҷикистон”, тел:900903121, E mail: markhabo_kayumova@mail.ru

Азимов Азим Гурезович, шӯъбаи таълим ва аспирантураи МД “Пажуҳишгоҳи тибби профилактикии Тоҷикистон”, – тел: +992 901004786; E mail: azim.azimov2021@mail.ru

Хушнуджони М, *унвонҷӯйи кафедраи эпидемиологияи ба номи Ҳ.К. Рофиеви* МТД «ДДТТ ба номи Абуалӣ ибни Сино», Khushnudchon90@gmail.com тел.904021316.

Азимов Гурез Джалилович – д.и.т., профессори кафедраи эпидемиологияи ба номи Ҳ.К. Рофиеви МТД «ДДТТ ба номи Абуалӣ ибни Сино», E-mail: azimov.sed.moh@mail.ru, тел. 900 705 999

Қаюмова Мархабо Узаковна, д.м.н., ГУ «Таджикский научно-исследовательский институт профилактической медицины» тел:900903121, E mail: markhabo_kayumova@mail.ru

Азимов Азим Гурезович, ГУ «Таджикский научно-исследовательский институт профилактической медицины», тел: 901004786, E mail: azim.azimov.2021@mail.ru

Хушнуджони М, соискатель кафедры эпидемиологии им. Х.К. Рофиева ГОУ «Таджикский государственный медицинский университет», Khushnudchon90@gmail.com тел.904021316.

Азимов Гурез Джалилович, д.м.н., доцент кафедры эпидемиологии им. Х.К. Рофиева ГОУ «Таджикский государственный медицинский университет им. Абу Али ибн Сино» Республики Таджикистан, д.м.н., доцент. тел: 907705999, E mail: azimov.sed.moh@mail.ru

Kayumova Markhabo Uzakovna, „NAME OF THE “Tajik Research Institute of Preventive Medicine” is.m r-n., phone: 900903121, E mail: markhabo_kayumova@mail.ru

Gurezovich Azim Azimov,” and “ENTRANCE” to the Tajik State Medical University A. S. popov. Nevertheless Abu ibn Sina “in the Republic of Tajikistan, tel.: 901004786, E mail: azim.azimov.2021@mail.ru

Khushnudjoni M.-candidate Department Epidemiological” and “ENTRANCE” State Medical University A. S. popov”⁴Khushnudchon90@gmail.com phone: 904021316.

Jalilovich A. Azimov, ”and” ENTRANCE “ to the Tajik State Medical University A. S. popov. Nevertheless, Abu ibn Sina “in the Republic of Tajikistan, Doctor of Medical Sciences, tsen t phone: 907705999, E mail: azimov.sed.moh@mail.ru



САМАРАНОКИИ ВАКСИНАТСИЯ ДАР МУБОРИЗА БО COVID -19 ДАР ЧУМҲУРИИ ТОҶИКИСТОН

Мирзоалиев Ю.Ю.

МД «Пажуҳишгоҳи илмӣ-таҳқиқоти тибби профиликтикӣ»-и ВТ ва ҲИА ҚТ

Мубрамият. Чумҳурии Тоҷикистон кишвари кӯхистонии ҷойгир дар минтақаи Осиёи Марказӣ бе баромад ба баҳр бо масоҳати 142,600 км² ва нуфуси аҳолии наздик ба 10,0776 миллион нафар мебошад. Зиёда аз 2/3 ҳиссаи аҳолии кишвар дар деҳот зиндагӣ карда (72,9%), ба кишоварзӣ машғул аст. Чумҳурӣ ҳамчун кишвари дорои сатҳи пасти даромад тасниф мешавад. Системаи тандурустии кишвар ба модели таърихии Семашко, ки аз Иттиҳоди Шӯравӣ мерос мондааст, асос ёфтааст ва дорои шабакаи васеи беморхонаҳо ва муассисаҳои ёрии аввалияи тиббию санитарӣ мебошад.

Дар айни замон кишвар бо бори дутарафаи бемориҳои «айрисироятӣ ва сироятӣ рӯ ба рӯ аст. Соли 2021 кишвар хуруҷи полимиелити навъи 2-ро дар баробари пандемияи COVID-19 аз сар гузаронид. Ин вазро пандемияи ҷорӣ COVID-19 боз ҳам мураккабтар кардааст, бахусус бо назардошти он ки таъсири дарозмуддати ин беморӣ номаълум боқӣ мемонад.

Қонунгузорӣ ва заминаи меъёрии амалкунандаи Чумҳурии Тоҷикистон интиқол ва паҳнкунии муттасили ваксинаҳои зидди COVID-19-ро дар кишвар комилан таъмин наменояд. Ба ин далел, зарурат ба мутобиқ кардани заминаи меъёрӣ барои таъмини кишвар бо ваксинаҳои начотбахш вучуд надорад.

Воридоти ваксинаҳои зидди COVID-19 дар асоси Қонуни Чумҳурии Тоҷикистон «Дар бораи воситаҳои доруворӣ ва фаъолияти фарматсевтӣ» №39 аз 8 августи соли 2001 амалӣ карда мешавад. Қонуни мазкур барои татбиқи сиёсати давлатии Чумҳурии Тоҷикистон дар соҳаи муомилоти доруворӣ, молҳои тиббӣ ва фаъолияти фарматсевтӣ заминаи ҳуқуқӣ фароҳам меорад. Сарфи назар аз манъи воридоти маҳсулоти тиббӣ ва доруҳои иммунобиологии бидуни қайд ба қаламрави Чумҳурии Тоҷикистон, аз ҷумла ваксинаҳо, Вазорати тандурустӣ

ва ҳифзи иҷтимоии аҳолии Чумҳурии Тоҷикистон ба сифати мақоми ваколатдор дар соҳаи тандурустӣ тибқи талаботи Қонуни Чумҳурии Тоҷикистон № 39 метавонад воридоти якдафъаинаи доруворӣ ба қайд гирифтанишударо хангоми офатҳои табиӣ ва ҳолатҳои фавқулода, аз ҷумла эпидемияи бемориҳои сироятӣ иҷозат диҳад.

Санаи оғози пандемияи COVID-19 дар Тоҷикистон 30 апрели соли 2020 мебошад. Динамикаи паҳншавии COVID-19 дар кишвар дар асоси маълумоти омори миллий, ТУТ, ИДМ ва дигар манбаҳо арзёбӣ мешавад. Бо назардошти хусусияти ин мақола, ки ба этикаи эмгузаронӣ бахшида шудааст, зарур аст, ки меъёрҳои ҳуқуқии пешгирӣ бо истифода аз ваксина таъкид карда шавад, ки дар Конститутутсияи (Сарқонуни) Чумҳурии Тоҷикистон муқаррар гардида, ҳуқуқу озодиҳои инсонро чун арзиши олий эътироф мекунанд. Санадҳои асосии меъёрии соҳа моддаи 106 Кодекси тандурустии Чумҳурии Тоҷикистон № 1413 (30.05.2017) ва Қарори Ҳукумати Чумҳурии Тоҷикистон № 83 «Дар бораи гузаронидани имунизатсия бар зидди бемории сироятӣ COVID-19 дар Чумҳурии Тоҷикистон» (22.03.2021) мебошанд.

Тадбирҳои асосӣ барои коҳиш додани хавфҳо ба тандурустии ҷамъиятӣ, ки ба пешгирии интиқоли SARS-CoV-2 нигаронида шудаанд, дар қаламрави Чумҳурии Тоҷикистон амалӣ карда шуданд, аз ҷумла: тарғиби риояи масофаи иҷтимоӣ аз дигарон, мунтазам шустани дастҳо, пӯшидани ниқобҳо ва манъи ҷамъомадҳои калони иҷтимоӣ. Тадбирҳои, ки ба кам кардани хавфҳо равана гардидаанд, ба маълумоти оммаи васеи аҳолии расонида шуда, қабул ва амалӣ карда шуданд.

Чумҳурии Тоҷикистон шаш ваксинаи зидди COVID-19-ро бомуваффақият ҷорӣ кард, ки инҳо ваксинаҳои истеҳсолкунандагони AstraZeneca, CoronaVac, Moderna,

Pfizer, Cam-COVID-Vac ва Johnson & Johnson мебошанд. Сабакҳо, ки аз чорӣ намудани ин вакцинаҳо бардошта шуданд, чунинанд:

- Раванди самараноки омодагӣ барои бе монеа чорӣ кардани вакцинаҳои COVID-19 аҳамияти ҳалкунанда дорад. Дар асоси таҷрибае, ки дар чаҳорҷӯби чорӣ намудани вакцинаи зидди ротавирус ҳосил шудааст, дар Ҷумҳурии Тоҷикистон барои ин тамоми корҳои зарурӣ анҷом дода шудааст.

- Ҳама истехсолкунандагони вакцинаҳо дар доираи механизми COVAX AMC шартномаҳо дар бораи ҷубронпулӣ ва озодкунӣ аз масъулиятро имзо кардаанд.

- Эмкунии зидди COVID-19 танҳо таҳти назорати табибон ва пас аз муоинаи бемор аз ҷониби табибон гузаронида мешавад. Амалияи мазкур барои таъмини беҳатарию вакцинаҳо ба кор бурда мешавад.

- Таҳияи нусхаи ибтидоии Нақшаи миллии эмкунӣ (НМЭ) яке аз омилҳои пурзӯри татбиқи бомуваффақият ва паҳн кардани вакцинаҳои зидди COVID-19 дар байни гурӯҳҳои ҳадафӣ буд.

- Вакцинаҳои зидди зуком дар асоси механизми додани иҷозатномаи якдафъаина воридот карда шуданд. Ҳамин гуна механизм барои воридкунӣ ва бақайдгирии вакцинаҳои зидди COVID-19 истифода гардид.

- Нақши мақомоти миллии танзимкунанда дар иҷозат додани истифодаи вакцинаҳои зидди COVID-19 дар дохили кишвар ҳамохангсозии байни мақомоти миллии танзимкунанда (ММТ), хадамоти санитарияу эпидемиологӣ ва мақомоти тақсимкунандаи вакцинаҳо дар бар мегирад.

- Дар кишвар иқтисодии танзимкунӣ ва расмиёти тезонидашудаи супоридани шаҳодатномаҳои бақайдгирии вакцинаҳои зидди зукоми мавсимӣ ва пандемиявӣ мавҷуд аст, ки барои бақайдгирӣ ва вориднамоии вакцинаҳои COVID-19 истифода мешуданд.

Механизмҳои зарурии танзим барои таъмини интиқоли фаврии вакцинаҳои зидди зуком ҳангоми ҳолатҳои фавқулода дар соҳаи тандурустии ҷамъиятӣ эътимодно ба қобилияти кишвар ба сафарбар кардани заминаи меъёрии худ ва истифодаи вакси-

наҳои нави COVID-19 таъмин мекунад.

Мақсади тадқиқот: Тасдиқи таъсири самараноки истифодаи вакцинаҳо бар зидди COVID-19 ба динамикаи паҳншавии сирояти нави कोरोनाвирус ва паст кардани сатҳи гирифтورشавӣ ба COVID-19 дар Ҷумҳурии Тоҷикистон тавассути коҳиш додани шумораи ҳолатҳои вазнини беморӣ ва марг, махсусан дар байни гурӯҳҳои аҳолии зери хатари зиёд. Ноилшавӣ ба мақсади мазкур аз ҳисоби тақвияи қисмҳои таркибии асосии сохтори ҳифзи тандурустӣ ва фарогирии умумӣ бо хизматрасониҳои тандурустӣ даст медиҳад.

Мавод ва усулҳо. Дар Кодекси тандурустии соли 2017 Моддаи 40 дар бораи ҳуқуқҳои шаҳрвандон ба ҷуброни зарари ба саломатӣ расида пешбинӣ шудааст, ки тибқи он шаҳрвандон дар асоси талаботи қонунгузории Ҷумҳурии Тоҷикистон ба ҷуброни зарар (аз ҷумла зарари маънавӣ) ҳуқуқ доранд.

Зиёда аз он, дар моддаи 106 Кодекси тандурустии Ҷумҳурии Тоҷикистон пешбинӣ шудааст: дар сурати руҳ додани зуҳуроти манфӣ пас аз вакцинагузаронии профилактикӣ “айри қобили кор будани шаҳрванд мутобики талаботи Кодекси мазкур ва дигар санадҳои меъёрии ҳуқуқии Ҷумҳурии Тоҷикистон тафтиш карда мешавад. Алоқамандии беморӣ, корношоямӣ ва марг бо назардошти ҳулосаи шӯрои экспертӣ оид ба эмгузаронии назди мақоми ваколатдор дар соҳаи тандурустӣ муқаррар карда мешавад.

Кишвар бо истехсолкунандагони вакцинаҳои Астра-Зенека, КовишилдSII, Пфайзер, Moderna, CoronaVac созишномаҳои заруриро оид ба ҷуброни зарар ва ҷимоя аз масъулият имзо кардааст ва нақшаи тасвиби созишномаҳои навро амалӣ месозад.

Таҳлили динамикии фарогирии гурӯҳҳои аҳолии мақсаднок бо эмкунӣ ва таҳлили паҳншавии сирояти нави कोरोनाвирусии COVID-19 дар Ҷумҳурии Тоҷикистон гузаронда мешавад. НМЭ бо риояи принципҳои роҳбарии калидии зерин амалӣ карда мешавад:

I. Шарикӣ бо эътимод дар самти банақшагирӣ, сафарбаркунии захираҳо ва татбиқ;



II. Таъмини адолат/баробархуққӣ дар фарогирии шахсоне, ки аз захираҳои вақсина ва баъдан аз татбиқи пурраи эмқунии зидди COVID-19 манфиат хоҳанд гирифт;

III. Истифодаи сохтор ва иқтисоди мавҷудаи ниҳодӣ дар қабули қарорҳо ои ба тақсимои вақсина;

IV. Идорақунии дурусти партовҳо.

Қоринамоӣ ва тавсеаи вақсинаи зидди COVID-19 тавассути татбиқи ҷаҳор марҳилаи мухталифе, ки дар ин НМЭ пешбини шудаанд, амалӣ карда мешаванд:

Марҳилаи 1 – Эмқунии гурӯҳҳои яқум ва дуҷоми афзалиятнок, ки дар он ҷо:

- Ба гурӯҳи афзалиятнок (ё 3% аз шумораи умумии аҳолии кишвар) гурӯҳҳои мақсадноки зерин дохил мешаванд:

o Ҳамаи қорманрони соҳаи тиб; Ва

o Шақсони аз 70-сола боло.

- Гурӯҳи афзалиятноки дуҷом:

o Шақсони аз 60 то 69 сола;

o Беморони гирифтори ВНМО;

o беморони гирифтори бемориҳои музмин (диабети қанд, сил, фишори шараёнӣ, бемориҳои музмини роҳи нафас, бемории ишемиявии дил ва саратон).

Марҳилаи 2 – Эмқунии гурӯҳи сеҷоми афзалиятнок (тақрибан 9,41% аз шумораи умумии аҳоли), аз ҷумла:

- шақсони аз 50 то 59- сола;

- шақсони гирифтори бемориҳои ҳамроҳ: бемориҳои музмини гурда, фарбеҳӣ, норасоии масуният (аз ҷумла беморони пас аз трансплантатсия), бемориҳои асаб;

- омӯзгорон – қорманрони муассисаҳои таълими ва илми;

Марҳилаи 3 – Эмқунии гурӯҳи ҷоруми афзалиятнок (43% шумораи умумии аҳолии кишвар), ки шақсони аз 18 то 49- соларо дар бар мегирад.

Натиҷаҳои тадқиқот. Барои қорҳои оперативӣ дар давраи пандемия бо фармони Президенти Ҷумҳурии Тоҷикистон аз 18 марти соли 2020 Ситоди ҷумҳуриявӣ таъсис дода шуда, санадҳои мақсадноки меъерӣ, аз ҷумла оид ба эмқунии зидди COVID-19 дар Ҷумҳурии Тоҷикистон қабул карда шуданд (22.03.21). Тибқи ин санад, маъракаи эмгу-

заронӣ дар Тоҷикистон расман 23 марти соли 2021 оғоз шудааст.

Бояд тазаққур дод, ки дар асоси таҳлили мушқилои эмгузаронӣ дар ҷаҳон, эмгузаронӣ барои шаҳрвандони аз 18-сола боло ҳатми эълон шуда, бо тавзеҳи он, ки ин тадбир ҳатми нест, балки муътамадсози ва ба даст овардани натиҷаҳо ниғаронида шудааст. Эмгузаронӣ ройгон, бо мониторинги ақсуламалҳои пас аз эмқунӣ гузаронда шуда, дар навбатии ввал гурӯҳҳои дорои ҳатари баланди иҷтимоӣ ва тиббӣ (табибон, омӯзгорон, қорманрони давлатӣ ва пиронсолон)-ро фаро мегирад. Кишвар бо 6 вақсина таъмин аст: AstraZeneca, CoronaVac, Moderna, Pfizer, Cam-COVID-Vаси Jahnson&Jahnson, ба охири моҳи декабри соли 2023 кишвар 21 933 680 вақсинаи COVID-19 гирифтааст. Дар ин давра 99,8% ё худ 5 миллиону 400 ҳазору 895 нафар аз гурӯҳи мақсадноки аҳолии кишвар бо вақсинаҳои яқум эм карда шуданд. 98,3% (5 315 962 аҳоли) ду воҷи вақсинаи COVID-19, 97,9% (5 293 650 аҳоли) воҷи яқуми бустерӣ (сеҷом) гирифтанд, аз 16 августи соли 2022 ревақсинатсия бо воҷи дуҷоми бустерӣ (ҷорум) оғоз ёфт ва то давраи ҳисоботи 87,4% ё худ 4 729 604 нафар бо он фаро гирифта шуданд.

Азбаски аз нуқтаи назари ахлоқӣ сифати вақсинаҳо, хусусияти озмоиш ва истифодаи онҳо масъалаҳои муҳим мебошанд, норасоии ҷунин маълумот дар таблиғоти зидди эмқунӣ, аз ҷумла дар байни мазҳабҳои гуногуни динӣ васеъ истифода шудааст. Бархе пешвоёни мазҳабӣ аз диндорон даъват кардаанд, ки ба далели ҳалол набудани вақсинаҳо (ислом) ё истифодаи ҳуҷайраҳои ҷанини инсон (масеҳият) аз эмгузаронӣ даст кашанд. Аз мавқеи ахлоқӣ пешқаши иттилооти воқеӣ ба ҷомеа ва мавҷудияти алоқаи баръақс бо шаҳрвандон аҳамияти бунёдӣ дорад. Аз ин лиҳоз, натиҷаҳои иштироки Тоҷикистон дар лоиҳаи байналмилалӣ иҷтимоӣ ниҳоят муҳим аст. Тақрибан 82% аз 1000 пурсидашудагон аз эмгузаронӣ оммавӣ дар Тоҷикистон ҷонибдорӣ кардаанд.

Дар маҷмуъ, масунисозии ҳамаи гур-



ӯҳҳои мақсаднок мутобиқи стратегияи таҳиякардаи ҳукумат 21 681 941 вояи вакцинаи COVID-19-ро талаб мекунад.

Асосан, ин стратегияҳо масъалаҳои зеринро дар бар мегиранд:

- Эмкунии гурӯҳи шахсони аз 60-сола боло, ки бо вакцинаҳои “айрифаъоли COVID-19 вакцина карда шудаанд, бо вояи

иловагӣ ва бустерии вакцинаи COVID-19;

- Ваксинатсияи шахсони дорои масунияти ҳалалдор бо вояи иловагии вакцина аз COVID-19.

Ин ҳисоб ба тахмине асос ёфтааст, ки фарогирии мақсаднок бо эмкунӣ 100% ва сатҳи талафоти мақсаднок 10% -ро ташкил медиҳад.

Ҷадвали 4 - вояи вакцинаҳои воридшуда - тоҷикистон, соли 2023. Вакцинаҳо, ки ба соли чорӣ қабул шудаанд

№	Номгӯи вакцинаҳо	Вояи воридшуда	Таъминкунанда
1	Вакцинаи АстраЗенека бар зидди сирояти COVID-19	192 000	COVAX
2	Вакцинаи Коронавак бар зидди сирояти COVID-19	300 000	Ҳукумати Чумхурии Мардуми Хитой
3	Вакцинаи АстраЗенека бар зидди сирояти COVID-19	40 000	Ҳукумати Озарбойҷон
4	Вакцинаи КоронаВак бар зидди сирояти COVID-19	2 000 000	Ҳукумати Чумхурии Мардуми Хитой
5	Вакцинаи Модерна бар зидди сирояти COVID-19	1 500 100	COVAX
6	Вакцинаи АстраЗенека бар зидди сирояти COVID-19	128 640	COVAX
7	Вакцинаи Гам-КОВИД-Вак бар зидди сирояти COVID-19	100 000	Федератсияи Россия
8	Вакцинаи КоронаВак бар зидди сирояти COVID-19	500 000	Ҳукумати Чумхурии Мардуми Хитой
9	Вакцинаи АстраЗенека бар зидди сирояти COVID-19	100 800	COVAX
10	Вакцинаи Pfizer бар зидди сирояти COVID-19	114 660	COVAX
11	Вакцинаи Pfizer бар зидди сирояти COVID-19	210 600	COVAX
12	Вакцинаи КоронаВак бар зидди сирояти COVID-19	500 000	Ҳукумати Чумхурии Мардуми Хитой
13	Вакцинаи Pfizer бар зидди сирояти COVID-19	117 000	COVAX
14	Вакцинаи АстраЗенека бар зидди сирояти COVID-19	192 000	COVAX
15	Вакцинаи АстраЗенека бар зидди сирояти COVID-19	26 000	Ҳукумати Латвия
16	Вакцинаи АстраЗенека бар зидди сирояти COVID-19	34 000	Ҳукумати Латвия
17	Вакцинаи Pfizer бар зидди сирояти COVID-19	81 900	COVAX
18	Вакцинаи АстраЗенека бар зидди сирояти COVID-19	698 500	COVAX
19	Вакцинаи КоронаВак бар зидди сирояти COVID-19	546 000	Банки Осиеи Рушд
20	Вакцинаи АстраЗенека бар зидди сирояти COVID-19	150 000	Ҳукумати Венгрия
21	Вакцинаи АстраЗенека бар зидди сирояти COVID-19	50 000	Ҳукумати Австрия
22	Вакцинаи Модерна бар зидди сирояти COVID-19	122 400	COVAX
23	Вакцинаи АстраЗенека бар зидди сирояти COVID-19	302 400	COVAX
24	Вакцинаи Pfizer бар зидди сирояти COVID-19	157 950	COVAX
25	Вакцинаи Pfizer бар зидди сирояти COVID-19	141 570	COVAX
26	Вакцинаи КоронаВак бар зидди сирояти COVID-19	2 737 200	Банки Осиеи Рушд
27	Вакцинаи КоронаВак бар зидди сирояти COVID-19	225 600	Банки Осиеи Рушд
28	Вакцинаи Модерна бар зидди сирояти COVID-19	500 400	COVAX
29	Вакцинаи Модерна бар зидди сирояти COVID-19	650 400	Банки Умумичахонии Рушд
30	Вакцинаи Pfizer бар зидди сирояти COVID-19	152 100	COVAX
31	Вакцинаи Pfizer бар зидди сирояти COVID-19	147 420	COVAX
32	Вакцинаи Модерна бар зидди сирояти COVID-19	594 720	COVAX
33	Вакцинаи АстраЗенека бар зидди сирояти COVID-19	501 200	Ҳукумати Япония
34	Вакцинаи Pfizer бар зидди сирояти COVID-19	198 900	COVAX
35	Вакцинаи АстраЗенека бар зидди сирояти COVID-19	501 600	Ҳукумати Голландия
36	Вакцинаи Модерна бар зидди сирояти COVID-19	241 920	Банки Умумичахонии Рушд
37	Вакцинаи Pfizer бар зидди сирояти COVID-19	198 900	COVAX
38	Вакцинаи Pfizer бар зидди сирояти COVID-19	200 070	COVAX
39	Вакцинаи Pfizer бар зидди сирояти COVID-19	204 750	COVAX



40	Ваксинаи Pfizer бар зидди сирояти COVID-19	195 390	COVAX
41	Ваксинаи Коронавак бар зидди сирояти COVID-19	2 443 200	Хукумати Ҷумҳурии Мардумии Хитой
42	Ваксинаи Pfizer бар зидди сирояти COVID-19	122 850	COVAX
43	Ваксинаи Pfizer бар зидди сирояти COVID-19	198 900	COVAX
44	Ваксинаи Pfizer бар зидди сирояти COVID-19	201 240	COVAX
45	Ваксинаи Коронавак бар зидди сирояти COVID-19	2 556 800	Хукумати Ҷумҳурии Мардумии Хитой
46	Ваксинаи Pfizer бар зидди сирояти COVID-19	109 440	COVAX
47	Ваксинаи Pfizer бар зидди сирояти COVID-19	92 160	Голландия
48	Ваксинаи Pfizer бар зидди сирояти COVID-19	100 800	COVAX
49	Ваксинаи Чонсон ва Чонсон бар зидди сирояти COVID-19	451 200	COVAX
50	Ваксинаи Коронавак бар зидди сирояти COVID-19	100 000	Вазорати мудофиан ҶТ
	Ҳамагӣ ворид шуд	21 933 680	

№	шумораи умумии вакцинаҳои воридшуда	Шумора	%
1	Ваксинаи АстраЗенека	2 917 140	13,3%
2	Ваксинаи Коронавак	11 908 800	54,3%
3	Ваксинаи Модерна	3 609 940	16,5%
4	Ваксинаи Гам-КОВИД-Вак	100 000	0,5%
5	Ваксинаи Pfizer	2 946 600	13,4%
6	Ваксинаи Чонсон ва Чонсон	451 200	2,1%
	ҲАМАГӢ:	21 933 680	100%

Мақоми калидӣ, ки барои интиҳоб ва муайян кардани афзалиятнокии гурӯҳҳои мақсаднок барои эмкунии зидди COVID-19 масъул аст, гурӯҳи кории техникӣ оид ба омодагии кишвар ба қорӣ ва густариш додани эмкунии зидди COVID-19 мебошад.

Бар асоси тавсияҳои охири муваққати ТУТ, ҳама вакцинаҳои COVID-19, ки аз қониби СЭИ ТУТ ба қайд гирифта шудаанд, метавонанд барои эмкунии занони ҳомила ва модарони ширдеҳ истифода шаванд.

Афзоиши эҳтимолии шумораи гурезагон ва паноҳҷӯён аз Аф^онистон, аз ҷумла гурезаҳои беҳуччат, ки тахминан 60 000 нафарро ташкил медиҳанд, ҳангоми муайян кардани аҳолии мавриди ҳадаф ба инобат гирифта нашудааст. Бо вучуди ин, онҳо бо пешниҳоди дархости алоҳида ба низоми Буфери башардӯстона фаро гирифта мешаванд, ки мувофиқи зарурат таҳия ва ба GAVI пешниҳод карда мешавад.

Дар асоси тавсияҳои охири гурӯҳҳои аврупоии техникӣ машваратӣ оид ба иммунизатсия (ТМИ), ки ба қоҳиши самаранокии силсилаи ибтидоии эмкунӣ аз COVID-19 ва аломатҳои беморӣ, бахусус самаранокии вояи иловагӣ ва бустерӣ вобаста мебо-

шанд, ТРГ ва гурӯҳҳои миллии ТМИ стратегияҳои иммунизатсияро бо роҳи интиҳоби гурӯҳҳои мақсаднок барои эмкунӣ ва ба тавсияҳои навтарин мувофиқ намудани ҳуччати НМЭ-ро бознигарӣ намуданд.

Хулосаҳо. Дар бораи зарурати васеъ намудани донишҳои ҳуди қорандони тиб оид ба эмгузаронӣ ва баланд бардоштани сатҳи эътимод ба онҳо, дуруст омода намудани маълумот барои аҳоли бо мақсади пешгирии аз нашри маводи бардурӯ“ хулосаҳои муҳим бароварда шуданд. Тавсия дода мешавад, ки стратегияи ягонаи эмкунӣ мувофиқи мақоми иҷтимоӣ-фарҳангӣ таҳия карда шавад: масалан, диққати муҳим ба эмкунии занон дода шавад, зеро онҳо аксар вақт тарафдори эмкунӣ бо сабаби «ҳифзи оила» мебошанд.

Ҳамин тариқ, дар Тоҷикистон тасаввуроти дақиқро возеҳ оид ба зарурат ва роҳҳои ноил шудан ба этикаи эмгузаронӣ тавассути ташаккули “фарҳанги эпидемиологӣ” ва “рафтори эпидемиологӣ” дар аҳоли, тақмили шабакаҳои иттилоотӣ, қалби бахши шаҳрвандӣ ба қор, таҳияи стратегияи муштарак оид ба эмкунии зидди COVID-19 бо роҳбарони динӣ, иттиҳодияҳо ва созмонҳо вучуд дорад.

Адабиёт.

1. Desforges M, Le Coupanec A, Dubeau P, Bourgouin A, Lajoie L, Dubé M, et al. Human Coronaviruses and Other Respiratory Viruses: Underestimated Opportunistic Pathogens of the Central Nervous System? *Viruses*. 2019;12(1):14. <https://doi.org/10.3390/v12010014>
2. Алхутова Н.А., Ковязина Н.А., Бардышева Н.А., Калинина Н.М., Алексанин С.С. Определение антител класса G к Sars-Cov-2 после применения вакцины «Гам-ковид-вак2 или «Спутник V» НИЦЭМ
3. Alkhutova NA, Kovyazina NA, Bardysheva NA, Kalinina NM, Alexanin SS. Determination of class G antibodies to SARS-CoV2 after application of ‘GamCOVID-Vac’ or ‘Sputnik V’ vaccine of National Research
4. Зубов В.В., Родионова М.Е., Емелин А.А. Отношение населения к вакцинации от коронавируса: сравнительный анализ исследований. Вопросы национальных и федеративных отношений. 2021;11(2):432–441. <https://doi.org/10.35775/PSI.2021.67.2.014>
5. Пахомов Д.В. Вакцинопрофилактика COVID-19. *Практическая пульмонология*. 2020;(3):74–79. eLIBRARY ID: 44909263

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ВАКЦИНАЦИИ В ДЕЛЕ БОРЬБЫ ПРОТИВ COVID-19 В РЕСПУБЛИКЕ ТАДЖИКИСТАН

Мирзоалиев Ю.Ю.

ГУ «Таджикский научно-исследовательский институт профилактической медицины»,
при МЗ СЗН РТ

Резюме. Действующее законодательство и нормативно-правовая база Республики Таджикистан в полной мере обеспечивают бесперебойную и ускоренную доставку и распределение вакцин от COVID-19 в стране. Ввоз вакцин от COVID-19 осуществляется на основе Закона Республики Таджикистан «О медикаментах и фармацевтической деятельности» № 39 от 8 августа 2001 года. Этот закон обеспечит юридическую основу для реализации государственной политики Республики Таджикистан, связанной с оборотом медикаментов, медицинских товаров и фар-

мацевтической деятельности. Несмотря на запрет на ввоз незарегистрированной медицинской продукции и иммунобиологических препаратов на территорию Республики Таджикистан, включая вакцины, МЗСЗН РТ, в качестве уполномоченного органа в системе здравоохранения, в соответствии с Законом РТ № 39, может разрешит однократный импорт незарегистрированных медикаментов при стихийных бедствиях, чрезвычайных ситуациях, включая эпидемии инфекционных заболеваний.

Ключевые слова: COVID-19, вакцинация

EFFECTIVENESS OF VACCINATION IN THE FIGHT AGAINST COVID-19 IN THE REPUBLIC OF TAJIKISTAN

Mirzoaliev Y.Y.

“Tajik Research Institute of Preventive Medicine”, under the Ministry of Health and Social Protection of the Population of the Republic of Tajikistan.

Abstract: The current legislation and regulatory framework of the Republic of Tajikistan fully ensure the uninterrupted and expedited delivery and distribution of COVID-19 vaccines in the country. The import of COVID-19 vaccines is carried out on the basis of the Law of the Republic of Tajikistan “On

Medicines and Pharmaceutical Activities” No. 39 of August 8, 2001. This law will provide a legal basis for the implementation of the state policy of the Republic of Tajikistan related to the circulation of medicines, medical goods and pharmaceutical activities.

Despite the ban on the import of



unregistered medical products and immunobiological preparations into the territory of the Republic of Tajikistan, including vaccines, the Ministry of Health and Social Protection of the Republic of Tajikistan, as an authorized body in the healthcare system, in

accordance with Law of the Republic of Tajikistan No. 39, may allow a one-time import of unregistered medicines in case of natural disasters and emergency situations, including epidemics of infectious diseases.

Keywords: COVID-19, vaccination

Мирзоалиев Юнусҷон Юсуфалиевич — номзади илмҳои тиб, ходими илмии Муассисаи давлатии «Институти тадқиқоти илмии тибби профилактикии Тоҷикистон», тобеи Вазорати тандурусти ва ҳифзи иҷтимоии аҳолии Ҷумҳурии Тоҷикистон. *e-mail: yunus.mirzoaliev@gmail.com*, *тел: (+992) 939999026*

Мирзоалиев Юнусҷон Юсуфалиевич - кандидат медицинских наук, научный сотрудник Государственного учреждения «Таджикский научно-исследовательский институт профилактической медицины», при Министерстве здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан. *e-mail: yunus.mirzoaliev@gmail.com*, *тел: (+992) 939999026*

Mirzoaliev Yunusjon Yusufalievich - PhD, researcher at the State Institution “Tajik Research Institute of Preventive Medicine”, under the Ministry of Health and Social Protection of the Population of the Republic of Tajikistan. *e-mail: yunus.mirzoaliev@gmail.com*, *тел: (+992) 939999026*

ВАЗЪИЭПИДЕМИОЛОГИИ ВОБАСТА БА ВИРУСИ НОРАСОИИ МАСУНИЯТИ ОДАМ ДАР БАЙНИ НАШЪАМАНДОНИ ТАЗРИҚӢ

Солиев А.А.¹, Сатторов С.С.¹, Усманова Г.М.²

1. Муассисаи давлатии “Маркази ҷумҳуриявии пешгириӣ ва мубориза бар зидди бемории ВНМО”, Ҷумҳурии Тоҷикистон; 2. Кафедраи эпидемиология ба номи профессор Рофиев Ҳ.Қ. МДТ «ДДТТ ба номи Абуалӣ ибни Сино»

Муҳиммият: Авчгирии паҳншавии вируси норасоии масунияти одам дар Ҷумҳурии Тоҷикистон дар давраи солҳои 1991-2010 бештар дар байни намояндагони гурӯҳҳои калидӣ, аз қабилҳои истифодабарандагони маводи муҳаддир ба воситаи сӯзандору (нашъамандони тазриқӣ) ва шахсони расонандаи хизматҳои шахвонӣ арзёбӣ мегардад. Дар даҳсолаи авали эпидемия (1991-2001) фоизи нашъамандони тазриқӣ дар байни дарёфтшудагон 83,3%-ро ташкил меод. Дар даҳсолаи дуюм (2002-2011) бошад, ҳамагӣ 3238 нафар бо сирояти ВНМО дарёфт карда шудаанд, ки аз онҳо 1955 нафарро (60,4%) нашъамандони тазриқӣ ташкил медиҳанд. Дарёфтствабақайдгирии ВНМО-дарбайни табақаҳои осебпазири аҳоли (ҷавонон, муҳоҷирон) ва аҳолии умумӣ (занон, никоҳшавандагон) хеле дар сатҳи паст қарор дошт. Инчунин, аз сабаби риоя нагардидани речаҳои табобати зиддиретрови-

русӣ ва рафтори хатарнокӣ онҳо сатҳи фақат низ дар байни ин гурӯҳи беморони гирифтори ВНМО хеле баланд буд. Солҳои охир тамоюли пастшавии паҳншавии ВНМО дар байни намояндагони гурӯҳҳои калидӣ ба назар мерасад.

Мақсади таҳқиқот. Муайян намудани сатҳи паҳншавии сирояти ВНМО дар байни нашъамандони тазриқӣ ва баҳодиҳии самаранокӣ ва чорабинӣҳои пешгирикунанда дар байни онҳо.

Мавод ва усулҳои таҳқиқот. Таҳлили муқоисавии маълумоти омӯрӣ ва вазъи сироятёбии ВНМО дар байни нашъамандони тазриқӣ дар ҷумҳуриӣ барои солҳои 1991-2023 мавриди баррасӣ қарор доданд. Инчунин, натиҷаҳои назорати дидбонии эпидемиологӣ оид ба сирояти ВНМО дар байни нашъамандони тазриқӣ дар таҳлили мазкур истифода бурда шуданд. Ҳангоми гузаронидани таҳлили мазкур нишондодҳои са-

тҳи паҳншавии ВНМО дар байни гурӯҳҳои гуногун муқоиса карда шуда, самаранокии чорабиниҳои пешгирикунандаи сирояти ВНМО баҳогузори карда шудаанд.

Натиҷаҳои таҳқиқот ва баррасии он. Дар натиҷаи гузаронидани маҷмӯи чорабиниҳои пешгирикунанда дар кишвар дар байни намояндагони гурӯҳҳои дорои хатари баланд, аз ҷумла нашъамандони тазриқӣ сатҳи паҳншавии сирояти ВНМО сол аз сол тамоюли паस्तшавӣ дорад. Аз соли 2003 инҷониб дар ҷумҳурӣ барномаи паст кардани зарар татбиқ гашта, барои мизочон маводҳои яккаратаи тазриқӣ (сузандоруҳо), маводҳои пешгирикунандаи сироят (рифола), маводҳои иттилоотию маърифатӣ, ташхиси ройгони ВНМО бо усулҳои гуногун, машваратдихӣ, табобати ҷойивазкунандаи опиоидӣ, ташхиси гепатитҳои вирусии В ва С, бемории сил ва ғайра пешниҳод мегардад. Хизматрасониҳои мазкур ҳам аз ҷониби 24 нуқтаҳои боварӣ назди марказҳои пешгириӣ ва мубориза бар зидди бемории ВНМО ва ҳам аз тарафи 11 адад нуқтаҳои ташкилотҳои ҷамъиятии маҳаллӣ барои нашъамандони тазриқӣ пешкаш карда мешаванд. Дар давоми сол барои мизочон аз 2,1 то 4,3 миллион сузандоруҳои яккарата, тахминан 500 ҳазор рифола ва то 40 ҳазор маводҳои иттилоотӣ дастрас мегардад. Инчунин, ба ҳамаи мизочони ин нуқтаҳо дар давоми сол 2 маротиба ташхиси ройгони ВНМО пешниҳод гашта, ҳамасола аз 15 то 26 ҳазор ташхис дар байни ин гурӯҳ гузаронида мешаванд. Айни замон дар ҷумҳурӣ 14 адад нуқтаҳои пешниҳоди табобати ҷойивазкунандаи опиоидӣ дар назди марказҳои наркологӣ ташкил ва фаъолият дошта, ҳамасола дар онҳо зиёда аз 600 нафар мизочон мунтазам хизматрасонӣ мегиранд.

Мутобиқи маълумотҳои оморӣ¹ (Footnotes) дар даҳсолаи аввали эпидемияи ВНМО дар Тоҷикистон 83,3% дарёфтшудагони бемории ВНМО-ро нашъамандони тазриқӣ ташкил медоданд.

¹Маълумотҳои омории муассисаи давлатии «Маркази ҷумҳуриявии пешгириӣ ва мубориза бар зидди бемории ВНМО» барои солҳои 1991-2023.

Тамоюли сатҳи паҳншавии ВНМО дар байни нашъамандони тазриқӣ дар Ҷумҳурии Тоҷикистон, 2007-2022 с.



Дар даҳсолаи дуум (2002-2011) ин нишондод то 60,4% ва дар даҳсолаи сеюм (2012-2021) то 18,4% коҳиш дода шудааст. Паस्तшавии сатҳи паҳншавии ВНМО дар байни нашъамандони тазриқӣ аз самаранокии чорабиниҳои пешгирикунанда дар байни ин гурӯҳ шаҳодат медиҳад. Дар баробари ин, агар дар давраи солҳои 2001-2018 дар ҷумҳурӣ ҳамагӣ аз 110 то 190 нафар нашъамандони тазриқӣ бо сирояти ВНМО ҳамасола дарёфт мегардид, пас солҳои охир (2019-2023) дар ҷумҳурӣ ин рақамҳо то 43 нафар коҳиш дода шудааст.

Қайд кардан ба маврид аст, ки аз рӯи натиҷаҳои назорати дидбонии эпидемиологӣ оид ба ВНМО низ сатҳи паҳншавии ВНМО дар байни нашъамандони тазриқӣ рӯ ба паस्तшавӣ дошта, дар соли 2022 ин нишондод ба 8,9% баробар мебошад. Нишондоди мазкур дар соли 2007 дар ҷумҳурӣ 19,4%-ро ташкил медод. Яъне, дар давоми солҳои 2007-2022 сатҳи паҳншавии ВНМО дар байни нашъамандони тазриқӣ дар кишвар 2,2 маротиба коҳиш ёфтааст, ки ин низ аз сифатнок будани чораҳои пешгирикунанда шаҳодат медиҳад.

Барои муқоиса, сатҳи паҳншавии ВНМО дар байни шахсони расонандаи хизматҳои шахвонӣ - 2,9%, дар байни мардони ҳамҷинсгаро - 4,3%, дар байни маҳкумшудагон - 3,4% ва дар байни муҳоҷирони меҳнатӣ - 0,4%-ро ташкил медиҳад¹.

¹Натиҷаҳои назорати дидбонии эпидемиологӣ дар байни гурӯҳҳои гуногуни аҳоли дар ҚТ.



Гуфтан чоиз аст, ки нашъамандони тазриқӣ яке аз гурӯҳҳои асосии аҳолие, ки дорои хатари баланди сироятёбии ВНМО боқӣ мемонад ва давом додани чорабиниҳои пешгирикунанда дар байни онҳо мувофиқи мақсад мебошад.

Айни замон дар Ҷумҳурии Тоҷикистон дар 67 марказҳои пешгирӣ ва мубориза бар

зидди бемории ВНМО ва 35 нуқтаҳои бо-варӣ ташхиси ройгони ВНМО бо усули фаврӣ ба роҳ монда шудааст.

Новобаста аз он, ки сатҳи фарогирии на-мояндагони гурӯҳҳои дорои хатари баланд, аз ҷумла нашъамандони тазриқӣ ба ташхи-си ройгони ВНМО сатҳи дарёфти ин беморӣ дар байни онҳо сол аз сол паст мегардад.

Фарогири ба ташхис ва сатҳи дарёфти ҳодисаҳои ВНМО дар байни табақаҳои гуногуни аҳоли дар Ҷумҳурии Тоҷикистон, 2020-2023 с.(Footnotes)

	Ташхис	Дарёфт	Фоидаи дарёфт
Нашъамандони тазриқӣ	70096	284	0,41%
Шахсони расонандаи хизматҳои шахвонӣ	56128	64	0,11%
Мардони ҳамчинсгаро	15432	81	0,52%
Маҳкумшудагон	48099	177	0,36%
Муҳоҷирони меҳнатӣ	111564	1004	0,90%
Алоқамандони беморони ВНМО	37541	859	2,29%
Бемороне, ки бо нишонаҳои клиникӣ ташхисшуданд	877907	1351	0,15%

Дар 4 соли охир дар ҷумҳурӣ дар байни нашъамандони тазриқӣ 70096 адад ташхи-си ВНМО гузаронида, 284 ҳодисаи сирояти ВНМО дарёфт карда шудааст, ки ин ба 0,41% баробар мебошад. Барои муқоиса, сатҳи дарёфти ВНМО дар байни шахсони алоқа-манд бо беморони ВНМО – 2,29%, муҳоҷи-рони меҳнатӣ – 0,9% ва мардони ҳамчинс-гаро – 0,52%-ро ташкил медиҳад.

Хулоса. Мутобиқи маълумотҳои оморӣ ва натиҷаҳои таҳлили мазкур маъ-

лум мегардад, ки фарогирии нашъаман-дони тазриқӣ ба чорабиниҳои пешгири-кунанда сол аз сол афзуда, сатҳи паҳнша-вии сирояти ВНМО дар байни намоянда-гони ин гурӯҳи калидӣ тамоюли паст-шавӣ дорад. Чорабиниҳои пешгирику-нанда самаранок буда, давом додани онҳо мувофиқи мақсад мебошад. Нашъа-мадони тазриқӣ ҳамчун як гурӯҳи дорои хатари баланди аҳоли нисбат ба сирояти ВНМО боқӣ мемонад.

Адабиёт

1. Информационный бюллетень— Глобальная статистика по ВИЧ, ЮНЭЙДС, 2023 г.
2. Ҷисоботи муассисаи давлатии «Маркази ҷумҳуриявии пешгирӣ ва мубориза бар зидди бемории ВНМО» барои соли 2023.
3. Ҷисоботи миллӣ роҷеъ ба пешрафт дар самти муқовимат ба эпидемияи ВНМО дар Тоҷикистон барои соли 2023.
4. Ҷисоботи тадқиқоти назорати дидбонии эпидемиологӣ оид ба ВНМО дар байни муҳоҷирони меҳнатӣ дар Ҷумҳурии Тоҷикистон, 2020 с.
5. Ҷисоботи тадқиқоти назорати дидбонии эпидемиологӣ оид ба ВНМО дар байни нашъа-мандони тазриқӣ дар Ҷумҳурии Тоҷикистон, 2022 с. Ҷисоботи тадқиқоти назорати дид-бонии эпидемиологӣ оид ба ВНМО дар байни шахсони расонандаи хизматҳои шахвонӣ дар Ҷумҳурии Тоҷикистон, 2022 с.
6. Ҷисоботи тадқиқоти назорати дидбонии эпидемиологӣ оид ба ВНМО дар байни маҳ-кумшудагон дар Ҷумҳурии Тоҷикистон, 2023 с.



ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ СИТУАЦИЯ ВИРУСА ИММУНОДЕФИЦИТА ЧЕЛОВЕКА СРЕДИ ЛЮДЕЙ, УПОТРЕБЛЯЮЩИХ НАРКОТИКИ ИНЪЕКЦИОННЫМ ПУТЁМ

А.А. Солиев, С.С. Сатторов, Г.М. Усманова

1. Государственное учреждение “Республиканский центр по профилактике и борьбе со СПИД”, Республика Таджикистан, 2. Кафедра эпидемиологии имени профессора Рафиева Х.К. ГОУ «ТГМУ имени Абуали ибни Сино»

С начала эпидемии вируса иммунодефицита человека (ВИЧ) в мире до конца 2022 года всего 85,6 миллион человек заразились этой инфекцией, среди которых 40,4 миллион человек умерли по разным причинам, что составляет 47% от общего числа инфицированных. В начале 2023 года в мире было 39 миллион людей, живущих с ВИЧ, из которых 1,3 миллиона были выявлены с ВИЧ только в 2022 году. Согласно международным данным только 86% людей, живущих с ВИЧ, знали о своем ВИЧ положительном статусе. Вирус иммунодефицита человека и синдром приобретенного иммунодефицита (ВИЧ/СПИД) за последние 40 лет превратились в одну из основных угроз

на планете и Республика Таджикистан как часть мирового сообщества в решении данной проблемы не остается в стороне.

С целью противодействия эпидемии ВИЧ в Таджикистан за период государственной независимости были приняты и реализованы 7 национальных стратегий и программ. За этот период страна достигла определенных успехов и уровень распространения ВИЧ-инфекции среди различных ключевых групп населения находится на определенном уровне.

Ключевые слова: ВИЧ-инфекция, ключевые группы, люди, употребляющие инъекционные наркотики, дозорный эпидемиологический надзор.

EPIDEMIOLOGICAL SITUATION OF HUMAN IMMUNODEFICIENCY VIRUS AMONG PEOPLE WHO INJECT DRUGS

A.A. Soliev, S.S. Sattarov, G.M. Usmanova

1.State institution “Republican Center for Prevention and Control of AIDS”, Republic of Tajikistan; 2.Department of Epidemiology named Professor Rafiev H.K. State educational institution “TSMU named Abuali ibni Sino”

From the beginning of the human immunodeficiency virus (HIV) epidemic in the world until the end of 2022, a total of 85.6 million people became infected with this infection, of which 40.4 million people died from various causes, accounting for 47% of the total number of infected people. At the beginning of 2023, there were 39 million people living with HIV in the world, of whom 1.3 million were diagnosed with HIV in 2022. According to international data, only 86% of people living with HIV knew about their HIV-positive status. Over the past 40 years, the human immunodeficiency virus and acquired immunodeficiency syndrome (HIV/AIDS) have

become one of the main threats on the planet, and the Republic of Tajikistan, as part of the world community, does not stand aside in solving this problem.

In order to counter the HIV epidemic in Tajikistan, during the period of state independence, 7 national strategies and programs were adopted and implemented. During this period, the country has achieved certain successes and the level of HIV infection among various key population groups is at a certain level.

Key words: HIV infection, key populations, people who injection drugusers, sentinel epidemiological surveillance.



Солиев Алижон Азимҷонович – н.и.т., муовини директори муассисаи давлатии «Маркази чумҳуриявии пешгирӣ ва мубориза бар зидди бемории ВНМО». e-mail:salijon@mail.ru, тел.:+992900094050

Сатторов Сафархон Сайдамирович – н.и.т., директори муассисаи давлатии «Маркази чумҳуриявии пешгирӣ ва мубориза бар зидди бемории ВНМО».e-mail:s.safar@inbox.ru, тел.:+992918610106

Усманова Гулнора Муқимовна – д.и.т., мудири кафедраи эпидемиологияи ба номи профессор Рофиев Ҳ.Қ. МДТ «Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абуалӣ ибни Сино».e-mail:gulnora.usmanova.64@mail.ru, тел.:+992933440393

Солиев Алиджон Азимҷонович – к.м.н., заместитель директора государственного учреждения «Республиканский центр по профилактике и борьбе со СПИД».e-mail:salijon@mail.ru, тел.:+992900094050

Сатторов Сафархон Сайдамирович – к.м.н., директор государственного учреждения «Республиканский центр по профилактике и борьбе со СПИД».e-mail:s.safar@inbox.ru, тел.:+992918610106

Усманова Гульнора Муқимовна – д.м.н., заведующая кафедрой эпидемиологии имени профессора Рафиева Х.К. ГОУ «ТГМУ имени Абуали ибни Сино».e-mail:gulnora.usmanova.64@mail.ru, тел.:+992933440393

Soliev Alijon Azimjonovich – с.м.с., deputy director of State institution «Republican Center for Prevention and Control of AIDS».e-mail:salijon@mail.ru, phone:+992900094050

Sattorov Safarkhon Saydamirovich– с.м.с., director of State institution «Republican Center for Prevention and Control of AIDS».e-mail:s.safar@inbox.ru, phone: +992918610106

Usmanova Gulnora Mukimovna– d.m.s., head of Department of Epidemiology named Professor Rofiev H.K.State educational institution “TSMU named Abuali ibni Sino”. e-mail:gulnora.usmanova.64@mail.ru, тел.:+992933440393



ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИЯ

АЛОМАТҲОИ КЛИНИКИИ ПСОРИАЗ ДАР КЌДАКОНИ ДОРОИ МАССАИ ГУНОГУНИ БАДАН

Али-заде Н.А., Сафаров Ш.А., Мухамадиева К.М., Бозоров С.С.

Кафедраи дерматовенерологияи МДТ «ДДТТ ба номи Абуалӣ ибни Сино»

Муҳиммият. Псориаз бемории ба твари васеъ паҳншуда мебошад, ки дар патогенези он таъсири омилҳои гуногун нақши муҳим доранд. Дар сохтори беморони дерматологӣ псориаз тақрибан 10% -ро ташкил медиҳанд, вале дар 30%-и ҳолатҳо симптомҳои аввалин дар сини кўдакӣ ба мушоҳида мерасанд [1,2]. Тибқи маълумоти баъзе муҳаққиқон синну соли максималии саршавии псориази кўдакон дар писарҳо 6-10 – солагӣ, дар духтарҳо - 11-15-солагӣ буд [3]. Муаллифон муайян карданд, ки псориаз бештар чинси зан дида мешавад назар ба писарҳо. Дар таҳқиқотҳои дигар нишон дода шудааст, ки паҳншавии псориаз дар писарҳо камтар буд, назар ба духтарҳо [4]. Дар дигар сарчашмаҳо нишон дода шудааст, ки мансубияти чинсӣ ба пайдошавии аломатҳои клиникалии псориаз таъсир мерасонад ва бо он фарқ мекунад, ки дар духтарҳо псориаз асосан дар қисмҳои мӯйдо-ри сар паҳн шудааст, дар писарҳо бошад, паҳншавии бештари он дар нохунҳо ба мушоҳида мерасад [1,3,5]. Дар адабиёт ба фо-идаи иртиботи мутақобилаи байни синну сол ва вазнинии псориаз, ҳамчунин пайдошудани системанокии беморӣ дар кўдакон далеле вучуд надорад. Тибқи маълумоти адабиёт, дар кўдакони дорои псориаз вазни барзиёд дида мешавад, ки ба вазнинии чараёни псориаз таъсир мерасонад. Муаллифон муайян карданд, ки эритродермияи псориаз барои кўдакони дорои фарбеҳии пешакӣ хос аст [6]. Муҳаққиқони дигар ба он ишора мекунад, ки фарбеҳӣ мавҷудияти дамишҳои псориазро дар тамоми давраи муоинаи кўдакони дорои псориаз ҳамроҳӣ мекунад [7,8]. Файр аз ин, дар 50% -и беморон фарбеҳӣ дар анамнези оилавиашон ҷой дошт [2,9]. Дар онҳо барвақт саршудани беморӣ, вобастагии мустақими байни зиёдшавии нишондиҳандаи шохиси

массаи бадан ва майдони осеби қабатҳои пўст ба мушоҳида мерасад [2,3]. Тибқи маълумоти Иванова Р.А. ва ҳаммуаллифон (2021), вазни барзиёд ба самаранокии табобати псориаз, махсусан ба шакли вазнини он таъсир мерасонад [10]. Дар таҳқиқоти Материкина А.И. (2013) шохиси массаи бадан зиёда аз 85 дар 37,9 %-и кўдакони синну соли кўдакии дорои псориаз дида шуд, ки назар ба гурӯҳи кўдакони солим 1,9 маротиба бештар [1]. Яъне, маълумотҳои адабиёт аз он далолат мекунад, ки барои псориаз ва синдроми метаболикӣ механизми ягонаи патогенетикии пайдошавӣ хос аст, ки дорои хусусиятҳои илтиҳоби музмин, стресси оксидативӣ ва мавҷудияти ретсепторҳои Toll- монанди бофтаи чарбӣ ҳастанд. Чунин меҳисобанд, ки маркерҳои пешазилтиҳобӣ, ки адипоситҳои тавлидшуда ба фаъолнокшавии тўлоии Т-хучайраҳо оварда мерасонад ва пайдошудани ситкли саръастаи илтиҳоби пўст ҳамроҳ мекунад, ки ба ташаккули дамишҳои псориаз оварда мерасонад [11,12].

Мақсади таҳқиқоти гузаронидашуда омӯзиши хусусиятҳои аломатҳои клиникалии псориаз дар кўдакон аст вобаста аз массаи бадани онҳо.

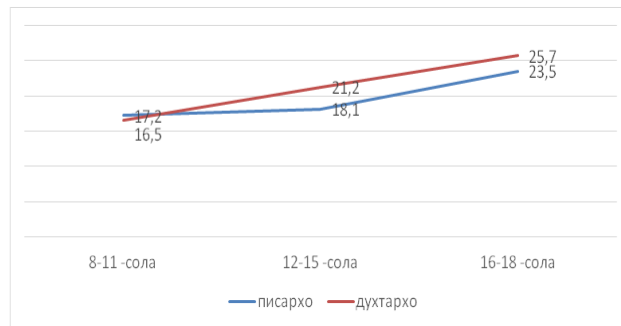
Мавод ва усулҳои таҳқиқот. Таҳти муоина 72 бемори дорои псориаз, синну соли аз 8 то 18-сола қарор дошт, ки аз онҳо 43 (59,7%) нафар духтар ва 29 (40,3%) нафар писарҳо буданд. Масса ва дарозии бадан дар ҳолати рост истодан бо ростомери тиббӣ ва субҳ (бо дақиқии то 1мм), массаи бадан – бо тарозуи тиббӣ бо дақиқии то 50 г. чен карда шуд. Натиҷаҳо мувофиқи тавсияҳои ТУТ шарҳ дода шуднд: 16 ва камтар - дефитситаи возеҳи массаи бадан; 16-18,5 – нокифоягии (дефитситаи) массаи бадан; 18,5 -25 - массаи муътадили бадан; 25 -30 – массаи барзиёди бадан; 30-35 - фарбеҳии



дараҷаи 1 бадан; 35-40 - фарбеҳии дараҷаи 2 бадан; 40 ва бештар - фарбеҳии дараҷаи 3. Шохиси массаи бадан тибқи формулаи ИМТ = масса/қад² ҳисоб карда шуд, натиҷаҳои ба даст овардашуда тибқи усулҳои маъмулӣ таҳлил карда шуданд, коркарди вариатсионии омори бо муайян кардани нишондоди миёна (M), инҳирофи миёнаи квадратӣ (s), хатои стандартии бузургиҳои миёна (m) коркард шуданд.

Натиҷаҳои ба даст овардашуда. Ҳама беморони таҳқиқшуда аз ҷиҳати категорияҳои синнусолӣ мувофиқи таснифи ТУТ (соли 1973) тасниф карда шуданд: 8-11; 12-15; 16-18 -сола. Дар таҳқиқоти мо, бештар псориаз дар беморони синну соли 16-18-сола ба назар расид, ки миқдори онҳо 29/72;40,3% ҳолатро ташкил дод, ки 1,2 маротиба зиёд буд, назар ба синну соли 8-11-сола (19/72;26,4% ҳолат). Миқдори чинси зан 1,2 маротиба зиёд буд, назар ба чинси мард. Дар байни кӯдакони таҳқиқшуда чор шакли псориази дида шуд: псориази вулгарӣ (оддӣ) (ПВ), ки дар 32/72;44,4% кӯдак, псориази қатрашакл (ПК) – дар 17/72;23,6%, псориази эксудативӣ (ПЭ) – дар 12/72;16,7%, псориази ҳалқашакл (ПХ) – дар 11/72;15,3% бемор дида шуд. Дар 47/72;65,3% кӯдаки дорои псориаз шакли паҳншудаи дерматоз, дар кӯдакони боқимонда 25/72;34,7% беморони дорои дамидагиҳои псориаз хусусияти мадурдо доштанд. Особ дидани саҳфаҳои нохун дар 13/72;18,1% бемор ба назар расид. Мавсимӣ будан дар 29/72; 40,3%-и беморон ба мушоҳида расид. Аз ҳама миқдори беморони таҳқиқшуда, 33/72;45,8%-и беморон бори нахуст ва дар муҳлати муқарраршуда мурочиат кардаанд, пайдошавии донаҷаҳо то 2 ҳафта ташкил доданд. Дар 39/72;54,2%-и ҳолатҳои боқимонда давомнокии беморӣ ба ҳисоби миёна $3,5 \pm 0,5$ солро ташкил дод. Аз ин беморон дар 21/39; 53,8 беморон ретсидив як маротиба дар як сол ва дар 18/39;46,2% бемор – 1 маротиба дар 6 моҳ ба амал омадааст.

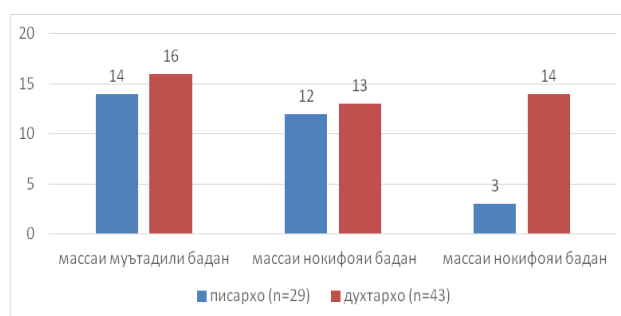
Фарқиятҳои нишондиҳандаҳои вазну қад вобаста аз чинс ва синну соли кӯдакони дорои псориаз муайян карда шуд (расми 1).



Расми 1. Тағйироти нишондиҳандаҳои шохиси массаи бадан дар давраҳои гуногуни синнусолӣ кӯдакони дорои псориаз.

Дар давраҳои синнусолӣ 8-11 ва 12-15-сола қади беморони таҳқиқшуда вобаста аз чинс фарқ намекард, аммо дар синну соли 16-18 –сола қади писарҳо ба ҳисоби миёна $1,62 \pm 1,39$ м буд, ки назар ба қади миёнаи духтарҳо 8 см баланд буда, $1,54 \pm 0,84$ -ро ташкил дод. Дар ин маврид вазни кӯдакони таҳқиқшуда дар 8-11-сола қади писарҳо назар ба духтарҳо то 270 г зиёд буд, яъне $26,16 \pm 0,66$ дар муқобили $25,89 \pm 0,67$ кг буд. Дар синну соли 12-15-сола вазни духтарҳо аз вазни писарҳо 1,2 маротиба зиёд буда, $43,54 \pm 0,79$ дар муқобили $37,18 \pm 0,72$ кг-ро ташкил дод ва дар 16-18-сола қади миёнаи духтарҳо $61,18 \pm 0,81$ кг-ро ташкил дод, яъне назар ба писарҳо 50 грамм вазнинтар буданд.

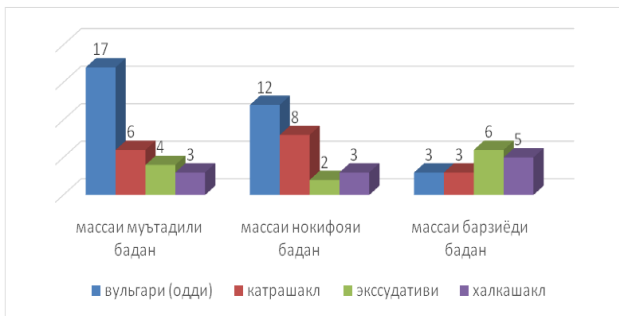
Дар асоси нишондиҳандаҳои вазну қад муайян карда шуд, ки дар байни кӯдакони таҳқиқшуда дар 30/72;41,7% массаи муътадил ба мушоҳида расид, чунки ШМБ дар писарҳо $17,0 \pm 1,2$ кг/м² ва дар духтарҳо $16,5 \pm 1,2$ кг/м² буд (расми 2).



Расми 2. Нишондиҳандаҳои массаи бадан дар кӯдакони дорои псориаз.

Массаи нокифояи бадан дар 25/72;34,7%, массаи барзиёди бадан дар 17/72;23,6% кӯдакони таҳқиқшуда муайян карда шуд. Дар писарҳои имассаи муътадили бадан 1,3 маротиба бештар назар ба духтарҳо буд (14/29; 48,3% муқобили 16/43;37,2% ҳолат). Нокифоя будани массаи бадан 1,4 маротиба дар писарҳо ба мушоҳида расид, нисбат ба (12/29;41,4% муқобили 13/43;30,2% ҳолат), аммо вазни барзиёди бадан 3 маротиба дар духтарҳо бештар буд, назар ба писарҳо (14/43;32,6% муқобили 3/29;10,4%).

Хусусиятҳои фарқкунандаи чараёни клиникӣ вобаста аз нишондиҳандаҳои массаи бадан муайян карда шуд (расми 3).



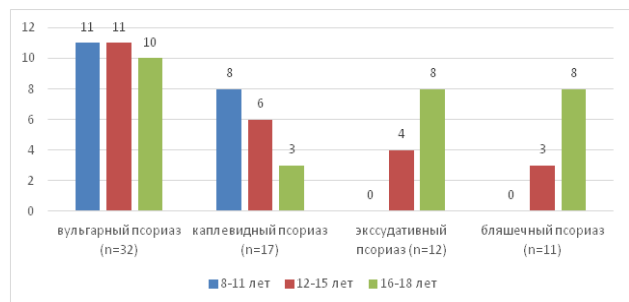
Расми 3. Нишондиҳандаҳои массаи бадан дар кӯдакони дорои шаклҳои гуногуни псориаз дар кӯдакон.

Тавре ки дар расми 3 дида мешавад, массаи муътадили бадан бештар дар кӯдакони дорои шакли вулгарии псориаз дида мешавад, ки дар муқоиса аз шакли қатравии он 1,5 маротиба бештар (17/32;53,1% муқобили 6/17;35,3% ҳолат) мушоҳида мешавад. Норасоии массаи бадан бештар дар кӯдакони дорои шакли қатрамонанди псориаз мушоҳида шуда, басомади он 8/17;47,1% ҳолатро ташкил медиҳад, ки 1,3 маротиба бештар аз кӯдакони дорои псориази вулгарӣ аст (12/32;37,5,1%), ки 1,7 маротиба бештар аст назар ба кӯдакони дорои псориази ҳалқавӣ (3/11;27,3%) ва 2,8 маротиба бештар аз кӯдакони дорои псориази экссудативӣ (2/12;16,7%). Массаи барзиёди бадан асосан дар кӯдакони дорои шаклҳои вазнини псориаз муайян карда мешаванд. Аксар вақт вазни барзиёд дар кӯдакони дорои шаклҳои вазнини псориаз ба мушоҳида расид, ки

миқдори онҳо 6/12;50,0% ҳолатро ташкил дод, ки 2,8 маротиба аз кӯдакони дорои шакли қатравии псориаз (3/17;17,7% ҳолат) ва 5,3 маротиба бештар аст аз псориази вулгарӣ (3/32;9,4% ҳолат) аст. Бештар аз ҳама, вазни барзиёд дар кӯдакони дорои шакли экссудативии псориаз муайян карда шуд, ки миқдори онҳо 6/12;50,0%-ро ташкил дод, ки назар ба кӯдакони дорои псориази қатрашакл 2,8 маротиба бештар аст, (3/17;17,7% ҳолат) ва 5,3 маротиба бештар назар ба кӯдакони дорои псориази вулгарӣ (3/32;9,4% ҳолат) мебошад. Дар кӯдакони дорои псориази ҳалқашакл вазни барзиёд дар 5/11;45,4% ҳолат ба мушоҳида расид, яъне 4,8 маротиба бештар буд назар ба псориази вулгарӣ (3/32;9,4% ҳолат). Дар кӯдакони дорои псориази ҳалқашакл вазни барзиёд дар 5/11;45,4% ҳолат муайян карда шуд, яъне 4,8 маротиба бештар аст назар ба псориази вулгарӣ (3/32;9,4% ҳолат) ва 2,6 маротиба бештар назар ба кӯдакони дорои шаклҳои қатрашакли псориаз.

Яъне дар кӯдакони дорои шаклҳои вазнини псориаз бештар массаи барзиёди бадан муайян карда шуд, дар ҳолатҳои боқимонда псориаз дар кӯдакони дорои вазни муътадил ва нокифоя пайдо шудааст.

Хусусиятҳои чараёни клиникӣ псориаз вобаста аз сини кӯдакони таҳқиқшуда муайян карда шуд (расми 4).



Расми 4. Шаклҳои клиникӣ псориаз дар кӯдакони гурӯҳҳои гуногуни синнусолӣ.

Тавре ки аз расми 4 дида мешавад, псориази вулгарӣ ва қатрашакл дар ҳама гурӯҳҳои синнусолӣ дида мешавад, псориази экссудативӣ ва ҳалқашакл бошад, танҳои дар синни 12-15 ва 16-18 -солагӣ, аммо дар 8-11 –солагӣ онҳо дар ягон ҳолат дида намеша-



ванд. Псориази қатрашакл асосан дар синни 8-11-солагӣ дида мешавад ва 8/17;47,1% ҳолатро ташкил медиҳад, ки назар ба псориази вулгарӣ 1,3 маротиба бештар аст, дар 11/32;34,4% бемор муайян карда шуд. Аммо дар синни 16-18-солагӣ, басомади псориази қатрашакли дучоршаванда дар муқоиса аз гурӯҳи синнусолии 8-11-сола 2,7 маротиба камтар буд, яъне 3/17;17,7% дар муқобили 8/17;47,1% ҳолатро ташкил дод. Шаклҳои вазнини псориаз бошанд, ба монанди псориази эксудативӣ ва ҳалқашакл дар синну соли 8-11-солагӣ дар ягон ҳолат муайян карда нашуданд.

Зиёд шудани басомади дучоршавии псориази эксудативӣ ва ҳалқашакл ба зиёд шудани синну соли кӯдакони таҳқиқшуда мувофиқат мекунад. Яъне дар синну соли 16-18-солагӣ псориази эксудативӣ 2 маротиба бештар буд назар ба синну соли 12-15-солагӣ (8/12;66,7% муқобили 4/12;33,3% ҳолат), басомади псориази ҳалқашакл дар синну соли 16-18-солагӣ 2,7 маротиба бештар буд назар ба синну соли 12-15-солагӣ.

Таҳқиқотҳои гузаронидашуда нишон доданд, ки дар 40,3%-и ҳолатҳо псориаз дар кӯдакони синну соли 16-18-сола муайян карда шуд, ки бо маълумотҳои адабиёти илмӣ мувофиқат намекунад, дар ин ҳолат дар 30,0%-и ҳолатҳо псориаз дар кӯдакони синну соли

хурд дида мешавад [1]. Мо муайян кардем, ки дар 41,7%-и кӯдакон массаи муътадили бадан муайян карда шуд, ки назар ба норасоии массаи бадан (34,7%) 1,2 маротиба ва в 1,8 массаи барзиёди бадан бештар аст, аммо дар таҳқиқотҳои Материкина А.И. (2013) массаи барзиёди бадан дар 37,9 %-и кӯдакони синну соли кӯдакӣ ба қайд гирифта шудааст. Дар таҳқиқоти мо массаи барзиёди бадан 3 маротиба бештар дар духтарҳо ба назар расид, назар ба писарҳо (14/43;32,6% муқобили 3/29;10,4% ҳолат) ва шаклҳои вазнини псориаз дар гурӯҳҳои калонтари синнусоли ба мушоҳида расид. Тибқи маълумоти адабиётҳо псориаз дар кӯдакон дар писарҳо назар ба духтарҳо камтар буд [4]. Муаллифон ба он ишора мекунанд, ки паҳншавӣ ва саршавии псориаз дар синну соли то 10-солагӣ бештар барои духтарҳо хос аст [3,6]. Оид ба иртиботи мутақобилаи вазн бо пайдошавии псориаз маълумотҳои таҳқиқоти мо бо маълумотҳои [5], ки иртиботи шаклҳои вазнини псориазро бо кӯдакони дорои фарбеҳӣ муайян кардаанд, мувофиқат мекунад.

Ҳамин тавр, псориаз дар кӯдакон бештар дар синну соли калотар ба мушоҳида мерасанд ва ҳангоми мавҷуд будани массаи барзиёди бадан чараёни нисбатан вазниндоранд.

Адабиёт

1. Материкин А. И. Метаболические нарушения у подростков, больных псориазом (обзор) // Саратовский научно-медицинский журнал. 2013. - Т. 9, № 3. - С. 574–577.
2. Бакулев А.Л. Псориаз в педиатрической практике. / А.Л. Бакулев, Е.Е. Тальникова// Вопросы современной педиатрии. – 2020. - 9 (6): 496–499.
3. Risk Factors for the Development of Psoriasis. /Kamiya K. et al.// Int J Mol Sci. - 2019. - 20(18): 4347.
4. Matusiewicz D. Childhood psoriasis—an analysis of German health insurance data //Pediatric dermatology. – 2014. – Т. 31. – №. 1. – С. 8-13.
5. Таганов А. В. и др. Ожирение и его роль в патогенезе заболеваний кожи //Эндокринология: Новости. Мнения. Обучение. – 2021. – №. 4 (37). – С. 52-61.
6. Hunjan M.K. Association between obesity and pediatric psoriasis./M.K.Hunjan, H.M. Kremers, C. Lohse, M. M. Tollefson // PediatrDermatol. – 2018.- 35(5):304–305.
7. Адаскевич В.П., Катина М.А. Клинические особенности псориаза у детей и подростков. / В.П.Адаскевич, М.А Катина// Педиатрия. - 2018; 2: 83–88.
8. Валиев А., Хаитов К. Анализ сопутствующей патологии у детей при псориазе //Актуальные вопросы практической педиатрии. – 2023. – Т. 1. – №. 1. – С. 71-73.



9. Амбарчян Э. Т. Современные подходы к терапии псориаза у детей с учетом особенностей коморбидного фона /Э. Т. Амбарчян //Кремлевская медицина. Клинический вестник. – 2018. – №. 1. – С. 16-20.
10. Иванов Р.А., Мурашкин Н.Н. Выживаемость биологической терапии у детей, страдающих псориазом: когортное исследование. Вопросы современной педиатрии. 2021;20(5):451–458.
11. Лыкова С. Г. Метаболический синдром и псориаз как коморбидные состояния / С. Г. Лыкова, А. В. Спицына, М. А. Моржанаева // Дальневосточный медицинский журнал. – 2017. – №. 1. – С. 93-98.
12. Мурашкин Н.Н. Функция крупных сосудов при псориазе у детей с нормальной и избыточной массой тела на фоне терапии метотрексатом. /Н.Н. Мурашкин, О.В. Кожевникова, А.И. Материкин // Педиатрическая фармакология. – 2018. – 6: 447–454.

КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ПСОРИАЗА У ДЕТЕЙ С РАЗНОЙ МАССОЙ ТЕЛА

Али-заде Н.А., Сафаров Ш.А., Мухамадиева К.М., Бозоров С.С.

Кафедра дерматовенерологии ГОУ «ТГМУ имени Абуали ибн Сино»

Резюме

Актуальность. Псориаз и метаболический синдром разделяют общие патогенетические пути, включающие хроническое воспаление, окислительный стресс и активность Toll-подобных рецепторов в жировой ткани. Белки, секретируемые жировыми клетками, называемые адипоцитами, способствуют непрерывной стимуляции Т-лимфоцитов, вызывая постоянный воспалительный процесс в коже. Это, в свою очередь, способствует возникновению характерных для псориаза кожных проявлений.

Цель исследования – анализ клинических особенностей проявлений псориаза среди детской популяции с учетом индивидуального индекса массы тела.

Материал и методы исследования. В рамках исследования мы наблюдали 72 ребенка в возрасте от 8 до 18 лет, страдающих псориазом, при этом мальчиков было 29 (40,3%), девочек – 43 (59,7%). Для определения индекса массы тела (ИМТ) использовалась формула $ИМТ = \text{масса} / \text{рост}^2$. Полученные данные анализировались общепринятыми методами вариационной статистической обработки.

Полученные результаты. В возрасте 16-18 лет эксудативный псориаз встречался в 2 раза чаще, чем в возрасте 12-15 лет (8/12; 66,7% против 4/12; 33,3% случаев), а час-

тота бляшечного псориаза в возрасте 16-18 лет оказалась в 2,7 раз больше, чем частота его встречаемости в возрасте 12-15 лет. На основании показателей весо-ростовых показателей было выявлено, что среди обследованных детей у 30/72; 41,7% наблюдалась нормальная масса тела, так как ИМТ составил $17,0 \pm 1,2 \text{ кг/м}^2$ у мальчиков и $16,5 \pm 1,2 \text{ кг/м}^2$ у девочек. Недостаточная масса тела была выявлена у 25/72; 34,7%, а избыточная масса тела у 17/72; 23,6% обследованных детей. Нормальная масса тела у детей с вульгарной формой псориаза наблюдалась в 1,5 раза чаще по сравнению с каплевидной формой (17/32; 53,1% против 6/17; 35,3% случаев). Недостаточность массы тела чаще всего наблюдалась у детей с каплевидным псориазом, частота которой составила 8/17; 47,1% случаев, что в 1,3 раза чаще, чем у детей с вульгарным псориазом (12/32; 37,5,1%), в 1,7 раза чаще, чем у детей с бляшечным псориазом (3/11; 27,3%) и в 2,8 раза чаще, чем у детей с эксудативным псориазом (2/12; 16,7%). Избыточный вес выявлялся у детей с эксудативной формой псориаза, выявлялся в 2,8 раза чаще, чем у детей с каплевидным псориазом (3/17; 17,7% случаев) и в 5,3 раза чаще, чем у детей с вульгарным псориазом (3/32; 9,4% случаев). У детей с бляшечным псориазом избыточный вес был выявлен в 4,8 раза чаще, чем у детей с вульгар-



ным псориазом и в 2,6 раза чаще, чем у детей с каплевидной формой псориаза.

Заключение. Таким образом псориаз у детей чаще встречается в старшем возрасте и характеризуется наиболее тяжелым те-

чением при наличии избыточной массы тела.

Ключевые слова. Псориаз, детский возраст, недостаточность массы тела, избыточный вес, тяжелые формы псориаза

CLINICAL MANIFESTATIONS OF PSORIASIS IN CHILDREN WITH DIFFERENT BODY WEIGHTS

Ali-zade N.A., SafarovSh.A., Mukhamadieva K.M., Bozorov S.S.

Department of Dermatovenerology, State Educational Institution “Tajik State Medical University named after Abualiibni Sino”

Summary

Relevance. Psoriasis and metabolic syndrome are characterized by common pathogenetic mechanisms of development, which are characterized by chronic inflammation, oxidative stress and the presence of Toll-like receptors in adipose tissue.

The purpose of the study was to study the characteristics of the clinical manifestations of psoriasis in children depending on their body weight.

Material and research methods. We observed 72 patients with psoriasis aged 8 to 18 years, of whom 43 (59.7%) were girls and 29 (40.3%) boys. Body mass index was calculated using the formula $BMI = \text{weight}/\text{height}^2$. The obtained data were analyzed by generally accepted methods of variational statistical processing.

Results. At the age of 16-18 years, exudative psoriasis occurred 2 times more often than at the age of 12-15 years (8/12; 66.7% versus 4/12; 33.3% of cases), and the frequency of plaque psoriasis at the age of 16-15 years 18 years old turned out to be 2.7 times higher than the frequency of its occurrence at the age of 12-15 years. Among the examined children, 30/72;41.7% had normal body weight, since the body mass index was $17.0 \pm 1.2 \text{ kg/m}^2$ in boys and $16.5 \pm 1.2 \text{ kg/m}^2$ in girls. Insufficient body

weight was detected in 25/72;34.7%, and overweight in 17/72;23.6% of the examined children. Normal body weight in children with the vulgar form of psoriasis was observed 1.5 times more often compared to the guttate form (17/32; 53.1% versus 6/17; 35.3% of cases). Insufficient body weight was 1.3 times more likely to be observed in children with guttate psoriasis (8/17; 47.1% of cases) than in children with vulgar psoriasis (12/32; 37.5.1%), 1.7 times more often than in children with plaque psoriasis (3/11; 27.3%) and 2.8 times more often than in children with exudative psoriasis (2/12; 16.7%). Overweight in children with exudative form of psoriasis was detected 2.8 times more often than in children with guttate psoriasis (3/17; 17.7% of cases) and 5.3 times more often than in children with vulgar psoriasis (3/32;9.4% of cases). In children with plaque psoriasis, excess weight was detected 4.8 times more often than in children with vulgar psoriasis and 2.6 times more often than in children with guttate psoriasis.

Conclusion. Thus, psoriasis in children is more common at an older age and is characterized by the most severe course in the presence of excess body weight.

Keywords. Psoriasis, childhood, underweight, overweight, severe forms of psoriasis

Али-заде Нигорахон Абдулазизовна– аспиранти рӯзонаи кафедраи дерматовенерологияи ба номи профессор Зоиров П.Т., МДТ «ДДТТ ба номи Абуали ибни Сино»; email: nigora.alizade@mail.ru; телефон +992 -929-21-77-55

Сафаров Шохрух Абдурахмонович- докторант Ph кафедраи дерматовенерологияи ба номи профессор Зоиров П.Т., МДТ «ДДТТ ба номи Абуали ибни Сино»; email: shohrukh.tj96@mail.ru; телефон +992 -929-95-86-88



Мухамадиева Кибриёхон Мансуровна- д.и.т., дотсент, мудири кафедраи дерматовенерологияи ба номи профессор Зоиров П.Т., МДТ «ДДТТ ба номи Абуали ибни Сино»; email: kibriyo_67@mail.ru; телефон +992- 931-27-75-75

Бозоров Савриддин Сулаймонович- ассистенти кафедраи дерматовенерологияи ба номи профессор Зоиров П.Т., МДТ «ДДТТ ба номи Абуали ибни Сино»; email: savriddin_tj@mail.ru; телефон +992- 904-18-74-78

Али-заде Нигорахон Абдулазизовна–очный аспирант кафедры дерматовенерологии ГОУ «ТГМУ имени Абуалиибни Сино»; email: nigora.alizade@mail.ru; телефон +992 -929-21-77-55

Сафаров Шохрух Абдурахмонович - докторант Ph дкафедры дерматовенерологии ГОУ «ТГМУ имени Абуалиибни Сино»; email: shohrukh.tj96@mail.ru; телефон +992 -929-95-86-88

Мухамадиева Кибриёхон Мансуровна – д.м.н., доцент, заведующая кафедрой дерматовенерологии ГОУ «ТГМУ имени Абуалиибни Сино»; email: kibriyo_67@mail.ru; телефон +992- 931-27-75-75

Бозоров Савриддин Сулаймонович – ассистент кафедры дерматовенерологии ГОУ «ТГМУ имени Абуалиибни Сино»;email: savriddin_tj@mail.ru; телефон +992- 904-18-74-78

Ali-zadeh Nigorakhon Abdulazizovna-full-time post-graduate student of the Department of Dermatovenerology named after Professor P. T. Zoirov of the State Medical University named after Abualiibni Sino;email:nigora.alizade@mail.ru; phone number +992 -929-21-77-55

Safarov ShokhrukhabdurakhmonovichDepartment of Dermatovenerology named after Professor P. T. Zoirov of the State Medical University named after Abualiibni Sino;email: shohrukh.tj96@mail.ru; phone number +992 -929-95-86-88

Mukhamadiyeva Kibriekhon Mansurovna-MD, Associate Professor, Head of the Department of Dermatovenerology of the State Medical University named after Abualiibni Sino;email:kibriyo_67@mail.ru;phonenamed after Professor P. T.+992-931-27-75-75

Bozorov Savriddin Sulaimonovich-Assistant of the DepartmentDermatovenerology named after Professor P. T. Zoirov of the State Medical University named after Abualiibni Sino;email:savriddin_tj@mail.ru; phone +992-904-18-74-78



НЕВРОЛОГИЯ

БЕМОРИИ САРЪИ СИМПТОМАТИКЪ ДАР КЌДАКОН.

Рабоева Ш.Р., ’аниева М.Т., Раҳимзода О.Ш., Давлатмирова Г.Ш.

Кафедраи асабшиносӣ, психиатрия ва психологияи тиббӣ ба номи проф. М.’. ’уломов
МДТ “ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино”

Муҳимияти мавзӯ. Паҳншавии зиёди бемории саръ бо тамоюли зиёдшавӣ аз шаклҳои симптоматикӣ, фоизи назарраси сустшавии руҳӣ, мутобиқшавии иҷтимоию равонӣ ва маъҷубии беморонро зиёд намуда, аҳамияти тиббию иҷтимоии бемориро дар ҷанбаҳои гуногуни асабшиносии кўдаконамуайян мекунад [1]. Сабабҳои асосии эпилепсияи симптоматикӣ дар кўдакон ва наврасон инҳоянд: нуқсонҳои модарзодии ма“зи сар, сироятҳои дохилибатнӣ, алоимҳои хромосомӣ, бемориҳои ирсии мубодилаи моддаҳо, энсефалопатияи гипоксикӣ – ишемикӣ, осеби тавлидӣ, нейроинфексияҳо, омосҳои ма“зи сар ва осебҳои косахона ва ма“зи сар. Дар кўдакон аксар вақт та“ироти боқимонда дар ма“зи сар, ки бо сироят ё ҷароҳатҳои қаблӣ алоқаманданд, инчунин дигар ихтилолҳои, ки дар натиҷаи нуқсонҳои ма“зи сар ва бемориҳои дегенеративӣ ба вучуд омадаанд, муайян карда мешавад. Дар бемороне, ки осеби тавлидии дохили косахонаи сар доранд, баъзан дар ҳиссаи ҷаққаи ма“зи сар та“иротҳои хатшагӣ, ки дар натиҷаи фишурдашавии ҳиссаи ҷаққа дар суроҳии хаймаи ма“зча ҳангоми таваллуд ба амал меояд. Вайроншавии хунгардиш, ки дар минтақаи баромади ҷурра ба вучуд меояд, боиси рушди та“ироти склеротикӣ дар ҳиссаи ҷаққа мешавад. Яку якбора қад ва ё рост кардани сар ҳангоми таваллуд, махсусан дар ҳолати тўлонии давраи таваллуд, метавонад боиси вайроншавии шадиди гардиши хун дар системаи вертебробазиллярӣ бо ташақули аноксияи сутуни ма“зи сар ва гиперплазияи реактивии глиалии минбаъд гардад. Дар натиҷа ҳосилаи туршакси сутуни ма“зи сар иллат меёбад, ки ба баландшавии омодагии хуруҷ оварда мерасонад [2].

Мақсади тадқиқот. Таҳлили сохтори этиологии бемории саръи симптоматикӣ дар кўдакон, муайян кардани хусусиятҳои клиникии рафти беморӣ, баҳодиҳии сохтори синусолии давраи зухуроти беморӣ, муайян кардани давомнокии миёнаи давраи ниҳонии беморӣ, муайян кардани вообастагии басомади ҳамлаҳо бо хусусиятииллатнокӣ.

Мавод ва усулҳои тадқиқот. Дар ҷараёни тадқиқот 120 таърихи бемории беморони дар шўъбаи асаби кўдакона дар МД ММТ ҶТ “Шифобахш” бо ташҳиси “Бемории саръ” дар солҳои 2021-2022 табобат гирифтаанд, таҳлил карда шуд. Дар байни онҳо 89 нафар бемороне интиҳоб карда шуданд, ки гирифтори бемории саръи симптоматикӣ ва криптогенӣ буданд. Аз онҳо 25 нафарашонро духтарон ва 64 нафарашонро писарон ташкил медоданд. Сину соли миёна 9,6 соларо ташкил дод. Давраи ниҳонии беморӣ: аз якҷанд шабонаруз то 3,2 соларо дар бар мегирифт. Давомнокии беморишавӣ дар гурӯҳи тадқиқотшуда: аз 6 моҳ то 10 сол. Беморони гирифтори алоимҳои хромосомӣ, бемориҳои ирсии мубодилаи моддаҳо ва омосҳои ма“зи сар аз тадқиқот берун карда шуданд, зеро вақти дақиқро дар ин гурӯҳҳо муайян кардан имкон надошт [3]. Беморон аз рӯи синну сол ба зергурӯҳҳо мувофиқи таснифи В.П. Бисярина тақсим карда шуданд: гурӯҳи 1-ум - аз 1 сола то 3 сола; гурӯҳи 2-юм аз 4 сола то 6 сола; гурӯҳи 3-юм аз 7 то 14 сола; гурӯҳи 4-ум аз 15 то 17 сола. Ин таснифот бо сабаби мувофиқати наздиктарини давраҳои инкишофи сохторҳои ма“зи сар дар кўдакон ба ҷанбаҳои синну соли ташақули ритмҳои асосӣ дар электроэнцефалограмма интиҳоб карда шуд. Таҳлили ҳуҷҷатҳои тиббӣ аз баҳодиҳии маълум



моти анамнестикӣ, параметрҳои тадқиқоти ЭЭГ ва нейровизуализатсия иборат буданд.

Натиҷаҳои тадқиқот ва муҳокимаи он.

Сабаби бемории сарӣи симптоматикӣ дар байни кӯдакони муоинашуда: энцефалопатияи гипоксикӣ - ишемикӣ (26,5%), осеби тавлидӣ (22,1%), осеби ма“зу косахонаи сар (16,2%), нейроинфексияҳо (11,4%), нуқсонҳои модарзодии инкишофи ма“зи сар (9,8%), оқибатҳои сироятҳои дохилибатнӣ (9,5%), омози ма“зи сар (2%), бемориҳои ирсии мубодилаи моддаҳо (1,4%), алоимҳои хромосомӣ (1,1% тафтишшуда).

Тибқи маълумоти ташхиси нейрофизиологӣ, манбаи сарӣи дар 29,2% кӯдакон дар қисми чакка, 27,9% дар қисми пешона, 13,4% дар қисми фарқи сар ва 6,5% дар қисмати қафои сар ҷойгир шудааст. Дар 7,7% беморон дар як вақт якҷанд манбаҳои сарӣи мушоҳида карда шуданд. Дар 15,3% ҷойгиршавии манбаъ аз сабаби набудани та“иротҳои патологӣ дар вақти муоинаи аз рӯи маълумотҳои ЭЭГ ва ТМР муайян карда нашуд. Дар ин ҳолат дар 65,3% бемороне, ки манбаи иллат бо усулҳои иловагии тадқиқот муайян карда нашуд, аломатҳои клиникӣ хуруҷ ба ҳиссаи чакка вобастагӣ доштанро нишон медод.

Бемории сарӣи симптоматикӣ дар давраҳои гуногуни синну сол дида мешавад, аммо бештар дар синну соли то 3 сола (45,9%) вомехӯрад.

Тақсими шаклҳои фокалии бемории сарӣ дар гурӯҳҳои гуногуни синну сол нишон дод, ки танҳо кӯдакони аз 4 то 6-сола асосан дар ҳиссам пешонаманбаи эпилептогенӣ доштанд, дар дигар гурӯҳҳои синну соли бошад манбаъ бештар дар қисми чакка ҷойгир буд.

Таҳлили давомнокии миенаи давраи латентии бемории сарӣи симптоматикӣ дар байни кӯдакони дорои хусусияти гуногуни осеб нишон дод, ки кӯтоҳтарин давраи латентии беморон, аз сирояти дохилибатнӣ (2,5 моҳ) ва нейроинфексияҳо (тақрибан 2 моҳ) мебошад.

Хуруҷҳои тез – тез такроршаванда ба рои кӯдакони гирифтори нейроинфексия (31,7%) ва сирояти дохилибатнӣ (36,2%), хуруҷҳои миёна ба рои кӯдакони гирифтори осеби ма“зу косахонаи сар ТБТ (42,3%), энсефалопатияи гипоксикӣ – ишемикии перинаталӣ (26,2%), осеби тавлидӣ (27,4%), ҳамлаҳои нодир ба рои кӯдакони дорои аномалияи инкишофи МС (34,9%) хос мебошад.

Натиҷаи тадқиқот ва муҳокимаи он.

Тибқи таҳқиқоти гузаронидашуда сабаби маъмултарини бемории сарӣи симптоматикӣ дар кӯдакон энсефалопатияи гипоксикӣ - ишемикии перинаталӣ ва осеби тавлидӣ мебошад. Иллати дохилибатнии ма“зи сар одатан табиати бисеромила дорад (гипоксияи дохилибатнии чанин, асфиксия ва осеби тавлидӣ, сироят ва “айра) ва метавонад ба осеби дараҷаҳои гуногуни ма“зи сар (аз вайроншавии биохимиявӣ то аномалияҳои вазнини инкишоф) оварда расонад. Маълумотҳои адабиёт дар бораи нақши осеби тавлидӣ дар пайдоиши бемории сарӣ дар худуди: аз 11-17 то 48-59% та“ир меёбад. Аввалин маротиба хуруҷҳои сарӣи дар кӯдакони осеби тавлиди гирифта дар 3 соли аввали ҳаёт пайдо мешаванд. Дар тадқиқоти мо беморӣ дар синну соли аз 1 то 3 солагӣ дида шуд. Манбаи иллати сарӣи, ки бештар муайян карда шуд, ҳиссаи пешона ва чакка буд.

Хулоса. Ҳамин тариқ, тадқиқотҳо ба мо имкон медиҳанд, ки хулоса барорем, ки бемории сарӣи симптоматикӣ дар кӯдакон як бемории бисеромила мебошад, ҷараён ва зухуроти клиникӣ он аз иллати ибтидоӣ, ки ба ин патология оварда расонд, вобастагии калон дорад.

Муҳим он аст, ки патогенези бемории сарӣи симптоматикӣ ва ташаккули фаъолияти сарӣи бевосита бо хусусиятҳои муайяни нейрофизиологии ма“зи сари кӯдакон алоқаманд аст, ба монанди нотамо будани муайянкунии функционалӣ майдонҳои кортикалӣ ва равандҳои миелинизатсия.



Адабиёт

1. Незнанов Н.Г., Громов С. А., Михайлов В.А. Эпилепсия: качество жизни, лечение. СПб.: Изд-во ВМА 2005; 294 с.
2. Бадалян Л.О. Детская неврология. М.: МЕДпресс-информ 2010; 555 с.)
3. Кутявин Ю.А., Коваленко В.С., Литвак М.Е. Эпилепсия: руководство для врачей. Ростов н/Д: Пайк, 2010; 320 с.
4. Темин П.А., Никанорова М.Ю. Эпилепсия и судорожные синдромы у детей. М.: Медицина, 2005; 243 с.
5. Гузева В.И. Эпилепсия и неэпилептические пароксизмальные состояния у детей. М.: МИА, 2007; 66 с.
6. Барашнев Ю.И. Перинатальная неврология. М.: Триада-Х, 2011; 270 с.)

СИМПТОМАТИЧЕСКАЯ ЭПИЛЕПСИЯ У ДЕТЕЙ

Рабоева Ш.Р., Ганиева М.Т., Раҳимзода О.Ш., Давлатмирова Г.Ш.

Кафедра неврологии, психиатрии и медицинской психологии имени М.Г. Гулямова
ГОУ “ТГМУ имени Абуали ибни Сино”

Целью данного исследования является изучение характеристики эпилепсии и судорожных синдромов у детей. Данное исследование проводилось в отделении детской неврологии ГУ НМЦ РТ «Шифобахш» с марта 2020 по апрель 2021 года. В этом исследовании приняли участие 89 детей с симптоматической эпилепсией. В ходе исследования были выявлены следующие факторы риска: гипоксико-ишемическая энцефалопатия, интранатальное поражение ЦНС, вследствие внутриутробных инфекций, трав-

мы головного мозга, нейроинфекции, врожденные аномалии головного мозга, наследственные заболевания нарушения обмена веществ. При осмотре у пациентов обнаружили эпилептические припадки, и после определения типа припадка были назначены противосудорожные препараты на постоянной основе. В период лечения и наблюдения у больных отмечались улучшение состояния и купирование припадков.

Ключевые слова: эпилепсия, симптоматическая эпилепсия, эпилепсия у детей.

SYMPTOMATIC EPILEPSY IN CHILDREN SEI “ATSMU”

Raboeva Sh.R., Ganieva M.T., Rahimzoda O.Sh., Davlatmirova G.Sh

Department of Neurology, Psychiatry and medical psychology State Educational Institution
ATSMU

The aim of this investigation the characteristics of epilepsy and convulsive syndromes in children. This study was conducted in the Department of Pediatric Neurology of the State Medical Center of the Republic of Tajikistan “Shifobakhsh” from March 2020 to April 2021. 89 children with symptomatic epilepsy participated in this study. During the investigation, the following risk factors were identified: hypoxic-ischemic encephalopathy, intranatal central nervous system damage, the consequence of

intrauterine infections, brain injuries, neuroinfections, congenital brain abnormalities, hereditary metabolic disorders. Upon examination, patients were found to have epileptic seizures, and after determining the type of seizure, anticonvulsants were prescribed on an ongoing basis. During treatment and follow-up, patients showed improvement in their condition and relief of seizures.

Key words: epilepsy, symptomatic epilepsy, epilepsy in children.



Рабоева Шоира Рашидовна - ассистентикафедраи асабшиносӣ, психиатрия ва психологияи тиббӣ ба номи проф. М.Ҷ. Ҷуломов МДТ “ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино” Email: shoira.2315@mail.ru тел: 980-47-10-10

Ҷаниева Манижа Тимуровна – н.и.т., дотсент, мудири кафедраи асабшиносӣ, психиатрия ва психологияи тиббӣ ба номи проф. М.Ҷ. Ҷуломов МДТ “ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино”, Email: ganieva.manizha.79@mail.ru тел: 918-66-85-95

Рахимзода Олим Шариф- ассистентикафедраи асабшиносӣ, психиатрия ва психологияи тиббӣ ба номи проф. М.Ҷ. Ҷуломов МДТ “ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино”, Email: Azizov_olim95@mail.ru тел: 931-02-02-95

Давлатмирова Гулноз Шерзамоновна - ассистентикафедраи асабшиносӣ, психиатрия ва психологияи тиббӣ ба номи проф. М.Ҷ. Ҷуломов МДТ “ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино”, Email: gulnozdalatmirova@gmail.com тел: 935-19-28-38

Рабоева Шоира Рашидовна - ассистент кафедраи неврологии, психиатрии ва медицинскӯй психологии имени М.Г. Гулямова ГОУ «ТГМУ имени Абуалиибни Сино» Email: shoira.2315@mail.ru тел: 980-47-10-10

Ҷаниева Манижа Тимуровна – к.м.н., доцент, заведующая кафедраи неврологии, психиатрии ва медицинскӯй психологии имени М.Г. Гулямова ГОУ «ТГМУ имени Абуалиибни Сино» Email: ganieva.manizha.79@mail.ru тел: 918-66-85-95

Рахимзода Олим Шариф - ассистент кафедраи неврологии, психиатрии ва медицинскӯй психологии имени М.Г. Гулямова ГОУ «ТГМУ имени Абуали ибни Сино», Email: Azizov_olim95@mail.ru тел: 931-02-02-95

Давлатмирова Гулноз Шерзамоновна- ассистент кафедраи неврологии, психиатрии ва медицинскӯй психологии имени М.Г. Гулямова ГОУ «ТГМУ имени Абуалиибни Сино» Email: gulnozdalatmirova@gmail.com тел: 935-19-28-38

Raboeva Shoira Rashidovna – Assistant of the Department of Neurology, Psychiatry and medical psychology State Educational Institution “ATSMU”, Email: shoira.2315@mail.ru number: 980-47-10-10

Ganieva Manizha Timurovna - Candidate of Medical Sciences, Head of the Department of Neurology, Psychiatry and medical psychology State Educational Institution “ATSMU”, Email: ganieva.manizha.79@mail.ru number: 918-66-85-95

Rahimzoda Olim Sharif - Assistant of the Department of Neurology, Psychiatry and medical psychology State Educational Institution “ATSMU”, Email: Azizov_olim95@mail.ru number: 931-02-02-95

Davlatmirova Gulnoz Sherzamonovna - Assistant of the Department of Neurology, Psychiatry and medical psychology State Educational Institution “ATSMU”, Email: gulnozdalatmirova@gmail.com number: 935-19-28-38



ОНКОЛОГИЯ

ТАҶҲИЗОТ ВА РАВАНДИ МУОЛИҶАИ ШУОӢ

Сайфутдинова М.Б.

Кафедраи онкология, ташхиси шуӢ ва муолиҷаи шуӢи
МДТ “ДДТТ ба номи Абуалӣ ибни Сино”.

Муҳиммият. Муолиҷаи шуӢ яке аз усулҳои асосии беморони гирифтори саратон мебошад. Истифодаи он тақрибан дар ҳама марҳилаҳои беморӣ нишон дода шудааст. Муолиҷаи шуӢ дар бемороне, ки ҷарроҳӣ мешаванд, ҳамчун ҷузъи табобати якҷоя ва дар бемороне, ки ҷарроҳӣ намешаванд, ҳамчун усули мустақили муолиҷа ё ҷузъи табобати маҷмӯӣ, инчунин ба сифати маводи паллиативӣ ва симптоматикӣ, ҳатто дар ҳолатҳои, ки усулҳои дигари махсуси муолиҷа аз сабаби паҳншавии назарраси раванди омос бесамар аст, истифода мешавад.[25]

Мақсади таҳқиқот. Мақола ба масъалаи дастгоҳҳои гамма-табобатӣ, ки барои муолиҷаи шуӢи омосҳои бадсифат истифода мешаванд, бахшида шуда, масъалаҳои хусусиятҳои дастгоҳҳои “Терагам”, “Терабалт”, кафолати сифати муолиҷаи шуӢ, назорати сифати кори дастгоҳҳои гамма-табобатӣ, хусусиятҳои кори низоми бехатарии радиатсионӣ, хусусиятҳои геометрии дастгоҳҳои гамма-табобатӣ, хусусиятҳои низоми идоракунии дастгоҳи гамма-табобатӣ, хусусиятҳои дозиметрии таъсиррасонӣ ба дақиқии тақсимои воя, назорати давра ба давраи таҷҳизот ва хусусиятҳои дигари марбут ба дастгоҳҳои гамма-табобатиро фаро мегирад. Роҳи усулҳои ҳифзи таҷҳизоти гамма-табобатӣ дар иншоот, талабот ба низоми басташаванда ва огоҳгунанда, талабот барои муҳофизати радиатсионии кормандон ва беморон, талабот ба риояи қардани бехатарии умумӣ ва техникаи радиатсионӣ ва талаботи таҳассусӣ ба кормандони ҳуҷраҳои гамма-табобатӣ нишон дода шудааст.[17]

Мавод ва усулҳои таҳқиқот. Муолиҷаи шуӢ бо ёрии дастгоҳҳои махсусе, ки дар онҳо манбаи радиоактивӣ ё генератори (суръатдиҳандаи) электрофизиқиро истифода мебаранд, гузаронида мешавад. Шуъбаи

муолиҷаи шуӢ дар Ҷумҳурии Тоҷикистон аз соли 1956 инҷониб фаъолият мекунад. Парки таҷҳизот ҳанӯз дар соли 2005 аз инҳо иборат буд: дастгоҳҳои кухнаи «РОКУС-М», «АГАТ-С», «АГАТ-ВУ». Зикр намудан зарур аст, ки айни замон дар Тоҷикистон асосан барои муолиҷаи шуӢ дастгоҳҳои «Teragam» ва «Terabalt» («Терабалт»), ки харду дар Ҷумҳурии Чехия истеҳсол шуда, нишондиҳандаҳои техникӣ ва табобатинашон якхела аст, истифода мешаванд. Дастгоҳи Teragam аз моҳи декабри соли 2006 фаъолият мекунад. Баъди пайвасти қардани ин таҷҳизот дараҷаи таъмини муолиҷаи шуӢ афзоиш ёфта, қобилияти қабули беморон баланд гардиданд.

Дар соли 2020 марҳилаи дуҷуми лоиҳаи МАГАТЭ амалӣ карда шуд. Фаъолияти шуъбаи муолиҷаи шуӢ дар Маркази саратоншиносии вилояти Суҳд ба шарофати насби дастгоҳи Терабалт оғоз гардид, ки сифати ёрии махсусгардонидашударо ба беморони гирифтори саратон хеле беҳтар мекунад. Баъди пайвасти қардани ин таҷҳизот дараҷаи таъмини муолиҷаи шуӢ афзоиш ёфт. [26]

Истифодаи дастгоҳҳои гамма-табобатӣ ҳангоми муолиҷаи шуӢ дар Ҷумҳурии Тоҷикистон. Гамма-муолиҷаи фосилавии омосҳо яке аз усулҳои асосии муолиҷаи шуӢи беморони гирифтори саратон дар Тоҷикистон маҳсуб мешавад. Вазифаи асосии шуъбаи муолиҷаи шуӢ аз таъсиси низоми кафолати сифати шуоъгузаронӣ, ҳамчун унсурҳои асосии муҳофизати шуӢи беморон иборат мебошад. Дар маҷмӯъ, чун қоида, басомади истифодаи таркиботи шуӢ дар муолиҷаи беморони гирифтори саратон на камтар аз 60 фоиз ва ҳангоми омосҳои бадсифат, ба монанди саратони шуш, ғадуди шир, пӯст, сурхрӯда, лимфогранулематоз на камтар аз 70 фоизро ташкил медиҳад. Аз ин

рӯ, кор карда баромадани усулҳои нисбатан самарабахши муолиҷаи шуоии беморони гирифтори саратон мушкилоти ниҳоят муҳими тандурустӣ ба ҳисоб меравад. [5]

Дар Ҷумҳурии Тоҷикистон, ки беш аз 10 миллион нафар аҳоли дорад, ба ҳар 100 ҳазор нафар аҳоли наздики 100 ҳолати гирифтори бемории саратон рост меояд. Муассисаи давлатии «Маркази ҷумҳуриявии илмӣ саратоншиносӣ (МД МҶИС) ва Маркази саратон-шиносии вилояти Суғди Вазорати тандурустӣ ва ҳифзи иҷтимоии аҳолии Ҷумҳурии Тоҷикистон аз муассисаҳои асосии табоботию дармонбахшӣ мебошанд, ки ба беморони гирифтори саратони бадсифат ёрии баландихтисоси тиббӣ мерасонанд. Яке аз усулҳои муолиҷаи ин гуна беморон, дар баробари усулҳои дигари табобат, муолиҷаи шуоӣ мебошад. Мутобиқи маълумоти омӯри сатҳи бемории саратон дар Ҷумҳурии Тоҷикистон сол аз сол меафзояд. Муолиҷаи шуоӣ яке аз усулҳои муосир ва самараноки табоботи беморони гирифтори саратон аст, аммо онро шумораи нисбатан ками беморон қабул кардаанд. [15]

Дастгоҳи «Терагам» дорои назорати рақамӣ буда, бо мизҳои замонавии табобатӣ мучаҳҳаз шудааст. Ширкати истехсолкунанда масъалаҳои бо диафрагмаҳои бисёрқабата ва низоми бақайдгирии тасвирҳои портал мучаҳҳаз кардани онҳоро ба таври ҷиддӣ баррасӣ мекунад.



Расми 1. Терагам



Расми 2. Терабалт

Кафолати сифати шуоъгузаронии тиббӣ як низоми чораҷоест, ки барои ҳар як намуни расмиёти гузаронидаи радиологҳои ташхискунанда, табибони муолиҷаи шуоӣ, физикони тиббӣ, рентгенологҳо, топометристҳо, мутахассисони тибби ядрӣ, муҳанди-

сони хизматрасон бо мақсади риоя намудани дақиқии ҳадди аксар ва ҳамаҷониба анҷом додани расмиёт, ки ба чараёни технологияи ташхиси шуоӣ ва муолиҷаи шуоӣ дохил мешаванд, амалӣ намудани назоратро тақозо менамояд.

Натиҷаҳои амалӣ гардонидани тадбирҳои сифат ончунон хуб гардиданд, ки ҳоло татбиқи онҳо дар беморхонаҳои давлатии бисёр мамлакатҳои ҷаҳон низ талаб карда мешавад. Талаботи асосии барнома риояи қатъии речаи муваққатӣ дар тамоми давраи шуоъгузаронӣ, тақсимои ҳисобшудаи воя дар ҳаҷми шуоъшуда дар давоми тамоми давраи муолиҷаи шуоӣ, ба ҳадаф равона кардани воя дар давоми тамоми давраи шуоӣ бо хатогии на бештар аз 5%-и муқарраршуда, мебошанд. [20,23].

Мушкилоти кафолати сифат дар муолиҷаи шуоӣ назар ба ташхиси шуоӣ аҳаммияти нисбатан зиёдтар дорад, зеро воя барои муолиҷаи бемор чандин маротиба зиёдтар аст. Талаботи МАГАТЭ нисбат ба кафолати сифати муолиҷаи шуоӣ ин: 1) Муолиҷаи шуоӣ бояд аз ҷониби саратоншинос-радиологҳои баландихтисос таъин карда шавад ва онро, инчунин мутахассиси соҳибихтисос гузаронад. 2) Барномаи таъмини сифат бояд дар муассисаи табобатӣ мунтазам тақвим ва инкишоф дода шавад; 3) Агар дар кишвар барномаҳои таъмини сифат вуҷуд надошта бошанд, пас ба ҷамъиятҳои миллии саратоншиносони радиолог супориш дода шавад, ки онҳоро таъин намоянд; 4) Шоҷад протоколҳои байналмилалӣ ва ё протоколҳои кишварҳои пешрафта ба шароити миллии мутобиқ кардан лозим бошад.

Назорати сифат чузъи асосии низоми кафолати сифат мебошад, ки ба низоми кафолати сифати шуоъгузаронии шомил мешавад. Ба ғайр аз назорати сифат, ба низоми кафолати сифат инҳо дохил мешаванд: омода намудани мутахассисони соҳибихтисос ва тақмили ихтисоси онҳо, дозиметрия, калибровкаи манбаъҳои шуоъ ва мувофиқ гардонидани (оптимизатсияи) тамоми расмиёт.

Дар заминаи шуоъгузаронии тиббӣ назорати сифат ҳамчун шарт муҳимтарини



хифзи радиатсионии бемор баррасӣ карда мешавад. Назорати сифат, инчунин барои арзёбии умумии самаранокии барномаи хифзи радиатсионӣ ҳангоми гузаронидани муолиҷаи шуӣ муҳим аст. [23].

Харидорӣ ва калибркунонии ҳар як асбобе, ки вояро чен мекунад, бояд тибқи сертификатҳои Созмони Байналмилалии Стандартизатсия (СБС) (International Organization for Standardization) ё мувофиқи сертификатҳо ва талаботи миллӣ анҷом дода шаванд. Кафолати сифати ҳар як дастгоҳ бояд ҳамчунин ҳолати ибтидоӣ, ҳукуқи интиҳоб ва асосноккунии хариди дастгоҳҳои заруриро дошта бошад, зеро парки дастгоҳҳое, ки ба фуруш гузошта шудаанд, хеле васеъ аст. Тартиби калибркунонӣ, инчунин бояд бо дарназардошти талаботи кафолати сифат таҳия карда шавад.

Назорати сифати кори дастгоҳи гамма-табобатӣ. Ба назорати сифат дар дастгоҳҳои гамма-табобатии шуӣгузаронии фосилавӣ панҷ гурӯҳи хусусиятҳо хос мебошанд: хусусиятҳои низоми бехатарии радиатсионӣ, хусусиятҳои геометрии майдонҳои шуӣ, хусусиятҳои дастгоҳҳое, ки барои ҷойгиркунии беморон истифода мешаванд, хусусиятҳои низоми идоракунӣ, ки ба геометрияи шуӣгузаронӣ таъсир мерасонанд ва хусусиятҳои дозиметрии майдонҳои шуӣ.

Назорати давра ба давра. Назорати давра ба давраи хусусиятҳои дастгоҳҳои гамма-табобатӣ барои шуӣгузаронии фосилавӣ бо мақсади санҷидани мутобиқати доимии онҳо ба талаботи техникаи дастгоҳ ҷорӣ карда мешавад. Назорати сифати кори дастгоҳҳои табобати шуӣӣ ҷузъи ҷудонашавандаи барномаи кафолати сифати муолиҷаи шуӣи беморон мебошад. Назорати давра ба давра ба назоратҳои ҳаррӯза, ҳарҳафтаина, семоҳа ва солони тақсим мешавад. Ҳар як намуди назорат санҷиши як қатор хусусиятҳоро дар бар мегирад. Назорати сифати дастгоҳҳои гамма-табобатӣ барои шуӣгузаронии фосилавӣ нигоҳдории хизматрасонии техникаи дастгоҳро, ки он мувофиқи талаботи техникаи дар дастури истифодабарии муқарраршуда амалӣ

карда мешавад, иваз карда наметавонад. Гузаронидани назорати ҳарҳафтаина, семоҳа ва солони назорати сифати кори дастгоҳҳои назорати ҳаррӯзаро бекор намекунад.

Талабот ба муҳофизати радиатсионии бино барои гузаронидани муолиҷаи шуӣи фосилавӣ. Хифзи таҷҳизоти гамма-табобатӣ дар иншооти истеҳсолии муолиҷаи шуӣ бояд тавре тарҳрезӣ ва омода карда шавад, ки вояи умумии таъсири шуӣ ба кормандон, беморон ва аҳоли аз бузургии муқарраркардаи меъёрҳои амнияти радиатсионӣ-2006 (МАР-2006)-и Ҷумҳурии Тоҷикистон, ҳуҷҷатҳои шабеҳи давлатҳои дигар ва стандартҳои байналмилалӣ зиёд набошад. [20,24,25]

Таҷҳизоти гамма-табобатӣ барои шуӣгузаронии фосилавии беморони гирифтори саратон бояд дар утоқҳои махсусе ҷойгир карда шаванд, ки онҳо утоқҳои табобатӣ номида мешаванд ва онҳо бояд бо деворҳои махсуси муҳофизаткунанда ҷиҳозонида шаванд.[5]

Талабот барои муҳофизати радиатсионии кормандон ва беморон. Муҳофизати радиатсионии кормандон ва беморон ҳангоми гузаронидаи муолиҷаи шуӣ бо маҷмуи тадбирҳое, ки бо санадҳои меъёрии амалкунанда оид ба бехатарии радиатсионӣ ба танзим дароварда шудаанд, таъмин карда мешавад. Муолиҷаи шуӣи беморон танҳо бо тавсияи табиби радиолог ва бо ризигии беморон гузаронида мешавад. Ҳангоми муолиҷаи шуӣи беморон, барои муҳофизат кардани узвҳои аз таъсири мустақим ва парокандаи нурҳои шуӣӣ ҳассос истифода бурдани воситаҳои муҳофизатӣ ҳатмӣ аст. [12]

Таҷҳизоти табобатӣ ва тугмачадори шуӣ ва нуктаҳои назорати тиббӣ бояд бо воситаҳои алоқаи дучониба мучаҳҳаз карда шуда бошанд. Дар утоқҳои муолиҷаи шуӣ бояд назорати телевизионии дастгоҳ ва бемор насб карда шаванд, бояд ҳисобкунак-огоҳкунадаҳои қудрати воя насб гарданд, то ин ки вазъи радиатсионӣ баҳо дода шавад. Ҳангоми баҳодихии қудрати вояи ҳамарзиш дар ҷойҳои қорӣ ба 2 рақами дар



чадвали 1 овардашуда зарб кардан лозим аст. Детекторҳои асбобҳо бояд дар балансии 1,8 м аз фарш ҷойгир шуда бошанд. Вояи шуӣ аз муолиҷаи шуӣ гирифтаи беморон бояд дар варақаҳои шахсии вояи шуӣгузаронии тиббӣ, ки замимаи ҳатмии корти амбулатории ӯ мебошад, ворид карда шавад. Ҳангоми ҳисоб кардани муҳофизат таносуби бехатарии 2 ҷорӣ карда мешавад. Ҳангоми тағйир додани давомнокии шуӣгузаронӣ (соат/сол) мутаносибан қудрати воя низ тағйир меёбад.

Талабот ба риоя кардани бехатарии умумӣ ва техникаи радиатсионӣ. Таҷҳизот ва дастгоҳҳои технологии хучраҳо ва шуъбаҳои муолиҷаи шуӣ бояд ба санаду қоидаҳои меъёрии амалкунанда ҷорӣ оид ба бехатарии барқ, сӯхтор ва радиатсионӣ мувофиқат кунанд.

Кормандони техникаи зарурӣ барои истифодаи устои қорӣ. Ҳайати техникаи хучраҳо ва шуъбаҳои муолиҷаи шуӣ дар аксари кишварҳои ҷаҳон тибқи қоидаҳои миллии муайян карда мешавад, ки бояд ба тавсияҳои байналмилалӣ мувофиқат кунанд. Чунин вазъият дар Ҷумҳурии Тоҷикистон низ вучуд дорад. Аз ин рӯ, метавон тавсия дод, ки барои эҷод намудани меъёрҳои штатӣ аз тавсияҳои созмонҳои байналмилалӣ физикҳои тиббӣ ва саратоншиносони радиатсионӣ истифода шавад.

Талаботи таҳассусӣ ба кормандони хучраҳои гамма-табобатӣ. Дар муолиҷаи шуӣ зухуроти гуногуни физикӣ истифода мешаванд: оптикӣ, механикӣ, радиатсионӣ, электронӣ, компютерӣ ва “айра.

Талабот нисбат ба таҳассуси коркунони

хизматрасони техникаи ин гуна дастгоҳҳо, табибоне, ки расмиёти тиббӣ мегузаронанд ва физикҳои тиббӣ, ки сифати шуӣгузаронии тиббиро таъмин мекунанд, хеле афзудааст.

Аз ҷониби созмонҳои байналмилалӣ барномаҳои таълимии баъдидипломӣ барои ҳамаи мутахассисоне, ки ба муолиҷаи шуӣ саратон машғуланд, таҳия гардидааст. Барнома барои омӯзонидани физикаи муолиҷаи шуӣ ҳамчун мавод барои курси кутоҳмуддати МАГАТЭ дар доираи барномаи дозиметрия ва физикаи шуӣгузаронии тиббӣ тартиб дода шудааст. Ин курсҳо, пеш аз ҳама, барои физикҳои дипломдор, ки дар ин мавзӯ таҷрибаи кам доранд, пешбинӣ шудаанд. Ҳадафи асосии барнома ин ноил шудан ба як навъ ба тартиб даровардани мавзӯест, ки дар тамоми ҷаҳон омӯхта мешавад. Курсҳои таълимӣ дар якҷоягӣ бо машқҳои амалие, ки дар таҷҳизоти шуӣгузаронии муолиҷавӣ дар беморхона иҷро карда мешаванд, гузаронида мешаванд. Ҳадафҳои ин курсҳо шинос шудан бо асосҳои зарурии физикаи радиатсионӣ ва радиобиология, омӯзиши хусусиятҳои асосии таҷҳизоти муолиҷаи шуӣ ва истифодаи клиникаи он, баррасии усулҳои универсалии калибрченкунии ҷӯб ва таъмини муолиҷаю коркард, мебошанд. Миқдори ҳадди ақалли соатҳои тавсияшуда барои гузаштани курси пурра аз 300 соат зиёд буда, давомнокии умумии лексияҳо ва дарсҳои амалӣ бояд на камтар аз чор ҳафтаи рӯзҳои пурраи қорӣ бошад. Дар охири курс шунавандагон бояд дар бораи ҷанбаҳои асосии физикаи табобати шуӣ дониши амиқ гиранд.

Адабиёт

1. **Васильев, А.Ю.** Анализ данных лучевых методов исследования на основе принципов доказательной медицины [Текст]: учебное пособие / А.Ю. Васильев, А.Ю. Малый, Н.С. Серова. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008. - 32 с.
2. **Зарипова ЛД.** Защита от ионизирующего излучения: Учебно-методическое пособие для студентов физического факультета. Казань: Изд-во Казанск. гос. ун-та .2008:48
3. **Илясова, Е.Б.** Лучевая диагностика [Текст]: учебное пособие / Е.Б. Илясова, М.Л. Чехонацкая, В.Н. Приезжева. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 280 с.
4. **Клиническая радиология** [Текст]: учебное пособие. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008. - 219 с. - ISBN 978-5-9704-0705-9



- 5. Обидов, Ф.Ф.** Применение Гамма-излучений в медицине / Ф.Ф. Обидов, М.Б. Сайфутдинова // Илми тиб: имкониятҳои нав. Маводи конф. илми-амалии ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино. Ҷ. 2. 27 апрели с. 2018. - Душанбе, 2018. - С. 263.
- 6. Овчинников В.А.** Методические указания к практическим занятиям по лучевой диагностике и лучевой терапии для студентов 3-го курса медико-психологического факультета / В.А. Овчинников; Гродненский Г.М.; Курс лучевой диагностики и лучевой терапии. - Гродно, 2015. – 24 с.
- 7. Онкология:** китоби дарсӣ /Р.З.Юлдошев, Д.З. Зикириёҳочаев, М.Б. Сайфутдинова; тақризг.: д.и.т., проф. Б.П.Ахмедов, д.и.т., проф.Ш.К. Назаров; таҳрири н.и.ф., дотс. А.И.Юсуфов; кафедраи онкология, ташхис в муолиҷаи шуоии МДТ «ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино». -Душанбе, 2021.- 416с
- 8. Оптимизация доз облучения пациентов в лучевой диагностике / С.Е. Охрименко [и др.] / Гигиена и санитария. - 2019. - № 98 (12). - С. 91-99.**
- 9. Основы лучевой диагностики и терапии: национальное руководство / под ред. С.К. Тернового. “ М.: ГЭОТАР-Медиа, 2012. “ 992 с.**
- 10. Ограничение медицинского облучения /Программа работ. //Постановление Министерства здравоохранения Республики Беларусь № 20 от 29 июня 2000г 4. Quality Assurance in Radiotherapy. WHO, Geneva, 1988, 52p.**
- 11. Основы лучевой диагностики [Текст] : учебное пособие / Д. А. Лежнев [и др.]. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2019. - 128 с. - ISBN 978-5-9704-5259-2 :**
- 12. Охрименко С.Е.** Оптимизация доз облучения пациентов в лучевой диагностике/С.Охрименко// Гигиена и санитария. 2019.- Т.98.-№12.-С. 91-99.
- 13. Программа физики медицинской лучевой терапии.** МАГАТЭ, Вена 1998 г.
- 14. Радиобиология высокодозной лучевой терапии[Электронный ресурс]: учебное пособие для обучающихся в системе высшего и дополнительного профессионального образования/А.И.Арсеньев., С.Н.Новиков, С.В.Канаев [и др.]. – Санкт-Петербург: НМИЦ онкологии им.Н.Н. Петрова, 2022. – 156 с.-ISBN 978-5-6048249-0-0**
- 15. Сайфутдинова, М. Б.** Лучевая терапия.Аспекты лечения, профилактика осложнений и реабилитация [Электронный ресурс] : методические рекомендации / М. Б. Сайфутдинова, Д. З. Зикрияходжаев, Р. З. Юлдошев. - Электрон. текстовые дан. - Душанбе : [б. и.], 2021. - 14 с.
- 16. Сайфутдинова, М.Б.** Лучевое лечение рака шейки матки стадии T3NXM0 с использованием крупного фракционирования в период пандемии COVID-19 в Республике Таджикистан /М.Б.Сайфут-динова, Д.З.Зикирияходжаев, Н.Б.Самадова //Короновирусная инфекция в Республике Таджикистан: эпидемиология, диагностика и современные возможности лечения. Материалы научн.-практ.конф.19.12.2020.-Душанбе,2020.-С.179
- 17. Сайфутдинова, М. Б.** Табобати нури. Хусусиятҳои табобат, пешгири ва офиятҳои [Захираи электрони] : дастури методи тавсияви / М. Б. Сайфутдинова, Д. З. Зикриёҳочаев, Р. З. Юлдошев. - Душанбе : [б. и.], 2021. - 21 с.
- 18. Салодкий, В.А.** Автоматизированная контактная лучевая терапия - условия эффективного использования в практическом здравоохранении [Текст] / ФГБУ “Российский научный центр Рентгенорадиологии” Минздрава России, Москва // Вопросы онкологии. - 2016. - № 5: Т. 62. - С. 688-693.
- 19. Тарутин И.Г.** Радиационная защита при медицинском облучении. Мн.,2005.
- 20. Тарутин, И.Г.** Контроль качества гамма-терапевтических аппаратов для дистанционного облучения /И.Г. Тарутин [и др.] //Инструкция по применению Министерства здравоохранения Республики Беларусь. Рег. № 22 – 010. Мн., 2003.
- 21. Терновой, С.К.** Лучевая диагностика и терапия [Текст]: учебное пособие / С.К. Терновой. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010. - 304 с.



22. **Труфанов, Г.Е.** Лучевая диагностика [Текст]: учебник. Т. 1 / ред. Е. Г. Труфанов. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. - 416 с. : ил. -
23. **Труфанов, Г.Е.** Лучевая терапия [Текст]: учебник. Т. 2. / Г.Е. Труфанов. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. - 192 с.
24. **Ҳусейнзода, З.Х.** Дастовардҳо ва дурнамои соҳаи саратоншиносии Ҷумҳурии Тоҷикистон дар соҳаи Истиклолият. – Душанбе: Маориф, 2021.- 60 с.
25. **Черняев, А. П.** Медицинское оборудование в современной лучевой терапии [Электронный ресурс]: учебное пособие / А. П. Черняев. - М.: ООП физического факультета МГУ, 2019. - (Библиотека медицинского физика). - **Систем. требования:** PDF. - ISBN 978-5-6042768-1-5
26. **Шарипов, В.Ш.** Радиологияи тиббӣ (ташхиси шуӣ ва табобати шуӣ) [Матн]: курси лексияҳо / В.Ш. Шарипов; ВТ ҶТ, ДДТТ ба номи Абзали ибни Сино. Кафедраи таххиси шуӣ ва табобати шуӣ. - Душанбе: Ҳикмат, 2011. - 182 с.
27. **Эффективность стереотаксической лучевой** терапии у больных с метастатическим поражением печени [Текст] / ФГБНУ “Российский онкологический научный центр им. Н.Н.Блохина”, Москва, РФ // *Анналы хирургической гепатологии.* - 2016. - № 1: Т. 21. - С. 38-43.
28. **Medical Electrical Equipment.** Part 2: Particular requirements for the safety of gamma therapy equipment / International Electrotechnical Commission, Publ. IEC-60601-2-11, IEC. Geneva, 1997.
29. **Medical Electrical Equipment.** Part 2: Particular requirements for the safety of medical electron accelerators from 1 to 50 MeV / International Electrotechnical Commission: Publ. IEC-60601-2-1-98. Geneva, 1998.
30. **Quality Assurance in Radiotherapy.** Proceed. of a Joint IAEA-ISRO Working Meeting on National Programmes, 1995, (IAEA-TECDOC-989), Vienna, 1997, - 112p.
31. **International Organization for Standardization.** “Quality Management and Quality Assurance Standards-Part 1: Guidelines for selection and use.” ISO 9000, 1994г.
32. **The European Federation of Organizations for Medical Physics** (July, 1997г.)
33. **Radiological Protection for Medical Exposures to Ionizing Radiation.** Safety Guide / IAEA Safety Standards Series No RS-G-1.5. IAEA, 2002г
34. **Lessons learned from accidental exposures in radiotherapy.** Safety Reports Series №17, IAEA, Vienna, 2000, 93P
35. **Investigation of an Accidental Exposure of Radiotherapy Patients in Panama** / IAEA, Vienna, 2001.
36. **Radiological Protection for Medical Exposures to Ionizing Radiation.** Safety Guide / IAEA Safety Standards Series No RS-G-1.5. IAEA, 2002.
37. **International Basic Safety Standards or Protection against Ionizing Radiation and for Safety of Radiation Sources.** IAEA, Safety Series №115, 1996

ОБОРУДОВАНИЯ И ПРОЦЕСС ЛУЧЕВОЙ ТЕРАПИИ

Сайфутдинова М.Б.

ГОУ Таджикский государственный медицинский университет им. Абуали ибни Сино, Душанбе, Республика Таджикистан

Цель исследования. Получение знания и навыков работы с гамма-терапевтическим оборудованием, применяемым для лучевого лечения злокачественных опухолей и их использование в своей работе

Материал и методы исследования. Воп-

рос об аппаратах гамма-терапии, применяемых для лучевого лечения злокачественных опухолей, посвящен вопросам характеристик аппаратов «Терагам» и «Терабальт», гарантирующих качество лучевого лечения, контроля качества работы аппаратов гам-



ма-терапии, особенностей система радиационной безопасности, геометрические характеристики аппаратов гамма-терапии, особенности системы управления аппаратом гамма-терапии, дозиметрические особенности, влияющие на точность распределения дозы, периодическое управление оборудованием и другие особенности, относящиеся к аппаратам гамма-терапии.

Результаты и их обсуждение. Показаны способы и методы защиты гамма-терапевтического оборудования в учреждении, требования к запирающим системам и систе-

мам оповещения, требования к радиационной защите сотрудников и пациентов, требования к соблюдению общей безопасности и радиационной техники, а также квалификационные требования к работникам кабинетов гамма-терапии.

Заключение: Пользователи приобретают знания и навыки по оборудованию гамма-терапии, используемому для лучевого лечения злокачественных опухолей, и используют его в своей работе.

Ключевые слова: гамма-терапевтические аппараты, ТЕРАГАМ, ТЕРАБАЛЬТ

EQUIPMENT AND RADIATION THERAPY PROCESS

Sayfutdinova M.B.

GOU Tajik State Medical University named after. Abuali ibni Sino, Dushanbe, Republic of Tajikistan

Objective: Obtaining knowledge and skills in working with gamma therapeutic equipment used for radiation treatment of malignant tumors and using them in your work

Material and methods: The question of gamma therapy devices used for radiation treatment of malignant tumors is devoted to the characteristics of the “Teragam” and “Terabalt” devices, guaranteeing the quality of radiation treatment, quality control of gamma therapy devices, features of the radiation safety system, geometric characteristics of gamma therapy devices, features of the gamma therapy device control system, dosimetric features affecting the accuracy of dose distribution, periodic equipment control and other features

related to gamma therapy devices.

Results: Methods and techniques for protecting gamma therapy equipment in an institution, requirements for locking systems and warning systems, requirements for radiation protection of employees and patients, requirements for compliance with general safety and radiation technology, as well as qualification requirements for employees of gamma therapy rooms are shown.

Conclusion: Users acquire knowledge and skills in gamma therapy equipment used for radiation treatment of malignant tumors and use it in their work.

Key words: gamma therapeutic devices, TERAGAM, TERABALT

Сайфутдинова М. Б. - н.и.т, дотсенти кафедраи онкология ва ташхиси шуой ва муолиҷаи шуоии МДТ «ДДТТ ба номи Абуали ибни Сино, Душанбе, ҷумҳурии Тоҷикистон, E-mail: detochka1984@bk.ru; тел.:918-66-52-61.

Сайфутдинова М.Б. – к.м.н., доцент кафедры онкологии лучевой диагностики и терапии ГОУ Таджикский государственный медицинский университет им. Абуали ибни Сино, Душанбе, Республика Таджикистан, E-mail: detochka1984@bk.ru; тел.:918-66-52-61

M. Sayfutdinova. J. M. Sc., Associate Professor of the Department of Oncology and Radiation Diagnostics and Therapy named after A. S. Popov Tajik State Medical University. Abuali Ibni Sino, Dushanbe, Republic of Tajikistan, E-mail: detochka1984@bk.ru; phone:918-66-52-61



ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГИЯ

АСОСҶОИ ТАШКИЛИ ЁРИИ ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГӢ ДАР ҚУМҶУРИИ ТОҶИКИСТОН

Давронзода М.Д.,¹ Маҳмудназаров М.И.,¹ Муминзода Б.Г.²

1. Кафедраи оториноларингология; 2. Кафедраи ниғаждории тандурустии ҷамъиятӣ ва оморӣ тиббӣ бо курси таърихи тибби МДТ “ДДТТ ба номи Абуалӣ ибни Сино”

Иҷрои ҳар як кор тартиб ва пайдарҳамии андешидашудаи амалҳоро талаб мекунад. Аммо ба амал баровардани ҳар як кор якдигарфаҳмии байни коллективро нисбат ба мақсаду вазифаҳои онро тақозо менамояд. Ягонагӣ дар фаҳмиши мақсаду вазифаҳо корро шавқовар, муваффақиятноктар ва дар инкишофи минбаъдааш умедбахш мегардонад. Ин комилан ба оториноларингология ҳамчун як ихтисоси илмӣ ва клиникӣ дахл дорад.

Бемориҳои маъмултарини миёни башариёт бемориҳои роҳҳои болоии нафаскашӣ мебошанд. Фоизи бемориҳои дар боло зикршудаи сирояти шадиди вирусӣ респираторӣ ва зуком (90% дар байни бемориҳои сироятӣ) ҳамеша бо ринитҳои шадид ва обравии бинӣ оғоз мешавад. Кӣ аз ринити шадид метарсад? Шояд ҳеҷ кас. Аммо дар 2% аз миллионҳо одамон риносинусити фасоднок, ки ба шакли музмин мегузарад, пас аз он риносинуситҳои салиладор, астмаи бронхитӣ, бронхитҳои музмини обструктивӣ, норасоии нафаскашӣ ба амал омада, шахс аз хуруҷи астма ё норасоии нафас мегарад. Ин сабаби марг аз кучо оғоз мешавад? Табобати дурусти риносинуситҳои шадид, сари вақт ошкор кардани шаклҳои музмини илтиҳоб, бешубҳа, ба пешгирии бемориҳои роҳҳои поёни нафас ва шуш мусоидат намуда, марги бармаҳал ва ё кӯтоҳшудани умри беморро аз байн мебарад.

Илтиҳоби бодомакҳои ком ва аденоидҳои дар миёни волидон вохӯрада нафаре, ки бо бемориҳои онҳо шинос набояд? Дар аввали солҳои 50-уми асри гузашта ҳар сол ҷаласаҳои Умумии тифоқӣ оид ба ангина гузаронда мешуданд. Ин ба чӣ алоқаманд буд? На танҳо аз он сабаб, ки одамон бисёртар ба ангина гирифта мешуданд. Ангина баъд аз худ рушди ревматизм, бемориҳои

гурда ва дилро дар пай дошт. Паҳншавии бемории скарлатина оғоз гардид. Дар ҷаласаҳои терапевтҳо, ревматологҳо, сироятшиносҳо, оториноларингологҳо иштирок мекарданд. Сабаби муттаҳидшавии қувваҳои ангазидаи маъмули ин бемориҳо - стрептококкҳои гемолитикӣ мебошад. Ваксинаҳои таҳия карда шуданд, ваксинатсия оғоз шуда, пенициллин (битсиллин) истеҳсолгардид. Оториноларингологҳо ба бурида гирифтани бодомакҳои ком ва аденоидҳои фаъолона шурӯъ карданд. Талошҳои яққояи мутахассисон боиси кам шудани паҳншавии бемории скарлатина ва тарбод гардид. Аммо ангина боқӣ монд, зеро на танҳо стрептококк боиси илтиҳоби бодомакҳо мегардад. Бартафсозии фаъолонаи бодомакҳо боиси ташаккули норасоии масуният дар табакаи назарраси аҳолии гардид, ки ин на танҳо дар Иттифоқи Шӯравӣ, (дар Амрикоҷавононе, ки бодомакҳои онҳо гирифта нашудаанд, ба армия қабул карда намешуданд) балки дар дигар кишварҳои дунё низ мушоҳида мешуд. Ин боиси афзоиши бемориҳои алергӣ, пеш аз ҳама роҳҳои нафас гардид. Дар айни замон мо нақши муҳими узвҳои лимфаденоиди балъумродар яққоягӣ бо луобпардаи ковокибинӣ дар ташаккули масуният дарк мекунем ва кӯшиш менамоем, онҳоро бидуни нишондодҳои асоснок ва мушахас бурида нагирем. Ин маънои онро надорад, ки тонзилэктомия бояд манъ карда шавад. Он бояд мувофиқи нишондодҳои дақиқ анҷом дода шавад.

Оид ба аҳамияти бемориҳои гӯшу гулӯ ва бинӣ дар саломатии инсон бисёр мисолҳо овардан мумкин аст. Илова бар ин, нақши иҷтимоии узвҳои гӯшу гулӯ ва бинӣ ба бемориҳои онҳо ниҳоят муҳим мебошад. Шунавӣ ва нутқ дар кӯдакон ва калонсолон воситаи муошират - воситаи ташакку-



ли шахсият мебошанд. Миқдори асосии узвҳои ҳиссиёт дар гӯшу гулӯ ва бинӣ ҷойгиранд. Бемориҳои онҳо боиси қафомонии инкишофи кӯдакон ва маъҷубӣ мегарданд. Сифати ҳаёти ношунаво, ки сусти сухан меронад ва бо бинӣ нафас намекашад, бемисл пастир аст. Ин умри одамро бе сабаби бевоситаи марғӣ ӯ кӯтоҳ мекунад. Дар баробари ин, оризаҳои ин бемориҳо: менингитҳои риногенӣ ва отогенӣ, думалҳои майнаи сар, оризаҳои орбиталӣ, сепсис – сабаби бевоситаи марғ аз бемориҳои гӯшу гулӯ ва бинӣ мебошанд.

Дар даҳсолаҳои охир ба шарофати таҳия ва татбиқи усулҳои нави ташхис, принципҳои ҷарроҳии функционалӣ ва усулҳои табобати патогенетикӣ имкониятҳо ва ҳудуди ихтисос хеле васеъ гардид. Ҳоло духтурони оториноларинголог касалиҳои косахонаи сар, косахонаи чашм, роҳҳои ашкгузар, илтиҳоби одонтогении ҷавфҳои наздибинӣ, стенози хадшавии ханҷара ва хирнойро бомуваффақият табобат карда, ҷарроҳҳои эстетикиро анҷом медиҳанд; усулҳои нави амалиёти ҷарроҳӣ ҷиҳати беҳтар намудани шунавоӣ коркард шуданд. Ин моро ба номи байналмилалӣ ихтисоси мо – оториноларингология – ҷарроҳии сару гардан наздик мекунад.

Оториноларингология ба монанди ҳамагунна дигар ихтисосҳои тиббӣ як қатор хусусиятҳои хоси худро дорад. Яке аз онҳо зиёд будани бемориҳои гӯшу гулӯ ва бинӣ дар байни аҳолии тамоми минтақаҳо, синну сол ва гурӯҳҳои иҷтимоӣ мебошад. Аз ҳисоби бемориҳои гӯшу гулӯ ва бинӣ хеле кам ба марғ дучор мешаванд, аммо беморон аксар вақт аз оризаҳои бемориҳои гӯшу гулӯ ва бинӣ мефавтанд (менингит, думалҳои мағзи сар, сепсис, медиастинит) ё аз бемориҳои, ки сабаби аслии он бемориҳои узвҳои гӯшу гулӯ ва бинӣ мебошад (тарбод, бемориҳои дил, гурда ва шушҳо).

Бемориҳои шадиди гӯшу гулӯ ва бинӣ бо аломатҳои клиникӣ намоён пайдо мешаванд ва бемор маҷбур мешавад, ки ба духтур муроҷиат кунанд. Дар бемориҳои музмин чунин аломати беморӣ ба монанди дард беморро камтар ташвиш медиҳад. Шаҳс ба

он ки бо бинӣхуб нафас намегирад, ҳиссиёти шомма кам шудааст, як гӯшаш намешунавад ва ё аз гӯш фасод меравад, «одат» кардааст. Дар шароити дастрасии нокифояи хизматрасонии оториноларингологӣ ва табобати нодурусти нопурра, бемориҳои шадид ба шакли музмин мегузаранд. Бемориҳои музмин асоси пайдоиши оризаҳои ҷиддӣ мебошанд. Сифати зиндагии шахсе, ки гирифтори бемориҳои музмин узвҳои гӯшу гулӯ ва бинӣ аст, хеле осебпазир мебошад. Бемориҳои узвҳои гӯшу гулӯ ва бинӣ на танҳо умри инсонро кӯтоҳ мекунад, балки ба сифати зиндагии ӯ ба таври назаррас таъсири манфӣ мерасонанд. Давлат шаҳрванди комил ва солими худро аз даст медиҳад ва ин ба сатҳи солимии аҳоли ва зиёдашавии маъҷубӣ таъсири худро мерасонад.

Хусусияти дигари соҳа он аст, ки кори духтури оториноларинголог дар дармонгоҳ ва беморхона тафовути махсуси худро дорад. Дар дармонгоҳ отоларинголог асосан кори муолиҷавиро иҷро мекунад. Ӯ бемориҳои шадиди гӯшу гулӯ ва биниро муолиҷа мекунад, назорати динамикии гурӯҳи диспансерии беморонро анҷом медиҳад, табобати консервативии бемориҳои музмин гӯшу гулӯ ва биниро мегузаронад, беморонро барои амалёти ҷарроҳӣ омода мекунад ва бемороне, ки дар статсионар амалиёти ҷарроҳӣ гузаронидаанд, дар шароити амбулаторӣ муолиҷаи онҳоро ба итмом мерасонад. Дар беморхона духтур асосан ҳамчун ҷарроҳ кор мекунад. Барои табобат бемороне бистарӣ мешаванд, ки дар шароити амбулаторӣ муоина карда шуда, барои амалёти ҷарроҳии мушаххас омода гардидаанд. Инҳо асосан беморони гирифтори бемориҳои музмин гӯшу гулӯ ва бинӣ мебошанд. Бемороне, ки ба ёрии таъҷилии ҷарроҳӣ ниёз доранд, бо бемориҳои шадиди гӯшу гулӯ ва бинӣ қабул ва бистарӣ карда мешаванд. Ҳамин тариқ, дар дармонгоҳ отоларинголог ҳамчун терапевт ва дар беморхона ҳамчун ҷарроҳ кор мекунад. Гузашта аз ин, дар дармонгоҳ, духтури гӯшу гулӯ ва биниро бо терапевти муқаррарӣ иваз кардан мумкин нест. Духтури умумӣ малакаҳои, ки асоси кори оториноларингологро дар



дармонгоҳ ташкил медиҳад, иҷро карда наметавонад. Инчунин, дар беморхона духтури чарроҳ амалётеро, ки отоларинголог карда метавонад, анҷом намедиҳад.

Оториноларингологи дармонгоҳ ба мисли духтури оилавӣ бояд таъбаоти доруғии бемориҳои гӯшу гулӯ ва биниро хуб донанд. Дар баробари ин, ӯ бояд маҷмӯи пурраи доруҳоеро, ки терапевт низ истифода мебарад, истифода барад. Ва ҳангоми хуруҷи зуқом ва сирояти шадиди вирусии роҳҳои нафас шумораи мурочиатҳо ба оториноларинголог ва терапевт аз сабаби бемориҳои шадиди гӯшу гулӯ бинӣ ва оризаҳои он меафзояд. Бо тафовут аз терапевт, оториноларинголог як қатор дастамалҳои муолиҷавиро иҷро мекунад, ки терапевт онҳоро бадаст нест. Ин дастамалҳо барои шахси бемор заруранд, чунки ҳолати ӯро сабук ва саломатиро барқарор мекунад. Ва ин далелро ҳангоми муайян кардани сарбории духтури гӯшу гулӯ ва бинӣ ва муайян кардани стандартҳои зарурати нигоҳубини беморони гӯшу гулӯ ва бинӣ бояд ба назар гирифт.

Дар беморхона духтури гӯшу гулӯ бинӣ ҳамчун чарроҳи баландихтисос кор мекунад. Кори у хусусиятҳои ба худ хос дорад. Яке аз вижаҳои кори чарроҳи гӯшу гулӯ бинӣ дар он аст, ки ӯ бояд дар ковокиҳои кор кунад, ки баъзан барои муоинаи мустақим дастнарасанд. Чарроҳии узвҳои гӯшу гулӯ бинӣ анестезияи пурраро талаб мекунад, зеро ҳангоми наркозҳои нокифоя рефлексҳо аз луобпардаҳо метавонанд ба фаъолияти дил, рағҳои хунгузар ва шуш таъсири манфӣ расонанд. Амалиётҳои чарроҳӣ метавонанд бо талафоти зиёди хун аз сабаби хусусиятҳои таъмини хун ба узвҳои гӯшу гулӯ бинӣ алоқаманд бошанд. Духтур дар кори худ аз тамоми комёбиҳои техникаи илми муосир истифода мебарад. Барои ташҳиси бемориҳо – томографияи компютерӣ ва магнитӣ-резонансӣ, ултрасадо, лазерӣ, таҷҳизоти радиочарроҳӣ, навигатсионӣ, асбобҳои энергетикӣ, микроскопҳо, эндоскопҳо зарур мебошад. Ҳамаи инро духтур бояд дошта бошад ва аз он истифода карда тавонад.

Ёрии ҳамачонибаи оториноларингологи-

ро танҳо дар сурати мавҷуд будани ҳамкори мутақобилаи байни дармонгоҳ ва беморхона таъмин кардан мумкин аст.

Ташкили ёрии тиббӣ аз рӯи ҳама гуна ихтисос бояд дар асоси тасаввуроти возеҳе сурат гирад, ки мо бояд барои ҷи кӯшиш кунем. Кор бо назардошти паҳншавии як патологияи муайян оғоз меёбад. Дар асоси дараҷаи умумии беморӣ ва таносуби шаклҳои алоҳидаи нозологӣ структураи муассисаҳои таъбаоти, захираҳои моддӣ ва ҳайати кадрҳо пешбинӣгардида, тартиби расондани ёрии тиббӣ ба вучуд оварда мешавад ва кор тибқи ҳамин тартиб ба роҳ монда мешавад. Агар тартиб бошад, “стандартизатсия” низ имконпазир аст. Ин тартиб метавонад вобаста ба пайдоиши вазифаҳои нав аз нав дида баромада ва пурра карда шавад.

Алгоритми фаъолияти хидматрасонӣ чунин ба роҳ монда мешавад. Шӯъбаҳои гӯшу гулӯ ва бинии статсионар ҳамчун шӯъбаҳои чарроҳӣ амал намуда, тамоми амалиёти зарурии гӯшу гулӯ ва биниро бояд доро ва пурра иҷро карда тавонанд. Аксари беморон барои таъбаоти чарроҳии нақшавӣ қабул карда мешаванд. Беморон бо бемориҳои шадид ва ҳолате, ки ба ёрии таъҷилии чарроҳӣ ё амалёти махсус - масалан, гирифтаниҷисми бегона ниёздоранд, қабул карда мешаванд. Шӯъба ва ҳуҷраҳои амбулатории гӯшу гулӯ ва бинӣ таъбаоти консервативии бемориҳои шадид ва музминро таъмин мекунад. Дар ин ҳолат, на танҳо усулҳои таъбаоти доруворӣ истифода мешаванд, балки амалётҳои махсус (оидани ҷавфҳои чоғи боло, шустани лакунаҳо, анемизатсияи ковокии бинӣ ва ғ.) низ иҷро карда мешаванд. Илова бар ин, табибони дармонгоҳҳо ба бемороне, ки дар беморхона чарроҳӣ аз саргузаронидаанд, нигоҳубини минбаъдаро таъмин мекунад. Онҳо медонанд, ки ҷи гуна чарроҳӣ анҷом дода шудааст ва барои барқарор кардани саломатии бемор ҷи бояд кард.

Пас аз чарроҳӣ дар узвҳои гӯшу гулӯ ва бинӣ, пас аз чанд рӯз (айни замон рӯзи бистарӣ дар беморхона ба ҳисоби миёна тақрибан 5 рӯз ва дар солҳои 80-ум 15-20 рӯзро



ташкил медод) беморро метавон барои назорати амбулаторӣ ҷавоб дод, гарчанде ки дар ин муддати кӯтоҳ бемор мустақилона худро нигоҳубин карда наметавонад. Ба бемор пас аз ҷарроҳии гӯши миёна ковокии таблиро муолича намудан, ба воситаи суроҳии барқароршуда ҷавфҳои наздибинигиро шустан, ковокии бинӣ ва балъумро коркард кардан ва ғ. зарур аст. Ҳамаи инро бояд духтурони дармонгоҳ ба ҷо оваранд ва бо ҳамин тартиб сарбории шуъбаҳои гӯшу гулӯ ва бинии беморхонаро сабук мекунад. Дар ин маврид шуъбаи гӯшу гулӯ ва бинии беморхона пурзуртар кор карда, ба шумораи бештари беморон ёрии ҷарроҳӣ мерасонад. Кор торафт вусъат меёбад, ёрии тиббӣ бо сифати беҳтар расонда шуда, иқтидори катҳо оқилона истифода бурда мешавад.

Дар байни шуъбаҳои амбулаторӣ ва статсионари гӯшу гулӯ ва бинӣ алоқаи зич мавҷуд аст. Беморон барои табобати нақшавӣ аз ҷониби духтурони клиника интиҳоб карда мешаванд. Дар ҳолатҳои душвор масъалаи бистарӣ кардани нақшавӣ дар беморхона бо мудири шуъбаи статсионари гӯшу гулӯ ва бинӣ, муовини соҳавии сардӯхтур ва сармутаҳассиси соҳавӣ баррасӣ карда мешавад. Ҳамин тавр, дар беморхона пешакӣ маълум аст, ки кадом бемор барои кадом намуди ҷарроҳӣ бистарӣ карда мешавад. Бемор дар клиника қаблан пурра муоина ва барои табобати ҷарроҳӣ омода карда мешавад. Амалиёт аксар вақт рӯзи дигар анҷом дода мешавад, гарчанде ки дар баъзе ҳолатҳо онро дар ҳамон рӯз гузаронидан мумкин аст. Барои муолиҷаи минбаъда, бемор ба назди духтури табибобатии худ ба дармонгоҳ бармегардад.

Чунин алгоритми кор барои табибони гӯшу гулӯ ва бинии беморхонаҳои ҷумҳуриявӣ маъмул ва қайҳо боз ҷорӣ гаштааст. Аммо, мутаассифона, ин дар муассисаҳои гӯшу гулӯ ва бинии саросари кишвар истифода намешавад. Асбобу таҷҳизоти ҳозиразамон на дар ҳама ҷо мӯҷаҳҳаз аст, ки ин имкон намедиҳад усулҳои муосири ташхису табобат истифода шавад.

Масъалаи муҳими ташкили ёрии отори-

ноларингологӣ назорати динамикаи беморӣ мебошад. Як қатор беморҳои музмин ода-тан такрор ё аз нав хуруҷ мекунад. Муолиҷаи саривақтии духтур бо назорати дурӯст ташкилшуда дар динамикаи имкон медиҳад, ки такроршавӣ ва авҷ гирифтани беморӣ пешгирӣ карда шавад.

Яке аз беморҳои асосӣ ин тонзиллити музмин мебошад. Ин бемории мураккаб асосан ба нақши физиологии хоси бодомакҳо ва бофтаи аденоидӣ вобаста аст, ки сохтори он дар кӯдакон ба ҳам монанд мебошанд. Онҳо барои ташаккули иммунитетии инсон масъуланд. Аз нафаси аввал узвҳои болоии нафаскашӣ бо микрофлораи гуногун пуршуда, аксуламали иммунӣ ташаккул меёбад. Инфилтратсияи бофтаи лимфаденоидӣ ва пардаи луобии ковокии бинӣ бо ҳуҷайраҳои иммунӣ боиси рушди аденоидҳо ва гипертрофияи бодомакҳо мегардад, ки он сабаби пайдоиши як қатор зухуроти клиникӣ, аз ҷумла патологӣ мегардад. Гарзи идора кардани ин равандро омӯхтан муҳим аст. Бояд гуфт, ки дар ин раванд на ҳама чиз равшан аст ва таҳқиқоти бунёдӣ дар сатҳи молекулавӣ ва ҳуҷайравиро талаб мекунад. Вазифаи духтур кӯшиш кардан аст, ки лаҳза ба раванди патологӣ табдил ёфтани раванди физиологиро пайҳас кунад ва барои табобати консервативӣ ё ҷарроҳии он чораҳо андешад.

Мушкилоти инсоният беморҳои роҳҳои болоии нафас ба шумор меравад. Оториноларингологҳо ба шаклҳои гуногуни нозологияи беморҳои бинӣ ва ҷавфҳои наздибинӣ тавачҷухдоранд. Дар байни онҳо риносинуситҳои салиладор мавҷуд мебошад. Тибқи омори байналмилалӣ [3], 20 сол пеш, тақрибан дар 1% аҳолии кураи замин риносинусити салиладор ба қайд гирифта шудааст. Дар айни замон, ин патология то 4%-ро ташкил медиҳад. Сабабҳои бисёр доштан ба мураккаб будани патогенези ин беморӣ, инчунин пайвастании он бо астмаи бронхиалӣ ва таҳаммулнопазирии доруҳои зидди илтиҳобии ғайримуқаррарӣ, раванди муолиҷа мураккаб ва норавшан кардааст. Марҳилаи ҷарроҳии радикалӣ аллакай анҷом ёфт, чун у нишон дод, ки луобпардаи ҷав-



фҳои наздибинигӣ чӣқадар пура нест карда шавад ҳам, такрори инкишшофи салила ба амал меояд. Ҷарроҳии эндоскопӣ дар ҳама ҳолатҳо натиҷаи мусбат намедихад. Омезиши ҷарроҳӣ ва табобати маводӣ натиҷаҳои умедворкунанда медиҳад. Дар айни замон мӯҳлатҳои тадбирҳо дар ҷараёни назорати динамикии ин беморон кор карда нашудаанд, ки ин идома додани тадқиқотҳои илмӣ ин мушкилотро тақозо мекунад.

Илтиҳоби музмини гӯши миёна, аз ҷумла ташаккули холестеатома, яке аз сабабҳои оризаи дохилисарии марговар мебошад. Пас аз табобати ҷарроҳӣ, ҷунин беморон бояд назорат карда шаванд. Дар дармонгоҳ ва марказҳои саломатӣ муайян кардан лозим аст, ки кадом шароит ба музминшавии раванди бемориҳо мусоидат мекунад, зеро пайдоиши отити шадид ва гузариши он ба шакли музмин аз ҳисоби бемориҳои бинӣ ва ҷавфҳои наздибинигӣ ба амал меояд.

Бемориҳои ханҷара, ки бо пайдоиши навъҳои гуногуни гиперплазия ва варам алоқаманданд, бемориҳои пеш аз саратонӣ ҳисобида мешаванд. Аз ин рӯ, хангоми муоинаи тиббӣ ҳатто дар сурати мавҷуд набудани тағирёбии овоз, муоинаи ханҷара зарур аст. Аксар вақт дар чинҳои садотакилаҳо пайдо мешаванд, ки барои муайян кардани табиати бофта даҳолати ҷарроҳиро талаб мекунад.

Яке аз вазифаҳои муайян кардани шаклҳои нозологии бемориҳои гӯшу гулӯ ва бинӣ мебошад, ки назорати динамикиро талаб мекунад. Вақти муоинаи такрорӣ ва коркарди муолиҷа муҳим арзёбӣ мегардад.

Тоҷикистонмамакати аз ҷиҳати масоҳат хурд буда, минтақаи бузурги ҷуғрофиро ишғол намекунад. Новобаста аз ин, барои баъзе минтақаҳо ҳам шароити иқлим ва ҳам шароити зиндагонии хос мавҷуд аст. Хангоми банақшагирии хизматрасонии оториноларингологӣ, ин бояд ба назар гирифта шавад. Дар замони шӯравӣ усули экспедитсионӣ

ёрии махсуси тиббӣ ба аҳолии ноҳияҳои дурдаст фаъолият мекард. Ин таҷриба айни замон низ дар шакли корвони саломатӣ фаъолият дорад ва мутахассисони соҳибтаҷриба аз маркази ҷумҳурӣ ба ноҳияҳои дурдаст сафарбар карда мешаванд.

Бо асбобу таҷҳизоти муосир таъмин намудани шуъбаҳо ва ҳуҷраҳои гӯшу гулӯ ва бинӣ масъалаи муҳим мебошад. Бе ин корро пурра ва самарабахш пеш бурдан ғайри имкон аст. Дарачаи тайёр кардани мутахассисон боз ҳам муҳимтар аст. Таҷҳизоти замонавӣ доштан як тарафи масъала, аммо ҷунон ки аксар вақт мушоҳида меавад, дастгоҳҳои нодиртарини соҳа аз ҳисоби надониستاني мутахассис бекор меистад. Базаҳои тайёр кардани мутахассисон, пеш аз ҳама, бояд хуб ҷиҳозонида шаванд, омӯзгорон бояд кори худро ба дараҷаи аъло донад. Аввал бояд муаллимонро хуб тайёр кард, то шогирдони хуб тайёр кунанд.

Масъалаҳои ташкилӣ бисёранд ва мо онҳоро хануз ҳал накардаем. Мо дар атрофи стандартизатсия ҳарф мезанем, аммо то тартиби ёрии оториноларингологӣ ташкил нашавад, онро таъмин кардан номумкин аст. Агар стандарт полипотомия бо дастгоҳи эндоскоп ва Шейверро дар бар гирад ва шуъбаи гӯшу гулӯ ва бинӣ дастгоҳҳои Шейвер ва эндоскопнадошта бошад, ин стандартро кӣ иҷро мекунад? Ногуфта намонад, ки полипотомияро бо ҳалқа иҷро кардан дар айни замон ба кор кардан бо асбоби асри сангбаробар аст.

Аз ҳама гуфтаҳои боло хулоса баровардан мумкин аст, ки барои дар сатҳи зарурӣ ва ба талаботи муосир ҷавобгӯ будани сатҳу сифати хизматрасонии оториноларингологӣ дар кишвар омода намудани кадрҳои баландихтисос, ба курсҳои такмили ихтисос фаро гирифтани мутахассисони мавҷуда, омӯхтан ва дар амал татбиқ кардани навоариҳои соҳа, ҷиҳозонидани шуъбаҳо бо дастгоҳҳои муосир зарур мебошанд.

Адабиёт

1. Гуломов З. С. Анализ оториноларингологической заболеваемости населения Республики Таджикистан за период 2012–2016 гг / З. С. Гуломов, З. Д. Курбанова, Ф. Х. Адылова / Российская оториноларингология -2018 -№ 3 (94) –С.18-22



2. Махмудназаров М.И. Хирургическая коррекция деформации носа и носовой перегородки. Душанбе: Ирфон-2016- 115 с.
3. Рахмонов С.У., Махмудназаров М.И., Б.Н.Шамсидинов, З.С.Гуломов/ Состояние и пути развития оториноларингологической службы в таджикистане// Материалы республиканской научной конференции оториноларингологов Республики Таджикистан с международным участием/ 2018 Ст. 5-9
1. Холматов Ч.И. Бемориҳои балғум. Душанбе. Ҳикмат. 2021.- 127 с.
2. .Н. Шамсидинов. Бемориҳои гӯшугулӯ ва бинӣ. Душанбе. 2013.- 863 с.
3. Шиленкова В.В., Шиленков К.А. EPOS-2020. Что нового? Российская ринология. 2020;28(2):94-100.
4. EP3OS Primary Care Guidelines: European position paper on the Primary Care Diagnosis and Management of rhinosinusitis and Nasal Polyps 2007 — a summary. Prim Care Resp J 2008; 17:2:79— 89.

ОСНОВЫ ОРГАНИЗАЦИИ ЛОР-ПОМОЩИ В РЕСПУБЛИКЕ ТАДЖИКИСТАН

Давронзода М.Д.¹, Махмудназаров М.И.¹, Муминзода Б.Г.²

1. Кафедра оториноларингологии; 2. Кафедра общественного здравоохранения и медицинской статистики с курсом истории медицины ГОУ “ТГМУ имени Абуали ибни Сино”

В статье представлены сведения об особенностях оториноларингологии, ее значении как науки, взаимосвязи и сотрудничестве с другими областями медицины, порядке оказания оториноларингологической помощи. Для того чтобы уровень и качество оториноларингологической службы в стране находились на необходимом уровне и отвечали современным требованиям, необходимо

готовить высококвалифицированные кадры, привлекать действующих специалистов на курсы повышения квалификации, изучать и внедрять инновации в области, оснастить отделения современным оборудованием.

Ключевые слова: первая помощь, оториноларингология, современные аппараты в оториноларингологии, оториноларингологическая служба.

FUNDAMENTAL OF ORGANIZATION OF ENT CARE IN THE REPUBLIC OF TAJIKISTAN

Davronzoda M.D.¹, Makhmudnazarov M.I.¹, Muminzoda B.G.²

1. Department of Otorhinolaryngology; 2. Department of Public Health and Medical Statistics with a course in the History of Medicine of the State Educational Institution “TSMU Avicenna”, Dushanbe, Tajikistan.

The article provides information about the features of otorhinolaryngology, its importance as a science, the relationship and cooperation with other field of medicine, and the procedure for providing otorhinolaryngological care. In order for the level and quality of otorhinolaryngological services in the country to be at the required level and meet modern

requirements, it is necessary to train highly qualified personnel, attract existing specialists to advanced training courses, study and implement innovations in the field, and equip departments with modern equipment.

Key words: first aid, otorhinolaryngology, modern devices in otorhinolaryngology, otorhinolaryngology service.



Давронзода Манучехр Давроншо – номзади илмҳои тиб, ассистенти кафедраи оториноларингологияи МДТ “ДДТТ ба номи Абуалӣ ибни Сино” e-mail: shoevmd@mail.ru, тел.: 93-400-47-57.

Махмудназаров Махмадамин Имомович - н.и.т., дотсенти кафедраи оториноларингологияи МДТ “ДДТТ ба номи Абуалӣ ибни Сино”, e-mail: mahmadamin@inbox.ru, тел.: 93-506-75-43.

Муминзода Бободжон Гафур – д.и.т., дотсенти кафедраи нигахдории тандурустии чамъиятӣ ва омори тиббӣ бо курси таърихи тибби МДТ “ДДТТ ба номи Абуалӣ ибни Сино” muminov_bobokul@inbox.ru, тел.: 918 63 22 52

Давронзода Манучехр Давроншо – кандидат медицинских наук, ассистент кафедры оториноларингологии ГОУ “ТГМУ имени Абуали ибн Сино”, E. mail: shoevmd@mail.ru тел.: 93-400-47-57.

Махмудназаров Махмадамин Имомович - кандидат медицинских наук, доцент кафедры оториноларингологии ГОУ “ТГМУ имени Абуали ибн Сино”, E.mail: mahmadamin@inbox.ru тел.: 93-506-75-43.

Муминзода Гафур Бободжон – доктор медицинских наук, доцент кафедры общественного здравоохранения и медицинской статистики с курсом истории медицины ГОУ “ТГМУ имени Абуали ибн Сино”, тел.: 985675625, Email: muminov_bobokul@inbox.ru.

Davronzoda Manuchehr Davronsho - Candidate of Medical Sciences, Assistant of the Department of Otorhinolaryngology, Moscow State Medical University “Abuali ibn Sino State Medical University”, E. mail: shoevmd@mail.ru phone: 93-400-47-57.

Makhmudnazarov Makhmadamin Imomovich - Candidate of Medical Sciences, Associate Professor of the Department of Otorhinolaryngology, Moscow State Medical University “Abuali ibn Sino State Medical University”, E.mail: mahmadamin@inbox.ru phone: 93-506-75-43.

Muminzoda Bobochon Gafur - associate professor of the department of public health, and medical statistics with the course of medical history of GOU «Tajik State Medical University named after Abuali ibni Sino», d.m.s., E mail: muminov_bobokul@inbox.ru

ХУСУСИЯТҲОИ ТАБОБАТИ МУШТАРАКИИ РИНОСИНУСИТҲОИ МУЗМИН №Касиров И.М., №Шамсидинов Б.Н., №Мухторова П.Р., №Қосимзода А.А., №Бегов А.А.

Кафедраи бемориҳои гӯш, гулӯ ва бинии МДТ «ДТБСТ ҚТ»;
Маркази миллии тибби «Шифобахш»

Мухиммият. Риносинусит – байни аҳоли бемории паҳнгардидае аст, ки аз рӯи баъзе маълумотҳо то 42–90% мардуми дунё гирифтори он мебошанд [1,6]. Мутобиқи таснифоти EPOS 2020 [6], таърифи мавҷудбудаи бемории мазкур онро ифода менамояд, ки риносинусит дар калонсолон илтиҳоби пардаи луобии чавфҳои шафати бинӣ ва ковокии бинӣ бо хузур доштани ду ва зиёда аломат мебошад, ки яке аз он аломатҳо душвории нафаскашӣ бо бинӣ ва ихроҷот аз ковокии бинӣ мебошад. Душвории нафаскашӣ бо бинӣ метавонад қисман бошад, ё ки ба пуррагӣ ковокиҳои биниро банд намояд. Ихроҷоти бинӣ бошад, на танҳо ҳангоми амали афшонидан, балки метавонад муддати

тӯлонӣ тавассути девораи паси балъум бишорад.

Ҳангоми муоинаи ин гуна беморон баъри муайян намудани сохти минтақаи чоғу рӯй ва дараҷаи паҳншавии раванди эътилолӣ таҳқиқҳои нурӣ зери истифода қарор мегиранд [2]. Стандарти тиллоии таҳқиқи рентгенӣ барои ташҳиси бемориҳои бахши чехравии сар томографияи компютери ковокии бинӣ ва чавфҳои назди бинӣ махсус меёбанд [2,5].

Таснифоти бешумори бемориҳои илтиҳобии чавфҳои наздибинӣ дар адабиётҳои ватанию хоричӣ мавҷуд мебошад [3,4,6,7,8,9]. Новобаста ба таснифотҳои гуногун, риносинуситҳо тақсим мешаванд: вобаста ба наму-



ди чараён; вобаста ба тӯлонияти раванд, ба: шадид, зершадид, такроршаванда ва музмин (дар навбати худ аз рӯи аломатҳои мавҷудият ва набудани полипҳо низ тақсим менамоянд); аз рӯи намоёнии аломатҳо ба намудҳои сабук, вазнини миёна ва вазнин; аз рӯи густариши ҳудуди майдони минтақавӣ ва ҷавфҳои наздибинӣ [3,6,9].

Сабабҳои, ки ба инкишофи равандҳои илтиҳобӣ дар ковокии бинӣ ва ҷавфҳои назди бинӣ замина мегузоранд, масалан, сохторӣ, бактериявӣ, вирусӣ, замбӯруғӣ ва ӯ., аммо, одатан онҳо хусусияти муштарақӣ, морфологию функционалӣ доранд [10]. Бахусус, таҳлили вариантҳои гуногуни сохтори бинӣ ва сӯроҳҳои табиӣ ҷавфҳои назди бинӣ, бахусус маҷмӯи остеомеаталӣ хеле муҳим аст, зеро дар инкишофи беморӣ ва музминшавии он саҳми намоён доранд.

Маҷмӯи остеомеаталӣ дарбар мегирад: гузаргоҳи байнии биниро бо таркиби сохториаш, ки иборат аст, аз: изофаи чангакшакл, тарқиши ҳилолшакл, ҷайби пешонавӣ, қифи ғалберӣ, ҳубоби ғалберӣ, қисми лавҳачаи коғазин ва садафаи байнии бинӣ [11].

Эҳтимолияти бо сабабҳои ҷой доштани вариантҳои гуногуни сохторӣ дар ковокии бинӣ ва пайвастшавии равандҳои илтиҳобӣ – зуком, шамолхурӣ, ринитҳои бодигармӣ ва дигар сабабҳои варами пардаи луобии паҳнои муқобил боиси расиши ҷафси байниҳамдигарӣ мегарданд ва ин ҳолат дар навбати худ ба ихтилоли вазифаи рониши мукотсилярӣ мегардад, яъне, ифрозоте, ки эпителии респираторӣ чудо менамояд, наметавонад бо тарзи табиӣ ихроҷ бигардад [7,10,11]. Дар ин мавзӯ маводҳои экзогени зарарнок ва микробҳо ҷамъ мешаванд, биопардаи микробии эпитолоӣ эҷод менамоянд, ки дар маҷмӯъ боиси пайдошавии раванди эпитолоии ҷузъӣ мегардад, ки муддати тӯлонӣ ноаён чараён мекунад. Агар организм бо раванди эпитололи дар сатҳи маҷмӯи муқобилият карда натавонад ва агар дар ин сатҳ раванд баргараф карда нашавад, он гоҳ илтиҳоби музмини синусҳои параназалӣ, одатан аз минтақаи сӯроҳҳои табиӣ бо пайдошавии аломатҳои клиникӣ оғоз мегардад [7,11].

Дарёфт, ташхис ва банақшагирии табобати бемориро аз татбиқи вариантҳои сохтори девораи берунии ковокии бинӣ оғоз менамоянд, ки боиси эҷоди раванди илтиҳобӣ гардидааст. Баъзан, барои ин таҳқиқи эндоскопии ковокии бинӣ ва бинибалъум кифоя мебошад [5,11]. Аммо, бо назардошти тангии фазои ковокии бинӣ ва иайриимкон будани азназаргузаронии ҳамаи ташкилаҳои сохторӣ бе гузаронида ни амалиёти ҷарроҳӣ, гузаронидани томографияи компютерӣ барои интиҳоби тартиби табобат хеле муҳим мебошад [2,9].

Новобаста аз дастовардҳо дар самти омӯзиши этиология ва патогенези риносинуситҳо, усулҳои имрӯзаи истифодашавандаи табобати беморӣ на ҳамеша мувофиқи мақсад мебошад, аз ин рӯ, дар аксари ҳолатҳо рӯ меоранд ба истифодаи усулҳои муштарақи ҷарроҳӣ ва маводӣ.

Ҳамин тавр, усулҳои муосири риносинусоҷарроҳии эндоскопӣ бо истифодаи табобати маводӣ ва усулҳои таъсиррасонии физикӣ имкон фароҳам месозанд, ки то дараҷае натиҷаҳои бевосита ва дурнамои табобати беморро беҳтар намояд.

Мақсади тадқиқот. Такмили усулҳои муштарақи маводӣ ва ҷарроҳӣ бо назардошти вариантҳои гуногуни архитектоникаи ковокии бинӣ.

Мавод ва равишҳои таҳқиқот. Сини миёнаи 30 нафар беморони ба таҳқиқ фарогирифта $34,8 \pm 11,2$ солро (аз 17 то 57 сола) ташкил намуд, аз онҳо 11 нафар зан ва 19 нафар мардон буданд. Вобаста ба намуди беморӣ ва усулҳои истифодашавандаи табобат беморонро ба 2 гурӯҳ тақсим намудем. Ба **гурӯҳи якум 16** нафар беморон бо риносинуситҳои музмин шомил гардиданд, ки баъди тасдиқ намудани ташхис ва пунксияи ҷавфи ҳаймор (як ё дутарафа) табобати маводӣ таъин намудем: антибиотиктабобат баъди муайян намудани намуди флора ва ҳиссиёт ба антибиотикҳо, деконгестантҳо, табобати ирригатсионӣ бо оби маъдани Шохамбарӣ. **Гурӯҳи 2-юмро 14 нафар** беморон бо ташхиси риносинусити музмини (як ё дутарафа) бе эпитолиятҳои дигар соматиқӣ ташкил намуданд, ки табоба-

ти маҷмӯи бе истифодаи оби маъдани Шохамбарӣ анҷом дода шуданд.

Ба ҳамаи беморон баъди баҳодиҳии собиқаи беморӣ, таҳқиқи рентгенологӣ (рентгенографияи ҷавфҳои шафати бинӣ ё томографияи компютерӣ, таҳқиқҳои функсионалӣ (амали нафаскашӣ, шомма, таҳқиқи фаъолияти муктсиллярии эпителияи пардаи луобии ковокии бинӣ), пунксияи ташхисӣ ва таҳқиқи бактериологӣ гузаронида шуд.

Натиҷаҳо ва муҳоҷиса. Хангоми таҳқиқи рентгенологӣ (ТК) дар ҳамаи беморони гурӯҳи якум ва 11 нафар беморони гурӯҳи дуюм деформатсияи миёндевори бинӣ бо намоёнии дараҷаҳои гуногун ошкор гардиданд, дар 12 нафар - S-шакл, дар 11 нафар - C-шакл ва 4 нафар дар намуди тегаи нисбатан дағал ба назар мерасид. Дар 4 нафар беморони гурӯҳи якум ва 6 нафар беморони гурӯҳи дуюм иловатан бузургшавии ҳубоби иалберӣ бо гипертрофияи садафаҳои миёнии бинӣ ба назар мерасид. Дар беморони гурӯҳи дуюм низ дар аксарияти беморон таъйиротҳои сохторӣ, мисле дар гурӯҳи якум тасдиқ, гардид аммо дар қисми бештари ҳолатҳо гипертрофияи садафаҳои миёни ва поёнии бинӣ ҷой дошт, ки боиси вайроншавии вазифаҳои дренажӣ ва вентилятсионии ҷавфҳои назди бинӣ мегардид. Барои барқарор намудани фаъолияти маҷмӯи остеомеаталӣ ва ба даст овардани барқароршавии вазифаи вентилятсионии ҷавфҳои назди бинӣ, ба ҳамаи беморон, ки нуқсонҳои сохтории дохилибинӣ доштанд амалиётҳои ҷарроҳии гуногунҳаҷм, септопластика, латеропозитсияи садафаҳои байнии бинӣ, конхотомия, вазотомияи садафаҳои поёнии бинӣ дар алоҳидагӣ ва ё хангоми зарурат дар намуди муштарак гузаронида шуд.

Ба ҳамаи беморони гурӯҳи якум вобаста ба намуди флора ва ҳиссиёт ба антибиотикҳо - антибиотиктабобат, деконгестантҳо, табобати ирригатсионӣ бо оби маъдани Шохамбарӣ – давраи табобат 10 сеанс ва маводҳои антигистаминӣ таъин карда шуд. Ба ҳамаи беморони гурӯҳи дуюм низ вобаста ба намуди флора ва ҳиссиёт ба антибиотикҳо - антибиотиктабобат, маводи деконгестантҳо, табобати ирригатсионӣ бо маҳлули 0,09% физиологӣ, маводҳои антигистаминӣ таъин намудем.

Баъди табобати муштарак дар беморони гурӯҳи якум аломати бандшавии ковокиҳои бинӣ нисбати беморони гурӯҳи дуюм (0,64 зидди 1,0) ва ихроҷоти бинӣ (0,24 зидди 1,2) беҳтар гардид. Яъне, шустани ковокии бинӣ бо истифодаи оби маъдани Шохамбарӣ барои бартарарф намудани аломатҳои ринитҳои музмин нисбат ба маҳлули физиологӣ самараноктар буд, раванди мусбӣ аллакай дар шабонарӯзи сеюм ба қайд гирифта шуд. Аллакай баъди шабонарӯзи дуюм аз оиози шустани бинӣ 56,2% беморони гурӯҳи якум, нисбати беморони гурӯҳи дуюм (35,7%) сабуқӣ ҳис намуданд ва дар шабонарӯзи 5-ум ин миқдор мутаносибан ба 87,5 зидди 57% баробар буд.

Дар оиоз дар ҳарду гурӯҳи беморон кохиши муддати клиренси мукотсиллярӣ ба қайд гирифта шуда буд. Дар беморони гурӯҳи якум беҳтаршавии нишондодҳои клиренси мукотсиллярӣ баъди табобат (аз $19,1 \pm 5,1$ дақ. то $15,2 \pm 1,2$ дақ, $p = 0,002$) нисбати беморони гурӯҳи дуюм (аз $16,6 \pm 2,9$ дақ. то $15,8 \pm 2,3$ дақ, $p = 0,1$) ба қайд гирифта шуд.

Уфунатгирӣ бо *S. Aureus* пеш аз оғози беморӣ дар 52% беморони гурӯҳи якум ва 50% беморони гурӯҳи дуюм ошкор гардида буд. Дар итмоми табобат *S. Aureus* танҳо дар 12,5% беморони гурӯҳи якум ва 35,7% беморони гурӯҳи дуюм кишт гардид.

Хангоми табобати ирригатсионӣ бо маҳлули маъдани Шохамбарӣ бартарарфшавии пурраи аломатҳои асосии риносинуситҳо (бандшавии ковокиҳои бинӣ, шоридани обияти бинӣ) нисбати истифодаи маҳлули физиологӣ як баробар зудтар ба миён омад.

Хулоса. Садафаи миёнии бинӣ дар фаъолияти ковокии бинӣ, баҳусус маҷмӯи остеомеаталӣ мавқеъи муҳимро ишиол менамояд ва хангоми интиҳоби амалиётҳои ҷарроҳӣ нигоҳ доштани умумияти садафаи поёнии бинӣ барои ба даст овардани натиҷаи устувори мусбӣ аҳамияти калон дорад. Ворид намудани маҳлули маъдани Шохамбарӣ дар намуди шустани ковокии бинӣ дар табобати маҷмӯии риносинуситҳои музмин ба зудтар тозашавии ковокии бинӣ, беҳтаршавии клиренси мукотсиллярӣ мусоидат менамояд ва самарани намоёни микробиологӣ дорад.



Адабиёт

1. Шамкина П.А., Кривопапов А.А., Рязанцев С.В. Эпидемиология хронических риносинуситов //Современные проблемы науки и образования. 2019. №3. С.188-190.
2. Зубарева А.А., Шавгулидзе М.А., Перельгина Н. С. Возможности конусно-лучевой компьютерной томографии в диагностике коморбидного острого полисинусита и среднего отита // Folia Otorhinolaryngologiae et Pathologiae Respiratoriae. 2018. №24(2). С.37-45
3. Иванченко О.А., Лопатин А.С. Хронический риносинусит: эпидемиология, классификация, этиология, патогенез. Современный взгляд на проблему //Вестник оториноларингологии. 2012. №77(2). С.91-96
4. Кривопапов А.А. Определения, классификации, этиология и эпидемиология риносинуситов (обзор литературы) //Российская ринология. 2016. №24(2). С.39-45
5. Fokkens W.J., Lund V.J., Hopkins C. et al. European Position Paper on Rhinosinusitis and Nasal Polyps //Rhinology. 2020. №29. P.461-464.
6. Frńczek M., Masalski M., Guzicki M. Reliability of computed tomography scans in the diagnosis of chronic rhinosinusitis //Adv Clin Exp Med. 2018. №27(4). P.541-545.
7. DeConde A.S., Smith T.L. Classification of Chronic Rhinosinusitis-Working Toward Personalized Diagnosis //Otolaryngol Clin North Am. 2017. №50(1). P.1-12.
8. Dennis S.K., Lam K., Luong A.A Review of Classification Schemes for Chronic Rhinosinusitis with Nasal Polyposis Endotypes //Laryngoscope Investig Otolaryngol. 2016. №1(5). P.130-134.
9. Grayson J.W., Hopkins C., Mori E. et al. Contemporary Classification of Chronic Rhinosinusitis Beyond Polyps vs No Polyps: A Review //JAMA Otolaryngol Head Neck Surg. 2020. №146(9). P.831-838.
10. Johnson S.M., Honeybrook A.L., Ramprasad V.H. et al. Radiodensity of the Ostiomeatal Complex in Recurrent Acute Rhinosinusitis //Otolaryngol Head Neck Surg. 2017. №157(5). P.887-890.
11. Bolger W.E., Stammberger H., Ishii M. et al. The Anterior Ethmoidal “Genu”: A Newly Appreciated Anatomic Landmark for Endoscopic Sinus Surgery //Clin Anat. 2019. №32(4). №534-540.

**ОСОБЕННОСТИ КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО
РИНОСИНУСИТА**

№Касиров И.М., №Шайдоев С.С., №Мухторова П.Р., №Косимзода А.А., №Бегов А.А.
№Кафедра оториноларингологии ГОУ «ИПОВСЗ РТ», №Национальный медицинский
центр «Шифобахш»

Резюме. В данной статье представлены особенности строения остеомаатального комплекса, в частности средней носовой раковины и их роль в функционировании носового хода, соответственно при выборе тактики оперативного вмешательства для достижения стойкого положительного результата сохранение его строения имеет важное клиническое значение. При промывании полости носа применены минеральные воды Шаамбары, были получены положительные результаты в

сравнении с применением других растворов в комплексном лечении больных с хроническими риносинуситами. Данный метод способствовал быстрому очищению носовой полости, улучшению функции мукоциллиарного клиренса, а также высокие микробиологические результаты.

Ключевые слова: хронические риносинуситы, остеомаатальный комплекс, минеральная вода Шаамбары, средняя носовая раковина, мукоциллиарный клиренс.

FEATURES OF COMPLEX TREATMENT OF CHRONIC RHINOSINUSITIS

№Kasirov I.M., №Shaidoev S.S., №Muchturova P.R., №Kosimzoda A.A., №Begov A.A.
№Department of Otorhinolaryngology, State Educational Establishment “Institute of
Postgraduate Education in the Healthcare of the Republic of Tajikistan” №National Medical
Center “Shifobakhsh”

Summary. This article presents the structural features of the osteomeatal complex, in particular the middle turbinate, and their role in the functioning of the nasal passage; accordingly,



when choosing tactics for surgical intervention to achieve a lasting positive result, maintaining the integrity of its structure has important clinical significance. Also in the work for rinsing the nasal cavity, Shaambari mineral water was used, which, when compared with other solutions in the complex treatment of patients with chronic

rhinosinusitis, gave positive results, in particular, it contributed to the rapid cleansing of the nasal cavity, improved mucociliary clearance, as well as high microbiological results,

Key words: chronic rhinosinusitis, osteomeatal complex, Shaamdari mineral water, middle turbinate, mucociliary clearance.

Касиров Идибек Мехридинович, аспирант кафедраи бемориҳои гушу гулӯ ва бинии МДТ «Донишкадаи таҳсилоти баъдидипломии кормандони соҳаи тандурустии кормандони соҳаи тандурустии Ҷумҳурии Тоҷикистон», Тел.: (+992) 000803334

Шайдоев Сухроб Сафаралиевич, ассистенти кафедраи бемориҳои гушу гулӯ ва бинии МДТ «Донишкадаи таҳсилоти баъдидипломии кормандони соҳаи тандурустии кормандони соҳаи тандурустии Ҷумҳурии Тоҷикистон», Тел.: (+992) 988211034

Мухторова Парвина Рахматовна, н.и.т., дотсенти кафедраи бемориҳои гушу гулӯ ва бинии МДТ «Донишкадаи таҳсилоти баъдидипломии кормандони соҳаи тандурустии кормандони соҳаи тандурустии Ҷумҳурии Тоҷикистон», Тел.: (+992) 907 77 71 83

Косимзода Ашур Абдулло, ординатори клиникии шӯъбаи оториноларингологияи ММТ «Шифобахш», Тел.: (+992) 918 829 415

Бегов Абдурасул Авзалович, ассистенти кафедраи бемориҳои гушу гулӯ ва бинии МДТ «Донишкадаи таҳсилоти баъдидипломии кормандони соҳаи тандурустии кормандони соҳаи тандурустии Ҷумҳурии Тоҷикистон», Тел.: (+992) 777 076 616

Касиров Идибек Мехридинович, аспирант кафедраи оториноларингологияи, ГОУ «Института последипломного образования в сфере здравоохранения Республики Таджикистан», Тел.: (+992) 000803334

Шайдоев Сухроб Сафаралиевич, ассистент кафедраи оториноларингологияи, ГОУ «Института последипломного образования в сфере здравоохранения Республики Таджикистан», Тел.: (+992) 988211034

Мухторова Парвина Рахматовна, к.м.н., доцент, зав.кафедрой оториноларингологияи, ГОУ «Института последипломного образования в сфере здравоохранения Республики Таджикистан», Тел.: (+992) 907 77 71 83

Косимзода Ашур Абдулло, больничный ординатор оториноларингологического отделения НМЦ РТ «Шифобахш», Тел.: (+992) 918 829 415

Бегов Абдурасул Авзалович, ассистент кафедраи оториноларингологияи, ГОУ «Института последипломного образования в сфере здравоохранения Республики Таджикистан», Тел.: (+992) 777 076 616

Kasirov Idibek Mekhrioddinovich, graduate student of the Department of Otorhinolaryngology, State Educational Institution “Institute of Postgraduate Education in the Sphere of Health of the Republic Tajikistan”, Tel.: (+992) 000803334

Shaydov Sukhrob Safaralievich, assistant of the department of otorhinolaryngology, State Educational Institution “Institute of Postgraduate Education in the Field of Healthcare of the RepublicTajikistan” Tel.: (+992) 988211034

Mukhtorova Parvina Rakhmatovna, candidate of medical sciences, associate professor, head. Department of Otorhinolaryngology, State Educational Institution “Institute of Postgraduate Education in the Field of Health Republic”Tajikistan” Tel.: (+992) 907 77 71 83

Kosimzoda Ashur Abdullo, hospital resident in otorhinolaryngology Department of the National Medical Center of the Republic of Tatarstan “Shifobakhsh” Tel.: (+992) 918 829 415

Begov Abdurasul Avzalovich, assistant of the department of otorhinolaryngology. State Educational Institution “Institute of Postgraduate Education in the Field of Healthcare of the RepublicTajikistan, Tel: (+992) 777 076 616



СТОМАТОЛОГИЯ

ЁРИИ КОМПЛЕКСИИ ТИББЪ БА КЎДАКОНИ ГИРИФТОРИ НУҚСОНИ МОДАРЗОДИИ ЧОҒУ РУЙ

Аминов Р.С., Қосимова Ф.С., Раҳматова.Р.А., Чонибекова Р.Н.

Кафедраи чарроҳии чоғу рӯй, МДТ «ДДТТ ба номи Абуалӣ ибни Сино».

Муҳиммият. Проблемаи табобати кӯдакони гирифтори рахнаи модарзодии лаб ва ком дар Ҷумҳурии Тоҷикистон бинобар нокифоя будани ёрии тахассусӣ ва тахассусӣ ба кӯдакони гирифтори ин патология мубрам боқӣ мемонад. Ҳоло дар баъзе шаҳру ноҳияҳои республика ташкили нокифоя самарабахши нигоҳубин, дар қисми чарроҳии чо“-рӯи кӯдакона вучуд дорад, амалиёти чарроҳии умумии кӯдакон бидуни ҷалби мутахассисон аз қабилӣ ортодонт, логопед, равоншинос ва “айра анҷом дода мешавад, ки иштироки онҳо дар марҳилаҳо аввалия зарураст ки табобати комплекси кӯдакони гирифтори нуқсони модарзодии чоғу руй пура ва асоснок карда шавад. Системаи табобати комплекси кӯдакони гирифтори нуқсони модарзодии чоғу руй ҳамкориҳои бисёр марҳалаи байни соҳавии мутахассисонро дарбармегирад.

Айни замон дар кишвари мо ёрии тиббиро ба таври дастаҷамъӣ аз ҷониби як гурӯҳи мутахассисони Маркази миллии тиббии «Шифобахш» дар шаҳри Душанбе ва Хучанди вилояти Су“д (чарроҳони чо“-рӯ, чарроҳони стоматологӣ, ортодонтҳо, стоматологҳои ортопедӣ, дар ҳолати зарурӣ, мутахассисони соҳаҳои дахлдори машваратрасонида мешаванд аз он ҷумла ихтисосҳои, педиатрҳо, кардиологҳои бачагона, отоларингологҳо, генетикҳо ва ғайра). Қайд кардан зарур аст ки аз руи ин дастур танҳо дар шаҳрҳои Душанбе ва Хучанд фаолият кор мекунад, масъалаҳои ташхис ва равонкуниро духтурони оилавӣ ва табибони кӯдакон барои машварати табибони соҳаи чо“-рӯи ешниход мекунанд.

Аксарияти муҳаққиқон [1,5] розӣ ҳастанд, ки ҳамоҳангсоз чарроҳи, барои нуқсони чоғу руй ин пеш аз ҳама чарроҳии соҳаи чо“и рӯй мемонад. Фаолияти ҳозираи мутахассисон бад аз таваллуди навзод до-

рои нуқсонҳои модарзодии инкишофи чо“-рӯй дар шаҳру дармонгоҳҳои ноҳиявии ҷумҳурӣ чунин аст: хангоми таваллуди кӯдаки дорои нуқсони чо“-рӯй дар давоми 3 рӯзи аввал зарураст, ки ба шӯъбаи чарроҳии чоғу рӯи кӯдакони ММТҚТ “Шифобахш” гузориш диҳанд.

Пас аз гирифтани огоҳии фаврӣ, шӯъбаи чарроҳии чоғу рӯи кӯдакони ММТҚТ “Шифобахш” ташрифи фаврии чарроҳи чоғу руй ва ортодонтро барои гузаронида ни муоинаи муфассал ва муайянкардани доираи дар ҳолати чарроҳӣ ва ба ҳодихии тадбирҳои барқарор сози ташкил мекунад [1, 2].

Дар кишварҳои пешрафтаи марказҳои бисёрсоҳавӣ барои табобат ва барқарорсозии беморони нуқсонҳои модарзодии минтақаи чо“-рӯй таъсис дода мешаванд, ки ки муоина, омодаги ба чароҳӣ ва тавонбахши гузаронида мешаванд [6,11].

Кӯмаки тиббии махсусгардонидашуда ба кӯдакони гирифтори нуқсони модарзодӣ ва ирсии минтақаи чо“-рӯй асосан дар дармонгоҳҳои шаҳрҳои ФР расонида мешавад. АЗ он ҷумла марказҳои вилоятӣ дар шаҳрҳои Санкт-Петербург, Тверь, Уфа, Воронеж, Оренбург, Самара ва ғайра бомуваффақият кор мекунанд. Дарин марказҳо шӯъбаҳои чарроҳии чоғу ва руй ташкил карда шудаанд, ки шумораи катҳо аз 10 то 20 кат, дар; марказҳои калоназ 30 то 60 кат фаолият мекунанд [8,9, 13].

Кӯдаконе, ки ба ёрии тиббии баландтехнологӣ эҳтиёҷ доранд, ба муассисаҳои сатҳи милли тандурустӣ фиристода мешаванд. Дар марказҳои чарроҳии чо“-рӯи кӯдакона ба кӯдакони гирифтори ҳама намуди нуқсони модарзодии чоғу руй аз таваллуд то 18-сола машваратҳои марҳилавӣ, табобат, муоинаи тиббӣ ва ёрии психотерапевтӣ расонида мешавад. Чунин марказҳо муносиба-

ти маҷмӯӣ барои тавонбахшии кӯдакони маъҷубро амалӣ мекунад.

Сарфи назар аз фаолияти шӯъбаҳои ҷарроҳии ҷо“-рӯӣ дар марказҳои шаҳри Душанбе ва Хучанд мавҷудияти системаи минтақавии барқарорсозӣ то ҳол системаи ягонаи бақайдгирии байни соҳавӣ вучуд надорад, огоҳии нокифояи табибон ва волидайн вучуд дорад, ки ин боиси сари вақт ба кӯдакони гирифтори бемории модарзодӣ, расонидани ёрии махсусгардонидашуда мегардад на онқадар дар сатҳи баланд монда шудааст [1, 18]. Мутаассифона, ёрии тиббӣ ба ин гурӯҳи беморон на ҳамеша ба андозае, ки барои рафъи деформатсияҳои мавҷуда мусоидтар аст, расонида мешавад.

Табоботи ҷарроҳӣ оиди нуқсони модарзодӣ ҷоғу рӯӣ дар минтақаҳо амалан суст инкишоф ёфтааст ки беҳбудиро талаб мекунад. Ёрии тиббӣ ба кӯдакон аз ҷониби мутахассисоне, ки бо хусусиятҳои табобат ва барқарорсозии патологияи ҷоғу-рӯӣ дар давраҳои гуногуни синну сол шинос нестанд, расонида мешавад. Дар давраи пасазҷарроҳӣ аксар вақт мушкилиҳо ва рецидивҳои руҳ медиҳанд ва омодагии нокифояи ортодонтикии кӯдакони гирифтори патологияи модарзодии чеҳраирӯӣ мушоҳида мешавад [12]. Аз рӯи мушоҳидаҳои клиника ва натиҷаҳои тадқиқотҳо [1,6] нишон доданд, ки танҳо 50% беморон сари вақт ҷарроҳӣ карда мешаванд.

Омиле, ки ба пуррагии офиятбахшии кӯдак таъсири бештар мерасонад, ҷои истиқомати ӯ буд: дар гурӯҳи беморони дер ҷарроҳӣшуда кӯдакони минтақаҳои дурдаст буда 73,%, ташкил кардан ва дар гурӯҳи кӯдаконе, сари вақт ҷарроҳӣ шудаанд, ки 17%-рост меояд аксаран дар шаҳрҳо зиндагӣ мекарданд. Вобаста ба гузаронидани дарсҳои мутахассисони логопедтанҳо 40% кӯдакони минтақаҳо дар қайди онҳо буданд, ҳарчанд ҳамаи кӯдакон ба табоботи логопедӣ ниёздоранд [4].

Зарурати такмил додани системаи ёрии тиббӣ ба кӯдакони гирифтори нуқсони модарзодии ҷоғу рӯӣ дар Федератсияи Русия дар барномаҳои минтақа вии рушди системаи тавонбахшии тиббӣ дар худуди мин-

такаи дахлдор инъикос ёфтааст.

Яке аз вазифаҳои асосии барқарорсозии беморони гирифтори нуқсони модарзодии ҷоғу рӯӣ дар шароити муосир баланд бардоштани дастрасӣ ва сифати ёрии махсусгардониди шуда ба кӯдакон мебошад. Натиҷаҳои таҳқиқот [1,4] нишон медиҳанд, ки бо назардошти вазъи имрӯзаи кишвар бояд 3-шубаҳои махсусгардониди шуд мавҷуд бошад ин барои пурра хизматрасони кумаки тиббии кифоя нест.

Миқдори бистар барои онҳо дар асоси эҳтиёҷоти кӯдак ба логопедияи ҷарроҳӣ ва барқарорсозии барвақт ва табоботи ортодонти ҳисоб карда мешавад аз рӯи 2 катба 10 ҳазор кӯдак тақсирот карда шудааст, ки фаолият мекунад [18].

Системаҳои мониторинги барқарорсозии кӯдакони дорои нуқсони лабу даҳон бояд тамоми ташкилотҳои, ки ба табобат ва муоинаи тиббии кӯдакони гирифтори раҳнаи рӯяшон маш“уланд аз он ҷумла таваллудхонаҳо, марказҳои ташхиси пеш аз таваллудии, лабораторияҳои цитогенетикӣ, беморхонаҳои кӯдакони, марказҳои тавонбахшии кӯдакони дорои нуқсонҳои инкишофи пурра фаро гиранд. [4, 14, 15].

Мувофиқи як қатор тадқиқотҳои илми [1,6,10], таъсири пойгоҳи ягона барои ҳамаи беморони гирифтори ин патология, мониторинги динамикаи рушди беморӣ аз ҷониби духтурони ихтисосҳои алоҳида аз лаҳзаи воридшудани бемор ба муасиса базаи маълумотҳои лаҳзаи хорич кардани ӯ аз феҳрист ба мо имкон медиҳад, ки дараҷаи хатари пайдоиши мушкилоти эҳтимолӣ ва сифати табоботи беморонро арзёбӣ кунем.

Мувофиқи баъзе муаллифон [1, 6, 8], технологияҳои муосири ташхис, табобат ва барқарорсозӣ имкон медиҳанд, ки беморони 15-18 соладар 84,5% ҳолатҳо табоботи ҷарроҳиро пурра анҷом диҳанд.

Тартиби ташкили тавонбахшии тиббӣ, аз руи барномаи давлати бо Қарори Ҳукумати Ҷумҳури тасдиқ шуда, ки аз рӯи марҳилаҳои раванди бемори ва вазнинии ҳолати бемор фарқ мекунад. Дар асоси равиши илмӣ асоснок ба стратегия ва тактикаи табобат, алгоритмҳои барқарорсозии комп-



лексии кӯдакони гирифтори нуқсони модарзодии чоғу руй бо назардошти хусусиятҳои ҳар як гурӯҳи синну сол пешниҳод карда мешаванд [2,18].

Барномаи тавонбахшии ҳамаҷонибаи кӯдакони гирифтори нуқсони модарзоди лаб ва ковоки даҳон ташхиси нуқсонҳои модарзодии рӯйро дар бар мегирад; кӯмаки машваратӣ; гузаронидани ҷарроҳии пластикии ибтидоӣ; барқарорсозии пасазҷарроҳӣ (азҷумла ортодонти); назорати диспансерии беморони то 18-сола ва гузаронидани ҷарроҳии пластикии марҳилавии барқарорсозӣ [4,5].

Бисёре аз муаллифон қайд кардаанд, ки барқарорсозии ҳамаҷонибаи кӯдакони нуқсонҳои модарзодии ҷойи рӯй танҳо дар сурати татбиқи алгоритми махсуси табобат барои ин тоифаи беморон имконпазир аст [10, 11, 14].

Таҷрибаи давлатҳои хориҷӣ оид ба муолиҷаи кӯдакони нуқсонҳои модарзодии чоғу рӯй нишон медиҳад, ки дар бисёр кишварҳо барномаи тавонбахшии кӯдакони гирифтори ин бемори бомуваффақият татбиқ мегардад.

Маълумоти адабиёт ба мо имкон медиҳад, ки марҳилаҳои зерини барқарорсозии комплекси кӯдакони гирифтори нуқсони модарзодии чоғу руйро муайян кунем. Дар давраи навзод коршиносон аз муоинаи кӯдак тавсия медиҳанд, ки нуқсонҳои эҳтимолии инкишофи ҳамзамонро истисно кунанд [11, 12, 15]. Ҳангоми муайян кардани патологияи якҷояи бадан, машварат бо мутахассисони махсус зарураст. Бо дар назардошти вазъи кӯдак барномаи марҳила ба марҳила инфиродии ҳамаҷониба итавонбахшӣ тартиб дода мешавад [3, 10].

Ба ақидаи як қатор муҳаққиқон, андешаи генетик зарур аст [2, 3, 7]. Гузаронидани муоинаи мутахассисони генетикӣ имкон медиҳад, ки сатҳи таваллуди кӯдакони гирифтори синдромҳои генетикӣ муайян карда шавад ва маълумот дар бораи хатари такрори кӯдаки гирифтори нуқсони модарзодии чоғу руй дар оилаҳои дорони таърихи вазнини тиббӣ равшан карда шавад. Барои кам кардани шумораи таваллуди кӯдакони гирифтори аномалияҳои вазнин, баъзан

баҳаёт номувофиқ, дар айни замон барномаи ташхиси пеш аз таваллуд истифода мешавад, ки сатҳи маъубиро коҳиш медиҳад [2,15,18]. Яке аз масъалаҳои зарури ин дар марҳилаҳои аввали назорати гузаронидани табобати барвақти ортопедӣ зарур аст, ки ки барои гирифтани натиҷаи хубзарур мебошад [3,7].

Коршиносон қайд мекунан, ки дар ин давра тавачҷӯҳи тадбирҳои барқарорсозӣ бояд ба омодагӣ ва гузаштани муҳолиаи ибтидоӣ ҷарроҳӣ барои иҷтимоли анатомия ва барқарорсозии эстетикаи руй равона карда шавад. Хейлоринопластика ва хейлопластика дар як марҳила анҷом дода мешавад бад аз баҳогузори кардани ҳолати қудак дар вақти пеш аз ҷароҳи ба инобат гирифт бемориҳои ҳамрадиф [9, 10,14].

Дар синни 1 то 3-солагӣ табобати пешазҷарроҳӣ ва пасазҷарроҳии ортодонти идома дорад, ки он ба корекция лабу ком ва ҳамвор шудани дандонҳои болони гаронида шудааст. Барои муътадил гардондани қори нутқ ва нафаскашии бинӣ ҷораҳо дида мешаванд. Коршиносон қайд мекунанд, ки дар ин давра сабти номшудан дар назди логопед вао“ози дарсҳои логопедӣ ҳатмист барои ба натиҷаҳои хуб ноил шудан дар давраи бади ҷароҳи [6, 11].

Бад аз муаян ва гузаронидани муоина дар давраи томақтабӣ хейлопластикаи реконструктивӣ /хеилоринопластика гузаронида мешавад, ки ин натиҷаи худ медиҳад [2,4,7]. Дар муҳлатҳо барвақти бад аз ҷароҳи бояд табобати ортодонти боиси истифода аз доғҳои гуногуни ортодонти, ки ба пешгирии тангшавӣ ва ҳамворшавии дандонҳои боло нигаронида шудааст, суратмегирад [2,8].

Дар синни 7 то 11-солагӣ рахҳои алвеолярӣ бартароф карда шуда, табобати ортодонтикӣ гузаронида мешавад, ки он баътидол овардани мавқеи дандонҳои доимӣ нигаронида шудааст. Табобати ҷарроҳӣ, остеопластикаи раҳи протсессии алвеолярии чо“и боло ва фаринопластика анҷом дода мешавад. Бад аз гузаронидани ҷароҳи машгулият хобо логопед давом доранд [5, 8].

Табобати ортодонти, ринопластикаи реконструктивӣ /хеилоринопластика ва ҷар-

роҳии барқарорсозии устуғон барои наврасони сину соли болои аз (12-16 сола) пешниҳод карда мешаванд [9, 12].

Дар ин давра тамоми тадбирҳои офиятбахшии андешаи шуда ба беҳтар кардани вазъи равонии наврас нигаронида шудаанд, ки мутобиқшавии беҳтари иҷтимоии ӯро таъмин мекунад. Табобати ҷарроҳӣ дар ин марҳила ҳамчун ҷарроҳии эстетикӣ тасниф карда мешавад, аммо ба истифодаи маводи иловагии пластикӣ мурочиат кардан мумкин аст. Натиҷаҳои таҳқиқот [12] нишон медиҳанд, ки ба шарофати истифодаи алгоритми муолиҷаи кӯдакони гирифтори патологияи модарзодии минтақавӣ рӯй ва таъмини онҳо бо муолиҷаи ҳамачониба ва саривакт, шумораи мушкилиҳои баъди ҷарроҳӣ аз 72,7% то 17,3% кам шудааст. [13].

Бо мақсади баланд бардоштани сифати барқарорсозии марҳилавии кӯдакони гирифтори нуқсонҳои модарзодии протоколҳои табобати марҳилавии 3 он ҷумла барои беморони гирифтори нуқсонҳои модарзодии ҷоғу рӯй таҳия ва амалӣ карда мешаванд. Протоколҳо барои табобати барвақтии ҷарроҳӣ дар бисёр давлатҳои тарақи карда қабул карда шуданд ва аз рӯй он фаолият мекунад. Системаи мониторинги барқарорсозии беморони ин гурӯҳи истифодаи протоколи стандартиро барои муоинаи кӯдакони гирифтори нуқсонҳои модарзодии ҷоғу рӯй пешбинӣ мекунад. Ҳангоми муоина дар клиника бахшҳои дахлдор аз ҷониби ҷарроҳи ҷоғу-рӯй, ортодонт, логопед ва педиатр пур карда шуда, маълумот аз муоинаи ибтидоӣ тибқи протоколи муоинаи стандарти ворид карда мешавад.

Ҳангоми дар беморхона бистарӣ шудан протоколи ҷарроҳӣ ва хусусиятҳои рафти давраи пасазҷарроҳӣ ворид карда мешавад. Минбаъд дар рафти муоинаи клиникӣ натиҷаҳои муоинаи такрорӣ тибқи протоколи пешниҳодшуда ва ҳулосаи мутахассисон дохил карда мешаванд [5, 6, 12, 17].

Ба андешаи муҳаққиқон, дар ҳоли ҳозир пайдо кардани муолиҷаи оптималӣ босабаби тағйирпазирии зиёди нуқсонҳои модарзодии лабу танҳо ва воқуниши субъективии ҳар як бемор ба табоба тмушкил аст [2, 8, 15].

Тибқи андешаи муаллифони ватанӣ ва хориҷӣ, протоколи табобати муосири кӯдакони гирифтори нуқсонҳои модарзодии ҷоғу рӯй бояд аз марҳилаҳои зерини борат бошад: ислоҳи ҷарроҳии нуқсонҳои модарзодии ҷоғу рӯй, расонидани ёриҳои оториноларингологӣ, рушди дастгоҳи нутқ, гигиенаи даҳон ва ҷанбаи равонии барқарорсозӣ. Марказҳои калони мавҷуда ҳарқадоми онҳо протоколи худро доранд, ки барои табобати кӯдакони гирифтори нуқсонҳои ҷоғу рӯй (муҳлатҳои гуногунин игоҳубин, усулҳои табобат) мавҷуданд. Ин боиси душвории дар арзёбии сифати нигоҳубини онҳо расонид амешавад.

Муҳаққиқонин чунин қайд мекунад, ки муқоисаи алгоритмҳои дар марказҳои гуногун истифодашаванда аз сабаби шумораи зиёди омилҳои гуногун, ки ба натиҷаи табобат таъсир мерасонанд, душвор аст [14].

Натиҷаҳои таҳқиқот [13] нишон медиҳанд, ки мафкураи бисёрсоҳаи таҳияшуда «Протоколи муолиҷа ва офиятбахшии кӯдакони гирифтори якҷониба тавассути нуқсонҳои ҷоғу рӯй» як системаи ягонаи афкорро ифода мекунад, ки дар шакли маълумоти каму беш муфассал ба расмият дароварда шудааст. Номгуи фаъолияти ҳамаи мутахассисон, ки бояд то лаҳзаи ворид намудани ислоҳоти мувофиқа шуда қатъӣ иҷро карда шаванд [11].

Натиҷаҳои таҳқиқот [7] системаи компютери мониторинги муолиҷаи кӯдакони гирифтори нуқсонҳои ҷоғу рӯй пешниҳод кардааст, ки имкон медиҳад, ки маълумот тибқи протоколи стандарти чамъоварӣ карда, бо чамъоварии маводи омӯри камбудии алгоритми офиятбахшӣ муайян карда шаванд барои ин гуруҳи беморон. Ба андешаи муаллиф, зарур аст, ки системаи мониторинги умумичаҳонӣ барои офиятбахшии кӯдакони гирифтори нуқсонҳои ҷоғу рӯй таъсис дода шаванд [4].

Ҳоло собит шудааст, ки кӯдакони гирифтори патологияи модарзодии минтақавӣ рӯймаҳлу рӯй хангоми пешниҳоди тадбирҳои муолиҷа ва офиятбахшӣ пайдарпайии амалхоро талаб мекунад. Муаллифон қайд мекунад, ки кӯдаконе, ки ба ҳадди аксар



расонидани ёри махсуси тиббию иҷтимоӣ нишондодҳои саломатӣ ва сифати зиндагӣ хеле баланд буданд. Коршиносони ватанӣ вахориҷӣ қайдмекунанд, ки қорӣ намудани протоколи табобати марҳила ба марҳилаи кӯдакони гирифтори нуқсонҳои чоғу рӯй бабехтар шудани сифати ёри тиббӣ ва сифати зиндагии беморони гирифтори нуқсонҳои модарзодии чоғу рӯй мусоидат кардааст.

Натиҷаҳои тадқиқот нишон дод, ки волидайн дар 84,7% ҳолатҳо ба татбиқи маҷмӯи чорабиниҳои офиятбахшии кӯдакони мушоҳидашуда баҳои мусбӣ додаанд [12]. Дар вақтҳои охир бештар асарҳо оид ба омузиши сифати ҳаёти беморони гирифтори ин патология пайдо шуданд [11, 14]. Маълум аст, ки мушкилоти нуқсонӣ, эстетикӣ ва психоэмоционалӣ боиси ихтилоли функционалии сершумор мегардад ва ба сифати ҳаёти кӯдакони гирифтори нуқсонҳои модарзодии чоғу рӯй таъсир мерасонад [11, 15].

Ба ақидаи коршиносон [8, 13], захираҳои бехтар намудани сифати зиндагии кӯдакони гирифтори ин патология дар сари вақт амалӣ намудани маҷмӯи тадбирҳои пешгирию табобатӣ ва ҳатмии волидайнӣ онҳо ба табобати беморҳои сироятӣ вобастааст аз системаи офиятбахшӣ [10, 12].

Тадқиқотҳо муайян кардаанд, ки кӯдакони гирифтори патологияи модарзодии чоғу рӯй бештар ба қарбҳои дандон гирифтор мешаванд [3, 12] ва нуқсонҳои инкишофи ковоки даҳон, оклюзиявадигар беморҳои системаи дандон [9, 12].

Бисёре аз муҳаққиқон [1, 6, 8] баринназаранд, ки бехбуди вазъи дандонпизишкии кӯдакони гирифтори нуқсонҳои модарзодии чоғу рӯй тавассути чалби волидайн ба тадбирҳои пешгирикунанда имконпазир аст. Ба модарон омӯзонидани малақаҳои “изохӯрӣ, қорӣ намудани аъзоёни оила ба системаи тадбирҳои пешгирию табобатӣ, сари вақт санитарии даҳонвабаоилаи қудак наздик кардани ёрӣ.

Натиҷаҳои тадқиқоти иҷтимоию гигиениӣ вазъи саломатии қудакони синни томактабӣ, ки нуқсонҳои инкишофи лабу ва лаби боло доранд, нишон дод, ки дар байни волидонии кӯдакони гирифтори нуқсонҳои мо-

дарзодии чоғу рӯй ба ёри тиббӣ шавку рағбат нокифоя аст.

Маълумот (89,1% пурсидашудагон); надоштани дониш дар бораи омилҳои хавф (78,2%); надоштани дониш дар бораи технологияҳои тандурустӣ (72,6%); набудани майл ба гузаронидани чорабиниҳо оид ба ҳифзи саломатӣ (67,9%).

Умуман, фаъолияти тиббии волидонии кӯдакони гирифтори нуқсонҳои модарзодии чоғу рӯй паст буд [8]. Коршиносон таваҷҷӯҳро ба он қалб мекунанд, ки қор бо оилаи кӯдаки дорои нуқсонҳои модарзодии чоғу рӯй бояд ҳатто пеш аз таваллуди ӯ, дар давраи пеш аз таваллуд о“оз шавад. Гузаронидани омодагии тиббию равонӣ ва додани маълумоти пурра ба зани ҳомиладор паст кардани фишори волидайн, ки баъдан ба омодагии пеш аз қарбҳои кӯдак таъсири мусбат мерасонад ва имкон медиҳад, ки амалиёти аввалия дар марҳилаи барвақт анҷом дода шавад. Муҳаққиқон дар асарҳои худ ба он таваҷҷӯҳи хоса медиҳанд, ки ба волидайн ҳаҷм ва пайдарҳамии тадбирҳои тиббӣ, ҳадаф ва вазифаҳои ҳар як марҳилаи табобатро фаҳмондан лозим аст, то маҷмӯи тадбирҳои барқарорсозӣ пурра амалӣ карда шавад [2, 5, 7].

Дар робита ба масъалаи баррасишаванда, мушкилоти пасти огоҳии табибон дар бораи тамоюлҳои муосири табобати беморони гирифтори гипертиреозҳои гарданаки бачадон ва набудани шумораи кофии марказҳои махсусгардонидашуда, ки боиси сари вақт табобат нашудан, ба таври назаррас қоҳишёртан мегардад, нодида гирифтани мумкин нест. Сифати зиндагии кӯдакони ва имконнопазирии ҳамгироии пурраи онҳо ба чома [4].

Мушоҳидаҳои клиникӣ нишон медиҳанд, ки кӯдакони гирифтори нуқсонҳои модарзодии чоғу рӯй, ки дар синни барвақт ба қайд гирифта шудаанд, нутқи дурустро ташаққуқдода, мушкилоти муоширатва рушди шахсиятро ба ҳадди ақал расонидаанд, ки бевосита ба сифати зиндагии кӯдак таъсир мерасонад [1, 2, 4].

Дар асоси натиҷаҳои тадқиқот [8], муаллифони «Коэффисиенти самаранокии комплекси барқарорсозӣ»-ро пешниҳод карданд, ки имкон медиҳад, ки натиҷаҳои та-

бобати кӯдакони гирифтори нуқсонҳои модарзодии чо“-рӯй вобаста ба усул ва давомнокии табобат дурусттар арзёбӣ карда шавад. Табобати ҷарроҳӣ, ортодонти, логопедӣ ва асоснок кардани барномаи муоинаи клиникаи оқилонаи кӯдакони гирифтори нуқсонҳои модарзодии рӯй ва ба ин васила беҳтар кардани сифати зиндагии беморон[8].

Мақсади беҳтар намудани сифати ҳаёти кӯдак на танҳо бартараф кардан ё ҷуброни ихтилоли функционалӣ дар натиҷаи бемориҳо, балки ноилшуда ба сатҳи оптималии фаъолияти психологи ва иҷтимоии шахс мебошад [5, 9].

Аксари тадқиқотҳо қайд карданд, ки бо мақсади баланд бардоштани сифат ва таъмини ҳаёти пурра беморон дар марҳилаҳои мушоҳидаи диспансерӣ, мувофиқи нишондодҳо, метавон машваратҳои иловагии тиббию педагогӣ, ислоҳи нақшаи барқарорсозӣ ва ҷалби мутахассисонро ба масъалаҳои машваратӣ фароҳамовард: ҳуқуқӣ, равонӣ, амнияти иҷтимоӣ [7, 8,10,12].

Ҳамин тариқ, танҳо як равиши ҳамгиршуда, муттасил ба табобат ва барқарорсозӣ, мониторинги динамикии кӯдак ба рушди мӯътадилӣ минтақаи чоғу руй ва ковоки даҳон дар кӯдакони гирифтори нуқсонҳои модарзодии чоғу руй мусоидат мекунад.

Адабиёт.

1. Абдурахмонов, А.З. Тадбирҳои якҷоя ва барқарорсозии беморони гирифтори яктарафаи лаб ва ком пешазҷарроҳӣ ва пасазҷарроҳӣ // Проблемаҳои ҷорӣ ҷарроҳии чо“-рӯй ва стоматология. –Душанбе, 2016. –с.16-22.
2. Абдурахмонов, А.З. Хусусиятҳои аномалия ва деформатсияи системаи дандонпизишкӣ дар беморони гирифтори шикастани лаб ва ком пасазҷарроҳӣ // Ҳолати санъат ва дурнамои рушд дар соҳаи стоматология ва ҷарроҳии чо“-рӯй. –Душанбе, 2018. –с.97-99.
3. Абдурахмонов, А. Табобати ортодонтии бармаҳал дар системаи офиятбахшии ҳамаҷонибаи беморони дучонибаи кафи лабу палак // Аҳбори Институти тиббии «РЕАВИЗ»: барқарорсозӣ, табибва саломатӣ. – 2019. –№ 1 (37). —саҳ. 184—190.
4. Таърихи анестезиология ва реаниматология ҳамчунфанҳои клиникӣ ва илмӣ / А. С. Попов // Маҷаллаи илмӣ тиббии Волгоград. — 2013. № 4. —с. 10—13.
5. Анестезияи минтақавӣ ва ҷузъи иммунии аксуламали стресс дар ҷарроҳии онкологӣ // Маҷаллаи тиббӣ. — 2018. — № 2. —С. 7-12.
6. Зайцев, А. Ю. Ислоҳи ҳолати психоэмоционалӣ дар беморони ҷарроҳӣ таҳти анестезияи минтақавӣ: дис. ...шам. асал. Илм. –М., 2003. – 135 с.
7. Анестезиологияи клиникӣ / Ҷ. Эдвард Морган Ҷр., Магрид С. Михайл, Майкл Ҷ. Мюррей. –Бином, 2017. – 1216 с.
8. Цокарев Д.С. Технологияҳои муосири седатсионӣ дар стоматология. Баррасии илмӣ. Илмҳои тиб. 2016; 6:115–8.
9. Булгакова, Е. Арзёбии натиҷаҳои аз нав ташкилдиҳии қори маркази пешгирӣ ва табобати кӯдакони гирифтори патологияи модарзодии минтақаи максилло фасиалӣ дар Кемерово // Ортодонтия. - 2011. - № 4. - С.4–9.
10. Булгакова, Е. Арзёбии самаранокии маркази пешгирӣ ва табобати кӯдакони гирифтори патологияи модарзодии минтақаи максиллофасиалӣ // Тибб дар Кузбасс. - 2013. - Т. 12. - № 3. - С. 19-25. 19.
11. Булгакова, Е. Такмили ёрии махсусгардонидашуда ба кӯдакони гирифтори патологияи модарзодии минтақаи чо“-рӯй: реферат. / - Булгакова Елена Александровна. - Кемерово, 2013. – 23 с.
12. Вагнер, В.Д. Протоколи санҷиши сифати пур кардани варақаи тиббии бемори ортодонти хангоми ташхиси аномалияҳо ва деформатсияҳои дантоалвеоларӣ / В.Д. Вагнер, А.К. Лапина, Л.Е. // Стоматологияи клиникӣ. – 2016. – №1 (77). —саҳ. 36-39.



13. Дудник, О.В. Хусусиятҳои таъобати ортодонтикии беморони гирифтори кафидаи лаб ва ком // Стоматологияи кӯдаконавапешгирӣ. - 2020. - Т. 20. - № 2 (74). - С. 137-142.
14. Дудник, О.В. Гузаронидани муолиҷаи ортодонтии барои кӯдакони гирифтори лаб ва ком дар давраи дандонпизишки доимӣ // Маҷаллаи тиббӣ ва фармасевтӣ Pulse. - 2020. - Т. 22. - № 5. - С. 39-43.
15. Егорова, М.В. Барқарорсозии барвақти ҳамаҷонибаи кӯдакони дорои рахҳои пурраи лаби боло, ҷараёнҳои алвеолярӣ ва палак // Стоматологияи педиатрӣ ва профилактика. — 2010. — № 4. — С. 14—18.
16. Яъқубова, З.Х. Таъобати кӯдакони гирифтори рахнаи дугарафаи модарзодӣ бо усули анъанавӣ ва усули нави таъобати ортодонтии // Ортодонтия. – 2020. – № 2(90). – саҳ. 53-57.
17. Постников, М.А. Роҳҳои баланд бардоштани самаранокии барқарорсозии кӯдакон бо оқибатҳои рахҳои модарзодии лаб ва тахтаи боло // Таҳлили система ва идоракунии системаҳои биотиббӣ. – 2020. – Т. 19. — № 4 — Саҳ 25-32.
18. Ёқубова З.Х., Абдурахмонов, А.З. Таҳлили маълумот оид ба рахҳои модарзодии лабу таги боло дар байни аҳолии Ҷумҳурии Тоҷикистон // Стоматолог. – № 3(38). – 2020. – С. 32-43.

КОМПЛЕКСНАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ ДЕТЯМ С ВРОЖДЕННЫМИ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВЫМИ ПОРОКАМИ

Аминов Р.С., Косимова Ф.С., Рахматова Р.А., Джонибекова Р.Н.

Кафедра челюстно-лицевой хирургии (заведующий кафедрой Джонибекова Р.Н.
ГОУ “ТГМУ имени Абуали Ибни Сино)

Резюме. Авторы предоставляют информацию о нормальном развитии челюстно-лицевой области и полости рта у детей с врожденными дефектами челюстно-лицевой области, используя для своего исследования интегративный, непрерывный подход к лечению и реабилитации, динамическому наблюдению за ребенком. На основе исследования авторами предложен коэффициент эффективности комплексной реабилитации, позволяющий более точно оценить результаты лечения детей с врожденными аномалиями челюстно-лицевой обла-

сти в зависимости от метода и продолжительности лечения. Хирургическое, ортодонтическое, логопедическое лечение и обоснование программы предоперационного клинического обследования ребенка с врожденным дефектом челюстно-лицевой области способствует повышению качества медицинской помощи и снижению инвалидности среди детей.

Ключевые слова: челюстно-лицевая область, полость рта, врожденный дефект, коэффициент эффективности, реабилитация, логопедическое лечение.

COMPREHENSIVE MEDICAL CARE FOR CHILDREN WITH CONGENITAL MAXILLOFACIAL DEFECTS

Aminov R.S., Kosimova F.S., Rakhmatova.R.A., Jonibekova R.N.

Department of maxillofacial surgery, SEI “Avicenna TSMU”)

Summary. The authors provide information on the normal development of the maxillofacial region and oral cavity in children with congenital maxillofacial defects, using for their research an integrative, continuous approach to treatment and rehabilitation, and dynamic monitoring of the child. Based on the study, the authors proposed an

effectiveness coefficient for complex rehabilitation, which makes it possible to more accurately assess the results of treatment of children with congenital maxillofacial defects, depending on the method and duration of treatment. Surgical, orthodontic, speech therapy treatment and rationale for the program of preoperative clinical examination of a



child with a congenital maxillofacial defect and thus improving the quality of care and reducing disability among children.

Key words: maxillofacial region, oral cavity, congenital defect, efficiency coefficient, rehabilitation, speech therapy treatment.

Аминов Р.С. – ассистент кафедры челюстно-лицевой хирургии и стоматологии ЧГУ рӯй, МДТ ”ДДТТ ба номи Абуали ибни Сино”, Тел. 988 83 79 97.

Қосимова Ф.С. – мудири кафедри стоматологии Донишгоҳи давлатии тиббии Хатлон, Тел. 988 83 79 97.

Рахматова Р.А. – д.и.т., дотсент, мутахассиси Маркази илмию клиникии педиатрия ва ҷарроҳии кӯдакон, ВТ ва ҲИА ҚТ. Тел. 988 83 79 97.

Ҷонибекова Р.Н. – н.и.т., дотсент, мудири кафедри ҷарроҳии ҷоғу рӯй, МДТ ”ДДТТ ба номи Абуали ибни Сино”, *E. Mail: Roziya66@mail.ru, тел.: 917-52-93-80*; Тел. 917-52-93-80

Аминов Р.С. – ассистент кафедры челюстно-лицевой хирургии ГОУ “ТГМУ имени Абуали ибни Сино”, Тел. 988 83 79 97.

Қосимова Ф.С. – заведующий кафедрой стоматологии Хатлонский государственный медицинский университет. Тел. 988 83 79 97.

Рахматова Р.А. – д.м.н., доцент, сп ециалист Нучно-клинический центр педиатрия и детской стоматологии, МЗ и СЗН РТ. Тел. 988 83 79 97.

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

Aminov R. S. – Professor Department of Maxillofacial Surgery, Abuali Ibni Sino State Medical University, Tel. 988 83 79 97.

Kosimova F. S – Head of the Department of Dentistry, Khatlon State Medical University, Tel. 988 83 79 97.

Rakhmatova R. A. – Doctor of Medical Sciences, Associate Professor, specialist of the Scientific and Clinical Center of Pediatrics and Fine Dentistry, Ministry of Health and SPN of the Republic of Tatarstan Tel. 988 83 79 97.

Jonibekova Rosia Najmiddinovna, с.м.с., Associate Professor of the Department of maxillofacial surgery of SEI “Avicenna TSMU” e-mail: *Roziya66@mail.ru, tel.: 917-52-93-80*

КЛИНИКА, ТАШХИС ВА МУОЛИҶАИ ОМОСҶОИ РАҒИИ МИНТАҚАИ ҶОҶУ РҶЙ, ГАРДАН ВА ГУНБАДИ КОСАҶОНА

Абдулкоҳир Қодирӣ

Пажуҳишгоҳи илмӣ-клиникии стоматология ва ҷарроҳии ҷоғу рӯйи ҚТ.

Муҳиммият. Мутобиқи маълумоти адабиёт [1,5,7,9,10,12,18,20, 35, 42,47,74,51] басомади ОРМҚРГГК дар байни омосҷои хушсифати минтақаи ҷоғу рӯй ва гардан аз 12% то 18%-ро ташкил мекунад. Дар байни омосҷои рағии минтақаи ҷоғу рӯй ва гардан бештар омосҷоёе вомерӯанд, ки аз рағҳои хунгузар ва лимфатикӣ инкишоф меёбанд: омосҷои хушсифати гемангиомаҳо ва лимфангиомаҳо; омосҷои бадсифати ангиосаркомаҳо. Гемангиомаҳо метавонанд модарзодӣ ва дар ҳаёт пайдошуда бошанд. Аксарият омосҷои рағи табиати модарзодӣ до-

ранд. Гемангиомаҳои бофтаҳои мулоими минтақаи ҷоғу рӯй ва гардан метавонанд бо осебҳои устухонҳои скелети рӯй дар якҷоягӣ биёянд. Омоси рағӣ метавонад ба таври инфилтративӣ бо вайронкунии бофтаҳои ихотақунанда инкишоф ёбад. Омосҷои рағӣ аҳёнан бадсифат мешаванд. Вобаста ба амикии ҷойгиршавӣ, гемангиомаҳо ба сатҳӣ (дар ғафсии пӯст ё луобпарда ва ҳуҷайрабӯфти дахлдор) ва амик (дар ғафсии мушакҳо ва бофтаи устухон афзоиш меёбанд), аз рӯи паҳншавандагӣ бошад, ба маҳдуд ва диффузӣ ҷудо мекунад [6,7,8,9,10,11,



15,18,20,29,32, 33,35,39,42,45,46, 74, 116].

Натиҷаҳои ҷарроҳии пластикии дар беморони осебёбиҳои омосии роҳҳои болоии нафа таҳлил карда шуд [2]. Муаллиф қайд мекунад, ки омосҳои хирной ва ҳалқум – бемориҳои хеле кам дучоршаванда мебошанд ва дар сохтори беморшавиҳои омосҳо 0,1–0,2%-ро ташкил мекунанд. Нисбатан зухурот ва оризаи мудҳиши омоси хирной – стеноз ва норасоии нафаси марбут ба он ҳисоб меёбад. Муаллиф дар давоми 5 сол 14 бемори омосҳои хирной ва ҳалқум (аз 22 то 88-сола)-ро ҷарроҳӣ кард. Шикоятҳои асосии беморони осебёбиҳои омосии роҳҳои болоии нафас – стридор дар 11 бемор, дар 4 бемор – дисфония, дар 1 – хунтуфкунии такроршаванда мебошанд. Сохтори гистологӣ ба таври зайл тақсимот карда шуд: саратони гадуи сипаршакл – 5, гемангиомаи хирной ва ҳалқум – 2, фибросаркома – 1, карсиноиди хирной ва ҳалқум – 1, миофибробластома – 1, нейрофиброма – 1, саратони аденокистозӣ – 1. Усулҳои асосии ташхис томографияи компютери гардан ва қафаси сина бо 3D-реконструксия ва фибротрахеобронхоскопия буданд. Чунин ҷарроҳӣ иҷро карда шуданд: резексияи циркулярии хирной – 2, ҷарроҳии марҳилавии реконструктивӣ – пластикӣ – 12 бемор. Дар 8 бемор – лимфодиссексияи гардан ва медиасиналӣ. Дар 1 бемор – резексияи рӯқояткаи грудина, остеосинтези грудина ва торакопластика иҷро карда шуд. Фавтият бо осебёбиҳои омосии роҳҳои болоии нафас қайд нашуд. Оризаҳо дар 8 нафар қайд шуд: анастомозит – 1, парези складкаҳои овоз – 3, хондроперихондрити фасодӣ – 4. Натиҷаҳои дур дар 12 бемор муддати муддати 12 ва 24 моҳ таҳқиқ карда шуд. Ретсидивҳои омос, метастазаҳо, рестенозҳои хирной дар ин беморон мушоҳида нашуд. Дар 5 бемор пас аз ҷарроҳии марҳилавии реконструктивӣ-пластикӣ пӯшондани нуқсонҳои хирной иҷро карда шуд. Муаллиф ба хулосае омад, ки муолиҷаи беморони омоси хирной ва ҳалқум бояд хусусияти мултидисциплинарӣ дошта бошад ва бо иштироки онколог, эндоскопист, ҷарроҳи торакалӣ, ЛОР-ҷарроҳ ва анестезиолог амалӣ карда

шавад. Ҷарроҳии марҳилавии реконструктивӣ ҷарроҳии алтернативии яклаҳзаинаи резексионӣ бо натиҷаҳои қаноатбахши дур мебошанд ва метавонанд дар беморони омосҳои тулии хирной ва вайроншавиҳои функсияи ҳалқум усули интиҳоб бошанд [97,100,101,102].

Қайд кардан лозим аст, ки бештар гемангиомаҳо дар луобпардаи даҳон, пусти рӯй, гардан, ЛОР-узвҳо, устухонҳои скелети рӯй ва бисёр вақт дар бадан ва дар андомҳо мавҷеъ мегиранд [6,10,35,45,46,48,57,58,69,73,74,75,77,87,91]. Ҳангоми зер кардани минтақаи осебёфта (бо ангушт ё асбоб) омоси рағӣ рангпариди мешавад, пас аз катъ кардани фишор бошад, ранги пештарааш барқарор мешавад. Мунтазам шакли капиллярии гемангиома афзоиш ёфта, ба ҳуҷайрабофти зерӣ пӯст ё зерлуобӣ осеб мерасонад; ин раванд бештар оҳиста, баъзан суст ҷараён мекунад. Ба навбат омадани инкишофи босуръат ва ҳолати устувор низ мушоҳида мешавад. Дар кам мавридҳо он бе муолиҷа хурд ё тамоман нест мешавад. В. М. Месин (1980) аз чунин ақидаҳо, ки «дар симптоматикаи гемангиомаҳои ҳар як мавҷеъ – хуншорӣ, ки ҳангоми ҷарроҳӣ ё ҳангоми осеби тасодуфӣ ҳатто камтарин аҳамияти калон дорад, махсусан агар гемангиомае, ки расоложеи дар ҷойҳои нисбатан шабакаи инкишофёфтаи рағӣ ҷойгирбуда ё мунташир аст, инчунин гемангиома дар беморони гемофилия мушоҳида мешавад», тарафдорӣ мекунад [68,112]. Аз ин сабаб ба таҳқиқи системаи лахташавии хуни беморони гирифтори гемангиома аҳамияти калони амалӣ дода мешавад.

Гемангиомаи шакли хушамонанд (сершоха) (haemangioma racemosum) аз калобаи рағҳои шарёнии васеи печида иборат аст. Гемангиомаи ҳақиқии шарёӣ метапад. Ба туфайли мавҷудияти анастомозҳои артериовенозӣ дар аксарият гемангиомаҳои сершоха аз онҳо бисёр вақт садои систолиқӣ мебарояд. Бо ин онҳо аневризми сершоҳаро ба ёд меоранд, аз ин сабаб таалуқияти онҳо ба омосҳо то айни ҳол баҳснок аст. Ҳангоми ҳам кардани сари бемор андозаи шакли сершоҳаи гемангиома калон меша-

вад. Шакли кавернозии гемангиомаҳо (haemangioma cavetospm) аз гурӯҳҳои калон, бо эпителия фаршшуда ва аз ковокиҳои аз хун пуршуда иборатанд. Ковокиҳои алоҳидаи онҳо бо якдигар ва ё бо пайвандкунаки тунуки бофтаи пайваस्तкунанда, ки миқдори ками нахҳои эластикӣ ва нахҳои мушакӣ доранд, пайваст мешаванд. Ба туфайли мавҷудияти ковокиҳои кавернозии бо якдигар пайвастшуда, барои ин намуди гемангиомаҳо - аломати «фишурдашавӣ» ва «рехташавӣ» хос мебошад: ҳангоми бо ангиштон зер кардан онҳо меафтанд, баъд аз ин бошад, мунтазам омос аз хун пур мешавад, метавонад бо ғилофак ихота карда шавад ё хусусияти диффузӣ дошта бошад. Дар буриш он намуди исфанҷи калонгиреҳи бо сӯроҳиҳо ва роҳҳои сершумор воридшударо дорад [10,16,17,28,36,37, 38,41,47,48,49]. Гемангиомаҳои кавернозӣ на танҳо ба бофтаҳои мулоими рӯй, забон, луобпарда ва қабати зерлуобии ковокии даҳон ва гардан, балки ба ҷоғ низ осеб расондан метавонанд. Гемангиома дар байни устухонҳои склети рӯй, мутобиқи маълумоти адабиёти хориҷа бештар ба тартиби камшавӣ дар ҷоғи поён [10,42,43,44,52,56, 59,60,67,68,73,94,107,123, 125,127,128,131], чашмхона [5,6,7,33,66], ҷавфи пешонӣ [5,6,7], ҷавфи болоии ҷоғ [64], устухони рухсора [73] мавқеъ гирифтанд. Муайян кардани ҳудудҳои ҳақиқии чунин омосҳо хеле муҳим ва душвор аст. Баъзан тариқи палмосидани ғафсии гемангиомаи кавернозӣ ё хушамонанд муайян кардани омосҳои дурушти мудаввар, ки тромбаҳои петрифитсиршуда мебошанд, муайян кардан мумкин аст. Ҳангоми ба онҳо фишор овардан беморон дарди сахтро ҳис мекунаанд. Ба ғайр аз се шакли асосии мазкур гемангиомаҳо, дар клиника беморонро мушоҳида кардан мумкин аст, ки дар онҳо ҳамзамон минтақаҳои вучуд доранд, ки аз гемангиомаҳои шаклҳои гуногун осеб ёфтаанд. Айни ҳол, аз тарафи олимони хориҷӣ таснифоти зиёди гуногуни омосҳои рағӣ пешниҳод шудааст, ки этиология, патогенез, сохтори морфологӣ, намуди рағҳо (венозӣ, шарёнӣ, лимфатикӣ, омехта), маълумоти усулҳои иловагиро ба назар мегиранд [13,18,

24,51,53,54,58,60,61,69,76,79, 82,109], вале аксарият ҷарроҳони ҷоғу рӯйи ИДМ таснифоти кории омосҳои рағии такмилдодаи П. М. Горбушина (1978)-ро истифода мекунаанд. Дар он чунин шаклҳои гемангиомаҳои минтақаи ҷоғу рӯй ҷудо карда мешаванд: 1. Кавернозӣ ё серсӯроҳ: а) инкапсулированӣ; б) диффузӣ. 2. Капиллярӣ ё одӣ: а) сатҳӣ, б) амик. 3. Хушамонанд ё сершоха, а) шарёнӣ, б) венозӣ. 4. Фиброангиомаҳо: 1) капиллярӣ; 2) кавернозӣ; 3) сершоха: а) зуд сабзанда; б) суст сабзанда.

Д.В. Дудко (1987) таснифоти кориеро такмил дод, ки патогенез, суръати инкишоф ва сохтори омосро ба назар мегирад, ки ба дуруст муайян кардани ҳам замон ва ҳам тарзи муолиҷаи беморони ОРМҶРГГК имкон медиҳад. Аз ҷумла Д.В. Дудко (1987) ҷудо мекунад:

1. Гемангиомаҳои модарзодӣ (суст сабзанда).

2) Травматикӣ, ки дар 93% кӯдаки бемор мушоҳида мешавад ва ҳангоми таваллуд ба вучуд меоянд (босуръат сабзанда).

3) Травматикӣ, ки пас аз таваллуд ба вучуд меоянд (ҳақиқӣ – босуръат сабзанда, қалбакӣ – суст сабзанда). Албатта, гемангиомаҳои босуръат сабзанда бояд фавран муолиҷа карда шаванд, суст сабзандаро бошад, аз босуръат сабзанда каме дертар ва нисбатан консервативӣ муолиҷа кардан мумкин аст. Яке аз проблемаҳои муҳими ҷарроҳии омосҳои рағӣ ташҳиси дурусти саривактӣ ва баҳодиҳии самарабахшии муолиҷаи онҳо мебошад. Дар ташҳиси ОРМҶРГГК дар қатори муоина, палпатсия, аускултатсия гузарондани усулҳои махсуси зерини таҳқиқотро дар бар мегирад [7,10,15,,28,35,57, 68,72]:

- рентгенографияи устухонҳои склети рӯй (барои муайян кардани флеболитҳо, инчунин алоқаи омосҳои рағӣ бо устухон ё мавҷудияти онҳо дар ҷоғ имконият медиҳад);

- ангиография бо ёрии моддаҳои контрастӣ (барои муайян кардани сохтори гемангиома, андозаҳои он, мавқеъ ва миқдори рағҳои калони алоҳида ҷойгиршудаи марбути омос имкон медиҳад);



• термография - ба аниқ кардани ташхис, муайян кардани тафовути ҳарорати чузъӣ хангоми намудҳои гуногуни гемангиомаҳо (нисбатан зиёд хангоми намудҳои кавернозӣ), дуруст ба нақша гирифтани муолиҷа ва назорати самаранокии он имкон медиҳад. Бо мақсади баҳодихии комили системаҳои лахташавӣ ва зиддилахташавии хун, дар марҳилаи пешазҷарроҳии кӯдакони гирифтори бемориҳои ОРМҚР- иҷро кардани тромбоеластография, муайян кардани миқдори фибриноген ва фаъолнокии умумии фибринолитикии плазмаи хунро тавсия кардан мумкин аст;

• таҳқиқи манзараи хун - барои муайян кардани тромботситопения, анемия ва ғ. амалӣ карда мешавад.

Ташхиси шаклҳои сатҳии омосҳои рагии минтақаҳои чоғу рӯй одатан душвор нест. ОРМҚР-ро бо кистаҳои бофтаҳои мулоим ва ғадудҳои луобии даҳон, липомаҳо ва баъзе шаклҳои омосҳо тафриқа кардан лозим аст [3,4,5]. Гемангиомаҳои хурди одӣ (капиллярӣ)-ро бо ёрии электрокогулятсия, табобати шуоӣ, азоти моеъ бо ёрии асбобҳои махсус муолиҷа мекунад. Барои муолиҷаи омосҳои мунташири кавернозӣ рагии пӯст ва изофаи пӯсти косахона, минтақаи чоғу рӯй ва гардан усули буридани ҷарроҳӣ камсамара аст, зеро он бо хатари осебёбии рағҳои магистралӣ, асаби рӯй ва бавучудоии фалачи мушаки мимикӣ марбут аст. Дар марҳилаҳои барвакти инкишоф муолиҷаи ҷарроҳии ОРМҚРГГК-лигированияи рағҳо ба тартиби мустақилона, минбаъд – муштарақ, маҷмӯӣ бо истифодаи маводи гуногуни кӯккунӣ васеъ истифода мешуд [3,4,67,10,30,35,36,38]. Табобати склерозкунанда хангоми муолиҷаи ОРМҚРГГК васеъ истифода мешавад. Барои гузарондани он 70гр спирти этил дар 1%-а маҳлули новокаин ё дигар анестетик, 20-25 % маҳлули натрий салитсилат, 10-20% маҳлули натрий хлорид, 65% маҳлули глюкоза, композитсияи ширеши КЛ - 3, преднизолон ва ғ. истифода мешавад. Усули табобати склерозкунанда бар он асос ёфтааст, ки тариқи гузарондани пунқсияи гемангиома аз он хунро мебароранд (ҳамзамон чоришавӣ ва пас

чоришавии онро инҳисора мекунад) ва маводи химиявии склерозкунандаро ворид мекунад [10,30,35,36,38].

Асосгузори муолиҷаи склерозкунанда Dowling (1928) мебошад ва айни ҳол ҷарроҳон бештар ба истифодаи омехтаи хинин бо уретан рӯ ммеоранд: Uretani 0,6; Chininimuriatici 1,25; Aquaedestillatae –10,0. Усул: 1-2 мм дуртар аз канорҳои омоси дар пӯст намоён аз 8-10 нукта тавассути сӯзани борики тазриқӣ 0,1 мл-ӣ маҳлуле, ки вояи камтаринаш 1-1,5 мл мебошад, ворид мекунад. Варами пас аз тазриқ пайдошуда пас аз 6-10 рӯз нест мешавад. Пас аз гаштани варам ва инфилтратаи илтиҳобӣ байни чойҳои тазриқшуда ё дар наздикии маркази омос - такроран гузарондани сӯзанзанӣ мумкин аст. Дар натиҷаи воридкунии хининуретан хун дар рағҳо лахтабандӣ мешавад, рағҳо дар омос ҳолӣ мешаванд, омос хурд шуда, ҳадша мешавад. Ин усул мувофиқ нест, аввалаш аз он сабаб, ки шумораи тазриқҳо ҳам хеле зиёданд ва ҳам хангоми иҷро кардани онҳо маводи бедардкунанда истифода намешавад. Дуюм, дар натиҷаи таъсири химиявӣ на танҳо бофтаи омос, балки пӯсти наздикҷойгирифтаи солим, асоси зерпӯст ва мушакҳо низ ҳалок мешаванд. Сеюм, эҳтимолияти передозировка ва захролудшавӣ вучуд дорад. Чорум - ин муолиҷа зиёд (хангоми андозаҳои калони омос аз якчанд моҳ то 1-2 сол) давом мекунад.

Дар баъзе ҳолатҳо ҳолати умумии бемор низ имкон намедиҳад даҳолати ҷарроҳӣ амалӣ карда шавад, ки дар ин ҳол истифодаи усули такмилдодаи Д.В. Дудко (1987) муфид аст: полимер ва мономерии композитсияи ширешии КЛЗ-ро ба шпритси одии тиббӣ (10 ё 20 мл) пайваст мекунад ва дар лаҳзаи полимеризатсия 8 омосро тавассути сӯзани мутобиқ ворид мекунад. Ҳаҷми кафдори ширеши КЛЗ дар лаҳзаи полимеризатсия васеъ шуда, тамоми ковокии онро пур мекунад ва аз дохил ба девораҳо фишор меорад. Усул ба қатъ кардани чоришавии хун ба омос имкон медиҳад ва бо ин ба қатъшавии инкишофи минбаъдаи он мусоидат мекунад. Композитсияи ширеш мунтазам ба деструксия гирифтोर шуда, афзоиш меё-



бад ва бо бофтаи пайвасткунанда омехта мешавад. Агар ширеш зиёд ворид карда шуда бошад, ин раванд то 3 сол давом мекунад, ки дар ин ҳол гузарондани чарроҳии беҳавф ва бе оризаҳо дар кӯдаки наврас имкон дорад. Барои стимулятсияи афзоиши бофтаи пайвасткунанда, ба КЛЗ бо вояҳои терапевтӣ преднизолон, барои профилактикаи фасодгирӣ бошад, антибиотикҳо илова карда мешаванд, ки ба бофтаи омос бо мурури ҷаббидашавии ширеш дохил мешаванд. Пас аз 8-9 моҳ боқимондаҳои ширешро тоза кардан мумкин аст [10,35]. Ба ақидаи Д.В. Дудко (1987), ворид кардани преднизолон ва 10%-а маҳлули хлориди калсий дохили пӯст ба тартиби шоҳмотӣ натиҷаҳои хуби косметикии муолиҷаи гемангиомаҳо таъмин мекунад. Дигар усулҳои табобати склерозкунанда низ вучуд доранд [10,35].

Барои баланд бардоштани самарабахшӣ ва кам кардани давомнокии табобати склерозкунанда бо омехтаи хинин ва уретан, П. М. Горбушина ин тазриқҳоро бо бинткунӣ (эластикӣ) таранг илова мекунад. Ҳангоми гемангиомаҳои мунташири кавернозӣ амиқ зери пӯст ҷойгирифта П. М. Горбушина алоҳидарат хининуретанро аз як укол бо вояи 5-6 мл. ворид мекунад. Маҳлулро такроран пас аз 2-4 рӯз аз канори илтиҳоби инкишофёбанда мунтазам, ба мисле ки омосро «зер карда» ворид мекунад [10,35].

Барои кам кардани шумораи тазриқҳои омехтаи хинину уретан Р. А. Свешникова (1973) усули П. М. Горбушинаро модификатсия кард. Дар ин ҳол, омосро бо сабзи бриллиантӣ хат кашида, шартан онро ба якчанд сегментҳо тақсим мекунад (мутобиқан ба андозаҳои омосҳо), баъд аз ин 0,5--1 см дуртар аз канори яке аз сегментҳоро бо сӯзан сӯроҳҳо карда, омехтаи склерозкунандаро яклаҳзаина (аз 0,5 то 2 мл, мутобиқан ба синну соли бемор) аз периферия ба марказ ба тамоми андозаи сегмент ворид мекунад. Пас аз 2-3 рӯз омехтаи склерозкунандаро ба сегменти дигар ворид мекунад ва ҳамин тавр то (аз 3 то 12 давр) маҳлули склерозкунандаро ҷаббидани омос, давом медиҳанд.

Табобати склерозкунандаи гемангиомаҳои кавернозӣ тибқи В. С. Агапов: Дар

шароити статсионар ҳамаи бофтаи омосро бо маҳлули склерозкунандаи таркиби зерин: 95%-а спирти этил 70.0 + новокаин 1.0 + оби тоза 29.0 мунтазам инфилтратсия мекунад. 1-2 см дуртар аз худуди омосро бо сӯзан сӯроҳ мекунад. Пеш аз воридкунии омехта ёрдамчии чарроҳ бо фишори даст омоси рагиро холӣ мекунад, пас аз ин, зери назорати ангуштон, чарроҳ сӯзани тазриқиро ба тамоми дарозии он ворид мекунад, ҳангоми воридкунӣ аз он маҳлули склерозкунанда хорич карда мешавад.

Маҳлулро ба якчанд самт, то ҳосил шудани инфилтрати зич, ворид мекунад. Маҳлули склерозкунанда ба строма, кавернаҳо ва рағҳои алоҳидаи васеъшуда меафтад. Пас аз ин бандинаи фишороранда гузошта мешавад. Яккарата дар зиёда аз 90 мл маҳлул ворид карда мешавад. Пас аз 12--15 рӯз такрор мекунад, баъди 5-7 рӯз бошад, беморро аз клиника. Пас аз 3 моҳ даври дуюм ва ҳангоми зарурат даври сеюм ва чорум тазриқкунӣ амалӣ карда мешавад.

Дар ҷойи инфилтратҳои пайдошуда бофтаи ҳадшавӣ инкишоф меёбанд.

Барзиёдиҳои бавучудомадаи пӯст бурида партофта мешаванд. Ҳангоми муолиҷа тибқи В. С. Агапов захролудшавии алкоғолӣ имкон дорад, аз ин сабаб муаллиф амалӣ кардани алкоғолизатсияи омос – зери фторотанзакиси кислородиро тавсия мекунад. Дар раванди муолиҷа (одатан 2--3 давра) ба як бемор аз 2 то 8 маротиба наркоз додан зарур мешавад. Тағйирёбиҳои аёни пешоб, эҳтимолияти захролудшавии алкоғолӣ ва зарурати наркотизированиҳои якчандкаратаи бемор ба таври назаррас арзиши ин тарзи склерозкунандаи табобатро кам мекунад [3,4,5]. Г.В. Кручинский ва Л.С. Криштопенко (1985) барои табобати склерозкунанда истифодаи спирти этили 96%-аи бо оменхтаи 1%-а маҳлули новокаинро дар мутобиқати 1:2-ро тавсия мекунад. Дар натиҷа омехтаи 70%-аи спирту новокаин ҳосил мешавад. Ворид кардан ба омоси рағӣ то 10 мл омехтаи спирту новокаин одатан ба вайроншавии статуси умумӣ боис намешавад. Ба омос ворид кардани миқдори зиёди омехта боиси вайроншавиҳои ҷузъӣ ва



умумӣ мешавад (гиперемияи пӯст, ки бо рангпаридагӣ иваз мешавад, метавонанд хубобҳо ё манбаъҳои некроз пайдо шаванд, ҳарорати чузъии бофтаҳо баланд мешавад, набз тезтар мешавад ва ғ.). Охирҳои ҳафтаи дуҷуми пас аз тазриқҳои инфилтрат қариб то ба пуррагӣ кам мешуд. Ҳангоми зарурат муаллифон такроран ворид кардани омехтаро пас аз 2 ҳафтаи воридкунии аввал тавсия мекунанд. Склерозкунии гемангиомаҳои кавернозӣ бо омехтаи 70%-аи спирту новокаин танҳо ҳангоми инҳисораи боэътимодӣ пас қорӣ шудани хун аз омоси рагӣ тавсия карда мешавад.

Камбудихоии тарзҳои склерозкунандаи муолиҷаи гемангиомаҳои кавернозиро ба назар гирифта (якчанд маротиба воридкунии спирт, бемор дар ҳолати зерӣ наркоз, оризаҳои чузъӣ ва умумӣ, муолиҷаи чандинкарата) Ю. И. Бернадский усули моҳиятан нави табобати муштараки гемангиомаҳои кавернозӣи компрессияи дастгоҳӣ ва табобати воягии склерозкунандаро пешниҳод кард. Моҳияти ин усул основана дар том, чтобы, бе осеби пусти рӯй, дар омос қорӣ шавӣ ва пас қорӣ шавии хунро инҳисора кардан, хуни дар он мавҷударо гирифтани ва бар ивази он ворид кардани мавод (спирт), ки қобилияти ба вуқӯъ овардани коагулятсияи пардаи дарунии рағҳои васеъшуда ва каверн дар омосро дошта бошад. Минбаъд фибротизатсия ва холишавии рағҳо ва каверн ба вуқӯъ меояд, бофтаҳои бо онҳо ҳамсоя бошад, кам ё тамоман зарар намебинанд. Мушаки мимикӣ функсияи худро нигоҳ медорад. Ду варианти методикаи табобати склерозкунанда тибқи Ю.И. Бернадский вучуд дорад: варианти I-ум (аспиратсионӣ-тазриқӣ) ҳангоми муолиҷаи омосҳои калони бо ҳам алоқадоршуда, ҳангоме, ки онҳоро ба осонӣ ҳолӣ кардан мумкин аст, тавсия карда мешавад. Вақте ки хусусияти сохтори омосро ҳанӯз то ҷе удаётся установить еще то чарроҳӣ муқаррар кардан муяссар намешавад, чарроҳиро бо усули аспиратсионӣ – тазриқӣ оғоз мекунанд (варианти I-ум). Истифодаи вариантҳои I-ум ва II-юм бо табобати склерозкунанда ҳангоми мавқеи гемаиғном берун аз лабҳо,

рухсораҳо, забон ва коми мулоим, яъне дар чунин минтақаҳо, ки (гардан, минтақаҳои зерӣ қоғ, қаъри ковокии даҳон, минтақаи чаккаи рӯй, бинӣ, устухонҳои қоғ) омосро бо исқандарӣ ҳалқавӣ фаро гирифтани ва пшиғирӣ кардани заҳролудшавии алкоғолӣ имқоннопазир аст, зиднишондод аст [10].

Марғи ҳуҷайраҳои рағҳои омосдор ҳангоми таъсири пасти ҳарорати дар натиҷаи зерин ба амал меояд:

1) дегидрататсияи ҳуҷайраҳо дар раванди ташаккули кристаллҳои ях, ки бо зиёдшавии консентратсияи электролитҳо ҳамроҳиқунанда аст ва боиси шоки осмотикӣ мешавад;

2) денатуратсияи фосфолипидҳои мембранаҳои ҳуҷайравӣ;

3) осебҳои механикии пардаи ҳуҷайра аз кристаллҳои тези экстра- ва нитратселлюлярии ях;

4) шоки гипотермикӣ;

5) стази рагӣ дар майдони яхқунонӣ, ки боиси вайроншавии хунгардиш дар капиллярҳо ва бавучудоии некрози ишемикӣ мешавад;

б) деструксияи омоси рагӣ – реаксияи навъи ваксиналӣ руҳ медиҳад, дар ин ҳол пovyшaется иммунный ответ по отношению к сосудистой опухоли. Усули криочарроҳӣ танҳо ҳангоми гемангиомаҳои сатҳии капиллярӣ самарабахш аст. Оризаҳо ба шакли некрозҳо вучуд доранд [9,10,19,23,31,35,45,46,75]. Дар муолиҷаи гемангиомаҳо солҳои охир генераторҳои оптикии қвантӣ барои фотокоагулятсияи омосҳои рагӣ васеъ истифода мешаванд. Лазери аргон-вӣ қобилияти ба таври селективӣ ба доғҳои пигментӣ таъсир расонданро доранд (Apfelberg o. B., 1981; Craig R. o. P. e! a1., 1985), зеро пигменти сурхи гемоглобин селективӣ равшании лазерро адсорбтсия мекунад, ки минбаъд ба шуои ҳароратӣ ташаккул меёбад ва дар натиҷаи ин коагулятсияи қабати дерма ба вучуд меояд. Пас аз таъсиррасонӣ бо нури лазерӣ баъди як моҳ ивазшавии сатҳи чароҳат бо бофтаи фиброзӣ ё тағйирёбиҳои ками атрофикии пӯст мушоҳида мешавад (Carruth J. A et al.,1984) [9,10,14, 37]. Табобати лазерии доғҳои модарзодии капиллярӣ дар беморони калон-

сол натиҷаҳои хуб медиҳад; мутаассифона, натиҷаҳои муолиҷаи кӯдакон чунин ҳасмар намебахшад, зеро дар 50% беморон ҳадшаҳои гипертрофики инкишоф меёбанд (Smith J. D., Cook T. A, 1984). Фотобуғдозакунии доғҳои модарзодии капиллярӣ бо нури расфокусируванними иктидори 20%,40%, то сафед шудани доғҳо гузаронда мешавад. Ҷароҳат бо тарзи кушода мувоқиқат карда мешавад, бо маҳлули 5%+аи перманганати калий коркард мешавад. То нест шудани тамоми гемангиомаҳо гузарондани фотобуғтозакунии боқимондаҳои омосҳои рағӣ ҳатмӣ мебошад [3,4,11,15, 35,45,47,100, 101,102].

В.В.Богатов (1984) муолиҷаи 84 бемори гемангиомаро бо истифодаи дастгоҳи «Скалпел-» гузаронд 1) вайд у намуди ҷароҳиро истифода кард: чок кардани омос дар 33 бемор, фотобуғдиҳӣ дар 51 бемор. Пас аз муолиҷа дар ҳамаи беморон натиҷаи қаноатбахш ба даст оварда шуд [10,11,15, 35].

Муқаррар карда шудааст, ки давраи муҷрияткунии беморон дар 62(96%) беморон аз лаҳзаи таваллуд то 2-солагӣ, дар боқимонда се бемор (4%) зиёда аз ду солро ташкил кард. Омӯзиши генез (дар асоси таҳлили ҳаёти беморон)-и СОКПСЧЧЛОШ нишон дод, ки: а) дар 55(85%) бемор, онҳо табиати модарзодӣ доштанд; б) дар 7(11%)пациентов – дар ҳаёт пайдошуда буданд; в) дар 3(4%)больных - ошкор кардани сабабҳои бавучудоии онҳо муяссар нашуд. Таҳлили мавқеи ОРПИПГКМҚРГ дар байни 65(100%) бемор ба тартиби камшавӣ ба таври зерин буд: а) дар 27 (41%) бемор – гемангиомаи мунташири кавернозии омехта (ГМКО) ба таври алоҳида ё сершумор дар минтақаи мобайни рӯй мавқеъ гирифта, бофтаҳои дахлдор, фассия, мушакҳо, ғадуди наздигӯш, суфраи гӯш, қабати ковоқиҳои луобӣ – зерлуоб ва узвҳои даҳон, гулӯро инфилтратсия карда буд; б) дар 16(25%) ГМКО – дар минтақаҳои боло ва мобайни рӯй бо инфилтратсияи бофтаи чашмхона, фосилаи ретробулбарӣ ва мардумакӣ чашм, девораи пеши ҷавфи изофии пешонию бинӣ ва дигар сохторҳои анатомии ҳамсоя; в) дар 15(23%) ГМКО – дар тамоми минтақаҳои

рӯй бо инфилтратсияи бофтаҳои минтақаҳои манаҳ, зеричоғӣ ва узвҳо (шоҳаи алвеолярии чоғи поён, ғадуди луобии зеричоғӣ) ва дигар сохторҳои анатомии ҳамсоя, г) дар 7(11%) ГМКО - дар гунбази косахонаи сар (минтақаҳои чаккаи рӯй, пешонию фарқи сар) мавқеъ доштанд. Таҳқиқот ултрасадоӣ (ТУС) дар беморони гирифтори ОРПИПГКМҚРГ ба муайян кардани мавқеъ, паҳншавандагӣ, дарозӣ, ҳаҷми ковоқиҳои кавернозӣ имкон дод. Инчунин ба рои баҳодихӣ кардани самарабахшии усулҳои муолиҷаи пештар доиркарда, ба беморони такроран ба статсионар дохилшуда ТУС гузаронда шуд. Баҳодихии усули муштараки муолиҷаи ОРПИПГКМҚРГ дар 45(69%) бемор натиҷаҳои мусбат доданд: *манбаъҳои алоҳида ё нахуст-сершумори омосҳои рағӣ пас аз як даври муолиҷаи муштарак пурра нест шуданд (яъне регрессияи пурра қайд шуд)*. Дар 17(26%) бемори гирифтори ОРПИПГКМҚРГ натиҷаҳои хуб ҳосил шуд: *пас аз муолиҷа манбаъҳои омосҳои алоҳида ё нахуст-сершумори рағӣ қисман нест шуданд (яъне регрессияи қисмӣ)*. Ҳангоми ба ин беморон муолиҷаи такрорӣ гузарондан, *пас аз шаши моҳ ва пас аз як сол натиҷаҳои қаноатбахшии барқароршавии функцияҳои узвҳои сар ва гардан мушоҳида шуд. Муддати 3-5 сол аломатҳои такроршавии ОРПИПГКМҚРГ вучуд надоштанд*. Дар боқимонда 3(5%) бемори гирифтори ОРПИПГКМҚРГ натиҷаҳои қаноатбахш, *ҳангоме ҳосил шуданд, ки андозаҳои манбаъҳои алоҳида ё нахуст-сершумори омосҳои рағӣ пас аз муолиҷа тағйир наёфтанд (яъне стабилизатсияи раванди омос мушоҳида шуд)*. *Сипас беморон ба муолиҷаи такрорӣ муштарак, маҷмӯӣ фаро гирифта шуданд ва натиҷаҳои мусбати барқароршавии функцияҳои узвҳои сар ва гардан пас аз шаши моҳ ва пас аз як сол ҳосил шуд: дар онҳо аломатҳои такроршавии ОРПИПГКМҚРГ муддати 3-5 сол қайд нашуд*.

Дар гузарондани ташхиси тафриқавии ОРПИПГКМҚРГ усулҳои дар боло зикршудаи муоинаи бемор, инчунин истифодаи таҳқиқоти ултрасадоӣ (оиди истифодаи он дар адабиёти дастрас қайдҳо наомадааст)



барои муайянкунии ҳаҷм, пахншавандагӣ, ни пештар доиркардаи муолиҷаи ОР-
баҳоидиҳии самарабахшии усулҳои гуногу- ПИПГКМҚРГ кӯмаки зиёд мерасонанд.

Адабиёт:

1. Агапов В.С. Гемангиомы лица, шеи и органов полости рта взрослых: автореф. дис. . д-ра мед. наук / В.С. Агапов. -М., 1988. — 24 с.
2. Базаров Д.В. Результаты реконструктивно-пластических операций у пациентов с опухолевыми поражениями верхних дыхательных путей. «Евразийский онкологический журнал», 2016, том 4, -№ 2, -С.126.
3. Базаров Н.И. К вопросу лечения гемангиом кожи головы, и шеи и других локализаций у пациентов детского возраста // Ж. Здравоохранение Таджикистана. №3-4, 1999.-С.70-71.
4. Базаров Н.И., Зикирходжаев Д.З., Нишонов Д.К. Опыт лечения гигантских и первично множественных гемангиом кожи и мягких тканей у детей.// Ж.ЗдравоохранениеТаджикистана -№3, -2004,-С.109.
5. Базаров Н.И., Махмудова Л.Ш., Нарзуллаев В., Мирзоев О. Доброкачественные новообразования органа зрения у детей.// Ж.ЗдравоохранениеТаджикистана -№3, -2004,-С.115.
6. Базаров Н.И., Саидов Х.М., Мухаммадзода Б.М., и другие. Проблемы, пути оптимизации лечения обширных кавернозных гемангиом свода черепа, лица и шеи детского возраста.//Достижения и перспективы развития детской хирургии. Материалы научно практической конф.с междунар. участием, посвящен. 85-летию чл.корр.АН.РТ,проф.А.Т.Пулатова.- Душанбе,-2013 , -С.50.
7. Базаров Н.И. Пути оптимизации диагностики и оценки эффективности при лечении обширных гемангиом свода черепа, лица и шеи детского возраста.// Достиженияи перспективы развития детской хирургии. Материалынаучно-практической.конф.с междунар.участием, посвящен. 85-летию чл.корр. АНРТ,проф.А.Т.Пулатова.- Душанбе,-2013,-С.52.
8. Базаров Н.И., Мухсин-заде С.Н. Некоторые особенности ранней диагностики полинеоплазий у детей.//Сборник материалов III конгресса онкологов Узбекистана. -Ташкент, -2015,-С.121.
9. Базаров Н.И., Курбанов У.А. Современные подходы к вопросу классификации, сроков, способов реабилитации дефектов и деформаций челюстно-лицевой области и шеи у онкологических больных//Руководство по клинической онкологии. Часть -2 . Профилактика, диагностика и лечение первично-множественных и солитарных опухолей различных локализаций. Душанбе,2016., -С.391-394.
10. Бернадский Ю. И. Гемангиомы лица и органов полости рта // Основы челюстно-лицевой хирургии и хирургической стоматологии. М Медицина, Минск,2003., -С. 243-252.
11. Возможности лечения сосудистых патологий кожи лазером / С.В. Куликов и др. // Лечащий врач. 2000. - № 5-6. - С. 79-80.
12. Гришин А.А. Комплексное лечение гемангиом артериального типа челюстно-лицевой области с применением эмболизации: автореф. дис. . канд. мед. наук / А.А. Гришин. М., 1996. — 24 с.
13. Дан В.Н. Современные классификации врожденных пороков развития сосудов (ангиодисплазий) / В.Н. Дан, А.И. Щеголев, С.В. Сапелкин // Ангиология и сосудистая хирургия. 2006. - Т. 12, № 4. -С. 28-33.
14. Демидов И.Н. К вопросу о лучевой диагностике венозных ангиодисплазий / И.Н. Демидов // Вестник рентгенологии и радиологии. 2002. - № 5. - С. 20-22.
15. Догужиева Р.М. Диагностика и лечение ангиодисплазий головы и шеи :автореф. дис. . канд. мед. наук /Р.М. Догужиева. -М., 1994. -37 с.
16. Долецкий С.Я. Врожденные пороки периферических сосудов у детей / С.Я. Долецкий, Ю.А. Тихонов // Клиническая хирургия. — 1967. -№ Ю.-С. 44-48.



17. Евзиков Г.Ю. Кавернозная гемангиома динамическое наблюдение или хирургическое вмешательство? / Г.Ю. Евзиков, В.В. Крылов, В.А. Новиков // Неврологический журнал. - 1998. - Т. 3, № 4. - С. 25-27.
18. Исаков Ю.Ф. Врожденные пороки периферических сосудов у детей / Ю.Ф. Исаков, Ю.А. Тихонов М. : Медицина, 1974. - 116 с.
19. Козаченко И.И. Склерозирующая терапия гемангиом лица: автореф. дис. . канд. мед. наук / И.И. Козаченко. Киев, 1988. — 22 с.
20. Краковский Н.И. Гемангиомы: диагностика и лечение / Н.И. Краковский, В.А. Таранович. М.: Медицина, 1974. - 176 с.
21. Оклюзия сосудов с помощью эмболов из гидрогеля / В.Н. Дан и др. // Советская медицина. 1988. - Вып. 4. - С. 23-26.
22. Первый опыт применения дигитальной субтракционной ангиографии в диагностике и эндоваскулярной терапии у детей / Ю.Ф. Исаков и др. // Материалы Всесоюзного симпозиума. М., 1985.-С. 200-202.
23. Перспективы применения низких температур в детской хирургии / Ю.Ф. Исаков и др. // Хирургия. 1984. - № 4. - С. 122-126.
24. Покровский А.В. К патогенезу и классификации врожденных пороков кровеносных сосудов / А.В. Покровский, Ю.Д. Москаленко, М.А. Голосовская // Вестник хирургии. 1971. - № 2. - С. 59-64.
25. Рабкин И.Х. Рентгено — эндоваскулярная хирургия / И.Х. Рабкин, А.Л. Матевосов, Л.Н. Готман. М. : Медицина, 1987. - 410 с.
26. Рентгеновская анатомия сосудистой системы / под ред. Д. Луца. — Будапешт : Изд-во академии наук Венгрии, 1988. — 380 с.
27. Роль компьютерной томографии в выборе тактики хирургического лечения ангиодисплазий / Г.Г. Кармазановский и др. //Ангиология и сосудистая хирургия. -1997. № 4.-С. 51-62.
28. Ситников А.В. Комбинированное хирургическое лечение артериовенозной ангиодисплазии головы и шеи / А.В. Ситников // Врач. 2002. - № 5.- С. 25-26.
29. Ситников А.В. Эндоваскулярные методы в диагностике и лечении ангиодисплазий и параганглиом головы и шеи :автореф. дис. . канд. мед. наук/А.В. Ситников. М., 2002. - 24 с.
30. Соколов С.Д. К вопросу о лечении гемангиом лигированием / С.Д. Соколов // Вестник хирургии. 1938. - Т. 55, № 4. - С. 473.

КЛИНИКА, ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ СОСУДИСТЫХ ОПУХОЛЕЙ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ, ШЕИ И СВОДА ЧЕРЕПА

Абдулкохир Кодири

Предметом изучения в данной статье стали вопросы классификации, клиники, диагностики и лечения сосудистых опухолей челюстно-лицевой области и шеи (СОЧЛШ). Установлено, что СОЧЛШ может иметь врождённый характер или возникает в процессе жизни. Большинство сосудистых опухолей являются врождёнными.

Автор пришел к выводу, что при диагностике СОЧЛШ наряду с обследованием, пальпацией и аускультацией следует использовать следующие специальные методы исследования:

а) расширенное исследование крови; б) рентгенография костей лицевого скелета; в) ангиография при помощи контрастных веществ; г) термография (обеспечивает высокую степень достоверности при установлении диагноза); д) ультразвуковое исследование (УЗИ) для определения локализации, распространённости, длины и объёма кавернозных полостей, а также для оценки эффективности лечения СОЧЛШ.

Ключевые слова: клиника, диагноз, классификация, локализация, лечение, сосудистые опухоли, челюстно-лицевая область, шея.



CLINIC, DIAGNOSIS AND TREATMENT OF VASCULAR TUMORS OF THE MAXILLOFACIAL AREA, NECK AND CRANIAL VAULT

Abdulkohir Kodiri

The subject of study in this article was the classification issues, clinical picture, diagnosis and treatment of vascular tumors of the maxillofacial region and neck (VTMRN). It has been established that VTMRN can be congenital or arise during life. Most vascular tumors are congenital.

The author came to the conclusion that when diagnosing VTMRN, along with examination, palpation and auscultation, the following special research methods should be used:

a) extended blood test; b) radiography of the bones of the facial skeleton; c) angiography using contrast agents; d) thermography (provides a high degree of reliability in making a diagnosis); e) ultrasound examination (ultrasound) to determine the location, extent, length and volume of cavernous cavities, as well as to assess the effectiveness of treatment for VTMRN.

Key words: clinic, diagnosis, classification, localization, treatment, vascular tumors, maxillofacial region, neck

Қодирӣ Абдулқоҳир - унвонҷӯйи МД «Пажӯҳишгоҳи илмию клиникии стоматология ва чарроҳии чоғу рӯй». тел. , 917 300 612.+ 93 78 99 66 360.

Кодири Абдулқоҳир - соискатель ГУ НКИ Стоматологии и челюстно-лицевой хирургии. тел. , 917 300 612.+ 93 78 99 66 360.

Kodiri Abdulkohir-candidate Research Institute of Dentistry and Maxillofacial Surgery. tel., 917 300 612 + 93 78 99 66 360.

ТИББИ ОИЛАВӢ

БАЪЗЕ РАВИШҶОИ ПРОФИЛАКТИКАИ БЕМОРИҶОИ РОҶҶОИ ПЕШОБРОН ДАР ЧИНСИ МАРД ДАР ЗВЕНОИ АВВАЛИЯ

Носирова¹ М.П., Алиева¹ З.Д., Курбанов¹ А.Д., Хочаев² Ф.Г.

1. Кафедраи тибби оилавии МДТ «Донишгоҳи джавлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абӯалӣ ибни Сино», 2. МД «МТШ №15, Ҷумҳурии Тоҷикистон.

Мухиммият. Тибқи маълумотҳои оморӣ, тақрибан 80% -и мардҳо, ки аз саратони олоғии таносулӣ озор мебинанд, дар анализашон мифоз доштанд. Дар байни мардҳо, ки дар давраи ширхорагӣ хатна шудаанд, бемориҳои онкологӣ тақрибан, ки дида намешавад. Таҳқиқотҳои сершумор тасдиқ кардааст, ки хатна имконият медиҳад, ки хатари сироятнок шудан аз сирояти ВИЧ то 50%- паст шудааст, ҳамчунин хатари пайдо шудани бемориҳои системаи пешобу таносулӣ то 50- 60% коҳиш ёфтааст [1].

Бемориҳои узвҳои системаи пешобу таносулӣ дар мардҳо яке аз сабабҳои асосии беморшавӣ, ғавт, паст шудани қобилияти қорӣ, вайрон шудани функсияи репродуктивӣ ва сифати ҳаёт мегарданд. Бисёр муаллимон бемории системаи пешобу таносулиро ба қатори бемороне дохил мекунад, ки барои онҳо солҳои охир рушди бесобиқаи паҳншавӣ ҳос аст. Дар ин маврид зиёд шудани сатҳи беморӣ дар шароити паст шудани сифати ҳаёт ва номатлубии экологӣ ба амал меояд [2].

Дар шароити иҷтимоӣ- иқтисодии ҳифзи солимии репродуктивии мардҳо яке аз самтҳои имтиёзнок маҳбӯс аст. Ба андешаи экспертҳои ТУТ, вазъият, ки ба бенасли ва бемориҳои уроандрологӣ алоқаманд аст, ки натиҷаи омӯзиши норасоии ин масъала ба шумор меравад. Ташкилоти умумиҷаҳонии тандурустӣ барномаи «Репродуксияи одам» қабул карда шуд, ки дар он самти асосӣ омӯзиши омилҳои, ки ба солимии репродуктивӣ таъсири манфӣ мерасонанд ва бенаслиро ба вучуд меоварад [3].

Сироятҳои роҳҳои пешобу таносулӣ дар беморони чинси мард ё одамони дучори дигар омилҳои хатари самаранок набудани табобат ё оқибатҳои ҷиддӣ, ба монанди тағйиротҳои функционалӣ ё анатомии роҳҳои пешобу таносулиро ба бемориҳои

оризанок мансуб мебаранд. Хатарнокии фимоз аз афзудани майлнокӣ ба беморшавии системаи пешобу таносулӣ ва акропостит, баланит, сирояти роҳҳои пешобу таносулӣ иборат аст. Илтиҳоби дарозмуддат метавонад, ки боиси дисфунксияи сексуалӣ оварда расонад. Ифлосие, ки дар даруни пӯсти хатнагоҳ ҷамъ мешавад, ба афзоиши бактерияҳо майл дорад ва саратонро ба вучуд меорад.

Ҳамчунин хатари простатити такрориро баланд мебардорад, ба эякулятсия таъсир мерасонад ва минбаъд боиси бенасли мегардад. Мумкин аст, ки пайдо шудани бемориҳои генекологии занон, ба мисли илтиҳоби гарданаки бачадон, вагинити гардад, ки ин ба сифати ҳаёти сексуалӣ таъсир мерасонанд [4].

Яке аз усулҳои самараноки кам кардани хатари ҳамаи ин проблемаҳо хатна (сиркумсизно) мебошад [5].

Хатна дар ҳолатҳои зерин иҷро мешавад: фимоз, танг шудани пӯсти хатнагоҳ, ки дарднок аст, омосҳо, сурх шудани ноҳияи пӯсти хатнагоҳ ва ё душвор шудани пешобкунӣ; пайдо шудани тарқишҳо дар ноҳияи халтаи препутсиалӣ дар беморони дорои бемории қанд; парфимоз дар кӯдакон хангоми бемориҳои гуногун, ки ба илтиҳоби такроршавандаи пӯсти хатнагоҳ вас араки олоғии таносулӣ.

Сиркумсизно имконият медиҳад, ки саракҳои олоғии таносулӣ озод карда шаванд ва мушкилоли имконпазирро пешгирӣ мекунад: Дар зерин пӯсти хатнагоҳ намнокӣ ва бактерияҳо ҷамъ мешавад, ки ин барои зиёд шудани барангезандаҳои сироят, пайдо шудани илтиҳоб, бо ҳамаи симптомҳои баамалоянда – дарднокӣ, сурхшавӣ, ифрозоти фасоднок мусоидат мекунад. Дар бемороне, ки чунин аломатҳо доранд, бояд хатман табобат шаванд: табобат накардан ба пайдо шудани протсесси сироятӣ дар роҳҳои пешобхориҷ-



кунӣ, ҳамчунин хадшабандии бофтаҳои пӯсти хатнагоҳ оварда мерасонад [6].

Мувофиқи дастури ВТ ва ҲИА ҚТ аз 30-юми октябри соли 2018, №994 «Дар бораи тасдиқ кардани тартиби гузаронидани амалиёти хатнаи кӯдакон», гузаронидани ҳамагуна амалиётҳои хатнакунӣ, аз ҷумла хатна бо усули тибби халқӣ ё дар шароити берун аз беморхона дар ҚТ манъ карда шудааст [7].

Мақсади таҳқиқот. Омӯзиши имкониятҳои профилактикаи бемориҳои роҳҳои пешоброн дар ҷинси мардҳо дар звенои якум. Сирояти шадид ва музмини роҳҳои пешоброн мумкин аст, ки сабаби оризаҳои хатарнок гардад, барои ҳамин ҳам ташҳис ва табобати саривақтӣ ва профилактика барои нигоҳ доштани солимии бақуввати мардҳо ва занҳо хеле муҳим аст.

Мавод ва усулҳои таҳқиқот. Дар пойгоҳи Маркази саломатии шаҳрӣ таҳқиқоти ретроспективӣ бо истифода аз ҳисоботҳои ҷамъбастии формаи ҳисоботҳои №2, ҳисоботҳои шӯъбаи ҷарроҳӣ дар бораи манипулятсияҳои ҷарроҳии гузаронидашуда (сиркумсизно) гузаронида шуданд. Мувофиқи дастури ҷоринамудаи ВТ ва ҲИА ҚТ «Дар бораи тартиби гузаронидани ҷарроҳии хатнаи кӯдакон», тавсия карда мешавад, ки ҳамаи писарбачаҳо дар соли аввали ҳаёт хатна карда шаванд, дар муассисаҳои давлатии нигоҳдории тандурустӣ, яъне дар беморхонаҳои ноҳиявӣ ва шаҳрӣ ё нуқтаҳои саломатии деҳот. Хатна кардан бо розигии волидайн ва сабт кардан дар таърихи беморӣ ё картаи

бемор гузаронида мешавад. Пешакӣ ҳар як кӯдак бояд аз миқдори минималии таҳқиқот гузарад: таҳлили умумии хун ва пешоб, таҳлили хун барои гепатит (В ва С), ВИЧ- сироят, ҳолати системаи лахташавии хун, муайян кардани гурӯҳи хун. Писарҳои то 20-рӯза пешакӣ аз муоинаи неонотолог ва табиби оилавӣ ва педиатр мегузаранд. Зиддинишондодҳо барои ҷарроҳӣ: таваллудкунӣҳои оризанок, садамаҳо ҳангоми таваллуд, нуқсонҳои модарзодии инкишоф дар кӯдакон, бемориҳои ирсӣ дар волидайн, тағйиротҳои соматикӣ- неврологӣ, зуҳравӣ, дерматологӣ, бемориҳои махсус (ВИЧ, Сил) дар волидайн ва худӣ кӯдак.

Ҷарроҳиро дар бинои махсус бо ин мақсад таҷҳизонидашуда ҷарроҳӣ кӯдакон/уролог/ мегузаронанд. Тактика аз он иборат аст, ки ҷарроҳии хатна тавассути лазер гузаронида мешавад ва тақрибан бедард аст, аммо табибон ба ҳар ҳол кӯдаконро анестетикӣ бехатар ва бедардсозии мавзей мекунанд. Ҷузъи термикӣ имконият медиҳад, ки ҳангоми буридан дарҳол рағҳоро коагулятсия мекунанд ва садди роҳи хунравӣ мешаванд. Бофтаи буридашударо кӯки косметикӣ мегиранд, баъди ин изи захм номаълум мешавад.

Натиҷаҳо ва баррасии онҳо. Дар маркази шаҳрии саломатӣ дар соли 2021 52099 нафари калонсол ва кӯдакон вобаста карда шуда буд, дар соли 2022 каме зиёд шудааст- 52176 нафар ва дар соли 2023 – 52249 нафар (ҷадвали 1).

Ҷадвали 1.- Нишондиҳандаҳои омории маркази саломатӣ.

	2021 (м. мутл., %)		2022 (м. мутл., %)		2023 (м. мутл., %)	
Ҳамагӣ аҳоли	52099		52176		52249	
Кӯдак таваллуд шудааст: аз онҳо	932		995		986	
- писарҳо	414	44,4	487	48,9	485	49,2
- духтарҳо	518	55,6	508	51,1	501	50,8
Хатна гузаронида шуд	581	62,3	588	59,1	590	59,8
Оризаҳо	-		-		-	

Дар ҷадвал дида мешавад, ки миқдори ҷарроҳӣҳои гузаронидашудаи хатна аз миқдори кӯдакони таваллудшуда зиёд аст ва дар тамоми давраи амали дастури ВТ ва ҲИА ҚТ «Дар бораи тартиби гузаронидани ҷарроҳии хатнаи кӯдакон», ягон ҳолати ориза ба қайд гирифта нашудааст.

Тақрибан 40%-и волидайн барои гузаронидани ҷарроҳӣ дар давраи 20-рӯзагии кӯдакон ва қисми кам дар давраи 3 солагӣ ва аз он болои писарон мурочиат мекунанд. Баъзе волидайн танҳо ҳангоми мавҷуд будани нишондодҳои тиббӣ маҷбур шуданд барои ҷарроҳӣ розӣ шаванд: фимоз, парафимоз, душворӣ ҳангоми пе-



шобкунӣ бо протсессии илтиҳобии пӯсти хатнагоҳ. Дар давраи шадидаи илтиҳобӣ табобати консервативӣ таҳти муоинаи табиб гузарони-

да мешавад, аммо дар ниҳояти кор табобат бо чарроҳӣ анҷом меёбад, ки мақсад профилактикаи часпидани бофтаҳои пайвастанда аст.

Ҷадвали 2. Нишондиҳандаҳои сиркумсизно вобаста аз сохтори синнусоли.

Ҷод	Возраст ребења								Всего
	0–20 дней		20 дней – 6 мес		6 мес – 3 года		Старше 3 лет		
2021	229	39,4%	139	23,9%	118	20,3%	95	16,4%	581
2022	216	36,7%	141	24,0%	127	21,6%	104	17,7%	588
2023	236	40,0%	162	27,5%	112	19,0%	80	13,6%	590

Тавре ки аз ҷадвали 2 бармеояд, бештари волидайн кӯшиш мекунанд, ки анъанаи миллиро дар нимсолаи якуми ҳаёти кӯдакон – писарбачаҳо иҷро намоянд ва бо ин хатари пайдо шудани бемории роҳҳои пешобронро пешгирӣ намоянд. Дар робита аз маълумотҳои ҷадвал, тақрибан 20%-и кӯдакон дар давраи болотар аз 6-моҳагӣ, 13%-и писарҳо дар синну соли аз 3-сола боло хатна карда мешаванд. Сабабҳои дер хатна кардан мумкин аст, ки вазъи саломатӣ ё мушкилоти оилавӣ бошанд. Бояд зикр кард, ки амалиёти хатна дар ҳама муассисаҳои табобатӣ-профилактикӣ ройгон иҷро карда мешаванд.

Хулоса. 1. Яке аз усулҳои профилактикаи роҳҳои пешоброн дар мардҳо сиркумсизно (буридани пӯсти хатнагоҳ) мебошад, ки дар байни аҳоли бартарии зиёд дорад; дар муддати кӯтоҳ, сифати кафолатнок, ройгон: барои нигоҳдории тандурустӣ, аз ҷумла: кам шудани беморшавӣ, нерӯ бахшидан ба солимии репродуктиви аҳоли, кам кардани хароҷоти молиявӣ, дар зверонои сатҳи аввалияи тандурустӣ истифода мешавад. 2. Сатҳи баланди дониши тиббии аҳолиро ҷиҳати ҷонибҳои мусбати иҷро намудани амалиёти хатна ин далел тасдиқ мекунанд, ки зиёда аз 60%-и амалиётҳо аз ҷиҳати синну сол то синни 6-моҳагии писарбачаҳо анҷом дода шудаанд.

Адабиёт

- [1] Андрология для урологов. Ургентная андрология. Клинические рекомендации. Научные редакторы Н.П. Наумов, Ж.Ю. Сапожкова. М.: Медконгресс, 2020. – 262 с.
- [2] Байтиленов Б.С. Болезни органов мочеполовой системы как актуальная проблема здравоохранения (обзор литературы). Наука, образование и культура. 2017. С.98-101.
- [3] The world health report 03.04.2023 – Infertility. / World Health Organisation, 2023. [Электронный ресурс]. Режим доступа: www.who.int/newsroom/fact-sheets/detail/Infertility-23.pdf./ (дата обращения: 10.10.2023).
- [4] Факторы риска и способы профилактики инфекций мочевыводящих путей 2022. [Электронный ресурс]. Режим доступа: novroddom53.ru/ (дата обращения: 21.11.2023).
- [5] Циркумцизия [Электронный ресурс]. Режим доступа: zsr-russia.ru (дата обращения: 21.11.2023).
- [6] Обрезание: что это и зачем оно мальчикам и мужчинам? - Статьи медцентра Верамед [Электронный ресурс]. Режим доступа: veramed-clinic.ru (дата обращения: 01.12.2023).
- [7] Распоряжение Министерства здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан от 30 октября 2018г., №994 “Об утверждении порядка проведения операции обрезания детей” [Электронный ресурс]. Режим доступа: adlia.tj/ Дата обращения: 11.10.2023.

НЕКОТОРЫЕ ПОДХОДЫ К ПРОФИЛАКТИКЕ ЗАБОЛЕВАНИЙ МОЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ У ЛИЦ МУЖСКОГО ПОЛА НА ПЕРВИЧНОМ ЗВЕНЕ

М.П. Носирова¹, З.Д. Алиева¹, А.Д. Курбанов¹, Ф.Г. Ходжаев²

¹Кафедра семейной медицины ГОУ «ТГМУ имени Абуали ибни Сино»,

²ГУ «ГЦЗ №15», Республика Таджикистан.

Аннотация. Высокая частота заболеваний мочевыводящей системы у лиц мужского пола,

приводящей к различным патологиям и осложнениям, ведёт к поиску новых методов профи-



лактики, который рассматривается авторами статьи – циркумцизио, обрезание крайней плоти. Учитывая показания, противопоказания и порядок проведения операции обрезания рекомендуется всем новорожденным мальчикам в

государственных учреждениях здравоохранения.

Ключевые слова: профилактика, инфекции мочевыводящих путей, лица мужского пола, циркумцизио, показания, первичное звено.

SOME APPROACHES TO THE PREVENTION OF URINARY TRACT DISEASES IN MALES AT THE PRIMARY LEVEL

M.P. Nosirova¹, Z.D. Alieva¹, A.D. Kurbanov¹, F.G. Khodjaev²

¹Department of Family Medicine, SEI «TSMU named after Abuali Ibn Sino», ²SI «CHC №15», Republic of Tajikistan.

Annotation. The high incidence of diseases of the urinary system in males, leading to various pathologies and complications, leads to the search for new methods of prevention, which is considered by the authors of the article – circumcision, circumcision of the foreskin. Taking

into account the indications, contraindications and procedure for circumcision surgery, it is recommended for all newborn boys in public health institutions.

Keywords: prevention, urinary tract infections, male persons, circumcision, indications, primary link.

Носирова Матлюба Пулатовна - доцент кафедры семейной медицины ГОУ «ТГМУ имени Абуали ибни Сино», к.м.н., доцент. matlyuba61@mail.ru +992 907 97 72 02

Алиева Зулфия Джумаевна - ассистент кафедры семейной медицины ГОУ, «ТГМУ имени Абуали ибни Сино», к.м.н. alieva-2369@mail.ru +992 88 880 14 14

Курбанов Ахлиддин Давлатбекович - ассистент кафедры семейной медицины ГОУ «ТГМУ имени Абуали ибни Сино» +992 98 877 55 78 akhliiddin_kurbonov@mail.ru

Ходжаев Фирдавсджон Гулмирзоевич - заведующий хирургическим отделением, детский хирург, врач высшей категории, Отличник здравоохранения, ГУ «ГЦЗ №15», Республика Таджикистан. +992 90 731 25 76

Nosirova Matlyuba Pulatovna - Associate Professor of the Department of Family Medicine of the State Educational Institution “Tajik State Medical University named after Abuali Ibni Sino”, Candidate of Medical Sciences, Associate Professor. matlyuba61@mail.ru +992 907 97 72 02

Aliyeva Zulfiya Dzhumayevna - assistant at the Department of Family Medicine, State Educational Institution, “Tajik State Medical University named after Abuali ibni Sino”, Candidate of Medical Sciences, alieva-2369@mail.ru +992 88 880 14 14

Kurbanov Akhliddin Davlatbekovich - assistant at the Department of Family Medicine of the State Educational Institution “Tajik State Medical University named after Abuali ibni Sino” akhliiddin_kurbonov@mail.ru +992 98 877 55 78

Khodjaev Firdavsjon Gulmirzoevich - head of the surgical department, pediatric surgeon, doctor of the highest category, Excellent health worker, State Institution “ССН No. 15”, Republic of Tajikistan. +992 90 731 25 76

Носирова Матлюба Пулатовна - дотсенти кафедраи тибби оилавии МДТ «ДДТТ ба номи Абуали ибни Сино», н.и.т., дотсент. matlyuba61@mail.ru +992 907 97 72 02

Алиева Зулфия Чумаевна - ассистенти кафедраи тибби оилавии МДТ «ДДТТ ба номи Абуали ибни Сино», н.и.т., alieva-2369@mail.ru. Тел. +992 88 880 14 14

Курбанов Ахлиддин Давлатбекович - ассистенти кафедраи тибби оилавии МДТ «ДДТТ ба номи Абуали ибни Сино», +992 98 877 55 78 akhliiddin_kurbonov@mail.ru

Хочаев Фирдавсҷон Гулмирзоевич – мудири шуъбаи ҷарроҳӣ, , ҷарроҳи кӯдакона, дорои ихтисоси дараҷаи олий, Аълочии тандурустӣ. МД «МСШ-и №15», Ҷумҳурии Тоҷикистон. Тел. +992 90 731 25 76

ФАРМАТСЕВТӢ

ХУСУСИЯТҲОИ ЗИДДИ ОКСИДИИ МАВОДИ КОМПЛЕКСИИ ФЕРАЗОН ВА РАВҒАНҲОИ ЭФИРӢ ҲАНГОМИ ГИПЕРЛИПИДЕМИЯИ ЭКСПЕРИМЕНТАЛӢ ДАР ХАРГӢШҲО

Ғаниев Х.А.

ОИТ МДТ «ДДТТ» ба номи Абуалӣ ибни Сино

Муҳиммият. Муайян кардашудааст, ки зиддиоксидантҳо дар заминаи садамаҳои оксидии гуногунҷабҳа ҳангоми беморҳои системаи дилу рағҳо, диабетӣ қанд ба таври васеъ истифода бурда мешавад, (1,3). Мусаламаст, ки зиддиоксидантҳои табиӣ ё игибаторҳои ҷараёни пероксидшавии липидҳо ҳамчун маводи камзаҳр ва бехатар диққати фармокологҳо, кардиологҳо, биохимикҳо, онкологҳо ба худ ҷалб кардааст. (Зенков Н. К. 2001).

Маълум шудааст, ки механизмҳои гомеостазӣ оксидиро мувозинати зидди оксидантӣ ва оксидовар дар бар мегирад ва дар ҳолати мувофиқ вобаста ба тағйиротҳои физиологӣ, ки омилҳои дохили ва беруниро роҳандози менамоянд фаъолшавии ҷараёнҳои диалдегиди малоновиро (МДА) ба амал оварда, дар натиҷа вайроншавии мувозинати омилҳои оксидовар ва зиддиоксидиро роҳандозӣ менамоянд. (4,5,6,7). Айни замон дар баробари интиҳоби васеи маводи зиддиоксидантию гипополипидемикӣ на ҳамаи онҳо таъсири манфиатовар мерасонанд ва аксарияти онҳо, ки ба гурӯҳи доруҳои синтетикӣ маҳсубанд дар баробари таъсири мусбат метавонанд, ки ба узвҳои гуногуни буня таъсири манфӣ расонанд. Аз ин лиҳоз зарур аст, ки маводи нави камзаҳру, бехатарӣ зидди дислипидемиро дар асоси растаниҳои шифоӣ ҷустуҷу намуда, оиди омӯзиш қарор дод. Муайян карда шудааст, ки рағ“анҳои атрӣ ва рустаниҳои таркибашон аз флавоноидҳо ва полисахаридҳо бой дар қатори хусусиятҳои гепатопротекторӣ, гипополипидемӣ, зиддиилтиҳобияшон инчунин дорои хустуяи зиддиоксидӣ мебошанд (Азонов). Аз ин лиҳоз мо тасмим гирифтём, ки хусусияти зиддиоксидии коинтекси рағ“анҳои атрӣ ва маводи флавоноид ва полисахариддори феразонро оиди омӯзиш қарор диҳем.

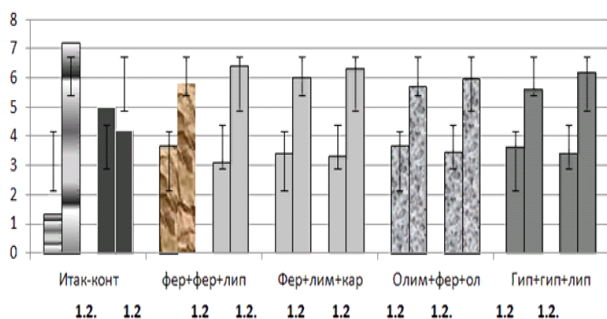
Мавод ва усулҳои таҳқиқот. Омӯзиш дар 40 адад харгӯшҳои вазнашон 2-2,5 кг дар маркази илмӣ – тадқиқотии Пажӯҳишгоҳи тиббии бунёди ДДТТ ба номи Абуалӣ ибни Сино гузаронида шуд. Нигоҳдории ҳайвонот мувофиқи қоидаҳо вобаста ба талаботи то клиника аз рӯи ГОСТ- 51000,3 ва 51000,4 ва талаботҳои дастури байналмилалии конвенсияи Аврупоӣ оид ба ҳимояи ҳайвонотҳои сутунмуҳрадор, ки дар тадқиқот истифода мешаванд, роҳандози карда шудааст. Ҳайвонотҳои омӯзиши ва назорати дар муҳити ҳарорати стандартӣ бо таъмини рушноии табиӣ ба дастзании озод бо об ва хурок нигоҳ дошта шудаанд. Ҳайвонҳои озмоиширо ба даҳ силсила тақсим намудем; 1-солим. 2- назоратӣ (харгӯшҳое, ки ба онҳо дар муддати 1 ва 2 моҳ маводи атерогенӣ- 500 мг/кг вазн) хурондашудааст. 3,4,5,6- ҳайвонҳое, ки ба онҳо феразон ва дар якҷояги маводи феразон + липовитол: феразон + карвиол; феразон+лимонсол дар вояи () дар муддати 1 ва 2 моҳ хурондашудаанд. 7,8,9,10-ҳайвонҳое, ки бо маводи муқоисавӣ олиметин, олиметин+ феразон ва гипополипид, гипополипид +липовитол дар вояи (0,02+0,5 г/ кг вазн таъбат ёфтаанд. Фаъолнокии диалдегиди малоновиро бо Гаврилова В.Б. (2) ва каталазаро бо Корольюк М.А. (5) муайян намудем

Натиҷаҳо ва баррасии онҳо Чи тавре ки аз расми 1 нишон дода шудааст ҳангоми дар муддати як ва ду моҳ ба харгӯшҳо тарикӣ дохилимеъдави хӯрондани маводи атерогенӣ дар ҳунобаи харгӯшҳои назоратӣ афзудани фаъолнокии диалдегиди малонӣ ва камшавии консентратсияи каталаза мушоҳида мегардад. Фаъолнокии диалдегиди малонӣ дар муқоиса бо ҳайвонотҳои солим ҳангоми дислипидемиаи як моҳа 2,7 маротиба ва ду моҳа 3,9 маротиба



зиёд мешавад. Концентратсия дар ҳайвонотҳо аз 42% то 50,7% паст мешавад. Дар гр ҳайвоготҳое, ки тадқиқотие, ки феразон қабул мекардан фаъолноки МДА дар ҳайвонотҳои назорати –26% кам мешавад сатҳи каталаза бошад 33,3% кам мешавад, феразон+липовитол, феразон+лимониол, феразон+карвиол, фаъолноки МДА малоновид паст мешавад 38%, 32%, 34% паст мешавад. Концентратсияи каталаза бошад бо таъсири маводи номбаршуда ба 33,3% 47,66%, 37,6%, 40,8% зиёд мешавад.

Нишондоди ДМ нмол/мг сафед, каталаза мкат/л

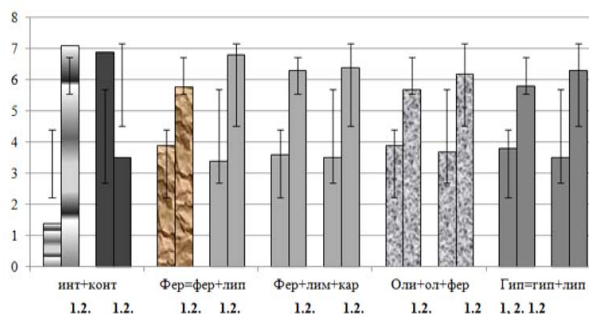


Расми 1. Хусусияти зидди оксидии комплекси гузаронидани феразон ва рав“анҳои эфири хангоми гиперлипидемияи моҳона. (1. ДМ, 2. Каталаза)

Чи тавре, ки аз расмҳои (1,2) маълум аст, хангоми 1 ва 2 моҳ ворид намудани маводи атерогенӣ ба дохили меъдаи харгӯшҳои назоратӣ ва тадқиқотӣ фаъолшавии диалдегиди малоновӣ (ДМ) ва пастшавии зардоби хуни ҳайвонот мушоҳида мешавад. Фаъолшавии диалдегиди малоновӣ дар муқоиса ба ҳайвонотҳои назоратӣ хангоми дислипидемияи моҳона 2,7 маротиба зиёд гашта ва хангоми 2 моҳа захролудкуни 3,9 маротиба зиёд мешавад. Концентратсияи каталаза дар ин ҳайвонотҳо аз 42% то 50,7% паст мешавад.

Маводи комплекси тадқиқотшаванда феразон+лимониол, феразон+ карви ол, дар меъёри муаяншуда нисбати ҳайвоноти назорати фаъолноки ДАМ –50%, -47,8%, -49,3%, паст шуда, концентратсияи каталаза то 94,3%, 80%, ва 83% зиёд мегардад

Нишондоди ДМ нмол/мг сафед, каталаза мкат/л



Расми 2. Хусусияти зидди оксидии комплекси гузаронидани феразон ва рав“анҳои эфири хангоми гиперлипидемияи 2 моҳа. (1. ДМ, 2. Каталаза)

Дар гуруҳи ҳайвонотҳое, ки дар раванди маводи атерогенӣ бо феразон табобат гирифта буданд, фаъолеокии диалдегиди малоновӣ дар муқоиса ба ҳайвонотҳои назорати то 26% паст шудааст, сатҳи каталаза бошад 33,3% зиёд мешавад. Дар силсилаи бо феразон-липовитол, феразон-лимониол, феразон-карвиол қабул намуда фаъолнокии ДАМ 38%, 32%, 34% паст шуда, концентратсияи каталаза 33,3%, 47,66%, 37,6% то 40,85 зиёд мешавад. Маводи муқоисавӣ олиметан ва гиполипид дар вояи 0,02 г/кг вазни бадан низ нисбати фаъолнокии ДАМ ва нишондиҳандаи каталаза таъсири мусбат нишондоданд, лекин аз ҷиҳати самаранокии нисбат ба маводи комплекси ба истиснои феразон+липовитол таъсирашон сусттар буд.

Хулоса. Аз маълумотҳои бадаст омада бармеояд, ки хангоми гиперлипидемияи атерогенӣ як ва ду моҳ маводи комплекси озмоиши фаъолнокии ДАМ –ро ба таври эътимоднок (Pd” 0,001) паст намуда, миқдори каталаза аз таъсири маводи атерогенӣ косташударо ба эътиол меорад, ки ин аз хусусияти зиддиоксидии маводи комплекси озмоиши дарак мебахсад. ’айр аз ин муайян карда шуд, ки истифодаи якҷояи рав“анҳои атрӣ бо маводи дорои ҷӯзҳои фаъоли биологӣ флавоноидҳо ва полисахаридҳо системаи зиддиоксидии буняро баътиод меорад.

Адабиёт

1. Азонов Д.А. Гиполипидемические свойства эфирных масел/Монография/ А.Дж. Азонов, А.К. Холов, Г.В. Разыкова/Изд-во.- Матбуот.- 2015. - 144 с.;
- 1) Воробьева Е.Н. Психогенетика. Учебное пособие. Ростов-на-дону: ЮРГИ, 2005–С.68–72.
- 2) Гаврилов, В.Б. Анализ методов определения продуктов перекисного окисления липидов в сыворотке крови по тесту с тиобарбитуровой кислотой./ Гаврилов, В.Б., Гаврилова А.Р., Мажуль Л.М. // Вопросы мед. химии. – 1987. – № 1. – С. 118-122.
- 3) Орлов Ю.П., Долгих В.Т. Свободо радикальное окисление и антиоксидантная терапия при критических состояниях//Вестник интенсивной терапии – 2008 - №1.–С.71–73:
- 4) Занозина О.В. Окислительный стресс: особенности при сахарном диабете–источник образования, характеристика составляющих, патогенетические механизма токсичности (обзор). Уральский мед. Журнал – 2010 -№1 С. 79-87.
- 5) Королюк, М.А. Метод определения активности каталазы. / М.А. Королюк, Л.И. Иванова, И.Г. Майорова, и др. // Лаб. дело. – 1988. – № 1. – С. 16-19.
- 6) Ланкин В.З. Интенсификация свободно радикального окисления липопротеидов низкой плотности (ЛПНП) в плазме крови больных ИБС при терапии ингибитором ГМК–КоА–редуктазы церивастатином подавление липопериксидации ЛПНП антиоксидантом пробуколом // Бюлл эксприм.биологии и медицины.-2002.-№7.-С.48-51,
- 7) Девяткина Т.А. Влияние мексидола и его структурных компонентов на содержании углеводов и перекисное окисление липидов при остром стрессе / Вопросы медицинской химии -2009.-№3.-С.46-51

**АНТИОКСИДАНТНЫЕ СВОЙСТВА КОМПЛЕКСНЫХ КОМПОНЕНТОВ
ФЕРАЗОНА И ЭФИРНЫХ МАСЕЛ ПРИ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЙ
ГИПЕРЛИПИДЕМИИ У КРОЛИКОВ****Ганиев Х.А.**

ЦНИЛ ГОУ “ТГМУ имени Абуали ибн Сино”, Таджикистан.

В статье представлены результаты антиоксидантные свойства комплексного введения эфирных масел и флавоноид и полисахаридсодержащего средства феразона на экспериментальных кроликах. Исследование проведено на фоне экспериментальной холестериновой гиперлипидемии. Согласно полученным результатам при месячной и двухмесячной гиперлипидемии в сериях леченных Феразон+липовитол; Феразон-лимонен и Феразон+ карвиолом наблюдается достоверное ($P < 0,001$) снижение активности малонового диальдегида и повыше-

ние концентрации каталазы по сравнению с контрольными животными. Наряду с этим при сравнительном анализе установлено, что испытываемые средства по эффективности превосходят аналогичные свойства препаратов сравнения гиполипида и олиметина, что свидетельствует об антиоксидантных свойств изучаемых средств.

Ключевые слова: антиоксидантные свойства, полисахаридсодержащие средства, Феразон+липовитол, повышение концентрации каталазы, малонового диальдегида, экспериментальные кролики.

**ANTIOXIDANT PROPERTIES OF COMPLEX COMPONENTS OF FERAZONE AND
ESSENTIAL OILS IN EXPERIMENTAL HYPERLIPIDEMIA IN RABBITS****Ganiev H. A.**

TSNIL GOU “TSMU named after Abuali ibn Sino”, Tajikistan.

Annotation ; The article presents the results of the antioxidant properties of the complex administration of essential oils and the flavonoid and polysaccharide-containing agent



ferazone in experimental rabbits. The study was conducted against the background of experimental cholesterol hyperlipidemia. According to the results obtained for one-month and two-month hyperlipidemia in series treated with Ferazon + lipovitol; Ferazon-limoneol and Ferazon+ carviol showed a significant ($P < 0.001$) decrease in the activity of malondialdehyde and an increase in the concentration of catalase compared to control animals.

Along with this, in a comparative analysis it was established that the tested drugs were superior in effectiveness to the similar properties of the comparison drugs hypolipid and olimethine, which indicates the antioxidant properties of the studied drugs.

Keywords: antioxidant properties, polysaccharide-containing agents, Ferazone+lipovitol, increased catalase concentration, malondialdehyde, experimental rabbits.

САҲМИ АБУРАЙҲОНИ БЕРУНӢ ДАР ИЛМИ ПИЗИШКӢ ВА ДОРУШИНОСӢ Қаландарзода Ё. Қ.

Кафедраи фармакогнозия ва ТИФ-и МДТ “ДДТТ ба номи Абуалӣ ибни Сино”

Мухиммият. Соли сипаришуда чомеаи ҷаҳонӣ 1050-солагии яке аз донишмандони бузурги форс-тоҷик – риёзидон, ситорашинос, физикдон, таърихшинос, табиб ва дорушиноси маъруф Абурайҳони Беруниро аз тариқи ЮНЕСКО ҷашн гирифт. Воқеан ниёғони асримиёнагии форс-тоҷик натанҳо бо дастовардҳои илмии худ дар ганҷинаи фарҳанги ҷаҳонӣ саҳми арзанда гузоштаанд, балки дар баробари он дар санъати пизишкӣ ва илми дорушиносӣ низ таълифоти арзишмандеро ба мерос гузоштаанд. Яке аз чунин донишманди энциклопедист Абурайҳон Муҳаммад ибни Аҳмад Беруни Косии Хоразмӣ (973-1048) ба шумор меравад, ки ба назари мо, дар асоси талаботи муосири омӯзиш, таҳлил ва ба таври объективона арзёбӣ намудани андешаҳои пизишкӣ онҳо, инчунин ба таври мақсаднок ва муваффақона истифода намудани онҳо дар ҷараёни таълиму тарбияи донишҷӯёни донишгоҳҳо ва коллеҷҳои тиббии кишвар дар шароити нави таърихӣ ба мақсад мувофиқ аст.

Бояд гуфт, ки илми дорушиносӣ аз даврони қадим яке аз масъалаҳои муҳим дар омӯзиши донишҳои тиббӣ ва татбиқи он дар соҳаи тандурустӣ ба шумор меравад. Зеро инсонӣ кунҷқоб аз замони қадим бо дорушиносӣ ва гиёҳдармонӣ алоқамандии ногусастанӣ дошта, барои ҳифзи саломатии худ аз гиёҳҳои гуногуни шифобахш истифода мекард. Дар ин самт саҳми ниёғони

асримиёнагии тоҷикӣ форс дар инкишофи илми тиб ва дорушиносӣ гиёҳдармонӣ хеле назаррас аст. Донишҳои назарии намоёндагони олимони соҳавӣ доир ба фалсафа ва адабиёт дорои таърихи суннатҳои “аниву қадима буда, дар таърихи тибби ҷаҳонӣ ва тамаддуни умумибашарӣ мавқеи хосаро иш“ол менамоянд. Халқи тамаддунофарӣ тоҷик дар радифи шоирону нависандагони оламшумул ба монанди Рӯдакӣ, Фирдавсӣ, Саъдӣ, Ҳофиз, Мавлоно Ҷалолуддин Балхӣ, Камоли Хучандӣ, Мир Сайид Али Ҳамдонӣ ва садҳо нафари дигар, табибони ҷирадасту ҳозикеро ба монанди Абубакр Муҳаммад Закариёи Розӣ (865-925), Шайхурраис ва Шарафулмулк Абӯалӣ ибни Сино Балхӣ Бухорӣ (980-1307), Абубакр Раббӣ ибни Аҳмад Ахвайнӣ Бухорӣ (асри IX), Абулҳасан Алӣ ибни Раббон Марвазии Табарӣ (асри IX), Абу Мансур Ҳасан Қамари Бухорӣ (ваф. 990), Алӣ ибни Аббоси Мачусӣ Аҳвозӣ (ваф. 994), Ҳаким Майсарӣ (асри X), Абу Мансур Муваффақ ибни Али Ҳиравӣ (асри X), Абурайҳон Муҳаммад ибни Аҳмад Беруни (973-1048), Шарафуддин Абулфатҳ Сайид Исмоили Ҷурҷонӣ (1042-1136) ва дигаронро ба воя расонидааст, ки ҳар кадом дар соҳаи тиб ва тандурустӣ саҳми сазовори таҳсин ва нақши муассире гузоштаанд.

Ба “айр аз табобат, маҳз дар соҳаи дорушиносӣ, баъди Шайхурраис Абӯалии Сино ду нафар аз ниёғони мо саҳми арзишманде



доранд, ки яке Абу Мансур Муваффақи Ҳиравӣ (асри X-XI) табиб ва дорушиноси асримиёнагии тоҷик аз шаҳри Ҳироти Аф-“онистон мебошад. Фаъолияташ дар замонҳои ҳукмронии Мансури I Сомонӣ, ки солҳои 961-976 салтанат кардааст, сипарӣ шуда, ба навоҳии Эрон Ҳиндустон сафарҳо кардааст. Ягона асари тиббии тоҷик замонҳои мо расидаи ӯ “Ал-Абния ан ҳақоик-ил-адвия” (КЗИ ЗБЗИдМе Ёд НЮЗЖЮ ЗБЗПжМе) ном дошта, соли 1056 таълиф гардидааст. Муаллиф дар он аз табибони қаблии худ Букрот, Ҷолинус, Ибни Раббони Табарӣ, Ҳусайн ибни Исҳоқ, Собит ибни Қурра, Абубақр Муҳаммад Закариёи Розӣ, Сино ибни Собит, Мӯсо ибни Синон ва дигарон ёд кардааст. Асари номбаршудаи Абумансури Ҳиравӣ яке аз қадимтарин намунаҳои насри форсии дарӣ (тоҷикӣ) дар соҳаи тиб мебошад. Дар “Ал-Абния ан ҳақоик-ил-адвия” 585 навъи доруҳо мавриди баррасии муаллиф қарор гирифтааст, ки аз он 466 намуна аз растаниҳо, 75 намуна аз маъдан ва 44 намуна аз ҳайвон тайёр карда мешудааст. Абумансури Ҳиравӣ, ки аз фаъолияти қариби пизишкони Ҳинд огоҳии вофидора дошт, шеваи қариби тиббии онҳоро некӯ навиштааст.

Дигаре Абурайҳон Муҳаммад ибни Аҳмад Берунии Косии Хоразмӣ (973-1048) мебошад, ки дар таърихи илму фаҳанги тоҷикон мавқеи хоса дорад. Ӯ муаллифи бештар аз 150 асарҳои мухталифмазмуну гуногуншакл буда, дар соҳаи тибб ва пизишкӣ асримиёнагӣ низ саҳми босазо гузоштааст, ки то ҳанӯз аҳамияти хосеро мотам аст. “Ас-Сайдана фи-т-тиб”-и ӯро дар замонҳои муосир мухтасар “Ас-Сайдана” номида ҳамчун китоби “Дорушиносӣ” (Фармакогнозия) зикр мекунанд. Ин асари тиббии ӯ дар қаламрави собиқ Иттиҳоди Шӯравӣ соли 1974 аз тарафи шарқшиноси арабидон ва кимиёдонии маъруфи ўзбекистонӣ Каримов Убайдулло Исроилович тарҷума шуда буд. Дар Ҷумҳурии Тоҷикистон аз тарафи шарқшиноси арабидон Аҳмад Ҳочизодаи Мадрушқатӣ дар асоси тарҷумаи форсии Абубақр ибни Алӣ ибни Усмон Исфар ал-Косонӣ (асри XIII милодӣ) ба таърифи расидааст. Аз он хотир, ки китоб ном-

рафтаи донишманди ҷаҳоншумул нотамо мондааст, ки он дар охири умри муаллиф таълиф гардидааст. Китоб аз пешгуфтори қутуб, қисми якуми иборат аз 5 боби хурд ва қисми дуввуми ботафсилии фарогири тавсифи рустаниҳои шифобахш иборат аст. Дар маҷмӯъ дар “Ас-Сайдана фи-т-тиб” тавсифи 1116 номгӯи маводи хоми доруворӣ, аз ҷумла 878 номгӯи растаниҳо, 107 номгӯи маъданӣ ва 101 номгӯи маҳсулоти ҳайвонӣ дарҷ гардидааст.

Ин асари тиббӣ дар дорушиносии Берунӣ дар сарчашмаҳо бо номҳои “ас-Сайдана фи-т-тиб” (“Дорушиносӣ дар пизишкӣ”) ва бо иловаи қалимаи “китоб”, яъне “Китобу-с-Сайдана фи-т-тиб” (“Китоби дорушиносӣ дар пизишкӣ”) зикр мешавад, ки таърихи илму мухтасаран бо номи “Сайдана” ва ё “ас-Сайдана” (“Дорушиносӣ”) ёд мешавад. Нусхаҳои гуногуни “Сайдана” дар Ҷумҳурии исломии Эрон (3 нусха), Ҷумҳурии Туркия ва Ҷумҳурии Тоҷикистон маҳфузанд. “Сайдана”, ки ба забони илми замонҳои муаллиф – арабӣ таълиф гардида, аз охири асарҳои Абурайҳони Берунӣ ба шумор меравад. Агарчанде аввалин тарҷумаи форсии дарӣ (тоҷикӣ)-и “Сайдана” дар ибтидои асри XIII милодӣ дар Ҳиндустон аз ҷониби Абубақр ибни Алӣ ибни Усмон Исфарӣ Косонӣ тарҷума шуда буд, дар замонҳои муосир баъд аз тарҷумаҳои зиёде ба забонҳои русӣ [3], форсии Эрон [7] ва туркӣ [9], ниҳоят аввалин маротиба бо алифбои кириллӣ соли 2017 аз ҷониби донишманди шинохта Аҳмадҷон Ҳочизодаи Мадрушқатӣ аз тарафи нашриёти “Дониш” ҷоп шудааст [1]. “Сайдана” аз зумраи он асарҳои тиббӣ ба шумор меравад, ки арзиши тиббӣ, дорушиносӣ, таърихӣ ва истилоҳотшиносӣ дошта, то ҳанӯз ба таври қимат мавриди баррасии муҳаққиқони дорушинос қарор нагирифтааст. [2; 7].

Саидова Фарзона Ҳомидовна ҷиҳати истилоҳотшиносии “Китобу-с-Сайдана фи-т-тиб”-ро ҳамчун сарчашмаи истилоҳоти тиббии тоҷикӣ мавриди баррасӣ қарор дода, соли 2013 дар асоси он рисолаи номзадӣ дифоъ кардааст. Муаллиф доир ба омода намудани маводҳои доруворӣ ва хусусия-



тҳои шифобахшии онҳо дар асари мазкур маълумоти мушаххас додааст. Бояд зикр намуд, ки дар омода намудани маводҳои доруворӣ нақши сарватҳои табиӣ хеле арзишманд мебошанд. Аз ин рӯ, академик Ҳисориев Ҳ. қайд намудааст: “Сарватҳои наботот, ки яке аз унсурҳои барқароршавандаи неъматҳои моддие мебошанд, ки онро инсон мунтазам ҳамчун манбаи каммасраф ва пурарзиш дар фаъолияти ҳаррӯзаи истеҳсолӣ, истеъмоли васеъ истифода мебарад. Нақши сарватҳои наботот дар рушди иқтисодии ҷомеа беҳамтоست ва аз ин ҷост, ки ҳифзи олами растаниҳо феълан ба яке аз вазифаҳои муҳимтарин ва умдатарини ҷомеа табдил ёфтааст” [4]. Дар ин замина аз ҷониби муҳаққиқони ватанию хориҷӣ пажӯҳишоти ҷолиби дигаре ҳам ба нашр расидаанд [2; 3].

Растаниҳо манбаи тамомнашаванда барои даст овардани маводҳои гуногуни доруворӣ ба ҳисоб мераванд. Маълум аст, ки зиёда аз 30%-и ҳамаи намудҳои доруворӣ аз растаниҳо омода карда мешаванд. Абурайҳони Берунӣ ҳамчун донишманди ҳамадон дар китоби мазкур доруҳоро аз ҷиҳати тасниф ба содаву мураккаб гурӯҳбандӣ карда, усули тайёр намудани баъзе доруҳои мураккабро ҷолибона баён кардааст [8].

Яке аз ҷиҳатҳои ҷолибу муфиди баёни номгӯи доруҳо аз тарафи муаллиф дар он аст, ки сараввал пайдоиш (этимология)-и вожаҳоро муайян карда, муродифи онҳоро ба дигар забонҳо зикр намуда, баъдан ба хосияти шифобахшии онҳо пардохтааст. Масалан, дар мавриди писта чунин гуфтааст: “Азҳарӣ Гӯяд: фустуқ лафзи муарраб аст аз лу“ати порсӣ. Хосият. Арҷонӣ гӯяд: писта гарми хушк аст дар ду дараҷа. Суддаҳоро бидушояд ва рағҳои ҷигарро покиза кунад ва иллатҳо, ки дар шуш ва бару сина бошад, ҳамаро манфиат кунад. Ва пӯсти нахустини ӯ қай ва шакро, ки ба лу“ати араб фувоқ гӯянд, нофеъ аст. Ва пӯсти миёнаи ӯ мар омоси дилро, ки аз рутубат бошад, судманд аст. Ва захри газандагонро чун ақрабу монанди он дофеъ аст, чун бо шароб ба кор бурда шавад” [2, с. 338]. Дар мавриди заъфарон (куркум) чунин гуфтааст:

“Куркум. Лайс гӯяд: куркум араб заъфаронро гӯянд. Ва баъзе гуфтаанд, ки куркум доруест аз анвои набот ва ба зира мушобаҳат дорад. Ва Абуамр гӯяд: куркум ва каранб наботест, ки ба заъфарон мушобаҳат дорад. Ва Расоили гӯяд: меваи асл аст ва зикри асл дар ҳарфи “алиф” кардаем. Ва ба лу“ати хиндӣ ӯро сокура гӯянд” [2, с. 685]. Аз ин ҷо дида мешавад, ки баъзеҳо куркум ва заъфаронро айни як чиз пиндошта, баъзеҳо мушобеҳи якдигар донистаанд. Доир ба хусусиятҳои шифобахшии ин растани Абӯалӣ ибни Сино дар “Ал-қонун” овардааст, ки заъфарон гарми хушк аст, гармиаш андар дараҷаи дуввум ва хушқияш андар дараҷаи якум аст. Заъфарон омосҳоро нест мекунад, биноиро беҳ, дилро қавӣ нафасгириро осон ва узвҳои нафасро қавӣ мегардонад [1]. Ҳамчунин молидани заъфарон ба дарди сари сармоӣ нафъ мебахшад, хурдани он барои дил воситаи оромибахш ва давои хикак мебошад.

Амирдавлат Амасиатсӣ фармудааст, ки нафаскаширо осон, ранги рӯйро беҳ, ҷабдашавии дигар доруҳоро дар рудаҳо хуб мекунад. Омосҳои сахтро ҳал ва ҷароҳати меъдари сахт мекунад. Муҳаммад Ҳусайн дар “Махзан-ул-адвия” навиштааст, ки заъфарон табъи касро хуш мекунад, ҷигар ва дигар узвҳои дарунӣ, қафаси синаро мустаҳкам мекунад. Гурдаву хичакро пок карда, сангҳои онро майда мекунад [8, с. 137]. Дар тибби мардумӣ гули заъфарон чун доруи оромибахш, зиддиташаннучӣ, пешоброн, арақрон, иштиҳоовар ва давои асабоният, сулфай сахт, ҷо“ар, меъдаву рӯда ва санги масона истифода мешавад. Мувофиқи маълумоти И.Куреннов заъфарон дорои хусусиятҳои оромибахш, дардбанд буда, дамхурдаҳои обии онро барои рафъи ихтилоҷҳои гуногун, сулфай шадид, кабудсулфа, бронхити музмин мефармоянд. Миқдори хурдани заъфарон дар як рӯз то 7 грамм аст. Ҳангоми истеъмоли зиёд ба гурда зарар карда, иштиҳоро тамоман сус мекунад, ба дилбеҳузурӣ ва гирифтори дарди сар оварданаш мумкин аст. [8, с. 138]. Барои омодаسازیи шаклҳои доруворӣ аз растаниҳо ба сифати ашъи шифобахш қисмҳои гуногуни



растаниҳое, ки дар фаслҳои гуногуни сол чамъоварӣ, хушк ва дар шароити муайян нигоҳдорӣ карда шудаанд, истифода бурда мешаванд, ки ин омилҳо низ дар асари “Китобу-с-сайдана” дарҷ гардидааст. Дигар ҷиҳати таснифи “Сайдана” дар он аст, ки

Берунӣ ҳангоми таснифи доруҳо номҳои арабӣ, ҳиндӣ, румӣ, юнонӣ ва сурёнии онҳоро низ муаррифӣ мекунад, ки аз як тараф, аз дараҷаи дониши густурдаи ӯ далолат диҳад, аз тарафи дигар, барои хонандагон ва пажӯҳишгарон муфид ба шумор меравад.

Адабиёт:

1. Абуали ибн Сино. Канон врачебной науки. ‘!-d!- Ташкент, 1956-1960
2. Абурайҳони Берунӣ. Ас-сайдана фи-т-тиб. Тарҷумаи форсии Абубакр ибни Алӣ ибни Усмон Исфар ал-Косонӣ (асри XIII милодӣ). Таҳияи матн ва пешгуфтори номзади илмҳои филологӣ Аҳмад Ҳочизодаи Мадрушкатӣ. Зери назар ва таҳрири доктори илмҳои филологӣ Тоҷиддин Мардонӣ. – Душанбе: Дониш, 2017. – 503 с.
3. Абу Райхан Беруни. Избранные произведения. Том IV. Фармакогнозия в медицине (Китаб ас-сайдана фи-т-тибб). Исследование, перевод, примечания и указатели У.И.Каримова. – Ташкент: Издательство «Фан», 1974.
4. Китоби сурхи Ҷумҳурии Тоҷикистон. Ҷилди 1, Олами наботот. Душанбе: «Ганҷ». 2017. – 590 саҳ.
5. Комили Абдулхай. “Фарзандони номбардор”-и Берунӣ. – Душанбе: Меҳроҷ, 2023. – 48 с.
6. Саидова Ф. Х. «Китаб ас-сайдана фи-т-тиб» («Книга фармакогнозия в медицине») Абурайхана Беруни источник развития таджикской медицинской терминологии. Авт. дисс. на соискание ученой степени кандидата филологических наук. – Душанбе, 2013.
7. Сайдана. Таълифи Абурайҳони Берунӣ. Тарҷумаи форсии нимаи аввали қарни ҳаштуми ҳиҷрӣ аз Абубакр ибни Алӣ ибни Усмони Косонӣ. Ба кӯшиши Манучехри Ситуда, Эраҷи Афшор. Ҷ. 1-2.– Техрон, 1358.–60+1160 с.
8. Яқубова М.М. ва дигарон. Растаниҳои шифобахш дар тибби халқӣ ва амалӣ. – Душанбе: 2021. – 288 саҳ.
9. Kitabu ‘s-Saydana fi-‘t-tib. Ebu ‘r-Reyhan el-Beyruni. Turkceye ceviren Esin Kahya. Fotografilar Mahmut Turgut. TC Kultur ve turizm Bakanliqi. – Ankara, 2011. – 496 s.

ВКЛАД АБУРАЙХАНА БЕРУНИ В МЕДИЦИНСКУЮ И ФАРМАЦЕВТИЧЕСКУЮ НАУКУ

Каландарзода Ё.

Кафедра фармакогнозия и ОЭФ ГОУ «ТГМУ имени Абуали ибни Сино».

В статье кратко рассказывается о вкладе Абурайхана Беруни в развитие фармацевтических знаний. Растения являются неисчерпаемым источником для получения различных лекарственных средств. Известно, что более 30% всех видов лекарств готовят из растений. Как известный ученый Абурайхана Беруни в

своем произведении «Книга фармакогнозия в медицине» («Китаб ас-сайдана фи-т-тиб») классифицировал лекарства на простые и сложные, и интересно объяснил способ приготовления некоторых сложных лекарств.

Ключевые слова: Абурайхан Беруни, фармацевтическая наука, средние века, история науки.

CONTRIBUTION OF ABURAIKHAN BERUNI TO MEDICAL AND PHARMACEUTICAL SCIENCE

Qalandarzoda Y. Q.

Department of Pharmacognosy and SEF of the SEI “Abuali ibni Sino TSMU”.

The article briefly describes the contribution of Aburairhan Beruni to the development of pharmaceutical knowledge. Plants are an inexhaustible source for obtaining various

medicines. It is known that more than 30% of all types of medicines are prepared from plants. As a well-known scientist Aburairhani Beruni, in his work “The Book of Pharmacognosy in Medicine”



(“Kitab as-saydana fi-t-tib”), he classified medicines into simple and complex, and interestingly explained the method of preparing

some complex medicines.

Key words: Aburaihan Beruni, pharmaceutical science, Middle Ages, history of science.

Қаландарзода Ё.Қ. – номзади илмҳои биологӣ, дотсенти кафедраи фармакогнозия ва ТИФ-и МДТ “ДДТТ ба номи Абуалӣ ибни Сино”: Тел.: (+992) 904 25 25 25; E-mail: kholov-73@mail.ru.

Каландарзода Ё. Қ. – к.б.н., доцент кафедри фармакогнозии и ОЭФ ГОУ «ТГМУ имени Абуали ибни Сино».

Qalandarzoda Y. Q. - Candidate of Biological Sciences, Associate Professor of the Department of Pharmacognosy and SEF of the State Educational Institution

ОМУЗИШИ МУҚОИСАВИИ ТАЪСИРИ ҚАНДПАСТКУНИИ БАЪЗЕ РАСТАНИҲОИ ШИФОБАХШ ДАР ДИАБЕТИ АЛЛОКСАНӢ Юлдашева У. П., Ишанқулова Б. А., Хусейнова Ё.Ф.

Кафедраи фармакологияи МДТ «ДДТТ ба номи Абуалӣ ибни Сино»

Муҳимият. Ханӯз табибони қадим олами растаниҳоро ҳамчун манбаи васеи шифобахш арзёбӣ мекунанд. Абуалӣ ибни Сино изҳор дошт (мегуфт), ки “...духтур се асбоб дорад: калима, растанӣ ва корд.” Ва дар ибораи буддой чунин омадааст: “Агар ба атроф бо чашми табибе, ки доруҳоро меомӯзад, назар кунем, метавон гуфт, ки мо дар ҷаҳони доруҳо зиндагӣ мекунем”. Маълумот дар бораи истифодаи хосиятҳои шифобахши растаниҳо дар ёдгориҳои қадимаи хаттии фарҳанги инсон мавҷуд аст.

Дар солҳои охир тавачҷӯҳ ба фитотерапия дар саросари ҷаҳон афзоиш ёфтааст. Ин аз он сабаб аст, ки фитопрепаратҳо таъсири захролудшавии паст бо самаранокии хеле баланд, спектри таъсири васеи табобатӣ ва таъсири комплекси органопротекторӣ доранд. ʼайр аз он, бартарии табобати бо доруҳои растанӣ дар он мебошад, ки онҳо дар муқоиса нисбати бо доруҳои синтетикӣ дастрас ва имконияти тайёр кардани онҳо дар ҳона мебошад. Фитопрепаратҳо шумораи ками зиддинишондоҳо доранд ʼамалан тамоман онҳоро надоранд. Ҳангоми истеъмоли фитопрепаратҳо таъсири нохуш, хусусан хусусияти аллергӣ нисбатан кам ба назар мерасад. Масалан, таъсирҳои манфии истифодаи фитопрепаратҳо нисбат ба дигар доруҳо 5 маротиба камтар ба назар мерасанд. Табобати гиёҳӣ ҳамчун пешгирии ибтидоӣ ва дуҷумдараҷаи бемориҳои гуногун, бахусус бе-

мориҳои марбут ба равандҳои мубодилаи моддаҳо, дар табобати бемориҳои музмин, барои табобати кӯдакони хурдсол, занон дар давраи ҳомиладорӣ ва ширмакони, инчунин дар тибби варзишӣ истифода мешавад. Фитотерапия дар табобати синдроми метаболикӣ ва ҷузъҳои (аломатҳои) алоҳидаи он, хусусан диabetи қанд аҳамияти махсус дорад.

Табобати комплекси синдроми метаболикӣ дар яққоягӣ бо фитотерапия имкон медиҳад, ки хатари пайдоиши таъсирҳои нохуши гуногун кам карда, инчунин талаботи ҳаррӯза ба доруҳои гормоналӣ ва синтетикӣ паст мешавад.

Яққоя истифода бурдани растаниҳои шифобахши гуногун бо яққигар хуб мувофиқат мекунанд, аксар вақт таъсири яққигарро (таъсири синергизм) тақвият медиҳанд. Эҳтимол, аз ин рӯ, ҷамъҳои бисёркомпонентии растаниҳо бештар таъсири клиникӣ мусбат доранд; истифодаи ҷамъҳои имкон медиҳад, ки ба таъсири максималии терапевтӣ ноил шавад. Фитопрепаратҳо инчунин бо доруҳои синтетикӣ мутобиқати хуб доранд, ки имкон медиҳанд, ки ҳангоми оқилонаи истифодабурдани онҳо таъсири терапевтӣ табобатро ба таври назаррас баланд мебардоранд.

Рушди технологияҳои муосир имкон медиҳад, ки маълумот дар бораи таркиби химиявии фитопрепаратҳо таҳлилкарда ва механизмҳои таъсири онҳоро дар сатҳи



хучайра фаҳмиш пайдо кард. Компонентҳои асосии доруҳои растанигӣ: алкалоидҳо, антрахинонҳо, каротиноидҳо, флавоноидҳо, гликозидҳо, пайвастагиҳои фенолӣ мебошанд. Ҷумҳурии Тоҷикистон дорои захираи зиёди растаниҳои шифобахш мебошад, ки дар таркибашон бисёре аз ин моддаҳои фаъоли биологӣ вучуд дорад, аммо мутаассифона, бисёре аз онҳо пурра омӯхта нашудаанд. Маълум аст, ки растаниҳои дорой равшанҳои эфирӣ, флаваноидҳо, полифенолҳо таъсири фаъоли қандпастандаро доранд.

Аз ин рӯ, ҷустуҷӯ ва коркарди доруҳои нав дар асоси растаниҳои шифобахш, ки таъсири гипогликемикӣ доранд, вазифаи муҳимтарини фармакологияи муосир мебошад.

Мақсади таҳқиқ. Омӯзиши таъсири гипогликемии баъзе растаниҳои шифобахш, ки дар Ҷумҳурии Тоҷикистон мерӯянд.

Мавод ва усулҳои таҳқиқ. Маводи тадқиқот баргҳо ва пояҳои сиёҳпӯст (ежевика) (*Rubus caesius*), баргҳои ангури кишткардашуда, (*Vitis vinifera*), алаф, барг ва гули косини оддӣ (*Cichorium intybus* L.) ва меваҳои хучи гундӣ (шиповник) (*Rosa huntica*), дар асоси ин растаниҳо коркарди ҷамъи «Маранкхуч», ки бо номи шартӣ номгузори шудааст;

Дар асоси алафи чойкахаки сӯрохшуда (*Hypericum perforatum* L.), растаниҳои кокутии оддӣ (*Origanum vulgare*), баргҳои пудина (*Mentha piperita*), барги мелиссаи доруворӣ (*Melissa officinalis* L.) ҷамъи «Чордору», ки бо номи шартӣ номгузори шудааст;

Дар асоси меваҳои нопухтаи ангури кишткардашуда (*Vitis vinifera*) ҷамъи «Хушкгура» номгузори шудааст;

Мо, инчунин баргҳо ва пояҳои газнаи духонагири (*Urtica dioica*) омӯхтем.

Аз ҷамъҳои «Маранкхуч», «Чордору», «Хушкгура» ва газнаи духонагӣ мувофиқи талаботи Фармакопеяи Давлатӣ киём дар таносуби 1: 10 тайер карда, (ФД XI нашриёт., ФД ФР XIII нашр., 2017) бо усули - дохили меъда дар меъри 5 мл/кг вазни ҳайвонот ворид карда шуд. Барои сохтани модели таҷрибавии диабетӣ қанд, мо диабетӣ аллоксан-

ро интихоб кардем. Диабетӣ аллоксанӣ дар мушҳои сафедпӯсти мард, ки вазни баданашон 220-250 гр., бо ворид кардани зери пӯст, 10% маҳлули аллоксангидратро (*Alloxanum hydratum* «Хемапол» Чехословакия) дар миқдори 100 мг/кг вазни ҳайвон, ки пеш аз ворид кардан, омода карда шудааст (*extempore*) ба амал оварда шуд. Аллоксангидратро ба ҳайвоноти лабораторӣ пас аз дар давоми 24 соат гуруснагӣ, ворид карда шуд. (Ю.Н.Нуралиев ва ҳаммуаллиф., 1984). Қиёмҳои фитопрепаратҳо ба дохили меъда, аз рӯзи аввали пас аз таъриқи аллоксангидрат ва баъдан ҳар рӯз дар давоми як моҳ гузаронида шуд. Самаранокии ҷамъҳои тадқиқотӣ бо таъсири табобатии ҷамъи маъруфи зидди диабетӣ «Арфазетин», ки дар Пажӯҳишгоҳи умумии тифоқии растаниҳои доруворӣ (ВИЛАР) (С.Я. Соколов ва ҳаммуаллиф., 1990) муқоиса карда шуд.

Натиҷаи кор ва муҳокимаи он. Дар бораи мавҷудияти таъсири гипогликемии доруҳои ҷамъоварии «Маранкхуч», «Чордору», «Хушкгура» ва газнаи духонагӣ аз рӯи сатҳи қанд ва гемоглобини гликолизатсияшуда дар хун дар мушҳои назоратӣ ва бо таҷриба баҳо дода шуд. Концентрацияи қанди хун ва гемоглобини гликозилишуда пеш аз ворид кардани аллоксан ва пас аз 7, 15 ва 30 рӯз аз «ози табобат бо қиёмӣ омӯхташуда муайян карда шуд. Дар ҳайвоноти озмоишӣ диабетӣ аллоксанӣ бо гипергликемияи шадид ва баланд шудани миқдори гемоглобини гликолизатсияшуда ҳамроҳ мешавад, ки ин бо натиҷаҳои маълумоти таҷрибавӣ тасдиқ карда мешавад (табл.№1).

Дар мушҳои назоратӣ дар тамоми давраи озмоиш сатҳи гликемия дар сатҳи баланд боқӣ монда, дар 7 рӯз $12,9 \pm 0,3$ ммол/л, 15 рӯз пастшавии ночизи то $12,2 \pm 0,3$ ммол/л қайд карда мешавад ва пас аз як моҳ ба $12,2 \pm 0,3$ ммол/л баробар буд. Дар раванди муолиҷа бо ҷамъи қиёмӣ «Маранкхуч» коҳиши боэтимоди ($P < 0,05$) концентрацияи қанд дар хун мушоҳида карда шуд, ки пас аз 7 рӯз $5,9 \pm 0,3$ ммол/л, пас аз 15 рӯз $5,1 \pm 0,3$ ммол/л ва пас аз як моҳи табобат то $4,6 \pm 0,3$ ммол/л паст шуда, ба нишондиҳандаи дар гурӯҳҳои солим (интакти) ҳайвонот наздик шуд.



Чадвали № 1- Таъсири муқоисавии гипогликемии чамъҳои “Маранкхуч”, “Чордору”, “Хушкгура”, “Арфазетин” ва ғазнаи духонагӣ ҳангоми диабетии аллоксан

№	Гур.таҷрибаҳо ва меёр ба кг вазн	Нишондодҳои ибтидоӣ ба 100% баробар	Концентрацияи қанди хун дар ммол /л ва дар % баъ аз:			Гемоглобини гликозилишуда (HbA1c) 30 рӯз	P
			7 рӯз	15 рӯз	30 рӯз		
1	Интакӣ	4,3±0,3	4,3±0,2 100%	4,2±0,3 97,6%	4,2±0,03 97,6%	4,2±0,03 97,6%	>0,05
2	Назоратӣ Оби дистил. 5мл/ кг	4,4±0,2	12,9±0,3 293,6%	12,2±0,3 277,2%	12,1±0,3 275%	12,2±0,3 275%	<0,05
3	Таҷрибавӣ "Маранкхуч" 5мл/кг	4,5±0,3	5,9±0,1 131,1%	5,1±0,3 113,5%	4,6±0,3 102,2%	4,7±0,3 102,2%	<0,05
4	Таҷрибавӣ "Чордору" 5 мл / кг	4,3±0,3	6,3±0,1 146,5%	6,0±0,1 139,5%	5,7±0,1 132,6%	5,8±0,1 138,1%	<0,05
5	Таҷрибавӣ "Хушкгура" 5мл / кг	4,3±0,3	6,8±0,1 158,1%	6,6±0,1 153,5%	6,3±0,01 146,5%	6,4±0,1 146,5%	<0,05
6	Таҷрибавӣ ғазнаи духонагӣ 5 мл / кг	4,4±0,3	6,5±0,1 146,5%	6,2±0,1 139,5%	6,0±0,1 132,6%	6,2±0,01 138,1%	<0,05
7	Муқоисавӣ "Арфазетин" 5 мл / кг	4,3±0,3	6,4±0,1 148,8%	6,3±0,1 146,5%	6,1±0,1 141,5%	6,3±0,1 141,5%	<0,05

Эзоҳ: P аҳамияти омории таҷрибаҳои нишондиҳандаҳо бо мурури замон (аз рӯи ANOVA Фридман); % нисбат ба нишондиҳандаи аввала

Чунин таъсир дар гуруҳи ҳайвоноти эксперименталии, ки бо қиёми чамъи «Чордору» таъбабат карда буд, мушоҳида мешавад, яъне коҳиши сатҳи гликемия ($P > 0,05$) ба амал меояд. Пас аз 7 рӯз, миқдори глюкозаи хун дар плазмаи хуни ҳайвоноти аз 12,9±0,3 ммол /л то 6,3±0,1 ммол /л кам мешавад, пас аз 15 ва 30 рӯз таъбабати бо қиёми чамъи «Чордору» сатҳи гликемия боз ҳам коҳишёфта, дар ин гуруҳҳои ҳайвонот, мутаносибан 6,0±0,1 ммол /л ва 5,7±0,1 ммол /л ташкил дод.

Дар гуруҳи ҳайвонҳои таҷрибавӣ, ки қиёми «Арфазетин» мегирифтаанд, миқдори глюкоза дар хун низ коҳиш ёфта, пас аз 7 рӯз 6,4±0,1 ммол /л, пас аз 15 рӯз 6,3±0,1 ммол /л ва дар охири даври таъбабати, яъне дар 30-юм рӯз 6,1±0,1 ммол /л- ро ташкил дод.

Қиёми чамъи «Хушкгура» дар тамоми мӯҳлати озмоиш ба паст шудани сатҳи гликемия мусоидат кард, хусусан пас аз 7 рӯз то 6,4±0,1 ммол /л, пас аз 15 рӯз то 6,3±0,3 ммол /л ва пас аз 30 рӯз ба 6,1±0,1 ммол /л баробар шуд.

Дар ҳолати дохили меъда ворид кардани қиёми ғазнаи духучрагӣ дар меъри 5 мл/кг вазни ҳайвоноти таҷрибавӣ, консентратсияи қанд дар хун дар 7 рӯз- 6,5±0,1 ммол /л,

15 рӯз - 6,2±0,3 ммол /л ва 30 рӯз 6,0±0,1 ммол /л ташкил дод.

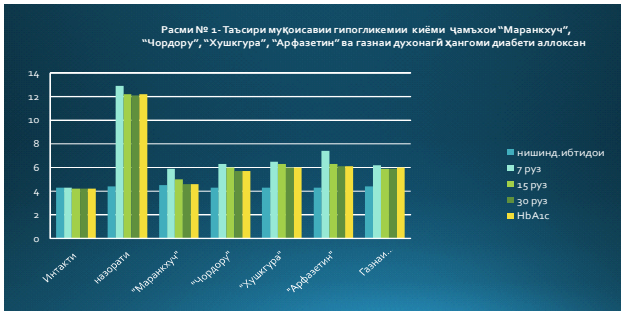
Дар раванди таъбабати бо қиёми чамъи «Хушкгура» дар калламушхое бо диабетии аллоксанӣ миқдори қанд дар хун коҳиши бозътимоди ($P < 0,05$) мушоҳида карда шуд, ки пас аз 7 рӯз 6,8±0,3 ммол /л, пас аз 15 рӯз 6,6±0,3 ммол /л ва пас аз як моҳи истифодаи он 6,3±0,3 ммол /л- ро ташкил кард. Дар мавриди таъбабат бо қиёми чамъи «Арфазетин», ки ҳамчун доруи муқоиса хизмат мекард, инчунин коҳиши бозътимоди миқдори қанд дар хун дар тамоми давраи озмоиш мушоҳида карда шуд. Дар ҳайвоноти аз гуруҳи таҷрибавӣ бо қиёми чамъи «Арфазетин» таъбабат гардида, сатҳи гликемия пас аз 7 рӯз 6,8±0,1 ммол /л, пас аз 15 рӯз 6,6±0,3 ммол /л ва пас аз 30 рӯз 6,3±0,1 ммол /л- ро ташкил дод.

Дар ҷанбаи муқоисавӣ, қиёми чамъи «Маранкхуч» аз рӯи самаранокӣ аз таъсири гипогликемии қиёми чамъи «Чордору», «Хушкгура», ғазнаи духонагӣ ва «Арфазетин» зиёдтар аст.

Қиёми чамъи «Маранкхуч» > қиёми чамъи «Чордору» > қиёми ғазнаи духонагӣ > қиёми чамъи «Хушкгура» > қиёми чамъи «Арфазетин».

Барои арзёбии (баҳодихи) мавҷудияти таъсири гипогликемии қиёмҳои чамъҳои

«Маранкхуч», «Чордору», «Хушкгура», газнаи духонагӣ ва «Арфазетин», мо инчунин таъсири онхоро ба миқдори гемоглобини гликолизатсияшуда омӯхтем.



Дар гуруҳи ҳайвоноти назоратӣ бо диabetи аллоксани миқдори гемоглобини гликолизатсияшуда $12,2 \pm 0,3$ ммол /л- ро ташкил дод, ки нисбат ба нишондихандаи гуруҳи калламушҳои солим (гурӯҳи интактӣ), ки концентратсияи гемоглобини гликолизатсияшуда $4,2 \pm 0,3$ ммол /л-ро ташкил дод, ки ин қариб 2,5 маротиба зиёдтар буд.

Миқдори гемоглобини гликолизатсияшуда дар гуруҳи калламушҳои назоратӣ аз нишондихандаи нисбат ба гуруҳи калламушҳои интактӣ 177,4% зиёдтар буд. Дар гурӯҳҳои таҷрибавӣ, ки бо қиёми чамъҳои «Маранкхуч» таъбаат карда шудаанд, фоизи гемоглобини гликолизатсияшуда кам шуда, дар охири давраи таъбати, яъне баъд аз 30 рӯз $4,7 \pm 0,1\%$; -ро ташкил дод.

Гемоглобини гликолизатсияшуда, дар гуруҳи ҳайвоноте, ки бо қиёми чамъҳои «Чордору» дар миқдори 5 мл/кг вазн таъбаат карда шуд, дар чараёни таъбаат боэътимод коҳиш меёбад ($P > 0,05$) ва дар давоми 30 рӯз миқдори он $5,8 \pm 0,3$ ммол /л- ро ташкил дод, дар гуруҳи ҳайвоноте, ки бо қиёми чамъҳои «Хушкгура» таъбаат карда мешаванд, миқдори гемоглобини гликолизатсияшуда низ коҳиш ёфта, $6,4 \pm 0,3$ ммол /л, ин нишондод каме аз таъсири гипогликемии чамъҳои «Чордору» камтар аст.

Истифодаи дохили меъда аз қиёми газнаи духонагӣ ва қиёми чамъҳои «Арфазетин» дар миқдори 5 мл/кг вазни ҳайвонот гуруҳи таҷрибавӣ бо диabetи аллоксанӣ, инчунин коҳиши боэътимоди ($P < 0,05$) фоизи миқдори гемоглобини гликолизатсияшуда мушоҳида мешавад, ки пас аз 30 рӯз мутаносибан $6,2 \pm 0,1$ ммол /л ва $6,3 \pm 0,1$ ммол /л-ро ташкил дод.

Қайд кардан лозим аст, ки дар муқоиса таъсири гипогликемии қиёми чамъҳои «Маранкхуч», «Чордору», «Хушкгура» ва газнаи духонагӣ аз чамъҳои маъруфи зидди-diabetи «Арфазетин» кам нест.

Хулоса. Ҳамин тариқ, таъсири кандпас-ткунӣ қиёмҳои чамъҳои «Маранкхуч», «Чордору», «Хушкгура», «Арфазетин» ва газнаи духонагӣ дар модели диabetи эксперименталии аллоксанӣ омӯхта шуд ва таъсири самараноки гипогликемии онҳо исбот шудааст, ки бо коҳиши боэътимоди ($P < 0,05$) сатҳи баланди гликемия ва концентратсияи гемоглобини гликолизатсияшуда дар хун ифода меебад.

Таъсири гипогликемии растаниҳои шифобахш аз миқдори зиёди флавоноидҳо, ра-в«анҳои эфирӣ, кислотаҳои органикӣ ва витаминҳо дар таркиби онҳо вучуд дорад вобаста аст, ки ба туфайли онҳо оксидшавии глюкоза дар бофтаҳо, яъне истифодаи ва паст шудани он дар хун ба амал меояд. Эҳтимол аст, ки моддаҳои фаъоли биологӣ (МФБ), ки дар таркиби қиёмҳо вучуд доранд, регенератсияи ҳучайраҳои қазираҳои Лангерганс мусоидат мекунанд.

Натиҷаҳои таҳқиқоти таҷрибавӣ имкон медиҳад, ки қиёмҳои чамъҳои «Маранкхуч», «Чордору», «Хушкгура», «Арфазетин» ва газнаи духонагӣ дар таъбати комплекси ба беморони гирифтори устувори инсулин, диabetи қанди II ва синдроми метаболитикӣ тавсия дода шавад.

Адабиёт

- Зверев. Я. Ф. Флавоноиды глазами фармаколога. Антиоксидантная и противовоспалительная активность [Текст] / Я. Ф. Зверев // Обзоры по клинической фармакологии и лекарственной терапии. – 2017. – Т.15, №4. – С. 5–13.
- Ишанкулова. Б. А. Влияние листьев шелковицы белой и крапивы двудомной на основные патогенетические звенья метаболического синдрома [Текст] / Б. А. Ишанкулова, У. П. Юлдашева, М. В. Урунова // Проблемы гастроэнтерологии. – Москва, 2021. – № 2. – С. 49-52.



СРАВНИТЕЛЬНОЕ ИЗУЧЕНИЕ САХАРОСНИЖАЮЩЕГО ДЕЙСТВИЯ НЕКОТОРЫХ ЛЕКАРСТВЕННЫХ РАСТЕНИЙ ПРИ АЛЛОКСАНОВОМ ДИАБЕТЕ

Юлдашева У.П., Ишанкулова Б.А., Хусейнова Ё.Ф.

Кафедра фармакологии ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино»

Резюме. Изучено сахароснижающее действие некоторых лекарственных растений флоры Республики Таджикистан на модели экспериментального сахарного диабета. Для оценки эффективности гипогликемического действия было изучено их влияние на концентрацию сахара в крови и по содержанию гликолизированного гемоглобина в сыворотке крови у крыс с аллоксановым диабетом. Эксперимен-

тально показано, что настои изучаемых лекарственных растений, при внутрижелудочном применении в дозе 5 мл/ кг массы животных в течение одного месяца достоверно ($P > 0,05$) снижают повышенную концентрацию сахара и гликолизированного гемоглобина.

Ключевые слова: Экспериментальный диабет, гипергликемия, сахароснижающее действие, лекарственные растения.

COMPARATIVE STUDY OF THE HYPOGLYCEMIC EFFECT OF CERTAIN MEDICINAL PLANTS IN ALLOXAN DIABETES

Yuldasheva U.P., Ishankulova B.A., Huseinova Y.F.

Department of Pharmacology of the State Educational Institution “Avicenna Tajik State Medical University “. Dushanbe. Tajikistan

Summary. The hypoglycemic effect of some medicinal plants of the flora of the Republic of Tajikistan on the model of experimental diabetes mellitus has been studied. To assess the effectiveness of hypoglycemic action, their effect on blood sugar concentration and on the content of glycosylated hemoglobin in blood serum in rats with alloxan diabetes was studied. It has been

experimentally shown that infusions of the studied medicinal plants, when administered intragastrically at a dose of 5 ml/kg of animal weight for one month, significantly ($P > 0.05$) reduce the increased concentration of sugar and glycosylated hemoglobin.

Keywords: Experimental diabetes, hyperglycemia, hypoglycemic effect, medicinal plants.

Юлдашева Умедахон Пулатовна-н.и.т., дотсенти кафедраи фармакологияи МДТ «ДДТТ ба номи Абуали ибни Сино», +992935999944 umeda.yuldasheva@mail.ru

Ишанкулова Бустон Астановна – д.и.т., профессори кафедраи фармакологияи МДТ «ДДТТ ба номи Абуали ибни Сино», +992918460129

Хусейнова Ёсуман Фирдавси - ассистент кафедраи фармакологияи МДТ «ДДТТ ба номи Абуали ибни Сино», +992988205080; yosuman26@mail.ru

Юлдашева Умедахон Пулатовна –к.м.н., доцент кафедры фармакологии ГОУ «ТГМУ им.Абуали ибни Сино», +992935999944 umeda.yuldasheva@mail.ru

Ишанкулова Бустон Астановна – д.м.н., профессор кафедры фармакологии ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино», +992918460129

Хусейнова Ёсуман Фирдавси- ассистент кафедры фармакологии ГОУ «ТГМУ им.Абуали ибни Сино», +992988205080; yosuman26@mail.ru

Yuldasheva Umedakhon Pulatovna – c.m.s., Associate professor of the Department of Pharmacology of the SEI “Avicenna Tajik State Medical University “, +992935999944; umeda.yuldasheva@mail.ru

Ishankulova Buston Astanovna – d.m.s., Professor of the Department of Pharmacology of the SEI “Avicenna Tajik State Medical University “, +992918460129

Huseinova Yosuman Firdavsi - assistant of the Department of Pharmacology of the SEI “Avicenna Tajik State Medical University “, 92988205080; yosuman26@mail.ru



ТАЪСИРИ ЧАМЪҲОИ «МАРАНКХУЧ», «ЧОРДОРУ» ВА «ХУШКҒҶРА» БА ҲОЛАТИ ФУНКЦИОНАЛИИ ЧИГАР

Юлдашева У.П., Ишанкулова Б.А., Насруллоева М.Х.

Кафедраи фармакологияи МДТ «ДДТТ ба номи Абуали ибни Сино».
Душанбе. Тоҷикистон.

Муҳиммият. Солҳои охир, синдроми метаболикӣ дар тамоми ҷаҳон яке аз масъалаҳои мубрам ба ҳисоб меравад, ки он маҷмӯи вайроншавии мубодилаи моддаҳо мебошад, ки боиси ташаккули маҷмӯи бемориҳои музмини бо ҳам алоқаманд мегардад: фарбеҳӣ, муковимати ба инсулин, диабети қанд, дислипидемия бо рушди атеросклероз, гипертонияи артериалӣ, дистрофияи чарбии чигар.

Яке аз узвҳои мавриди ҳадафи синдроми метаболикӣ чигар аст. Микдори аз ҳад зиёди равгани висцералӣ боиси зиёд шудани кислотаҳои чарби озоди гардишкунанда шуда, воридшавии онҳо ба чигар меафзояд, дар натиҷа синтези триглитсеридҳо ва ЛПЗП (липопротеинҳои зичии паст) атерогенӣ дар гепатоситҳо зиёд шуда, микдори ЛПЗБ (липопротеинҳои зичии баланд), ки таъсири зиддиатерогенӣ доранд, коҳиш меёбад. Стеатози чигар (дистрофияи чарбӣ) инкишоф ёфта, ҳамзамон фишори оксидшавӣ бо ташаккули реаксияи илтиҳобӣ ва рушди стеатогепатит инкишоф меёбад. Гепатопротекторҳо барои табобати бемориҳои чарбии чигар васеъ истифода мешаванд. Солҳои охир шумораи зиёди гепатопротекторҳо пешниҳод карда шуданд, аммо ҳанӯз ҳам дар бозори фармасевтӣ микдори нокифояи доруҳои самаранок, ки ба механизмҳои асосии патогенетикии гепатозҳои чарбии чигар таъсир мерасонанд, эҳсос карда мешавад.

Дар айни замон, дар гепатология, дар баробари доруҳои синтетикӣ ба доруҳои пайдоишашон растанигӣ афзалият дода мешавад, зеро онҳо захролудшавии паст ва доираи васеи таъсири табобатӣ доранд. Бо сабаби мавҷудияти флавоноидҳо, равғанҳои эфирӣ, кумаринҳо, витаминҳо, каротиноидҳо, кислотаҳои органикӣ ва як қатор дигар моддаҳои фаъоли биологӣ (МФБ) дар таркиби растаниҳои шифобахш, онҳо таъ-

сирҳои гипополидемикӣ, холеретикӣ, гипогликемикӣ, гепатопротекторӣ, антиоксидантӣ мерасонанд ва вазифаи зиддитоксикии чигарро беҳтар мекунанд [].

Аз ин рӯ, коркард ва омӯзиши гепатопротекторҳои нав аз растаниҳои шифобахш дар фармакология ва гепатологияи муосир масъалаи мубрам боқӣ мемонад.

Мақсади ин тадқиқот омӯзиши таъсири гепатопротекториҳои чамъҳои растанигии тадқиқшавандаи «Маранкхуч», «Чордору» ва «ХушкҶура» ва таъсири онҳо ба функцияҳои зиддитоксикии ва экскретории чигар дар модели гепатити таҷрибавии токсикӣ, ки бо тетрахлориди карбон ба вуҷуд оварда шудааст (CCl_4).

Усулҳои мавод ва тадқиқот. Кор дар кафедраи фармакологияи МДТ «ДДТТ ба номи Абуалӣ ибни Сино» иҷро шудааст. Таҷрибаҳо дар заминаи Озмоишгоҳи марказии илмӣ-тадқиқотӣ (ОМИТ) дар МДТ «ДДТТ ба номи Абуалӣ ибни Сино» мувофиқи талаботҳои Комиссияи биоэтика ва «Принсипҳои умумии этикии озмоиши ҳайвонот», ки ба нуқтаҳои Конвенсияи Аврупо оид ба муҳофизати ҳайвоноти сутунмӯҳрадор, ки бо мақсадҳои таҷрибавӣ ва дигар мақсадҳои илмӣ истифода мешаванд» мувофиқ аст. (ш.Страсбург, Франция, 1986с.).

Ҳайвоноти лабораторӣ дар шароити стандартии вивариум бо дастрасии озод ба об ва «изо нигоҳ дошта мешуданд. Таҷрибаҳо дар каламушҳои сафеди хар ду чинси вазнашон 180—220 грамм дар мавсими баҳор - тобистон гузаронда шуданд. Дар асоси растаниҳои шифобахши Ҷумҳурии Тоҷикистон, ки дорои равғанҳои эфирӣ, полифенолҳо, микроэлементҳо ва витаминҳо мебошанд, чамъҳои растанигӣ бо номҳои шартӣ «Маранкхуч», «Чордору» ва «ХушкҶура» омода карда шуданд.

Қиёмҳо аз чамъҳои омӯхташуда муво-



фиқи талаботи Фармакопедии давлатӣ (ФД нашри XI, ФД ФР нашри XIII) дар таносуби 1:10 омода карда шуданд ва ба дохили меъда дар меъёри 5 мл/кг вазни бадан ба ҳайвонот ворид карда шуданд. Барои баҳодихии муқоисавии самаранокии доруҳои омӯхташуда гепатопротектори маъмули растанигии Легалон (Legalon@ 70, Rottapharm-Madaus, Италия) дар меъёри 100 мг / кг вазни ҳайвонот, ки ба дохили меъда ворид карда шудааст (дар маҳлули 5% крахмал), ҳамчун назорат истифода шуд[4].

Таъсири гепатопротектори чамъҳои растанигӣ дар модели таҷрибавии гепатити захрноки CCl_4 омӯхта шудааст. Ин модели таҷрибавӣ дар каламушҳо тавассути ба зерӣ пӯст ворид кардани тетраҳлориди карбон (CCl_4) дар маҳлули 50% равшани зайтун, дар меъёри 2 мл/кг вазни ҳайвоноти таҷрибавӣ дар давоми як моҳ ба амал оварда шуд. Гепатити токсикӣ CCl_4 аз ҷиҳати морфологӣ бо дистрофияи сафедавӣ ва ҷарбии гепатоцитҳо, бо инкишофи некроз ва инфилтратсияи гистио-лимфоцитарӣ тавсиф мешавад. Патогенези инкишофи гепатит бо таъсири захрарноки CCl_4 ва радикалҳои фаъоли он ба ҳуҷайраҳои ҷигар, ки ҳангоми таҷзияи он бо цитохром P-450 ба вучуд меоянд, бо рушди фиброз ва сирроз алоқаманд аст. [1].

Таъсири гепатопротектори чамъҳои таҳқиқшаванда тавассути муайян кардани фаъолияти аланинаминотрансфераза (АЛАТ), аспартатаминотрансфераза (АСАТ), фосфатазаи ишқорӣ (ФИ) ва сатҳи билирубин арзёбӣ карда шуд. Бағайр аз ин, барои арзёбии самаранокии таъсири гепатопротекторӣ, нишондиҳандаҳои мубодилаи сафедаҳо низ муайян карда шуданд - микдори сафедаи умумӣ ва креатинин. Фаъолияти фермент ва микдори креатинин, мочевина ва сафедаи умумӣ дар зардоби хун бо усули фотоэлектроколориметрия бо истифода аз модели ФЭК-56М муайян карда шуд.

Ҳайвонот ба 6 гурӯҳ, ки аз 10 ҳайвон иборат буд, тақсим карда шуданд: 1-солим (интактӣ), ки оби дистиллятсияшударо дар меъёри 5 мл/кг вазни бадан гирифтанд; 2-назо-

ратӣ, бо гепатити токсикӣ, бе табобат; 3-ҳайвоноти гирифтори гепатити токсикӣ, ки бо қиёми чамъи «Маранкхуч» дар меъёри 5 мл/кг вазни бадан табобат карда мешаванд; 4-ҳайвоноти гирифтори гепатити токсикӣ, ки бо қиёми чамъи «Чордору» дар меъёри 5 мл/кг вазни бадан табобат карда мешаванд; 5-ҳайвоноти гирифтори гепатити токсикӣ, ки бо қиёми чамъи «Хушк“ура» дар меъёри 5 мл/кг вазни бадан табобат карда мешаванд; 6 - назоратӣ, бо гепатити токсикӣ, бо гепатопротектори маъмули Легалон дар меъёри 100 мг / кг вазни бадан табобат карда шуд.

Қоркарди маълумоти оморӣ бо истифода аз бастаи барномаҳои амалии “STATISTICA 6.0” (Stat SoftInc., ИМА) анҷом дода шуд.

Барои бузургҳои мутлақ арзишҳои миёна ва ҳатогии арзиши миёна ($M \pm m$) ҳисоб карда шуданд; барои нишондиҳандаҳои сифатӣ – арзиши нисбӣ ($P, \%$). Муқоисаи ҷуфтҳои бузургҳои мутлақ аз рӯи меъёри U Mann-Whitney гузаронида шуд. Муқоисаи якҷанд намунаҳои мустақил бо истифода аз усули ANOVAКрускал-Уоллис анҷом дода шуданд. Фарқияти байни нишондиҳандаҳо дар $p < 0,05$ аз ҷиҳати оморӣ муҳим ҳисобида шуданд.

Натиҷаҳо ва муҳокима: Дар ҳайвоноти гирифтори гепатити токсикӣ, фаъолияти ферментҳои раванди трансминатсия - АЛАТ ва АСАТ, инчунин маркери холестаз - фосфатазаи ишқорӣ зиёд мешавад, ки ин таъсири захрноки CCl_4 -ро ба ҳуҷайраҳои ҷигар исбот мекунад. Фаъолнокии АЛАТ дар ҳайвоноти гирифтори гепатити токсикӣ 3 маротиба афзуда, $109 \pm 0,6$ ВТ/л-ро ташкил дод, дар муқоиса ба каламушҳои солим - $32 \pm 0,6$ ВТ/л. Инчунин зиёд шудани фаъолнокии АСАТ низ мушоҳида карда шуд, ки он $63 \pm 0,5$ ВТ/л-ро дар муқоиса бо $44 \pm 0,6$ ВТ/л дар ҳайвоноти солим ташкил дод. Фаъолияти фосфатазаи ишқорӣ дар зардоби хун низ баланд шуда, $132 \pm 0,6$ ВТ/л-ро ташкил дод, дар муқоиса бо $92 \pm 0,7$ ВТ/л дар гурӯҳи ҳайвоноти интактӣ. (Ҷадвали № 2).

Ҳангоми муолиҷаи якмоҳа бо қиёми чамъҳои омӯхташаванда фаъолияти фер-

ментҳои трансминатсия дар зардоби хуни ҳайвонот ба таври дақиқ қоҳиш меёбад.

Дар гурӯҳи таҷрибавии каламушҳои гирифтори гепатити токсикӣ, ки бо қиёми чамъи «Маранхуч» дар меъёри 5 мл/кг таъбабат карда шудаанд, қоҳиши боэътимоди фаъолнокии АЛАТ мушоҳида карда шуд, ки он $46 \pm 0,3$ ВТ/л-ро ташкил дод. Дар баробари ин, қоҳиши боэътимоди фаъолияти АСАТ ва фосфатазаи ишқорӣ, ки мутаносибан $59 \pm 0,6$ ва $120 \pm 0,6$ ВТ/л-ро ташкил

медихад, қайд карда мешавад.

Дар зардоби хуни каламушҳои, ки ба дохили меъда қиёми чамъи «Чордору»-ро гирифтанд, фаъолияти АЛАТ низ то $35 \pm 0,4$ ВТ/л, АСАТ то $46 \pm 0,6$ ВТ/л ва фосфатазаи ишқорӣ то $98 \pm 0,4$ ВТ/л қоҳиш ёфт.

Қиёми чамъи «Хушкӯра» таъсири фаъол нишон дода, фаъолияти АЛАТ-ро то $35 \pm 0,4$ ВТ/л, АСАТ-ро то $46 \pm 0,6$ ВТ/л ва фосфатазаи ишқориро то $98 \pm 0,4$ ВТ/л қоҳиш дод.

Ҷадвали № 1- Омӯзиши таъсири гепатопротектории чамъҳои «Маранхуч», «Чордору» ва «Хушкӯра» дар модели гепатити токсикӣ

Силсилаи таҷрибаҳо ва меъёр ба кг вази	Фаъолияти ферментативӣ		
	АЛАТ Вт/л	АСАТ Вт/л	Фосфатазаи ишқорӣ Вт/л
Солим (интактӣ): оби дистиллат 5 мл/кг 100%	$32 \pm 0,4$	$44 \pm 0,6$	$92 \pm 0,7$
Назоратӣ: гепатит + оби дистиллат 5 мл/кг	$54 \pm 0,6$ 168,7%	$63 \pm 0,6$ 143,1%	$132 \pm 0,7$ 143,4%
Таҷрибавӣ: гепатит + қиёми чамъи «Маранхуч» 5 мл/кг	$46 \pm 0,3$ 143,7% $P < 0,001$	$59 \pm 0,5$ 134,1% $P < 0,01$	$120 \pm 0,4$ 130,4% $P < 0,01$
Таҷрибавӣ: гепатит + қиёми чамъи «Чордору» 5 мл/кг	$35 \pm 0,4$ 109,7% $P < 0,01$	$46 \pm 0,5$ 104,5% $P < 0,01$	$98 \pm 0,4$ 106,5% $P < 0,01$
Таҷрибавӣ: гепатит + қиёми чамъи «Хушкӯра» 5 мл/кг	$49 \pm 0,2$ 153,1% $P < 0,001$	$60 \pm 0,5$ 136,3% $P < 0,01$	$126 \pm 0,4$ 136,9% $P < 0,01$
Таҷрибавӣ: гепатит + легалон 100мг/кг	$38 \pm 0,3$ 118,7% $P < 0,001$	$48 \pm 0,5$ 109% $P < 0,01$	$100 \pm 0,5$ 108,6% $P < 0,01$

Эзоҳ: Арзиши P барои гурӯҳи назоратӣ дар муқоиса бо ҳайвоноти интактӣ ва барои таҷрибавӣ- дар муқоиса бо сутунҷаҳои дахлдори гурӯҳи назоратӣ дода шудааст.

Барои баҳодихии мавҷудияти таъсири гепатопротекторӣ, мо инчунин нишондиҳандаҳои мубодилаи сафеда, нитроген ва пигментро омӯхтем. Муайян карда шуд, ки ҳангоми гепатитҳои токсикӣ, ки аз ворид кардани тетраҳлориди карбон (CCl_4) ба вуҷуд омадааст, миқдори сафедаи умумии ҳайвоноти гурӯҳи назоратӣ дар муқоиса ба каламушҳои солим (интактӣ), ки ин нишондиҳанда ба $72 \pm 0,6$ г/л баробар аст, то $51 \pm 0,6$ г/л кам мешавад. Дар ҳайвоноти озмоишии гурӯҳи солим (интактӣ) миқдори мочевина ва нитрогени боқимонда дар давраи тадқиқот дар доираи меъёр буда, мутаносибан $6,5$ мкмоль/л ва $24,1 \pm 0,3$ мг/% ташкил медод.

Тавре ки аз ҷадвали №3 дида мешавад, дар гурӯҳҳои назоратии ҳайвонот таҳти

таъсири захри гепатотоксикии CCl_4 миқдори мочевина то $8,8 \pm 0,3$ ммол/л ва консентратсияи нитрогени боқимонда то $30,4 \pm 0,3$ мг зиёд шудааст. Нишондиҳандаи дигари вайроншавии синтези сафеда дар гепатити токсикӣ таҷрибавӣ кам шудани миқдори креатинин дар хун, ки дар ҷигар синтез карда мешавад, мебошад. Миқдори креатинин дар гурӯҳи назоратӣ $35,5 \pm 0,3$ мкмоль/л ва дар ҳайвонҳои солим $70,8 \pm 0,7$ мкмоль/л буд.

Дар баробари ин, дар заминаи гепатити токсикӣ CCl_4 , афзоиши консентратсияи билирубин дар гурӯҳи назоратии ҳайвонот $39,6 \pm 0,3$ мкмоль/л ва дар ҳайвоноти солим $17,5 \pm 0,3$ мкмоль/л ба қайд гирифта шуд. Ҳангоми таъбабат дар давоми 30 рӯз бо қиёми чамъи «Маранхуч» дар меъёри 5 мл/



кг, миқдори сафедаи умумӣ ба таври назар-рас афзуда, ба $65 \pm 0,6$ г/л баробар шуд. Дар баробари ин, қиёми ҷамъи «Маранкхуч» ба паст шудани концентратсияи мочевина ва нитрогени боқимонда мутаносибан то $7,7 \pm 0,3$ ммол /л ва $29,9 \pm 0,3$ мг/% мусоидат кард. Миқдори креатинин дар ҳайвонҳои таҷрибавӣ, ки бо қиёми ҷамъи «Маранкхуч» дар меъёри 5 мл/кг табобат мегирифтанд, боэътимод афзуда ($P < 0,001$) $51,5 \pm 0,6$ мкмоль/л-ро ташкил дод.

Ҳангоми табобат бо қиёми ҷамъи «Маранкхуч» миқдори билирубини умумӣ дар зардоби хун нисбат ба гурӯҳи назоратӣ 2 маротиба кам шудааст. Дар каламушҳои назоратӣ, ки қиёми ҷамъи «Чордору»-ро дар меъёри 5 мл/кг гирифтанд, афзоиши сафедаи умумӣ - $70 \pm 0,6$ г/л ва креатинин - $67,9 \pm 0,6$ мкмоль/л ба қайд гирифта шуда, концентратсияи мочевина то $5,6 \pm 0,6$ ммол /л, нитрогени боқимонда то $23,8 \pm 0,6$ мг/% ва билирубини умумӣ то $16,5 \pm 0,6$ мкмоль/л боэътимод ($P < 0,001$) коҳиш меёбад.

Ҷадвали № 2 Омӯзиши муқоисавии таъсири гепатопротектории ҷамъҳои «Маранкхуч», «Чордору» ва «Хушкгура» дар модели гепатити токсикӣ

Силсилаи таҷрибаҳо ва меъёр ба кг вазн	Нишондиҳандаҳои мубодилаи сафеда, нитроген ва пигмент				
	Сафедаи умумӣ г/л	Мочевина (ммол /л)	Нитрогени боқимонда(мг%)	Креатинин (мкмоль/л)	Билирубин (мкмоль/л)
Солим (интактӣ) оби дистиллат мл/кг 100%	$72 \pm 0,6$	$6,5 \pm 0,6$	$24,1 \pm 0,9$	$70,8 \pm 0,7$	$17,3 \pm 0,6$
Назоратӣ: гепатит + оби дистиллат 5 мл/кг	$51 \pm 0,4$ 70,8% p ₂	$8,8 \pm 0,6$ 135,3% p ₂	$30,4 \pm 0,6$ 126,1% p ₁	$35,5 \pm 0,6$ 50,1% p ₂	$39,6 \pm 0,6$ 306,1% p ₁
Таҷрибавӣ: гепатит + қиёми «Маранкхуч» 5 мл/кг	$65 \pm 0,5$ 92% p ₂	$7,7 \pm 0,6$ 118,4% p ₂	$29,9 \pm 0,6$ 124% p ₁	$51,5 \pm 0,6$ 72,7% p ₁	$25,5 \pm 0,6$ 207,9% p ₁
Таҷрибавӣ: гепатит + қиёми «Чордору» 5 мл/кг	$70 \pm 0,6$ 97,2% p ₂	$5,6 \pm 0,6$ 86,1% p ₂	$23,8 \pm 0,6$ 98,7% p ₁	$67,9 \pm 0,6$ 95,9% p ₂	$16,5 \pm 0,6$ 146% p ₁
Таҷрибавӣ: гепатит + қиёми «Хушкгура» 5 мл/кг	$60 \pm 0,6$ 83,3% p ₂	$4,1 \pm 0,6$ 63,1% p ₁	$28,9 \pm 0,6$ 199,9% p ₂	$48,3 \pm 0,6$ 68,2% p ₂	$25,2 \pm 0,6$ 223% p ₁
Назоратӣ: гепатит + легалон 100мг/кг	$69 \pm 0,5$ 95,8% p ₂	$7,2 \pm 0,6$ 110,7% p ₁	$28,7 \pm 0,4$ 119% p ₂	$64,6 \pm 0,5$ 91,2% p ₂	$29,2 \pm 0,4$ 61,1% p ₁

Эзоҳ: Арзиши P барои гурӯҳи назоратӣ дар муқоиса бо ҳайвоноти солим ва барои таҷрибавӣ дар муқоиса бо сутунҷаҳои дахлдори гурӯҳи назоратӣ дода шудааст.

Қиёми ҷамъи «Хушкгура» дар меъёри 5 мл/кг дар каламушҳои назоратӣ ба зиёд шудани миқдори сафедаи умумӣ - $60 \pm 0,6$ г/л ва креатинин - $48,3 \pm 0,6$ мкмоль/л мусоидат намуда, концентратсияи мочевинаро то $4,1 \pm 0,6$ ммол /л, нитрогени боқимондаро то $28,9 \pm 0,6$ мг/% ва билирубини умумиро то $25,2 \pm 0,6$ мкмоль/л. ба таври назаррас ($P < 0,001$) паст намуд.

Ҳамин тариқ, ҳангоми гепатитҳои токсикӣ таҷрибавӣ, ки аз тетраҳлориди карбон (CCl₄) ба вучуд омадаанд, ҷамъҳои омӯхташудаи «Маранкхуч», «Чордору» ва «Хушкгура» гиперферментемияро бартараф намуда, фаъолнокии АЛАТ ва АСАТ-ро бо-

эътимод ($P < 0,01$) коҳиш дода, функцияи холестатикии чигарро беҳтар мекунад, фаъолияти фосфатазаи ишқориро паст карда, инчунин мубодилаи сафеда ва пигментро ба эътидол меорад.

Чигар дар безаргардонии моддаҳои захрноки ҳам экзогенӣ ва ҳам эндогенӣ иштирок мекунад. Детоксикатсия тавассути табдилёбии метаболикӣ бо ёрии реаксияҳои оксидшавӣ, гидролиз ва конъюгатсия, инчунин фагоситози микроорганизмҳои гуногун ва токсинҳои онҳо аз ҳисоби фаъол шудани функцияи системаи ретикулоэндотелиалӣ (СРЭ) амалӣ мегардад. Маълум аст, ки ҳуҷайраҳои Купфер на танҳо фаъолияти



фагоситарӣ доранд, балки хунро аз эндотоксинҳои микрофлораи рӯда тоза мекунанд.

Таъсири қиёми чамъҳои «Маранкхуч», «Чордору» ва «Хушк“ура» ба функсияи зиддитоксикӣ ва экскретсияи чигар дар модели гепатити токсикӣ CCl_4 омӯхта шудааст.

Самаранокии таъсири чамъҳои омӯхташуда ба функсияи зиддитоксикӣ бо истифода аз санчиши этаминал ва функсияи экскретории чигар бо истифода аз санчиши бромсульфалеин (БСФ) омӯхта шуд.

Тести бромсульфалеин (БСФ) яке аз усулҳои функционалии омӯзиши чигар мебошад, ки он дар амалияи клиникӣ аз ҷониби С.М.Розентал ва Э.С.Уайт соли 1925 ворид карда шудааст. Санчиши БСФ барои ташхиси дистрофияи чарбии чигар бидуни нишонаҳои сирроз иттилоотнок буда, ин санчиш ҳангоми гепатити токсикӣ, ки аз маводҳои доругӣ бе зардпарвин ба амал меояд, метавонад мусбат бошад. Усул ба он асос ёфтааст, ки ҳангоми ба таври парентералӣ ворид кардани бромсульфалеин, он аз ҷониби гепатоситҳо чаббида мешавад ва сипас

тавассути талха хориҷ шуда, аз рӯда ба гардиши хуни умумӣ мегузарад, пас аз 15 ва 30 дақиқа миқдори он дар хун назорат карда мешавад.

Ҳайвонот ба 6 гурӯҳи, ки аз 10 ҳайвон иборат буд, тақсим карда шуданд: 1-солим (интактӣ), ки оби дистиллятсия шударо дар меъёри 5 мл/кг вазни бадан гирифтанд; 2-назоратӣ, бо гепатити токсикӣ CCl_4 , бе табобат; 3- ҳайвоноти гирифтори гепатити токсикӣ CCl_4 , ки бо қиёми чамъи «Маранкхуч» дар меъёри 5 мл/кг вазни бадан табобат карда шудаанд; 4- ҳайвоноти гирифтори гепатити токсикӣ CCl_4 , ки бо қиёми чамъи «Чордору» дар меъёри 5 мл/кг вазни бадан табобат карда шудаанд; 5- ҳайвоноти гирифтори гепатити токсикӣ CCl_4 , ки бо қиёми чамъи «Хушк“ура» дар меъёри 5 мл/кг вазни бадан табобат карда шудаанд; 6- назоратӣ, бо гепатити токсикӣ CCl_4 , ки бо доруи муқоисавӣ, гепатопротектори растанигии Легалон дар меъёри 100 мг / кг вазни бадан табобат карда мешавад.

Ҷадвали №3- Омӯзиши муқоисавии таъсири чамъҳои «Маранкхуч», «Чордору» ва «Хушкгура» ба функсияи антитоксикӣ чигар дар модели гепатити токсикӣ

Силсилаи таҷрибаҳо ва меъёр ба кг вазн	Тест бо этаминал	
	дақ.	%
Солим (интакти) – оби дистиллат 5 мл/кг	94,2±1,3	100
Назоратӣ –гепатити CCl_4 + оби дистиллат 5мл/кг	123,9±1,8	68,3
Таҷрибавӣ– гепатити CCl_4 + қиёми чамъи «Маранкхуч» 5мл/кг	96,1±1,4	85,9
Таҷрибавӣ– гепатити CCl_4 + қиёми чамъи «Чордору» 5 мл/кг	95,5±1,4	77,5
Таҷрибавӣ– гепатити CCl_4 + қиёми чамъи «Хушкгура» 5мл/кг	99,1±1,4	84,7
Назоратӣ– гепатити CCl_4 +«Легалон» 100 мг/кг	96,8±1,3	87,4

Чунон, ки аз ҷадвали №3 дида мешавад, дар ҳайвоноти солим давомнокии ҳоби этаминалӣ $94,2 \pm 1,3$ дақиқа аст. Дар ҳайвоноти гирифтори гепатити токсикӣ CCl_4 , давомнокии ҳоби барбамил $35,1$ дақиқа зиёд шуда, $129,3 \pm 1,8$ дақиқаро ташкил дод. Дар каламушҳо бо гепатити таҷрибавии CCl_4 , ки бо қиёми чамъи «Маранкхуч» табобат карда шудаанд, кӯтоҳшавии ҳоби этаминалӣ то $96,1 \pm 1,4$ дақиқа, ҳангоми қиёми чамъи «Чордору» то $95,5 \pm 1,4$ дақиқа ва қиёми чамъи «Хушк“ура» то $99,1 \pm 1,4$ дақ. мушоҳида шудааст, яъне пурра барқарор гардид.

Табобат бо гепатопротектор Легалон

низ чунин таъсир расонд. Аз таъсири ин дору давомнокии ҳоби барбамилӣ $33,2$ дақиқа кам шуд, ки ин $96,8 \pm 1,3$ дақиқа нисбат ба $129,3 \pm 1,8$ дақиқа дар каламушҳои табобатнашуда мебошад.

Ҳангоми гепатити токсикӣ CCl_4 функсияи ихроҷии чигар вайрон мешавад. Чамъҳои доругии омӯхташуда ба функсияи экскретории чигар низ таъсири мусбӣ расониданд (Ҷадвали №4).

Пас аз 15 дақиқа миқдори бромсульфалеин дар хуни ҳайвоноти гирифтори гепатити токсикӣ, ки табобат нагирифтаанд, $12,5 \pm 0,3$ мг% ва баъд аз 30 дақиқа $13,3 \pm 0,4$ мг шуд.



Чадвали №4 - Омӯзиши муқоисавии таъсири чамъҳои «Маранкхуч», «Чордору» ва «Хушкгура» ба вазифаи экскретории чигар дар модели гепатити токсикӣ CCl₄

Силсилаи таҷрибаҳо ва меъёр ба кг вазн	Тест бо бромсульфалеин	
	15 дақ.	45 дақ.
Солим (интакти) – оби дистиллат 5 мл/кг	10,25±0,3	5,61±0,4
Назоратӣ – гепатити CCl ₄ + оби дистиллат 5 мл/кг	12,5±0,3	13,32±0,4
Таҷрибавӣ – гепатити CCl ₄ + қиёми чамъи «Маранкхуч» 5мл/кг	10,5±0,4	7,5±0,4
Таҷрибавӣ – гепатити CCl ₄ + қиёми «Чордору» 5 мл/кг	9,5±0,4	6,5±0,4
Таҷрибавӣ – гепатити CCl ₄ + қиёми «Хушкгура» 5мл/кг	10,4±0,3	8,5±0,4
Назоратӣ – гепатити CCl ₄ + қиёми чамъи «Легалон» 100 мг/кг	10,7±0,3	8,9±0,4

Дар гурӯҳи хайвоноти гирифтори гепатити токсикӣ CCl₄, ки бо қиёми чамъҳои «Маранкхуч», «Чордору» ва «Хушкгура» муолиҷа карда шудаанд, пурра барқарор гардидани функцияи экскретории чигар ба мушоҳида мерасад. Аз таъсири қиёмҳои чамъи «Маранкхуч» пас аз 10 дақиқа миқдори бромсульфалеин 10,5±0,4 мг%, пас аз 45 дақиқа 7,5±0,4 мг%; чамъи «Чордору» пас аз 10 дақиқа миқдори бромсульфалеин 9,5±0,4 мг%, пас аз 45 дақиқа 6,5±0,4 мг%; чамъи «Хушкгура», пас аз 10 дақиқа миқдори бромсульфалеин 10,7±0,4 мг%, пас аз 45 дақиқа 8,9±0,4 мг% -ро ташкил дод.

Аз таъсири Легалон низ дар каламушҳои гирифтори гепатити таҷрибавии CCl₄ ба эътидол омадани параметрҳои функцияи экскретории чигар мушоҳида карда шуд: пас аз 15 дақиқа консентратсияи бромсульфалеин дар хуни каламушҳои таҷрибавӣ буда 10,7±0,3 мг% ва 12,5±0,3 мг% буд, ва пас аз 30 дақиқа он 8,9±0,4 мг% дар муқоиса бо 5,6±0,4 мг% барои гурӯҳи солим буд.

Ҳамин тариқ, таҷрибаҳо нишон доданд, ки ҳангоми гепатити токсикӣ CCl₄ пастилавии фаъолнокии функцияи зиддитоксикӣ ва экскретории чигар мушоҳида мешавад. Аз тарафи мо муайянкарда шуд, ки

чамъҳои «Маранкхуч», «Чордору» ва «Хушкгура» дар баробари таъсири гепатопротекторӣ, функцияҳои зиддитоксикӣ ва экскретории чигарро муътадил мегардонад, ки ин дар муолиҷаи комплекси синдроми метаболикӣ аҳамияти муҳими клиникӣ дорад.

Механизми таъсири гепатопротектории чамъҳои растанигии «Маранкхуч», «Чордору» ва «Хушкгура» ба он вобаста аст, ки дар таркиби онҳо полифенолҳо, пайвастагиҳои фенолӣ мавҷуд буда, таъсири антиоксидантӣ доранд ва норасоии молекулаҳои антиоксидантро дар ҳучайраҳои чигар пурра карда, гепатоцитҳоро ба осеб тобоваргар мегардонад. Флавоноидҳо (диосмин, изокверцетин ва кверцетин) равандҳои мубодилаи моддаҳоро ба эътидол оварда, барои барқарор кардани ягонагии сохторӣ ва функцияли мембранаҳои ҳучайраи гепатоцитҳо кӯмак мекунанд.

Илова бар ин, равғанҳои эфирӣ, кумаринҳо, витаминҳо, каротиноидҳо, кислотаҳои органикӣ ва як қатор дигар моддаҳои фаъоли биологӣ (МФБ), ки дар таркиби чамъҳои омӯхташуда мавҷуданд, таъсири холеретикӣ, гиполипидемӣ ва гипогликемикӣ доранд, ки таъсири гепатопротектории онҳоро пурра мекунанд.

Адабиёт

1. Государственная Фармакопея XIII изд. М., 2017.
2. Дзампаева Ж.В. Перспективы применения комплексных фитоадаптогенов в лечении и профилактике метаболического синдрома [Текст] / Ж.В. Дзампаева, М.И. Нартикоева // Современные проблемы науки и образования. № 2; 2022.
3. Европейская конвенция о защите позвоночных животных, используемых для экспериментов или в иных научных целях. – Страсбург. 18 марта 1986 года.
4. Зверев Я.Ф. Флавоноиды глазами фармаколога. Антиоксидантная и противовоспалительная активность [Текст] / Зверев Я.Ф. // Обзоры по клинической фармакологии и лекарственной терапии. – 2017. – Т. 15. – № 4. – 5–13С.

5. Ишанкулова Б.А. Влияние листьев шелковицы белой и крапивы двудомной на основные патогенетические звенья метаболического синдрома [Текст] / Б.А. Ишанкулова, У.П. Юлдашева, М.В. Урунова // В журнале «Проблемы гастроэнтерологии» №2, Москва, 2021.49-52С.
6. Мироджов Г.К. Гепатология [Текст] / Г.К. Мироджов // (Клинические очерки). Душанбе, 2021. 305 С.
7. Хабриев Р.У. Руководство по экспериментальному (доклиническому) изучению новых фармакологических веществ [Текст] / Р.У. Хабриев // Москва, 2005. 684-689 С.
8. Лазебник Л.Б., Звенигородская Л.А., 2005. //Метаболический синдром с позиции гастроэнтеролога РМЖ, 26. 1706
9. Урсова Н.И. // Метаболический синдром и метаболически ассоциированные заболевания пищеварительной системы. Медицинский совет. №19 Москва 2017.113-121С.
10. Юлдашева У.П. Принципиҳои асосии фитотерапии синдроми метаболитикӣ [Текст] / Юлдашева У.П., Талбов Ф.Ш. // М. «Авчи Зухал», № 2 Душанбе, 2020. 80-86С.
11. Юлдашева У.П. Роль лекарственных растений в фитотерапии сосудистых осложнений сахарного диабета [Текст] /Юлдашева У.П., Урунова М.В.// Ж. “Научно- медицинский Вестник “ Центрального Черноземья, №89; Россия, Воронеж, 2022, 70-74С.
12. Юлдашева У.П. Изучение сборов “Маранкхуч” и “Чордору” “Фармакология разных стран” Материалы V международной НПК; Россия, г. Курск, 2022. 196-199С.
13. Sumaya A.Ali Hepatoprotective activity some Medicinal plants of Sudan / Sumaya A.Ali, Moha H. Shrief. World Journal of Pharmaceutical Research, vol. 4. 2018-P.35-39
14. Polyak S. J. Identification of hepatoprotective flavonolignans from silymarin,” C. Morishima, V. Lohmann et al., Proceedings of the National Academy of Sciences, vol. 107, no. 13, pp. 5995–5999, 2010.
15. Arbab A. H. Hepatoprotective and antiviral efficacy of Acacia mellifera leaves fractions against hepatitis B virus// A. H. Arbab, M. K. Parvez, M. S. Al-Dosari et al., BioMed Research International, vol. 2015, Article ID 929131, 10 pages, 2015.
16. М. А. Mohamed Hepatoprotective effect of Adansonia digitata L. (Baobab) fruits pulp extract on CCl₄-induced hepatotoxicity in rats /M. A. Mohamed I. A. A. Mohamed, T. H. Tag El-Din, A. Hassan, and M. Hassan// World Journal of Pharmaceutical Research, vol. 4, no. 8, pp. 368–377, 2015.

ВЛИЯНИЕ СБОРОВ «МАРАНКХУЧ», «ЧОРДОРУ» И «ХУШКГУРА» НА ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ ПЕЧЕНИ

У.П. Юлдашева, Б.А. Ишанкулова, М.Х. Насруллоева

Кафедра фармакологии ГОУ «Таджикский государственный медицинский университет
им. Абуали ибн Сино», Душанбе, Таджикистан

Данная статья посвящена изучению влияния сборов «Маранкхуч», «Чордору» и «Хушкгура», созданных на основе лекарственных растений Таджикистана, на гепатопротекторную активность, антиоксидантную и экскреторную функции печени. Влияние новых растительных сборов на функциональное состояние печени было изучено на

модели токсического гепатита у крыс, индуцированного введением четыреххлористого углерода (CCl₄).

Ключевые слова: растительные сборы «Маранкхуч», «Чордору» и «Хушкгура», гепатопротекторный эффект, антиоксидантная и экскреторная функция печени, экспериментальная модель гепатита.



THE INFLUENCE OF THE COMPLEXES “MARANKHUCH”, “CHORDORU” AND “KHUSHGURA” ON THE FUNCTIONAL COMPOSITION OF THE LIVER

Yuldasheva U.P., Ishankulova B.A., Nasrulloeva M.H.

Department of Pharmacology of the SEI “Avicenna Tajik State Medical University”,
Dushanbe, Tajikistan

This article is devoted to the study of the effect of compounds “Marankhuch”, “Chordoru” and “Khushkgura”, prepared on the basis of medicinal plants of Tajikistan, on the protective activity and antitoxic and excretory functions of the liver. The effect of new plant collections on liver function was studied using a model of toxic

hepatitis in rats induced by the administration of carbon tetrachloride (CCl₄).

Keywords: herbal combination “Marankhuch”, “Chordoru” and “Khushkgura”, hepatoprotective effect, antitoxic and excretory liver function, experimental model of hepatitis.

Юлдашева Умедахон Пулатовна, н.и.т., дотсенти кафедраи фармакологияи Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абуалӣ ибни Сино, e-mail: umeda.yuldasheva@mail.ru, тел: 979784747

Ишанкулова Бустон Астановна, д.и.т., профессори кафедраи фармакологияи Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абуалӣ ибни Сино, e-mail: ishankulova@yahoo.com, тел: 918460129

Насруллоева Малика Хусейнова, муаллими калони кафедраи фармакологияи Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абуалӣ ибни Сино, e-mail: m.nasrulloeva@mail.ru, тел: 938030064

Юлдашева Умедахон Пулатовна, д.м.н., доцент кафедри фармакологии Таджикского государственного медицинского университета им. Абуали ибн Сино, e-mail: umeda.yuldasheva@mail.ru, тел: 979784747

Ишанкулова Бустон Астановна, д.м.н., профессор кафедры фармакологии Таджикского государственного медицинского университета им. Абуали ибн Сино, e-mail: ishankulova@yahoo.com, тел: 918460129

Насруллоева Малика Хусейнова, старший преподаватель кафедры фармакологии Таджикского государственного медицинского университета им. Абуали ибн Сино, e-mail: m.nasrulloeva@mail.ru, тел: 938030064

Yuldasheva Umedakhon Pulatovna, Doctor of Medical Sciences, Associate Professor of the Department of Pharmacology of the Avicenna Tajik State Medical University, e-mail: umeda.yuldasheva@mail.ru, phone: 979784747

Ishankulova Buston Astanovna, MD, Professor of the Department of Pharmacology of the Avicenna Tajik State Medical University named after Abuali ibn Sino, e-mail: ishankulova@yahoo.com, , phone: 918460129

Nasrulloeva Malika Huseynova, Doctor of Medical Sciences, professor of the Department of Pharmacology of the Avicenna Tajik State Medical University, e-mail: m.nasrulloeva@mail.ru, phone: 938030064

ЧАРРОҲӢ

ЧАНБАҲОИ ФУНКЦИОНАЛӢ ВА ЭСТЕТИКӢИ РИНОПЛАСТИКАИ ТАКРОРӢ

Азизов К.Н., Артиков К.П., Солиев О.Ф.

1. Кафедраи бемориҳои ҷарроҳии №2 МДТ «ДДТТ ба номи Абуалӣ ибни Сино», 2. МД «Маркази ҷумҳуриявии илмии ҷарроҳии дилу рағҳо» ВТ ва ҲИА ҚТ.

Муҳимият. Маълум аст, ки дар байни амалиёти ҷарроҳии эстетикӣ сол то сол теъдоди ринопластика рӯ ба афзоиш дорад [1]. Ринопластика дар тамоми кишварҳои дунё яке аз ҷарроҳии дархостӣ гардидааст. Таъсири шакли бинӣ ба психикаи одам маълум аст. Барои ҷарроҳи пластикӣ пешгӯӣ намудани хоҳиши бемор муҳим аст, то натиҷа пас аз ҷарроҳӣ “айриқаноатбахш набошад. Аксаран интизории бемор аз ҷарроҳӣ ниҳоят зиёд буда, ба имкониятҳои ҷарроҳ мувофиқат намекунад. Бемор аксаран ба натиҷаи пасазҷарроҳии ринопластиканазари танқидӣ дорад, ки ин нукта теъдоди ринопластикаи санчиширо боло мебарад. [1.8.]

Дар байни бемороне, ки дар мавриди онҳо ринопластиканишондод шудааст, невроз ва ҳатто шизофрениро бештар дучор омадан мумкин аст. Аз ин рӯ ҳангоми ба нақша гирифтани ринопластика ба назар гирифтани лозим аст, ки мабодо бемор дисморфофобия нашошта бошад [6.12].

Ҷарроҳ то ринопластикаи такрорӣ бояд мавҷудияти дистресси психологиро арзёбӣ намояд. Дар як гурӯҳи беморон баъди ринопластикаи аввали дар ҳоли сихатёбӣ, то фуру рафтани варами бофтаҳои нарм ва хадшабандӣ зухуротидистрес мавҷуд аст. Дистресро нисбатан бештар ҳангоми ринопластикаи такрорӣ низ дучор омадан мумкин аст. Беморонро ҳам мушкilotи функционалӣ ва кометикӣ ба ташвиш меорад. [2.3.7]

Ҳангоми арзёбии натиҷаи косметикии ринопластикӣ баргараф кардани нафаскашӣ ба воситаи бинӣ хеле муҳим аст, зеро баргараф шудани он метавонад ба натиҷаи ринопластикатаъсири мусбат расонад. [5.9.13]

Ринопластика дар ҷарроҳии реконструктивӣ яке аз амалиёти ҷарроҳии мураккаб ба ҳисоб меравад. Ринопластикаи нодуруст

ичрошуда ҳам бо нуқсонҳои эстетикӣ ва ҳам бо мушкilotи функционалӣ якҷоя мешавад, ки дар натиҷаи зарурати ринопластикаи сонавӣ ба миён меояд. [4.5.14]

Клапанҳои бинӣ аз ҳисоби тарангии бофтаҳои бинӣ ҳосил мешаванд. Ҳангоми суст шудани сохтори бинӣ баъди ринопластика коллапси бофтаҳои бинӣ, танг ва бандшавии роҳҳои бинӣ бо халалёбии нафаскашӣ ба амал меояд. [3.15]

Баъди ринопластикаи аввалӣ зимни 10%-и ҳолатҳо мушкilotи нафас мушоҳида мешавад. Муайян шудааст, ки септопластика ҳамзамон бо реконструксияи клапанҳо нафасро ба зиёда аз ду маротиба бехтар месозад. [2.11.16]

Деформатсияи пӯст ва бофтаҳои нарми бинӣ сабабҳои ба шумор мераванд, ки ринопластикаи такрориро тақозо менамоянд. Ба мақсади пешгирии деформатсияи бофтаҳои нарм ҳангоми ринопластикаи аввалӣ амалиномаи диссексияи бофтаҳои нарм заруранд. Оризаҳои мазкурро ба воситаи лазер ва тазриқи триамсинолон баргараф кардан мумкин аст. Вале ин деформатсияҳо хамеша баргараф кардан мумкин нест ва амалиёти ҷарроҳии такрорӣ тақозо мешавад. [1.10.]

Мавод ва усулҳо. Таҳти назорати мо 106 беморе қарор дошт, ки септоринопластикаи аввалиро дар муҳлати аз 1 то 7 сол дар ЛПУ-ҳои гуногуни Тоҷикистон иҷро намуда буданд. Қонеъ набудани аз ринопластикаи пешакӣ татбиқшуда сабаби асосии мурочиат гардида буд. Дар мавриди тамоми беморон дар давраи аз соли 2016 то 2021 муоинаи клиникӣ-лабораторӣ, функционалӣ ва муолиҷаи ҷарроҳӣ татбиқ шудааст. Аз ин миён 77 (73%)-ро занҳо ва 29 (27%)-ро мардҳо ташкил менамуданд. Синни беморон дар доираи аз 16 то 60-сола таъйир меёфт. Дар миёни мурочиаткардагон 90 (84,9%) на-



фар як, 12 (11,3%) кас ду ва 4 (3,8%) бемор се ва зиёда ринопластикаро аз сар гузаронидаанд. Аз шаҳри Душанбе 64 (60,4%) кас, аз вилояти Суғд 15 (14,2%) нафар, вилояти Хатлон 20 (18,8%) мариз ва аз ВМБК бошад, 7 (6,6%) бемор мууроичат намуданд.

Асосан 67 (63,2%) бемор амалиёти чарроҳии аввалияи септоринопластикаро аз хусуси халалёбии функцияи нафас пушти сар карданд. Аммо баъди аз чарроҳӣ на танҳо мушкилоти нафас бартараф нагардид, балки мушкилоти эстетикӣ зам гардид. Дар 24 (22,6%) патсиент аз хусуси деформатсияи баъдисадамавии бинӣ ринопластикаи бебарор иҷро шуда буд. Аз бобати деформатсияи бинӣ дар мавриди 15 (14,2%) бемор чарроҳии эстетикӣ татбиқ шуда буд.

Беморон баъди ринопластикаи аввалия дар муҳлатҳои гуногун ба мо мууроичат намуданд: 15 кас баъди як сол; 26 нафар баъди ду сол; 35 мариз баъди се сол; 21 бемор баъди чор сол; 9 патсиент баъди панҷ сол ва зиёда аз он. Ҳамаи беморон дар як сатҳи муайян гирифтори халалёбии функцияи нафас буданд, аммо асосан онҳоро деформатсияи эстетикӣ бинӣ қонеъ нагардониданд.

Дар мавриди тамоми беморон рентгенографияи рақамӣ ва мувофиқи нишондод томографияи компютерӣ татбиқ гардид.

Барои арзёбии ҳолати функционалии нафас мо пурсишномаи NOSE (Nasal Obstruction Symptom Evaluation)-ро ба кор бурдем, ки дар байни чарроҳони бинӣ маъруфият дорад. Систему анкетакунонии ROE (Rhinoplasty outcome evaluation) барои баҳогузории қонеъ будани беморон аз натиҷаҳои ҳосилгардида баъди ринопластикаи амалишуда истифода мешавад. Ин ду пурсишнома барои дар як вақт баҳо додани ҳам эстетика ва функцияи бинӣ шароит фароҳам меорад. Пурсишномаҳои мазкур нисбатан маъруфгардида эътироф шудаанд. Барои арзёбии ҳолати функционалии нафас мо пурсишнома ба кор бурдем.

Натиҷаҳо ва муҳокимаи онҳо. Ҳангоми арзёбии натиҷаҳои “айриқваноатбахш аз ринопластикаи аввалӣ мо ҳам омилҳои тиббӣ ва ҳам психологикӣ ба назар гирифтём. Бештар шахсиятҳои асабонӣ ба

назар мерасиданд. Мақоми дуҷумро дипрессияшудагон ва ҷойи сеюм насиби васвосиҳо буд.

Ба андешаи чарроҳон мақсади бемороне, ки ринопластикаи эстетикӣ мехостанд, ҳамеша маълум набуд. Оё бо дигар шудани зоҳир ҳолати психологикӣ бемор таъйир меёбад, ақидаи онҳое, ки беморони ринопластика аз саргузаронидаҳоро мушоҳида менамуданд, то охир маълум набуд. Дар ҳолатҳои мо мақсади бемор бо хоҳиши ба дигарон писанд афтодан (17), пешравӣ дар вазифа (19), паст будани худбаҳодихӣ (21) ва хоҳиши пир нашудан (9) мувофиқат мекард.

Зимни тамоми ҳодисаҳои мо ринопластикаи бебарор анҷомёфта буд, ки омилҳои таъсири манфӣ ба ҳолати психологикӣ налӣ ва халал ёфтани шахсият маҳсуб меёфт. Қайд кардан мебарояд, ки синдроми дистресс баъдазчарроҳӣ баъди чор ҳафтаи муътадил гардида, баъди 12 ҳафта ба сатҳи пазарроҳӣ баробар мешавад. Аз ин рӯ натиҷаи ринопластикаро баъди се моҳи чарроҳӣ арзёбӣ менамоянд. Дар ҳолатҳои мо ин натиҷаи ринопластика баъди як сол ва зиёда аз он натиҷагирӣ шудааст.

Дисморфофобия дар байни беморони зимни 41 (38,7%) патсиент ошкор гардид. Вале тибқи баҳогузории мо дисморфофобия ба дараҷаи сабук ва миёна рост омад ва ба тамоми ин беморон чарроҳии такрорӣ нишондод шуда буд.

Баъди ринопластикаи аввалӣ дар беморон аксаран чунин деформатсия мушоҳида мегардид: деформатсияи нӯги бинӣ (72 патсиент); деформатсия мувофиқи навъи «нӯли тӯтӣ» (14 патсиент); деформатсияшабаҳи «V» чапа (12 патсиент); деформатсияи тарҳи пушти бинӣ (13 патсиент); нуқсонҳои тавоираи бинӣ дар мавзеи поёни каудеалӣ (21 патсиент).

Деформатсияҳои мазкур бо ҳамдигар якҷоя шуда, теъдоди онҳо бо теъдоди беморони таҳти назорат рост намеояд.

Бо сабаби буриши нокифояи пушти бинӣ ва деформатсия баъди остеотомия деформатсияи сеяки болоӣ ба қайд гирифта шуд. Деформатсияи сеяки бинӣ дар шакли «нӯли



тӯтӣ», бинии зинмонанд ва деформатсияи “V” чапа зоҳир шуда буд. Ин деформатсияҳо дар ҳолати буриши аз ҳад зиёди та“о-яти пушти бинӣ ва медиализатсияи та“о-якҳои болоии латериалии инкишоф ёфта буданд.

Деформатсияи сеяки поёнии бинӣ дар шакли деформатсияи ротатсионии бинӣ ба монанди халалёбии тарҳи бинӣ зоҳир шуда буд: “piggy nose” – бинии хукбача, замоне асоси бинӣ калон ва нӯги он деформатсияшуда бошад. Деформатсияи нӯги бинӣ дар шакли та“о-яки барҷаста, ретраксияи боли бинӣ, овезон шудани калумелла ва тангшавии вестибулярӣ буданд.

Мушкilotи клапани дарунии бинӣ ҳангоми медиализатсияи та“о-яки болоии латериалии баъди баргараф кардани дунгӣ пайдо шуда буд. Дар ҳолати бо рашил аз ҳад зиёд тарошидани дунгӣ та“о-яки болоӣ ва коллапси онҳо канда шуда буд. Аз ҳад зиёд буридани тавораи қисми болоӣ, остеотомияи паст иҷрошуда, ниҳоят танг кардани устухонҳои пушти бинӣ ва ҳангоми медиализатсияи садафҳои поёни бинӣ сабаби халал ёфтани функсияи клапани дарунӣ гардида буд.

Мушкilot пас аз ринопластика бо клапани берунии бинӣ ҳангоми асоси танги бинӣ буд, ки дар тарҳи нӯг, сӯроҳии танг ва ро“монанд ва девораи заифи паҳлуии бинӣ зоҳиршудааст. Буриши асоси боли бинӣ ба мақсади танг намудани сӯроҳиҳо боиси танг ва бандшавии нафас дар ду бемор гардидааст. Тангшавии хадшаии сӯроҳиҳо баъди буриши маргинали дар се бемор мушоҳида гардид. Деформатсияи канори каудалии тавора дар мавзеи садафи поёни бинӣ сабаби бандшавӣ дар се бемор гардидааст.

Бандшавии нафаскашӣ тавассути бинӣ бо сабаби деформатсияи қитъаи байнита“о-якӣ дар ду мариз, замоне ки поякҳои та“о-яки латериалии поёнии медиалӣ заиф буданд, буриши аз ҳад зиёди та“о-яки болҳо дар як нафар, остеотомияи паст амалишудаи латериалии, ки ҳангоми он қитъаҳои байнита“о-якӣ чуқур шуданд, дар мавриди ду бемор ба қайд гирифта шуд. Бандшавии клапани поёнии бинӣ аз ҳисоби қат шудани пояки ла-

териалии та“о-яки поёнии латериалии дар як ҳодиса мушоҳида гардид.

Мушкilotи нафаскашӣ ба воситаи бинӣ ҳангоми гипертрофияи баргарафнашудаи садафи поёнии бинӣ ё баргараф нашудани ҳолати халалёфтаи он ба қайд гирифта шуд, яъне буриши зерлуобӣ ва латеризатсияи садафи поёнии бинӣ дар 12 пациент иҷро нашуда буд.

Бештар дар байни беморони мо иҷрои нодурусти септопластика тибқи Киллиан дар мавриди 21 пациент ба қайд гирифта шуд. Дар мавриди ин беморон буриши аз ҳад зиёди қисми каудалии тавораи бинӣ ба амал оварда шуда буд. Дар натиҷа аз ҳисоби клапани берунии бинӣ фурурагии нӯги бинӣ ва бандшавии нафас ба амал омад. ʼ-айр аз халалёбии функсияи бинӣ дар беморон мушкilotи эстетикӣ низ пайдо гардид.

Дар панҷ бемор баъди гипербуриши поякҳои заифи латериалии та“о-якҳои поёнии латериалии мушкilot эҷод гардид. Дар натиҷа халалёбии функсияи клапани берунии бинӣ (1), маҷақшавии нӯги бинӣ (2), “муайян” набудани нӯги бинӣ (1) ва халалёбии тарҳи бинӣ (1) ба қайд гирифта шуд. Ҳамаи ин бо сабаби вайрон гардидани конструксияи тақягоҳии клапани берунии бинӣ инкишоф ёфт, ки боиси халалёбии нафас ва деформатсияи эстетикӣи бинӣ гардид. Оризаҳои мазкур дар ҳолати “афс будани пӯст амқтар гардиданд.

Замоне ҳангоми чарроҳии аввалии ринопластика устухонҳои дароз ва кӯтоҳи бинӣ ва та“о-якҳои болоии латериалии заиф аниқ карда нашудаанд, дар мавриди 13 мариз мушкilotи эстетикӣ ва функционали ба қайд гирифта шуд. Та“о-якҳои латериалии болоӣ бо канораҳои каудалии дар бандҳо бо канори ма“зисарии поякҳои медиалии та“о-якҳои латериалии поёни қарор доранд. Буриши беасоси поякҳои медиалии та“о-якҳои латериалии болоиро заиф мегардонад. Ҳамаи ин боиси суст шудани мулиализатсияи та“о-якҳои латериалии болоӣ гардида, дар тарафи дарунии клапани бинӣ пролапс пайдо мешавад. Остеотомия дар ин ҳолатҳо хатари оризаҳоро дар сатҳи сеяки миёнаи бинӣ боло мебарад.



«Синдроми бинии борик» одатан дар шаш бемор бо тарҳи аз ҳад зиёди бинӣ, ус-тухонҳои кӯтоҳи бинӣ, гунбази борики миёна мавҷуд буд, ки дар онҳо хатари зиёди бандшавии клапани бинӣ ва деформатсияи «V» чапа дида мешавад.

Дар ҳолати тунук будани пӯсти бинӣ дар чор бемор баъди ринопластика оризаҳои гуногун пайдо гардид. Хуномос, некрозипӯст, фиброз ва атрофия боиси деформатсияи сохтори бинӣ гардид.

Дар ҳолати “афс будани пӯсти бинӣ дар мавриди нух бемор, мушкilot ҳангоми тар-мими нӯги бинӣ пеш омада буд. Амалина-моии гипербуриши поякҳои латериалӣ ҳан-гоми пӯсти “афсӣ бинӣ барои танг шудани он лозим нест, зеро он боиси халалёбии эс-тетика ва функцияи бинӣ (халалёбии функ-сияи клапан, маҷақшавии нӯги бинӣ, ному-таносибии нӯги бинӣ, ретраксияи боли бинӣ) мегардад.

Ҳангоми ринопластикаи аввалия дар 11 пацсиент кунҷи биниву пешонӣ ба назар гирифта нашудааст. Дар ин маврид кунҷи амиқи биниву пешонӣ, пушти пасти бинӣ, тарҳи ошкоро ва дунгии пушти биниро ба назар гирифта лозим аст.

Ҳангоми калон шудани кунҷи пешониву бинӣ зарурт ба редуксияи пушти бинӣ қоҳиш меёбад ва пешгирии инкишоф ёфтани бинии зиншакл ба амал меояд. Мавқеи пояки лате-риалӣ барои пешгирии деформатсияи нӯги бинӣ баъди ҷарроҳӣ муҳим аст. Барои борик

шудани нӯги бинӣ ориентатсияи ма“зисарии тарҳи пояки латериалӣ зарур аст.

Барои борик шудани нӯги бинӣ гунба-зи та“оякҳои латериалии поёниро хтан лозим нест, зеро коллапс ва ба поён бечо шу-дани канори каудалии пояки латериалӣ им-конпазир аст. Ҳамаи ин метавонад боиси маҷақ шудани нӯги бинӣ, халалёбии таҷа-гоҳ ва начаспидани клапани берунии бинӣ гардад. Дар иҷунин ҳолатҳо барои назора-ти шакли нӯги бинӣ, калон ё хурд шудани тарҳи нӯги бинӣ, амалинамоии диссексияи пояки латериалӣ аз пояк ва қолабкунонӣ аутотрансплантантҳои та“ояк ба воситаи хатҳо зарур аст.

Ҳамин тавр, эътироф гардидааст, ки ри-нопластика яке аз амалиёти ҷарроҳии му-раккаб ва бештар иҷрошавандаи эстетикӣ ба шумор меравад. Ринопластикаро ҷар-роҳони пластикӣ, табибони ЛОР, ҷарроҳо-ни чо“у рӯ иҷро мекунанд, ки аксаран на-тиҷаи он “айриқаноатбахш буда, амалиёти ҷарроҳии такрорӣ ва ислоҳро тақозо мена-мояд. Имрӯзҳо дар кишвари мо протоколи амалинамоии ринопластикаи аввалия вучуд надорад. Дараҷаи таҳассуси риноҷарроҳо-не, ки ринопластикаро дар сатҳи ниҳоят паст иҷро мекунанд, сертификаткунониро талаб менамояд. Аз ин рӯ аз ҷониби мо ба мақса-ди пешгирӣ ошкор кардан ва систематиза-тисияи сабабҳои ринопластикаи бебарор, иҷунин таҳияи усулҳои ҷарроҳии риплас-тикаи сонавӣ ба амал оварда шуд.

Адабиёт

1. Белоусов А. Е. Функциональная ринопластика. Очерки пластической хирургии.–Т. 2/ А. Е. Белоусов//СПб.: Изд-во Политехн. ун-та. – 2010. – Т. 2. – С. 512.
2. Редукционная ринопластика / У.А. Курбанов [и др.]// Вестник Авиценны. – 2016. – Т. 69, № 4. –С. 29-33.
3. Comparison of various rhinoplasty techniques and long-term results. /S. Ors [et al.]//Aesthetic Plast Surg. –2015. –V.39, № 4. –P. 465–473.
4. Delaney SW. Evolution of the septoplasty: Maximizing functional and aesthetic outcomes in nasal surgery. /S.W.Delaney//Mathews Journal of Otolaryngology. –2018. –№.1 –P. 1-9.
5. Revision Rates and Risk Factors of 175842 Patients Undergoing Septorhinoplasty./E.Spataro [et al.]// JAMA Facial Plast Surg. –2016. –V. 18, № 3. –P. 212-219.



ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ И ЭСТЕТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ПОВТОРНОЙ РИНОПЛАСТИКИ

Азизов К.Н.,²Артыков К.П.^{1,2}., Солиев О.Ф.¹

1. Кафедра хирургических болезней №2 ТГМУ им. Абуалиибни Сино;

2 ГУ «Республиканский научный центр сердечно сосудистой хирургии МЗиСЗН»

Цель исследования. Изучить неудачные результаты первичной ринопластики, которые требуют ревизионного вмешательства.

Материал и методы исследования. Обобщен анализ причин неудачной ринопластики у 106 пациентов, которые ранее перенесли первичную септоринопластику в различных ЛПУ Таджикистана в сроки от 1 до 7 лет. Основной причиной обращения была неудовлетворенность ранее перенесенной ринопластики.

Результаты исследования и их обсуждение. После первичной ринопластики у пациентов наиболее часто наблюдались следующие деформации: деформация кончика носа (72 пациента); деформация по типу

«клюва попугая» (14 пациентов); деформация по аналогии перевернутого «V» (12 пациентов); деформация контуров спинки носа (13 пациентов); дефекты перегородки носа в нижнекаудальной области (21 пациентов). Всем пациентам была показана вторичная ринопластика.

Заключение. Неудачно выполненная первичная ринопластика приводит как к дыхательной дисфункции, так и эстетическим дефектам, которые требуют выполнения более сложных вторичных оперативных вмешательств. Ключевые слова: ринопластика, перегородка носа, дыхательная дисфункция, деформация кончика носа, эстетические дефекты.

FUNCTIONAL AND AESTHETIC ASPECTS OF REVISION RHINOPLASTY

K.N Azizov²., K.P. Artykov^{1,2}., O.F. Soliev¹ .

1Department of surgical diseases №2 of SEI Avicenna Tajik State Medical University, Dushanbe, Tajikistan; 2 SU “ Republican scientific center of cardiovascular surgery»

Dushanbe, Tajikistan.

Aim. To study results of unsuccessful primary rhinoplasty that require repeated interventions.

Material and methods. The work summarizes the analysis of the causes of unsuccessful rhinoplasty in 106 patients who had previously suffered a primary septorhinoplasty in various health facilities in Tajikistan in the period from 1 to 7 years. The main reason for the visit was dissatisfaction with the previous rhinoplasty.

Results and discussion. After primary rhinoplasty, patients most often had the following deformities: deformity of the tip of the nose (72 patients); deformity of the “parrot

beak” type (14 patients); deformation similar to the inverted “V” (12 patients); deformation of the contours of the nasal dorsum (13 patients); defects of the nasal septum in the lower caudal region (21 patients). All patients underwent secondary rhinoplasty.

Conclusion. Unsuccessfully executed as a primary rhinoplasty leads to respiratory dysfunction and aesthetic defects that require more complex secondary surgical operations.

Keywords: rhinoplasty, nasal septum, respiratory dysfunction, deformity of the tip of the nose, aesthetic defects

Азизов Кудратулло Назруллоевич- унвонҷӯйи МД «Маркази ҷумҳуриявии илмии ҷарроҳии дилу рағҳо» ВТ ва ҲИА ҚТ. 734003, Ҷумҳурии Тоҷикистон, ш. Душанбе, кӯчаи. Саной 33; Tel.: +992988748004; E-mail: saliyev_2019@bk.ru

Артыков Каримджон Пулатович-д.и.т., профессори кафедраи бемориҳои ҷарроҳии №2 МДТ « ДДТТ ба номи Абуалӣ ибни Сино».

Солиев Олимжон Фаттоевич - н.и.т., ассистенти кафедраи бемориҳои ҷарроҳии №2 МДТ « ДДТТ ба номи Абуалӣ ибни Сино». . тел.: +992988748004; E-mail: saliyev_2019@bk.ru



Азизов Кудратулло Назруллоевич – соискатель ГУ «Республиканский научный центр сердечнососудистой хирургии» МЗ СЗН РТ, 734003, Республика Таджикистан, г. Душанбе, ул. Санои 33; Tel.: +992988748004; E-mail: saliyev_2019@bk.ru

Артыков Каримджон Пулатович-д.м.н., профессор кафедры хирургических болезней № 2 ТГМУ им. Абуали ибни Сино

Солиев Олимжон Фаттоевич -к.м.н. ассистент кафедры хирургических болезней № 2 ТГМУ им. Абуали ибни Сино. тел.: +992988748004; E-mail: saliyev_2019@bk.ru

Karimjon Pulatovich Artykov-PhD, Professor of the Department of Surgical Diseases No. 2 and Abuali ibn Sino State Medical University,

Soliev Olimzhon Fattoevich - m r-n. Assistant of the Department of Surgical Diseases No. 2 and Abuali ibn Sino State Medical University. tel.: +992988748004; E-mail: saliyev_2019@bk.ru

Azizov Kudratullo Nazrulloevich - applicant for the State Institution Republican Scientific Center of Cardiovascular Surgery, Ministry of Health of Tajikistan, 734003, Republic of Tajikistan, Dushanbe, st.Sanoi 33; Tel.: +992988748004; E-mail: saliyev_2019@bk.ru

БАРГАРАФ НАМУДАНИ ГИПЕРТЕНЗИЯИ ГУРДАХО ҲАНГОМИ ВАРИКОСЕЛЕ.

Артыков К.П.¹, Юлдошев М.А.², Солиев О.Ф.¹

1.Кафедраи бемориҳои ҷарроҳии №2 МДТ « ДДТТ ба номи Абуалӣ ибни Сино», 2. МТТ « Мадади Акбар» ш.Душанбе

Мубрамияти мавзӯ. Варикоселе дар амалияи урология яке аз бемориҳои паҳншуда ба ҳисоб меравад. Басомади дучоршавии варикоселе тибқи маълумотҳои адабиётҳо аз 2,3 то 40% -ро дар байни наврасон ва аҳолии калонсол ташкил медиҳад. Дар синну соли томактабӣ варикоселе то 1%, дар синну соли наврасӣ то 15% ва дар байни даъватшавандаҳо ба сафи Қувваҳои Мусаллаҳ зиёда аз 20 % ба ҷашм мерасад[1-6]. Таҳқиқотҳои сершумор алоқамандии байни варикоселе ва патоспермияро муайян кардаанд. Муқаррар карда шудааст, ки ҳангоми варикоселе бенаслии аввалия то 40%- ба мушоҳида мерасад [2-9].

Дар солҳои охир бештари андрологҳо таърифи ин ақидаанд, ки ҳангоми варикоселе таъбири ҷарроҳӣ мақсаднок буда, барои пешгирӣ ва муътадил шудани сперматогенез мусоидат мекунад[3-11].

Барои таъбири варикоселе усулҳои сершумори амалиётҳои ҷарроҳӣ пешниҳод шудаанд. Аммо бештари онҳо аз бастании варидҳои дарунии нутфавӣ дар сатҳҳои гуногун, склеротерапия ва буридани лапароскопӣ иборатанд. Дар амалияи клиникӣ татбиқи намудани усулҳои таҳқиқотҳои ултрасадоӣ имконият дод, ки ихтилолҳои гемодинамикӣ

дар варидҳои гурдаву тестикулярӣ ва тихгоҳӣ муайян карда шуда, имконият дод, ки усулҳои пешниҳодшудаи таъбир аз ҷиҳати патогенетикӣ асоснок карда шаванд[3-8]. Гипертензияи регионарии варидҳои гурдаҳо болотар аз 11 мм. сут.сим. [11]. Рукуди варидӣ дар системаи вариди дарунии нутфавӣ ба пайдо шудани ихтилоли сперматогенез оварда мерасонад, гипертензияи варидҳои гурдаҳо, функцияҳои гурдаҳо бад мешавад. Барои ҳамин ҳам ақсулҷараёни кофӣ аз тухмдон сохтан зарур аст ва гипертензияи варидӣ дар ҳавзаи вариди гурдаҳо баргараф карда шавад. Барои ҳалли фаҳш кардани ин проблема ҷарроҳии вариддренажунии пешниҳод кардашуда диққат додан мумкин аст[4-7]. Бори нахуст ташкил додани анастомози тестикуливу тихгоҳӣ ҳангоми варикосел аз тарафи академик Н.А.Лопатин пешниҳод шудааст. Аммо ин ҷарроҳӣ бинобар аз ҷиҳати техникӣ мураккаб будан ва оризаҳои имконпазир истифодаи васеъ пайдо накард [6]. Айни замон барои таъбир кардани варикоселе дар ташаққули анастомозҳои проксималӣ ва дисталӣ бо истифода аз техникаи микроҷарроҳӣ сурат гирифтааст[12].

Миқсади таҳқиқот. Баҳодиҳӣ ба на-



тичаҳои табобати гипертензияи гурдаҳо хангоми варикоселе пас аз ташаккули анастомози проксималии байни варидҳо.

Мавод ва усулҳои таҳқиқот. Дар шӯъбаҳои ҷарроҳии барқароркунандаи МҶҶИ ВТ ва ҶИА ҚТ дар давраи солҳои 2010 то 2021 муоинаи 167 бемори дорои варикосел гузаронида шуд. Беморон дар синну соли аз 16 то 39 –сола қарор доштанд. Ҷамаи беморон аз муоинаи нақшавӣ гузаронида шуданд: анамнез, таҳқиқоти клиникӣ, ТУС-и гурдаҳо ва узвҳои тухмдон, доплерографияи рағҳои тухмдонҳо ва гурдаҳо. Дараҷаи баҳодихӣ ба варикосел тибқи таснифи Амерал Дубин гузаронида шуд, ки аз таснифи ТУТ истифода шудааст (1997). Мувофиқи ин тасниф дараҷаи 1 –васеъшавии варидҳои тухмдон танҳо хангоми маневри Валсалвӣ муайян карда шудааст. Дараҷаи 2 – варидаи тухмдон дар ҳолати оромӣ палмосида мешавад. Дараҷаи 3- варидҳои тухмдон ба таври визуалӣ дида мешаванд ва палмосидан ҳис карда мешаванд.

Дар ҷамаи беморон аз ҷиҳати клиникӣ мавҷуд будани аломатҳои варикоселе муайян карда шуд. Хангоми гузаронидани маневри тести Валсалва дар ҷамаи беморон мусбат буд. Аз мавҷуд будани синдроми дард 47,6% и беморон шикоят доштанд. Гипотрофияи ипсилатералии тухмдон дар 21 (12,6%) ва гидроселе дар 6 (3,6%) беморон ба назар расиданд.

Барои муайян кардани типи гемодинамики варикосел таснифи Coolsaet (1980) истифода шуд. Дар асоси таҳқиқоти доплерографияи рағҳои тухмдон намунаи Тромбетта гузаронида шуд: Типи I-гурдаи тухмдонӣ; типии II- илеотухмдонӣ; типии III- рефлюкси омехта.

Ба меъёри дохилкунии таҳқиқот беморони дорои гурдаву тухмдони типии гемодинамики варикосел ворид шудаанд, чунки танҳо ин тип ба гипертензияи гурдаҳо ишора мекунад. Дигар типҳои гемодинамикии варикосел хориҷ карда шудаанд. Ҷамаи беморонро то ва пас аз ҷарроҳӣ таҳлили эякулят гузаронида шуд.

Натиҷаҳои дар раванди таҳқиқ ба даст овардашуда коркарди оморӣ шуданд, маъ-

лумотҳои онҳо дар шакли миёна (М) ва дуршавии миёна (Т) пешниҳод карда мешаванд. Эътимоднокии фарқиятҳо тибқи t-критерияи Студент гузаронида шуд.

Натиҷаҳо ва баррасии онҳо. Аз 167 бемори таҳқиқшуда типии гурдаву тухмдони гемодинамикии варикосел дар 115 (68,9%) нафар ошкор карда шуд. Варикосели дараҷаи 1 дар 17 (14,8%) дараҷаи 2 дар 31 (26,9%) ва дараҷаи 3 дар 67 (58,3%) –и беморон муайян карда шуд. Ба ҳисоби миёна ин нишондодаҳо $4,3 \pm 1,1$ мм.-ро ташкил дод. Суръати партоби баръакси хун дар варидаи дарунии тухмдон хангоми маневри Валсалва чен карда шуд, ки бештари беморон зиёда аз 36 см/сония буд. Дар 3 нафари онҳо ин беморон микрогематурия муайян карда шуд. Дар асоси ин нишондиҳандаҳо ба беморон ҷарроҳии вариддреналӣ нишондод дорад (анастомоз тестикулоэпигастралӣ). Аммо дар давраи интраҷарроҳӣ да 41 (35,6%) –и беморон намуди пошхӯрдаи варидаи дарунии нутфай муайян карда шуд. Варидаи дарунии нутфавӣ дар 9 (7,8%) и беморон норасоии клапанҳо дошт, к ибo vaseъшавии варикозии варидҳои андомҳои поёнӣ якҷоя шудааст. Норасоии клапанҳои варидҳои эпигастралӣ тавассути гузаронидани намунаи дупинсетӣ муайян карда шуд. Дар ҷамаи ин беморон варикосел эктомияи субингвиналӣ бо усули Мармар иҷро карда шуд. Барои ҳамин ҳам амалиётҳои ҷарроҳии венодреналӣ бо мақсади кам кардани гипертензияи гурдаҳо дар 65 (56,5%) бемор иҷро карда шуд.

Амалиёти ҷарроҳӣ таҳти беҳискунии мавзёӣ ё анелгезияи спиналӣ гузарониданд. Ташаккул додани анастомозҳои байни варидҳо бо истифода аз микроскопии ҷарроҳии « WILD » таҳти калонкунии 8-12 карата бо маводи микродӯзандагии 8/0 ва маҷмӯи микроинструментҳо гузаронида шуд. Дастраскунии ҷарроҳӣ дар ноҳияи қалқашаки чап ба таври мувозӣ (параллел) бо бандаки қадқашак бо дарозии то 7 см. амалӣ карда мешавад. Дар фазои пасифокӣ варидаи дарунии нутфой ва ҷамаи дигар шохчаҳои варидаи баста ва бурида мешаванд. Намунаи дупинсетӣ гузаронида мешавад, ки дар он мавҷуд будани гипер-



тензияи нӯги гурдавӣ ё нӯги хоягии вари-ди нутфай муайян карда мешавад. Аз ин ташаккул ёфтани анастомози проксималӣ ё дисталӣ вобаста аст. Дар вақти мавҷуд будани гипертензияи ҳарду коллекторҳо сохтани анастомози дусамта нишондод дорад. Дар асоси ин намуна сохтани анастомози дисталӣ дар 59 бемор иҷро карда шуд. Сохтани ду анастомоз дар 6 бемор сурат гирифт.

Муайян кардани гипертензияи гурдаҳо ё коллектори хоядон шартӣ асосӣ барои интихоб кардани ин ё он анастомоз мебошад, зеро дар сурати мавҷуд набудани фишори гидродинамикӣ анастомоз афункционалӣ мешавад. Ин ҳолатро ҳангоми ҷарроҳӣ ба эътибор гирифтани лозим аст, чунки бемор дар наздиктарин давраи пас аз ҷарроҳӣ дар ҳолати горизонталӣ қарор дорад.

Муоинаи беморон дар давраи пас аз ҷарроҳӣ то як сол давом кард. Аломатҳои клиникӣ баҳогузори карда шуда, доплерография ва маълумотҳои спермограмм гузаронида шуд.

Дар давраҳои наздик ва дури пас аз ҷарроҳӣ дар муддати аз 3 то 18 моҳ беморон шикоят надоштанд. Синдроми дард дар ягон бемор ба қайд гирифта нашуд. Бо усули палпатсия варидаҳои васеъшудаи танобаки нутфавӣ муайян карда нашуд, намунаи Валсалва дар ҳамаи беморон манфӣ буд. Дар ТУС-и хояҳои беморони дорои гипотрофия ипселатералии хояҳо баробарии тухмҳо аз >20% то < 6% ба мушоҳида расид. Гидроселе дар ягон бемор дида нашуд.

То ва пас аз ҷарроҳӣ таҳқиқоти спермограммаи 86 бемор гузаронида шуд. То ҷарроҳӣ патоспермия дар 38(44,2%), астеноспермия дар 22 (25,6%), олигоспермия дараҷаи I дар 2 (2,3%) , дараҷаи II дар 9(10,4%), дараҷаи III- дар 7(8,2%), аспермия дар 8(9,3%) ҳолат ба назар расид. Ғайр аз ин муқаррар карда шуд, ки варикоцеле ба сперматогенез таъсири манфӣ мерасонад, дар ин маврид миқдори умумии сперматозоидҳо кам мешавад, фоизи спермаҳои мутаҳаррик ва шохиси бороварии Фаррис паст мегардад, миқдори хучайраҳои ноболиғ ва шаклҳои ҷавони сперматозоидҳо ме-

афзояд.

Баъд аз ҷарроҳӣ нишондиҳандаҳои сифатии ин тести махсус дар муқоиса аз маълумотҳои ибтидоӣ беҳтар шудааст. Тағйиротҳои мусбат то сатҳи нормоспермия дар 9 бемор ба назар расид. Ҳангоми олигоспермия ва астеноспермия спермограмма бе тағйир боқӣ монд дар ду бемор. Ҳангоми олигоспермияи дараҷаи II мӯътадил шудани спермограмма (набудани тағйирот, бадшавӣ) дар як ҳолат ба чашм расид. Ҳангоми табобати олигоспермияи дараҷаи III дар як бемор беҳбудӣ то дараҷаи I ва дар 2 бемор то астеноспермия дида шуд. Ҳангоми астеноспермия дар 4 бемор аз 5 нафар то нормоспермия ва дар як бемор бетағйир буд. Дар ду бемори дорои тераторспермия ва акиноспермия, спермограмма мӯътадил шудааст. Аспермия то ҳадди астеноспермия дар як бемор беҳтар шудааст.

Дар асоси таҳқиқоти гузаронидашуда сохтани анастомозҳои байниваридӣ ҳангоми варикоцеле бо гипертензияи гурдаҳо усули аз ҷиҳати патогенетикӣ асосноки табобат ба ҳисоб меравад. Аммо усули микроҷарроҳии табобати варикоцеле дастгоҳҳои махсусва омодагии табибонро ҷиҳати аз худ кардани ин усули амалиёти ҷарроҳӣ талаб мекунад, ки истеъмоли васеи онро маҳдуд месозад.

Хулосаҳо:

1. Барои муайян кардани гипертензияи гурдаҳо таҳқиқоти доплерографӣ бо мақсади муайян типии гемодинамикӣ зарур аст.
2. Намуди гемодинамикии гурдаву хоя аз мавҷуд будани гипертензияи варидаҳои гурда дарак медиҳад.
3. Усули оптималии табобати гипертензияи гурдаҳо ҳангоми варикоцеле сохтани анастомози байниваридӣ мебошад.

4. Сохтани анастомози байниваридӣ ҳангоми варикоцеле на танҳо гипертензияи гурдаро кам мекунад, балки гипотрофияи ипселатералии хояҳоро баробар ва бороварино беҳтар

Артиков Каримдҷон Пулатович-д.и.т., профессор кафедраи бемориҳои ҷарроҳии №2 МДТ «ДДТТ ба номи Абуалӣ ибни Сино».

Адабиёт

1. Бердников, М.А. Варикоцеле: современная проблема / М.А. Бердников, Н.В. Антипов / - Журнал фундаментальной медицины и биологии. – 2016. – №3. –С. 42 – 50.
2. Боков, А.И. Эффективность микрохирургической варикоцелэктомии при мужском бесплодии с последующей стимуляцией сперматогенеза /А.И.Боков , П.С.Кызласлов , А.Н.-Абдулхамидов // Урол. ведомости. - 2015. - № 1 (5) –С. -21-29.
3. Варианты архитектоники, гемодинамики левой почечной и яичковой вен и выбор патогенетически обоснованного метода хирургического лечения левостороннего варикоцеле / С.Н. Страхов [и др.]// Анналы хирургии. – 2014. - № 3. – С. 32-40.
4. Варикозная болезнь органов таза мужчины./О.Б.Жуков, [и др.]// Андрология и генитальная хирургия.- 2016.–Т.17, № 4.– С.71–75.
5. Лапароскопическое и микрохирургическое лигирование внутренних семенных вен при двустороннем варикоцеле/З.А. Кадыров[и др.]//Здравоохранение Таджикистана. - 2010.– Т. 304, № 1 .– С. 38-42.
6. Лопаткин, Н.А. Стеноз почечной вены /Н.А.Лопаткин, А.К.Морозов, Л.Н. Житникова,–М.: 1984. –144 с.
7. Причины рецидива варикоцеле / Н.Д. Мухиддинов[и др.]// Вестник Авиценны. - 2017. – Т.19, № 3. –С. 379-381.
8. Современное состояние проблемы хирургического лечения больных с варикоцеле / Н. Д. Мухиддинов [и др] //Вестник Авиценны. – 2017. – Т. 19. – №. 4. –С. 544-549.
9. Deborah L. Varicoceles in the pediatric and adolescent population: threat to future fertility? / L. Deborah, L. Jacobson, K. Emilie Johnson // Fertility and Sterility.- 2017. – № 3. – P. 370-377.
10. Doppler Dynamic Tissue Perfusion Measurements in Adolescents with Varicocele./ G.Jedrzejewski [et al]// Urol Int –2019. –V. 103, –P. 55–61.
11. Marmar J.L. The evolution and refinements of varicocele surgery. / J.L. Marmar //Asian J Androl. – 2016. –№18. –P.171-178.
12. Patil, V. Redefining the criteria for grading varicoceles based on reflux times: a clinicoradiological correlation / V. Patil, S. M. C. Shetty, S.K. Das //Ultrasound quarterly. – 2016. – V. 32, – №. 1. – P. 82-85.

УСТРАНЕНИЕ ПОЧЕЧНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ ПРИ ВАРИКОЦЕЛЕ

Артыков К.П.¹, Юлдошев М.А.², Солиев О.Ф.¹.¹Кафедра хирургических болезней №2 ТГМУ им. Абуалиибни Сино²ЛДЦ «Мадади Акбар» г. Душанбе

3 ГУ «Республиканский научный центр сердечно-сосудистой хирургии МЗ и СЗН»

Цель исследования. Оценка результатов лечения почечной гипертензии при варикоцеле после формирования проксимального межвенозного анастомоза.

Материал и методы исследования. Проведено обследование 167 пациентов с варикоцеле в возрасте от 16 до 39 лет. Степень оценки варикоцеле производилась по классификации Амерал Дубину, которая используется в классификации ВОЗ (1997). У всех пациентов клинически был выявлен наличие признаков варикоцеле. Ипсилатеральная гипотрофия яичка была выявлена

у 21 (12,6%), а гидроцеле 6 (3,6%) пациентов. Всем пациентам до и после операции проводили анализ эякулята.

Результаты исследования и их обсуждения. Из 167 обследованных больных ренояичковый гемодинамический тип варикоцеле был выявлен у 115 (68,9%). Варикоцеле 1 степени был выявлен у 17 (14,8%), 2 степени у 31 (26,9%) и 3 степени у 67 (58,3%) пациентов. При доплерографии вен семенного канатика внутренний диаметр варьировал от 3 до 6 мм. В среднем это значение составило $4,3 \pm 1,1$ мм. Всем этим пациентам была выполне-



на субингвинальная варикоцелэктомия по Мармар. Поэтому венодренирующие операции с целью снижения почечной гипертензии была выполнена 65 (56,5%) пациентам.

Заключение. Формирование межвенозных анастомозов является патогенетически

обоснованным методом лечения регионарной венной почечной гипертензии при варикоцеле.

Ключевые слова: варикоцеле, почечная гипертензия, доплерография, тестикуло-эпигастральные анастомозы, патоспермия.

ELIMINATION OF RENAL HYPERTENSION IN VARICOCELE

Artykov K.P.1, Yuldoshev M.A. 2, Soliev O.F. 1.

1 Department of Surgical Diseases No. 2 TSMU named after. Abualiibni Sino

2 Children's and Children's Center "Madadi Akbar" Dushanbe

The purpose of the study. Evaluation of the results of treatment of renal hypertension in varicocele after the formation of the proximal intervenous anastomosis.

Material and methods. The study involved 167 patients with varicocele in age from 16 to 39 years. The grade of varicocele was assessed according to the AmeralDubinu classification, which is used in the WHO classification (1997). All patients were clinically diagnosed with signs of varicocele. Ipsilateral testicular hypotrophy was detected in 21 (12.6%) and hydrocele in 6 (3.6%) patients. To determine the hemodynamic type of varicocele, the Coolsaet classification (1980) was used. On the basis of a Doppler study of the testicular vessels, Trombett's test was carried out: type I renocytic; II type ileo-ovarian; Type III mixed reflux. The inclusion criteria included patients with renocytic hemodynamic type of varicocele, because only this type indicated renal hypertension. Other hemodynamic types of varicocele were excluded. All patients before and after surgery were performed analysis of the ejaculate.

Research results and their discussion. Of the 167 examined patients, the renocytic hemodynamic type of varicocele was detected in 115 (68.9%). Varicocele of grade 1 was detected in 17 (14.8%), grade 2 in 31 (26.9%) and grade 3 in 67

(58.3%) patients. In Doppler imaging of the spermatic cord veins, the inner diameter varied from 3 to 6 mm. On average, this value was 4.3 ± 1.1 mm. The rate of reverse blood flow through the internal spermatic vein was measured during the Valsalva maneuver, which in the majority of patients was more than 36 cm/sec. Three of these patients had microhematuria. Based on these indicators, the patients were indicated for venous-drainage surgery (testiculoepigastric anastomosis). However, intraoperatively, in 41 (35.6%) patients, a loose type of the internal spermatic vein was revealed. The internal spermatic vein in 9 (7.8%) patients had valvular insufficiency, which was combined with varicose veins of the lower extremities. Valve insufficiency of the epigastric vein was detected by a two-forceps test. Valve insufficiency of the epigastric vein was detected by a two-forceps test. All of these patients underwent subinguinal Marmar varicocelectomy. Therefore, venous drainage operations to reduce renal hypertension were performed in 65 (56.5%) patients.

Conclusion. The formation of intervenous anastomoses is a pathogenetically substantiated method for the treatment of regional venous renal hypertension in varicocele.

Key words: varicocele, renal hypertension, Doppler sonography, testicular-epigastric anastomoses, pathospermia.

Юлдошев Муродали Арабович – н.и.т., табиб- уролог МТТ «Мадади Акбар» ш. Душанбе.
Солиев Олимжон Фаттоевич - н.и.т., ассистенти кафедраи бемориҳои ҷарроҳии №2 МДТ «ДДТТ ба номи Абуали ибни Сино». . тел.: +992988748004; E-mail: saliyev_2019@bk.ru
Артыков Каримджон Пулатович - д.м.н., профессор кафедраи хирургических болезней №2 ТГМУ им. Абуали ибни Сино



Юлдошев Муродали Арабович – к.м.н. врач, уролог ЛДЦ «Мадади Акбар» г. Душанбе
Солиев Олимжон Фаттоевич – к.м.н. ассистент кафедры хирургических болезней № 2 ТГМУ им. Абуали ибни Сино. тел.: +992988748004; E-mail: saliyev_2019@bk.ru

Karimjon Pulatovich Artykov-PhD, Professor of the Department of Surgical Diseases No. 2 and Abuali ibn Sino State Medical University,

Murodali Arabovich Yuldoshev – in this case. Doctor, urologist Л LDC “help in his Words,” g Monday

Soliev Olimzhon Fattoevich - m r-n. Assistant of the Department of Surgical Diseases No. 2 and Abuali ibn Sino State Medical University. tel.: +992988748004; E-mail: saliyev_2019@bk.ru

ТАБОБАТИ НОРАСОГИИ ЧИГАР ВА ЭНДОТОКСИКОЗ ҲАНГОМИ ПЕРИТОНИТИ ПАҲНШУДАИ ФАССОДӢ

Валиев Б.К., Отаев Ш.З., Назаров Ш.К., Шамсуллозода Ш.Н.

Кафедраи бемориҳои чарроҳии №1 ба номи академик Қурбонов К.М.

МДТ «ДДТТ ба номи Абуалӣ ибни Сино»

Муҳимият. Муолиҷаи перитонити паҳн-гаштаи фассодӣ (ППФ) дар айни замон яке аз мушкилоти мубрами чарроҳии фаврии абдоминалӣ ба шумор меравад. Фавтноки Ҳангоми ППФ аз рӯи адабиётҳои ҳозира-замон ва таҳқиқоти муҳақққҳои соҳаи чарроҳии абдоминали 25-30%-ро ташкил дода, дар марҳалаи ниҳоии он дар ҳолати инкишоф ёфтани шоки масмумӣ-септикӣ (ШМС) ва нокифоягии бисёрузвӣ (НБУ) то 85-90% мерасад. Нокифоягии шадиди функцияҳои чигар бо сабаби эндотоксикози вазнин дар байни сабабҳои фавтнокии пасаз-чарроҳӣ Ҳангоми перитонит, ки онро НБУ ориздор намудааст, аз ҷумлаи аввалинҳо ба шумор меравад [1;2]. Аммо самти муосири муолиҷаи интенсивии перитонити паҳн-гаштаи фассодӣ пеш аз ҳама бо стабилизатсияи функцияи дилу рағҳо, системаи нафас, гурда ва мубориза ба олоиши микроб мавқеи худро муайян намудааст. Чунин шева ба асоси мавҷуд набудани меъёрҳои ахбороти нокифоягии функцияи чигар Ҳангоми перитонити паҳн-гаштаи фассодӣ ба роҳ монда шудааст. “Намунаҳои чигар”-и лаборатории умумикабулшуда на бо сатҳи фаъолнокии метаболии он ва на бо ҳаҷм ва хусусияти иллат ҳамбастагӣ надоранд [3]. Илова бар ин, онҳо дар мавриди беморони мубтало ба перитонити паҳн-гаштаи фассодӣ арзиши пешгӯйикунанда надоранд. Бо вучуди ин ҳама даври перитонити паҳн-гаштаи фассодӣ ба назар гирифтани лозим аст, ки ба

ибтидои нокифоягии чигар мувофиқат мекунад. Тибқи маълумотҳои таҳқиқотҳои морфологии узвҳои дарунӣ таъйирёбии ҳуҷайраҳои системаи фаготситҳои мононуклеарӣ ва пеш аз ҳама макрофагҳои чигар, ки зиёда аз 90 %-и тамоми системаи ретикулоэндотелиалии организмро ташкил медиҳад, барои эндотоксикоз нисбатан хос ба шумор меравад. Маъмулан таъйироти морфологии чигар моқаблаи зухуроти клиникӣ-лаборатории эндотоксикоз ба шумор рафта, аллақай дар марҳалаҳои барвақтии перитонити паҳн-гаштаи фассодӣ инкишоф меёбад [4].

Мақсади тадқиқот. Беҳсозии усулҳои табобати дигаргунии функционалии чигар ва эндотоксикоз Ҳангоми перитонити паҳн-гаштаи фассоднок.

Мавод ва усулҳо. Таҳлили клиникӣ-лабораторӣ, назорат ва муолиҷаи 71 беморони мубталои перитонити паҳн-гаштаи фассоднок барои гузаронидани заминаи пажӯҳиш ташкил дод, ки аз солҳои 2009 то 2023 дар шӯъбаҳои чарроҳии МД «Маркази шаҳрии ёрии таъҷилии тиббӣ», ки базаи клиникӣи кафедраи бемориҳои чарроҳии №1 ба номи академик Қурбонов К.М. МТД «ДДТТ ба номи Абуалӣ ибни Сино» табобат гирифта буданд. Дар ин ҳода барои рандомизатсия намудани таҳқиқот мувофиқи приинсипи шеваи муолиҷаи тамоми беморон, ки перитонити паҳн-гаштаи фассодӣ доштанд ба ду гурӯҳ ҷудо карда шуданд, гурӯҳи якум (на-



зоратӣ) ва гуруҳи дуҷум (асосӣ) ки муқоиса онҳо аз рӯйи чинсӣ, сину-сол, муҳлати бе-

морӣ ва сабабҳои беморӣ ба амал оварда шуд (ҷадвали 1).

Ҷадвали 1. Тақсими беморон аз рӯйи сину-сол ва гуруҳбандӣ

Сину сол	Гуруҳияҷум (n-36)	Гуруҳидуҷум (n-35)	71
Мардҳо	19	19	
Занҳо	17	16	%
18-44 (ҷавонҳо)	17	15	45,07
45-59 (сини миёна)	9	9	25,35
60-74 (пиронсолон)	7	9	22,53
75-90 (куҳансолон)	3	2	7,04
ҲАМАҒӢ	71		100

Эзоҳ: тақсимоти сину-сол аз рӯйи таъсири Созмонитандурустишчаҳонӣ.

Мувофиқи тақсими беморон аз рӯйи сину соли 18-44 ва 45-59 – роташкилнамуданд, ки сабабҳои гуногундоранд (ҷадвали 2).

Ҷадвали 2. Сабабҳои перитонити паҳнғаштаи фассадӣ дар гуруҳҳои таҳқиқотшаванда

№	Сабабҳои ППФ	Гуруҳияҷум	Гуруҳидуҷум	71	100
1	Аппендиситишадид	16	15	31	43,66
2	Перфоратсия захираи давараудайи 12-ангушта	11	10	21	29,57
3	Панкреонкрозиомехта	5	6	11	15,49
4	Перфоратсия захираи бурдаборик	4	4	8	11,26

Ҳамаи беморон ҳангоми бистаришавӣ аз рӯйи алгоритми таҳқиқотшавонӣ аз таҳқиқоти клиникаи биохимиявӣ, таҳқиқотҳои инструменталӣ гузаштанд. Гуруҳияҷум 36 (50,07%) беморонро дар бар мегирад, ки муолиҷаи онҳо мувофиқи стандартҳои умумиҷаҳонӣ бе он ки дараҷаи зоҳиршавии эндотоксикоз ва марҳалаи нокифоягии макрофагии чигар (НМҚ) ба ҳисоб гирифта шавад, татбиқ шуда буд. Муолиҷаи беморони ин гуруҳ дар асл ва нисбатан бе истифода аз муолиҷаи асоснокшудаи маҷмуии патогенезии НМҚ амалӣ карда шуда буданд.

Гуруҳи дуҷумро 35 (49,2%) бемори гирифтори перитонити паҳнғаштаи фассадӣ ташкил дод, ки табобати онҳо бо дарназардошти дараҷаи зоҳиршавии эндотоксикоз, аз рӯйи усулҳои дар клиника таҳия ва таҷрибадода, инчунин бо дарназардошти дараҷаи НМҚ ба амал оварда шуд. Мувофиқи усулҳои мазкур ба тамоми беморони гуруҳи Пҳангоми амалиёти ҷарроҳӣ санатсия ва поксозии ковоки батн бо маҳлули физиологияи 0,9% оксигенизатсияшуда, аз рӯйи нишондод санатсияи барномавӣ, интубатсияи

пушидаи назоинтестиналӣ, дренажи дарозмуддати рӯда бо амалиномаи усулҳои детоксикатсияи рӯдавӣ, ҳуҷраҳои барвақтӣ рӯдавии найчаӣ бо истифодаи Нутриенҳо ва ба воситаи қастара, ворид кардани пребиотикҳо ва доруворҳои муътадил намудани флораи рӯдаҳо, инчунин инфузияи маҳлулҳои зиддибактериявӣ, ворид намудани лакто- ва гепатопротекторҳо, антиоксидантҳо ва реинфузияи аутохун, ки фотомодификатсия ва оксигенкунонӣ шудааст, татбиқ гардид. Илова бар ин, дар як зумра беморони ин гуруҳ ҳангоми зарурат ва аз рӯйи нишондодҳо озонтерапия, плазмафарез, табобати лазерии дохили вариди, нурҳои ультрабунафш татбиқ гардида, амалиёти барномарезии шудаи поксозии батн, ва реллапаратомияи барномарезии шуда ба кор бурда шуд. Коркардномаи омории маводи пешниҳодгардида тавассути барномаи Statistica 10.0 гузаронида шуд. Бузургии миқдорӣ дар шакли нишондиҳандаи миёна ва ҳатогиҳои стандартӣ пешниҳод гардида, бузургии сифатӣ бошад дар шакли нишондиҳандаи мутлақ ва фоизи онҳо пешниҳод гардиданд. Бо мақсади мукаммалномаи гуруҳҳо ва Т-ни-



ология нишон дод, ки флораи аэробӣ анге-
зандаи асосии перитонит дар гурӯҳи II ба
шумор меравад. Зимнан теъдоди умумии

миқдори микрофлораҳо вобаста ба даври
перитонит дар ҳудуди то 7,61 g КОЕ/мл ёфт
гаштааст (ҷадвали 4).

Ҷадвали 4. Микробҳои ёфт гашта аз муҳтавои ковокии батн дар беморони перитонити паҳнғаштаи фассоднок

Намуди микробҳо	Гуруҳи якум		Гуруҳидуюм	
	Асотсиатсия	Монокултура	Асотсиатсия	Монокултура
Escherichia coli	13	11	12	12
Streptococcus faecalis	17	9	18	9
Staphylococcus spp.	9	7	11	7
Proteus mirabilis	4	2	4	3
Enterobacter spp.	7	5	7	5
P.aeruginosa	3	2	3	2

Эзоҳ: дар як бемор якчанд намуди микроб дар кишт пайдо карда шуд

Дар беморони ҳангоми даври реактивӣ дар хун ва системаи варид микрофлораҳо ошкор нагардид, ки метавонад аз ҳолати функционалии макрофагҳои перитонеалӣ, афзалияти элиминатсияи флораи бемориро дар коллекторҳои лимфавӣ ва муҳимтар аз ҳама, ҳифз шудани тавораи рӯда дар ҳолати набудани сӯрохшавии рӯдаҳо дарак диҳад.

Умуман дар даври II перитонити паҳнғаштаи фассодӣ дар беморони гуруҳи дуум ҳангоми амалиёти ҷарроҳӣ зимни 18 ҳодиса Streptococcus faecalis ошкор карда шуд. Бактериемияи умумӣ тӯли 1-2 шабонарӯз дар 9 бемор ҳифз шуда буд, дар шабонарӯзи 3-4-ум бошад, ҳамагӣ дар мавриди 1 бемор ба қайд гирифта шуд. Бактериемияи системавӣ ҳангоми мурочиат кардан дар се бемор ошкор гардида, дар шабонарӯзи 1-2-юми пасазҷарроҳӣ зимни 2 нафар ва аллақай дар шабонарӯзи 3-4-ум бошад, он дар тамоми беморон баргараф карда шуда буд. Тӯли 1-2 шабонарӯзи пасазҷарроҳӣ дар заминаи муолиҷаи татбиқшудаи патогенезии сайқалдодашуда, ки ба ислоҳи кори чигар равона шуда буд, бактериемия дар 13 бемор ва системавӣ бошад, ҳангоми 9 ҳодиса мушоҳида гардид. Дар шабонарӯзи 3-4-ум басомади бактериемия то 6 ҳодиса коҳиш ёфта, системавӣ бошад, дар 2 бемор ба қайд гирифта шуд. Дар шабонарӯзи 5-ум бактериемия дар 1 бемор ошкор кардан имконпазир гардид ва дар ҳама ҳолатҳо таҳқиқи хуни системавӣ натиҷаи манфӣ

дод. Нисбатан бештар аз хун беморони таҳти таҳқиқи гурӯҳи дуум дар заминаи транслокатсияи зиёди микрофлораи рӯдаи симбиози аэробҳо ҷудо шуданд ва дар як қатор ҳолатҳо якҷояшавии микробҳо, аз ҷумла бо занбурӯи чинси Candida зоҳир шуд. Зимнан таркиби навъии микроорганизмҳо ва якҷояшавии онҳо дар динамика таъйир ёфта метавонист. Таъдоди умумии микроорганизмҳо дар беморони алоҳида ба 3-4 lg КОЕ/мл мерасид, ки далели дараҷаи баланди транслокатсияи аз рӯдахоро мебошад. Ҷамин тавр, мавҷудияти бактериемияи системавӣ дар зиёда аз сеяки ҳодисаҳо ҳангоми беморони мубтало ба перитонити паҳнғаштаи фассодӣ дар марҳалаи III беморӣ исботи мустақими нокифоягии системаи макрофагии чигар ба ҳисоб рафта, дар шабонарӯзи 3-4-ум дар заминаи амалинамоии муолиҷаи самтноки патогенезӣ баргараф шудани он аз офиятёбии функсияи таворагии чигар дарак медиҳад. Барои арзёбии дараҷаи ихтилолотии функсияи таворагӣ ҳангоми перитонити паҳнғаштаи фассодӣ, омӯзиши патогенези нокифоягии макрофагии чигар мо натиҷаҳои таъйироти равшанӣ-оптикӣ ва ултрасохтори чигарро бо даври ҷараёни перитонит муқоиса намудем.

Таҳлили амалинамудаи натиҷаҳои таъйироти ҷойдошта ва ултрасохтори чигар дар мавриди беморони мубтало ба перитонити паҳншудаи фассодӣ, таҳқиқи микробиологии экссудати перитонеалӣ, хун ва системавии варидӣ дар динамика, зухуроти кли-



никӣ-лаборатории эндотоксикоз дар даври мухталифи чараёни перитонити паҳнғаштаи фассодиро муайян намудани марҳалаҳои нокифоягии макрофагии чигарро имконпазир намуд:

Марҳалаи I реактивӣ – ба даври реактиви перитонити паҳнғаштаи фассодӣ мувофиқат кард;

Марҳалаи II таллофишуда – бо даври нокифоягии рӯдавии перитонити паҳнғаштаи фассодӣ ҳамбаста буда, ихтилолоти тавораи рӯда бо баъдан транслокатсияи микрофлораи симбионтии рӯда ва захрҳо ба амал меояд;

Марҳалаи III таллофинашуда – ба даври шадиди коҳишёбии узвҳо мувофиқат мекунад.

Муайян намудани вобастагии мувофиқат байни марҳалаҳои норасоии чигар ҳангоми перитонити паҳнғаштаи фассодӣ ва давраҳои чараёни он барои пайдо намудани ташхис дар давраи ҳаётӣ ва таҳияи маҷмуи чорабиниҳои муолиҷавии самтноки патогенезӣ шароит фароҳам овард.

Баъди барқарор шудани функцияи ҳозима ва ҷаббандагии рӯдаи борик, пешакӣ хӯрокдиҳии рӯдавию қастравӣ бо илова намудани омехтаҳои полисустратии та“зиявӣ таркиби он пурра карда мешуд. Ворид намудани онро инфузия пребиотикҳо, пробиотикҳо ва эубиотикҳо ба қастраи назоинтестинал ҳамроҳ карда шуд. Зимни марҳалаи III НМҚ омодагии пешазчарроҳӣ дар шароити шуъбаи реаниматсионӣ ба амал оварда шуд, ки ба ислоҳи функцияи таллофинашудаи узву системаҳои муҳим равона шуда буд. Дар ин чода усулҳои хоричибаданӣ фақат дар заминаи муолиҷабо роҳи ворид намудани антикоагулянтҳо, дезагрегантҳо, реополиглюкин, маҳлули албумин барои сафарбаркунии захрҳо аз узву бофтаҳои захиракунада равонашуда ба кор бурда шуданд. Ислоҳи маҷмуии нокифоягии рӯдаҳо марҳала ба марҳала, инчунин дар

марҳалаи II норасоии фаъолияти кори чигар амалӣ карда мешуд. Натиҷаи манфии таҳқиқи микробиологӣ хуни системавӣ ва мухтавои дохили батн, инчунин бартарафшудани зухуроти лабораторӣ-клиникии эндотоксикоз, ки ба барқароршавии функцияи таворагии чигар мусоидат намуд, меъёр барои анҷом додан ба шумор рафт. Дар заминаи муолиҷаи татбиқшуда зимни гурӯҳи II таназзули возеҳи нишондиҳандаҳои масъумияти эндогенӣ ба мушоҳида расид ва дар шабонарӯзи шашум қиматҳои таҳқиқшавандаи гемостаз аз ибтидоӣ ду баробар камтар буданд. Зимни гурӯҳи I таҳти таҳқиқ зухурёбии давомнокии динамика ба таври ҷашмрас камтар буд.

Хулоса. Муолиҷаи беморони мубтало ба перитони паҳншудаи фассодӣ бояд бо истифода аз маҷмуи технологияи муоисири тиббӣ сурат гирад, ки аз ёрии комилан мувофиқи чарроҳӣ, о“ози муолиҷаи эмпирии зиддимикробӣ, ки аксари кулли доираи флора (азробӣ ва ҳам анаэробӣ)-и бемориҳоро бартараф намояд, усулҳои детоксикатсияи дохилибаданӣ (интубатсияи назоинтестиналӣ, лаважи рӯда, энтеросорбсия, та“зияи барвақтии рӯдаӣ ба воситаи қастара), инфузияи дохили боядиборат бошад. Дар ин асно баҳисобгирии марҳаланокии чараёни нокифоягии функцияҳои чигар ҳангоми перитонити паҳншудаи фассодӣ ва дар алоқамандӣ бо ин принципҳои таҳияшудаи инфузияи дохили варидию артериалӣ коҳиш додани теъдоди оризаҳои пасазчарроҳиро ба 12,2% имконпазир мегардонад. Интубатсияи пушидаи назоинтестиналӣ бо лаважи рӯда, энтероҷаббиш ва та“зияи барвақтии рӯдаиро дар мубориза бо эндотоксикоз ва нокифоягии функцияҳои чигар лаҳзаӣ асосӣ шумурдан мумкин аст. Ин чорабиниҳо транслокатсияи флораи симбионтӣ ва захрҳо ба муҳити дарунии организми бемор пешгирӣ менамоянд.

Адабиётҳо

1. Абылханов, У.А. Результаты лечения распространенного гнойного перитонита/ У.А.Абылханов//Вестник КазНМУ.-2020.-№1.-С.329-333.
2. Булава, Е.Г. Иммуные механизмы в патогенезе острого перитонита/Е.Г.Булава//Трансплантология.-2023.-№15.-С.89-97.



3. Сараев, А.Р. Тактика лечения тяжелых форм распространенного перитонита/А.Р. Сараев, Ш.К. Назаров//Здравоохранение Таджикистана.-2020.-№3.-С.51-57.

4. Сараев, А.Р. Арзёбии вазнинии ҳолат дар пешгуи оқибати перитонити паҳнғашта/А.Р. Сараев//Вестник последипломного образования в сфере здравоохранения.-2022.-№1.-С.69-74.

ЛЕЧЕНИЕ ПЕЧЕНОЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ И ЭНДОТОКСИКОЗА ПРИ РАСПРОСТРАНЕННОМ ГНОЙНОМ ПЕРИТОНИТЕ

Валиев Б.К., Отаев Ш.З., Назаров Ш.К., Шамсуллозода Ш.Н.

Кафедра хирургических болезней №1 им. Академика Курбонова К.М. ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино»

Цель исследования. Улучшение методов лечения функциональных изменений печени и эндотоксикоза при распространённом гнойном перитоните.

Материал и методы. Основой исследования является клиничко-лабораторный анализ, наблюдение и лечение 71 пациентов с распространённым гнойным перитонитом. С целью рандомизации пациенты были разделены на две равноценные группы. Пациентам второй группы исследования были применены озонотерапия, плазмофорез, лазеротерапия, ультрафиолетовое облучение крови, программированные санации брюшной полости.

Результаты и обсуждение. Совершенствованные методы комплексного лечения распространённого гнойного перитонита во второй группе показало большое преимущество, поскольку нормализовались важные лабораторные показатели функций печени как уровень прокальцитонин от $0,055 \pm 0,1$ ($p < 0,05$) до $0,48 \pm 0,01$ ($p < 0,05$), Д-димер от $261,5 \pm 13,7$ ($p < 0,5$) до $211,3 \pm 1,7$ ($p < 0,5$), ферритин от $309,1 \pm 3,1$ ($p < 0,5$) до $243,9 \pm 2,7$ ($p < 0,5$), гамма-глутамин-

трансфераза от $62,3 \pm 1,5$ ($p < 0,05$) до $55,1 \pm 0,3$ ($p < 0,05$), интерлейкин-6 $9,1 \pm 0,1$ ($p < 0,05$) через 7-14 дней лечения становились близким к норме.

В ходе проведения микробиологических исследований выпота из брюшной полости было установлено превалирование аэробной флоры особенно во второй группе пациентов. При этом общее количество микрофлоры в зависимости от стадии перитонита обнаружено в пределах до 7,61 г КОЕ/мл.

Заключение. Лечение пациентов с распространённым гнойным перитонитом должно осуществляться с использованием комплекса современных медицинских технологий включающих в себя полноценную хирургическую операцию, эмпирическую антибиотикотерапию, интракорпоральных методов детоксикации, энтеросорбцию и инфузионную терапию.

Ключевые слова. Распространённый гнойный перитонит, клиничко-лабораторные анализы, показатели функции печени, микробиология выпота брюшной полости, хирургическое лечение.

TREATMENT OF LIVER FAILURE AND ENDOTOXICOSIS IN ADVANCED PURULENT PERITONITIS

Valiev B.K., Otaev Sh.Z., Nazarov Sh.K., Shamsullozoda Sh.N.

Department of Surgical Diseases No. 1 named after. Academician Kurbonov K.M. State educational institution «TSMU named Abualiibni Sino»

Purpose of the study. Improving methods for treating functional changes in the liver and endotoxemia in widespread purulent peritonitis.

Material and methods. The basis of the study is clinical and laboratory analysis, observation and treatment of 71 patients with widespread purulent peritonitis. For the purpose of randomization,



patients were divided into two equal groups. Patients in the second group of the study were treated with ozone therapy, plasmaphoresis, laser therapy, ultraviolet blood irradiation, and programmed sanitation of the abdominal cavity.

Results and discussion. Improved methods of complex treatment of widespread purulent peritonitis in the second group showed a great advantage, since important laboratory indicators of liver function such as procalcitonin levels were normalized from 0.055 ± 0.1 ($p < 0.05$) to 0.48 ± 0.01 ($p < 0.05$), D-dimer from 261.5 ± 13.7 ($p < 0.5$) to 211.3 ± 1.7 ($p < 0.5$), ferritin from 309.1 ± 3.1 ($p < 0.5$) to 243.9 ± 2.7 ($p < 0.5$), gamma-glutamine transferase from 62.3 ± 1.5 ($p < 0.05$) to 55.1 ± 0.3 ($p < 0.05$), interleukin-6 9.1 ± 0.1 ($p < 0.05$) became close to normal after 7-14 days of treatment.

During microbiological studies of effusion from the abdominal cavity, the prevalence of aerobic flora was established, especially in the second group of patients. At the same time, the total amount of microflora, depending on the stage of peritonitis, was found to be up to 7.61 g CFU/ml.

Conclusion. Treatment of patients with widespread purulent peritonitis should be carried out using a complex of modern medical technologies, including full-fledged surgery, empirical antibiotic therapy, intracorporeal detoxification methods, enterosorption and infusion therapy.

Keywords. Widespread purulent peritonitis, clinical and laboratory tests, liver function indicators, microbiology of abdominal effusion, surgical treatment.

Валиев Б.К. -докторанти PhD- кафедраи бемориҳои ҷарроҳии №1 ба номи академик Қурбонов К.М. МДТ«ДДТТ ба номи Абуалӣ ибни Сино» +992555551113 valiyev.akhmad@mail.ru

Valiev B. K. - Doctoral student PhD-Department of Surgical Diseases №1 named after academic Qurbonov K. M. SMI "ATSMU" +992555551113 valiyev.akhmad@mail.ru

Валиев Б.К.-докторанти PhD- кафедраи хирургических болезней №1 им. академика Курбонова К.М. ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино»

Отаев Ш.З. Унвонҷӯи кафедраи бемориҳои ҷарроҳии №1 ба номи академик Қурбонов К.М. МДТ«ДДТТ ба номи Абуалӣ ибни Сино»

+992558888910 otaev.sh1997@gmail.com

Отаев Ш.З. Клинический аспирант кафедры хирургических болезней №1 им. академика Курбонова К.М. ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино»

+992558888910 otaev.sh1997@gmail.com

Отаев Sh. Z. The applicant - Department of Surgical diseases №1 named after academic Qurbonov K. M. SMI "ATSMU", +992558888910 otaev.sh1997@gmail.com

Назаров Ш.К. д.и.т профессор, Мудири кафедраи бемориҳои ҷарроҳии №1 ба номи академик Қурбонов К.М. МДТ«ДДТТ ба номи Абуалӣ ибни Сино» +992 93 588 26 36 shohin67@mail.ru

Назаров Ш.К. д.м.н профессор, Заведующей кафедры хирургических болезней №1 им. академика Курбонова К.М. ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино» +992 93 588 26 36 shohin67@mail.ru

Nazarov Sh. Q. - Doctor of Medical Sciences, ead of the Department of Surgical Diseases №1 named after academic Qurbonov K. M. SMI "ATSMU", +992 93 588 26 36 shohin67@mail.ru

Шамсуллозода Ш.Н. - н.и.тассистентикафедрои бемориҳои ҷарроҳии №1 ба номи академик Қурбонов К.М. МДТ«ДДТТ ба номи Абуалӣ ибни Сино», +992918793030 sherxon.yoftakov@mail.ru

Шамсуллозода Ш.Н к.м.н ассистент -кафедрои хирургических болезней №1 им. академика Курбонова К.М. ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино» +992918793030 sherxon.yoftakov@mail.ru

Shamsulozoda Sh. N. - C.M.S. Assistant of the Department of Surgical Diseases №1 named after academic Qurbonov K. M. SMI "ATSMU" +992918793030 sherxon.yoftakov@mail.ru



ТАКТИКАИ ҶАРРОҲӢ ҲАНГОМИ ИНСИДОДИ ЧАСПИДАГИИ РӮДАИ БОРИК

Сафаров Б.И.

Кафедраи ҷарроҳии умумии №1 ба номи профессор Қаҳҳоров А.Н.

МДТ «ДДТТ ба номи Абуалӣ ибни Сино»

Мубрамият. Рушди босуръати технологияи ҷарроҳӣ ба баланд шудани сатҳи фаъолнокии оперативӣ оварда расонидааст, ки ба зиёд шудани микдори беморони ба статсионар мурочиаткунандаҳо бо бемориҳои часпидагиҳо дар ковокии шикам ва зухуроти хатарноки он – инсидоди шадиди часпидагии рӯдаи борик оварда мерасонад [1,2,3]. Ҷамасола дар статсионарҳои ҷарроҳӣ тақрибан 1-2% беморони қаблан ҷарроҳишуда табобат мегиранд, дар ин маврид дар 50-70%-и ҳолатҳо сухан аз бемориҳои часпидагиҳои рӯдаи борик меравад [4,5].

Ба таҳқиқотҳои сершумор ва бознигариҳои протоколҳои ташхиси ва табобати нигоҳ накарда, бисёр масъалаҳо оид ба тактикаи муроқибати беморони дорои бемориҳои инсидоди шадиди часпидагиҳои рӯдаи борик (ИШЧРБ) баҳснок ва ҳалношуда боқӣ мемонанд [6,7,8]. Масъалаҳои ташхиси барвақт бо истифодаи ратсионалии усулҳои инструменталӣ масъалаҳои актуалӣ мебошанд, интиҳоби усули табобат ва муҳлати барои муайян кардани самаранокии табобати консервативӣ зарурӣ баҳснок боқӣ мемонад. Ба масъалаҳои ҳалношуда меъёрҳои интиҳоби усул ва ҳаҷми зарурии

амалиёти ҷарроҳӣ бо истифода аз технологияҳои лапароскопӣ [9,10], ки барои гузаронидани таҳқиқоти мазкур лозиманд, дохил мешавад.

Мақсади таҳқиқот – беҳтар сохтани натиҷаҳои табобати беморони гирифтори инсидоди шадиди часпидагии рӯдаи борик аз ҳисоби тактикаи ҷарроҳии фардишуда.

Мавод ва усулҳои таҳқиқот. Таҳқиқоти мазкур дар асоси натиҷаҳои ташхиси комплексӣ ва табобати ҷарроҳии 110 бемори мубтало ба ИШЧРБ иҷро карда шудааст. Мардҳо 43 (39%) нафар ва занҳо – 67 (61%) нафар буданд. Ҷамаи беморон ба ду гурӯҳ тақсим карда шуданд: Гурӯҳи I – 50 (45,5%) беморе, ки амалиётҳои ҷарроҳии лапароскопӣ ва лапароскопическӣ-ёрирасон гузаронида шудааст, гурӯҳи II – 60 (54,5%) беморе, ки дар онҳо амалиёти ҷарроҳии кушодаи анъанавӣ анҷом дода шудааст.

Бояд қайд кард, ки дар байни беморони гирифтори ИШЧРБ дар 104 (94,5%) муоина пас аз гузаронидани амалиётҳои ҷарроҳии кушодаи анъанавӣ дар узвҳои ковокии шикам руҳ додаанд, дар 6 (5,5%) ҳолат ибтидоӣ буданд, яъне бидуни ҷарроҳии қаблан гузарноидашуда.

Ҷадвали 1.– Хусусиятҳои бемориҳои бемориҳои узвҳои ковокии шикам, коси хурд, девораи пеши шикам дар беморони дорои ИШЧРБ, ки дар анамнези онҳо намудҳои гунгуни ҷарроҳии анъанавии кушода қайд шудааст (n=104)

Хусусияти беморӣ	Гурӯҳи беморон				Ҷамагӣ	
	Гурӯҳи асосӣ (n=48)		Гурӯҳи назоратӣ (n=56)		Микд. беморон (n=104)	%
	мутл.	%	мутл.	%		
Аппендитисити шадиди деструктивӣ ва оризаҳои гуногуни он.	13	12,5	17	16,3	30	28,8
бемориҳои акушерӣ-гинекологӣ (амалиёти қайсарӣ, кистаи тухмдонҳо, миомаи бачадон, апоплексияи тухмдонҳо ва ғ.),	14	13,5	13	12,5	27	26,0
Бемориҳои санги талхадон. Холесистити калкулёзии шадид ва музмин.	4	3,9	5	4,8	9	8,7
Перфоратсияи реши меъда ва рӯдаи 12-ангушта	7	6,7	9	8,6	16	15,3
Чурраҳои фишурдашудаи қадкашак ва ноф	3	2,9	3	2,9	6	5,8
Перфоратсияи реши рӯдаи борик	2	1,9	3	2,9	5	4,8
ҷароҳати нуфузкунандаи шикам	5	4,8	6	5,8	11	10,6
Ҷамагӣ	48	46,2	56	53,8	104	100

Ҳамин тавр, дар мачмуъ, дар беморони харду гурӯҳ дар 30 (28,8%) ҳолат ИШЧРБ пас аз гузаронидани амалиёти чарроҳӣ оид ба аппендитситаи шадиди деструктивӣ ва оризаҳои гуногуни онҳо (думали аппендикулрӣ, перфоратсияи шоҳаи кирмшакл (аппендикс), дар 27 (26,0%) ҳолат – пас аз чарроҳии бемориҳои акушерӣ-гинекологӣ (амалиёти қайсарӣ, кистаи тухмдонҳо, миомаи бачадон, апоплексияи тухмдонҳо ва ғ.), дар 9 (8,7%) – аз хусуси бемориҳои санги талхадон дар 16 (15,3%) ҳолат – пас аз перфоратсияи реше меъда ва рӯдаи 12-ангушта, дар

6 (5,8%) ҳолат – дар чурраҳои фишурдашудаи қадкашак ва ноф, перфоратсияи реше рӯдаи борик – дар 5 (4,8%) ҳолат ва 11 (10,6%) ҳолат пас аз чароҳати нуфузкуандаи шикам (ҷадвали 1).

Таҳлили маълумотҳо нишон медиҳад, ки дар 30 (27,3%) ҳолат дар беморони гурӯҳи асосӣ ва дар 36 (32,7%) ҳолат дар гурӯҳи назоратӣ ИШЧРБ бе некрози рӯдаи борик, дар 44 (40%) ҳолат дар мачмуъ дар беморони харду гурӯҳ (20 (18,2%) – аз гурӯҳи асосӣ ва 24 (21,8%) – аз гурӯҳи назоратӣ) ИШЧРБ бо оризаи некрози рӯдаи борик буд (ҷадвали 2).

Ҷадвали 2. – Гурӯҳбандии беморони дорои ИШЧРБ вобаста аз оризаҳои пайдошуда (некрози рӯдаи борик)

Хусусияти беморӣ	Гурӯҳи асосӣ (n=50)		Гурӯҳи назоратӣ (n=60)		p
ИШЧРБ бе некрози рӯдаи борик	30	27,3	36	32,7	>0,05
ИШЧРБ бо некрози рӯдаи борик	20	18,2	24	21,8	>0,05
Ҳамагӣ	50	45,5	60	54,5	>0,05

Эзоҳ: p – аҳамияти омории фарқиятҳои нишондиҳандаҳои байни гурӯҳҳо (тибқи критерияи χ^2)

Барои ташҳиси ИШЧРБ ба муҳлати беморӣ, замони аз лаҳзаи авали бемори сипаришуда то давраи бистаришавӣ, хусусият ва ҳаҷми чароҳати амалиёти чарроҳии дар узвҳои ковокии шикам иҷрошуда диққати махсус дода шуд. Ҳамчунин дар беморон таҳқиқотҳои комплекси клиникӣ-лаборатории биохимиявӣ ва рентгенологиву ултрасадоӣ ва видеолапароскопия гузаронида шуд.

Натиҷаҳо. Имрӯзҳо барои ташҳиси ИШЧРБ рентгенографияи оддии узвҳои ковоки шикам дастрас ва иттилоотнок аст. Ҳангоми ба статсионар дохил шудани беморони ИШЧРБ рентгенографияи оддии узвҳои ковоки шикам иҷро карда мешавад. Мавҷуд будани косаи Клойбер аз ба яке аз симптомҳои кардиналии рентгенологии инсидоди рӯдаҳои ишора мекунад. Рентгенографияи оддии узвҳои ковоки шикам имконият дод, ки дар 92 (83,6%) ҳолат мавҷуд будани косаи Клойбер муайян карда шавад, ки маълуман пас аз 4-6 соати хуручи дард пайдо мешавад, косаҳои ҷудоғона ва тарҳашон нодақиқи Клойбер аз вучуд доштани ИШЧРБ дарак медиҳанд (расми 1).



Расми 1. – Рентгенограммаи оддии узвҳои ковоки шиками беморони гирифтори ИШЧРБ. Мавҷуд будани сатҳи моеъ ва «косаи Клойбера» ба қайд гирифта мешавад.

Дар 18 (16,4%) ҳолат ба контрастсозии роҳи ҳозима тавассути маҳлули обакии сульфати барий рӯ овардем, бо мақсади верификатсия ва шарҳи далелҳо оид ба мавҷудияти ИШЧРБ (расми 2).



Расми 2. – Рентгенограммаи одии ковоки шиками беморони гирифтори ИШЧРБ. Тавакқуфи пассажиани сулфати барий.



Расми 3. – аломатҳои ултрасадоии васеъшавии ҳалқаҳои рӯдаҳо дар беморони дорои ИШЧРБ

ТУС-и комплексӣ низ дар ҳамаи 110 (100%) ҳолат гузаронида шуд, аммо вай имконият дод, ки аломатҳои ултрасадоии инсидоди рӯдаҳо дар 79 (71,8%) ҳолат муайян карда шавад, ба монанди – васеъшавии зиёди (зиёда аз 30 мм) қутри ҷавфи рӯдаҳо; ғафс шудани девора ва визуализатсияи чинҳои пардаи луобии рӯдаҳо; ҳаракуати маятникмонанди мухтавои рӯдаҳо (расми 3).

Дар баробари аломатҳои ултрасадоии ИШЧРБ дар ин маврид ба ошкорсозӣ ва муайян кардани васлшавии париеталӣ ва виссеро- виссералӣ ва муайян кардани “тирезаҳои акустикӣ” аҳамияти махсус дода шуд, барои интиҳоб намудани мавқеи троакараи аввал ҳангоми видеолапараскопия. Аломати ултрасадоии “тирезаи акустикӣ” ҳаракатнокии максималии баргаҳои виссералӣ ва париеталии сифокпарда, ки аз 30 мм биштар аст, дур будан аз ҳадшаҳои пасазҷарроҳӣ ва ҷойи гузариши қутри ҳалқаҳои рӯдаҳо, набудани минтақаҳои халидани конгломератҳои ҳалқа, ки байни худ бо васлшавиҳои виссеро-виссералӣ мустаҳкам шудаанд. Мавҷуд будани “тирезаҳои акустикӣ” дар 50 (45,5%) –и беморон аз 110 муайян карда шуд, ки имконият дод дар онҳо ташҳиси видеолапароскопӣ ва минбаъд таҳти адгезиолизис қарор мегирад.

Пас аз муқаррар кардани ташҳиси ИШЧРБ ва гузаронидани тайёрии кӯтоҳ-муддати пешазҷарроҳӣ (то2соат) беморон ҷарроҳӣ карда шуданд (ҷадвали 3)

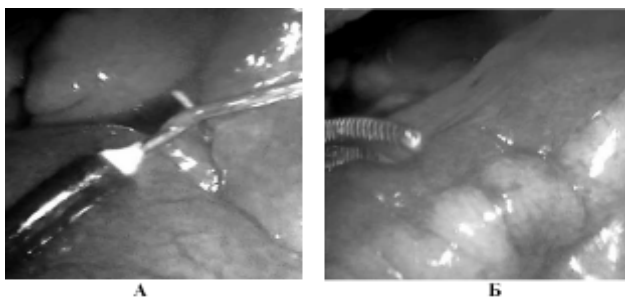
Тавре ки аз ҷадвали пешниҳодшудаи 3 дида мешавад, ҷарроҳии лапаратомӣ дар 60 бемор аз гуруҳи назоратӣ гузаронида шудааст. Аз онҳо дар 31(51,7%) ҳолат адгезиолизис бо дренажгузорӣ ба ҷавфи шикам, дар 29(48,3%) бемор ҷок кардани часпидагӣ, резексияи некрозшудаи рӯдаҳои борик бо ташаккул ёфтани вариантҳои гуногуни анастомозҳои байни рӯдаҳо ва минбаъд интубатсияи рӯдаи борик иҷро карда шуд.

Дар 50 ҳолат дар беморони дорои ИШЧРБ аз гуруҳи асосӣ амалиётҳои ҷарроҳии миниинвазивӣ иҷро карда шуд. Ҳамин тавр, дар 30(60%) ҳолат ҳангоми мавҷуд будани часпидагиҳои ҷудоғона ва инкишофи маҳаллии протсесси часпидагӣ адгезиолизиси видеолапароскопӣ бо дренажгузории ҷавфи шикам (расмҳои 4 А ва Б) амалӣ карда шуд, ки дар онҳо дар беморон некрози маҳдуди на чандон тӯлонии рӯдаҳо дар беморон перитонити геморрагӣ ҷой дошт, адгезиолизиси видеолапараскопии ёрирасон, резексияи маҳалли рӯдаи борик бо гузоштани анастомозӣ навъи “пахлӯ ба пахлӯ” ва дренажи ҷавфи шикам анҷом дода шудааст.

Ҷадвали 3.- Хусусиятҳои амалиётҳои ҷарроҳӣ (n=110).

Номи ҷарроҳӣ	Гурӯҳи беморон			
	Гурӯҳи асосӣ		Гурӯҳи назоратӣ	
	Мик. мутл. беморон	%	Мик. мутл. беморон	%
Лапаротомия. Чок кардани часпидагӣ. Дренажгузори ковокии шикам	-	-	31	51,7
Лапаротомия. Чок кардани часпидагӣ. Резексияи рӯдаи борик бо анастомози «пахлу ба пахлу». Интубатсияи рӯдаи борик. Дренажгузори ковокии шикам.	-	-	16	26,7
Лапаротомия. Чок кардани часпидагӣ. Резексияи рӯдаи борик анастомози Y-шакли ёюно-ёюн	-	-	4	6,6
Лапаротомия. Чок кардани часпидагӣ. Резексияи рӯдаи борик анастомози Y-шакли илео-астсендоанастомозом. Интубатсияи рӯдаи борик. Дренажгузори ковокии шикам.	-	-	3	5
Лапаротомия. Чок кардани часпидагӣ. Резексияи рӯдаи борик бо илео-трансверзоанастомоз	-	-	6	10
Лапароскопияи ташхисӣ. Лапаротомия. Адгезиолизис. Резексияи рӯдаи борик бо анастомози «пахлу ба пахлу». Интубатсияи рӯдаи борик. Дренажгузори ковокии шикам.	7	14	-	-
Адгезиолизиси видеолапароскопӣ. ический. Дренажгузори ковокии шикам.	30	60	-	-
Адгезиолизиси видеолапароскопии ёрирасонӣ. Резексияи рӯдаи борик бо анастомози «пахлу ба пахлу». Дренажгузори ковокии шикам.	13	26	-	-
Ҳамагӣ	50	100	60	100

Таъкид кардан ба маврид аст, ки ҳангоми гузаронидани ташхиси лапароскопӣ дар 7(14 %) бемор протсессии часпидагӣ хусусияти паҳншуда бо мавҷуд будани тағйироти хадшавии возеҳ ва осебҳои некрозии девораҳои рӯдаҳо дар фосилаи зиёда аз 25 см. ва мавҷуд будани перитонити паҳншудаи фасодӣ-фибринозӣ дошт, ки гузаронидани интубатсияи назогастроинтестиналӣ, иҷро намудани конверсияи дастраскунӣ дар лапаратомӣ бо гузаронидани бурриши умумии часпидагиро талаб мекунад.



Расми 4. - Эндофото. Бандаки танобмонанд, адгезиолизиси лапароскопӣ (А), барқарорсозии гузаронандагии рӯда (Б).

Дар 4 бемор пас аз резексияи рӯдаҳо анастомози навъи «пахлу ба пахлу» гузош-

та шуд, дар 3 ҳолат аз сабаби мавҷуд будани перитонити паҳншудаи фасодӣ-фибринозӣ резексияи қисми некрозшудаи рӯдаи борик анҷом дода шуда, анастомози Y-шакли рӯдаи борик ва интубатсияи назоинтестиналии рӯдаи борик сохта шуд.

Ҳангоми сохтани анастомозҳои рӯдаи борик аз сӯзани атравматикӣ ва мавди дӯхти ҳалшаванда истифода карданд. Бо мақсади пешгирӣ намудани ноустувории хатти дарзҳои анастомозҳои рӯдаи борик беморони гурӯҳи асосӣ дар ҳамаи ҳолатҳо ба таври иловагӣ бо пластинаҳои Тахосил герметизатсия карда шуданд.

Дар давраи пас аз ҷарроҳӣ дар беморони гурӯҳи асосӣ дар 3 (6%) ҳолат оризаҳоро дар шакли пӯсидани фасодгирии ҷароҳати троакара, вақте ки дар беморони гурӯҳи назоратӣ дар 9 (15%) ҳолат оризаҳои гуногуни барвақти пасазҷарроҳӣ дар шакли фасодгирии ҷароҳати лапаратомӣ 3 (5%), ноустувории анастомозҳои сохташудаи байни рӯдаҳо – дар 2 (3,3%) муоина, дар 3 (5%) ҳолат- ретсидиви барвақти инсидоди часпидагии рӯда ва пневмонияи пасазҷарроҳӣ ҳамчунин дар 1 (1,7%) ҳолат ба қайд гирифт-



та шуд. 2 (3,3%) бемори гурӯҳи иназоратӣ аз перитониди давомнок (n=1) ва норасоии бисёрӯзвӣ (n=1) вафот карданд.

Хулосаҳо

1. Интиҳоби усули табобати лапароскопӣ ва анъанавии чарроҳии ИШЧРБ дар ҳар як ҳолати мушаххас вобаста аз возеҳии паҳншавии раванди часпидагӣ, мавҷуд будан ё набудани некрози рӯдаи борик, хусусиятҳои экссудат дар қувокии шикам, ҳолати умумии бемор мувофиқи шкалаи ASA ва мавҷуд будан (зиёда аз 4 см) ё мавҷуд набудани васеъшавии умумии ҳалқаҳои рӯдаи борик, ба таври қиддӣ инфиродӣ карда шу-

даанд, ҳамчунин вучуд доштани “тирезаи акустикӣ” низ барои пунксияи ковокии шикам бояд ба эътибор гирифта шавад.

2. Адгезиолизиси видеолапароскопӣ ҳангоми танобҳои чудоғонаи ҳадшаҳо, протсессе маҳдуди часпидагӣ самаранок ас, ки резексия ва интубатсияи рӯдаи борикро талаб мекунад.

3. Ҳангоси резексияи рӯдаи борик дар заминаи некрози рӯдаи борик ҳангоми ИШЧРБ аппликатсияи ҳатти дарзҳо бо пластинаҳои Тахосил бо мақсади пешгирӣ намудани ноустувории анастомозҳои байни рӯдаҳо тавсия карда мешавад.

Адабиёт

1. Абдухалимов К.С. Роль лапароскопии в диагностике и лечении различных форм тонкокишечной непроходимости / К.С. Абдухалимов, М.А. Абдулаев, З.Т. Абдуллаев // Альманах Института хирургии им. А. В. Вишневского. – 2017. – №1. – С.422-423.
2. Алтиев Б.К., Атаджанов Ш.К., Исабаев Ш.Б. Проблемы диагностики и лечения острой спаечной тонкокишечной непроходимости. Вестн. экстрен. мед. 2010. №1. С.88-92.
3. Боймуродов О.С., Ёров Ё.Б., Газиёв З.Х., Тошев Ш.А. Случай успешного лечения острой спаечной тонкокишечной непроходимости с использованием малоинвазивной технологии. Вестник Авиценны. 2017. №4. С. 556-570.
4. Власов А.П., Сараев В.В., Шибитов В.А., Аброськин Б.В., Власов П.А. Аброськин Б.В. Оптимизация оперативного лечения острой кишечной непроходимости. Медицинский альманах. 2013. №5(29). С. 135–138.
5. Курбонов К.М., Джонов Б.Н. Современные технологии в диагностике и лечении спаечной тонкокишечной непроходимости. Вестник Авиценны. 2012. №4. С. 35-38.
6. Курбонов К.М., Назирбоев К.Р., Даминова Н.М. Интубация тонкой кишки как компонент лечения острой странгуляционной тонкокишечной непроходимости. Вестник Авиценны. 2018. №20(4). С. 436-441.
7. Левин, Л.А. Возможности лапароскопической диагностики и устранения острой спаечной кишечной непроходимости / Л.А. Левин, П.О. Малышкин, Б.Э. Байрагдарова // Уральский медицинский журнал. – 2018. – №13. – С.135-138.
8. Стяжкина, С.Н. Спаечная кишечная непроходимость / С.Н. Стяжкина, Х.И. Галимова, Р.С. Минахметова // ModernScience. – 2020. – №3. – С.101- 105.
9. Bayat, Z. Non-operative Management of Small Bowel Obstruction in Patients with No Previous Abdominal Surgery: A Systematic Review and Meta-analysis / Z. Bayat, M.P. Guttman, J. Shiroky / World Journal of Surgery. – 2021. – Vol. 45, №7. – P.2092-2099.
10. Meier R.P. de Saussure W.O., Orci L.A. Clinical outcome in acute small bowel obstruction after surgical or conservative management. World J. Surg. 2014. №. 38(12). P. 3082-3088

ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ ОСТРОЙ СПАЕЧНОЙ ТОНКОКИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ

Сафаров Б.И.

Кафедра общей хирургии №1 имени профессора Каххарова А.Н.

ГОУ «ТГМУ имени Абуалиибни Сино»

Проанализированы результаты комплексной диагностики и хирургического лечения 110 больных с острой спаечной тон-

кокишечной непроходимость, которые были разделены на две группы: I группа – основная 50 (45,5%) больных, перенесшие



лапароскопические и лапароскопически-ассистированные вмешательства, II группа – контрольная 60 (54,5%) больных, перенесшие открытые традиционные вмешательства. Персонализированная хирургическая тактика с применением видеолапароскопического и видеолапароскопически-ассистированного адгезиолизиса резекцией тонкого кишечника и с аппликацией линия швов

анастомоза с пластинами Тахосил является альтернативой традиционным оперативным вмешательствам, позволяющие существенно образом снизить частоту ранних послеоперационных осложнений и летальности.

Ключевые слова: острая спаечная кишечная непроходимость, видеолапароскопия, адгезиолизис, резекция, тахосил.

SURGICAL TACTICS FOR ACUTE ADHESIVE SMALL BOWEL OBSTRUCTION

Safarov B. I.

Department of General Surgery No. 1 named after Professor A. N. Kakhkharov
State Educational Institution "Abuali ibni Sino State Medical University"

We analyzed the results of complex diagnostics and surgical treatment of 110 patients with acute adhesive small bowel obstruction, who were divided into two groups: group – basic 50 (45.5%) patients who underwent laparoscopic and laparoscopically-assisted interventions, group – control 60 (54.5%) patients who underwent open traditional interventions. Personalized surgical tactics with the use of video-laparoscopic and

video-laparoscopic-assisted adgesiolysis with resection of the small intestine and application of the anastomosis suture line with plates Tachosil is an alternative to traditional surgical interventions that significantly reduce the frequency of early postoperative complications and mortality.

Key words: acute adhesive intestinal obstruction, video laparoscopy, adhesiolysis, resection, tachosil.

Сафаров Бехруз Изатуллоевич - ассистент кафедры чарроҳии умумии №1 ба номи профессор Қахҳоров А.Н., МДТ «ДДТТ ба номи Абуалӣ ибни Сино», Тел.: (+992) 900-88-66-68.

Сафаров Бехруз Изатуллоевич - ассистент кафедры общей хирургии №1 имени профессора Каххарова А.Н. ГОУ «Таджикский государственный медицинский университет имени Абуали ибни Сино», Тел.: (+992) 900-88-66-68.

Safarov Behruz Izatulloevich-Assistant of the Department of General Surgery No. 1 named after Professor A. N. Kakhkharov of the State Educational Institution "Abuali ibni Sino Tajik State Medical University", Tel.: (+992) 900-88-66-68.

САБАБҲОИ ХУНРАВӢ ДАР ВАҚТИ ХОЛЕСИСТЭКТОМИЯИ ЛАПАРОСКОПӢ ВА ВАРИАНТҲОИ ОПТИМАЛИИ КОНВЕРСИЯ

Холов И.Ш., Курбонов Ч.Ч., Чӯраева Н.Х.

Кафедраи амалияи чарроҳӣ ва анатомияи топографӣ ба номи профессор Каримов
М.К., МДТ «ДДТТ ба номи Абуалӣ ибни Сино»

Муҳиммият. Дар солҳои охир табобати бемории санги талхадон бо истифодаи технологияи ҳозиразамон, яъне холесистэктомияи лапароскопӣ хело зиёд паҳн гаштааст ва ҳамчун усули тиллоӣ арзёбӣ гардидааст. Қариб то 95%-и беморони гирифтори бемории санги сафро ба ин тарз чарроҳӣ мешаванд. (Фёдоров И.В. Сигал Л.Е.- 2012с.). Ори-

заҳои дохиличарроҳӣ ва баъд аз он ба монанди хунравӣ то 7-21% ба назар мерасад. (Deziel – Complications of laparoscopic cholecystectomy- 2003). Ханӯз соли 1882 Лангенбух гуфта буд, ки талхадони сангдор ба рои санг доштани гирифти намешавад, балки барои он ки талхадон манбаи санг тавлидкунанда мебошад. Дар солҳои охир би-



нобар инкишофи усулҳои миниинвазивӣ ба хусус ҳолесистэктомияи лапароскопӣ ва оризаҳои осеби роҳҳои талхагузари беруничагарӣ ва узвҳои дохилибатнӣ дар мутаносиба ба ҷарроҳии кушода аз 3-5 маротиба зиёд ба назар мерасад. Саривақт ба усули гузариш (конверсия) метавонад ба маротиб оризаҳои дохилиҷарроҳиро кам гардонад, ба хусус дар вақти хунравӣ хангоми амалиёт.

Дар вақти хунравӣ зарурат ба гузариш аз 7-21%- ро ташкил медиҳад, ки саривақт муайянсозӣ ва усулҳои гузариши (конверсия) оптималӣ метавонад оризаҳои дохилиҷарроҳиро аз он ҷумла хунравиро то ҳади имкон кам намояд. (2021- дисертатсияи доктории Қурбонов Ҷ.М., Раҳматуллоев Р.Р.).

Дар таҷрибаи бисёри аз муаллифон миқдори оризаҳои дохилиҷарроҳӣ дар вақти амалиёти ҳолесистэктомияи лапароскопӣ имконпазир аст, ки раҳо карда шавад. (Ф. Артемнова Н.Е.-2013, Артемкин Э.Н.-2010с.).

Манбаи хунравӣ аз 3-сабаб вобастагӣ дорад:

1. Осеби рағҳои хунгарди девораи пеши шикам, хангоми гузоштани троакарҳои лапароскоп;
2. Осеби ҷигарё ин ки аз ҷойгаҳи талхадон;
3. Осеби дарвозаи ҷигар:

Бо гуфтаҳои Hunter барои чудосозии маҷрои талхадон бояд вақти минималӣ муайян карда шавад. То 30- дақиқа аз саршавии чудосозӣ, маҷрои талхадон бояд барои клипсгузорӣ тайёр бошад. Муддати амалиёти ҷарроҳии лапароскопӣ на бояд якчанд маротиба нисбат ба ҷарроҳии анъанавӣ зиёд бошад. Пастшавии садри гузариш ба лапаротомия яке аз омилҳои асосии пешгирии оризаҳо дар ҷарроҳии эндохирургия ба ҳисоб меравад. Дар гуфтаҳои адабиётҳо як гурӯҳҳои ҷарроҳони франсуз аз 2000 ҳолисэктомияи лапароскопӣ ягон оризаи хунравӣ мушоҳида накарданд. Бинобар зиёд намудани нишондод ба амалиёти анъанавӣ дар марҳилаи омӯзиш хунравии дохилиҷарроҳӣ ба маротиб кам гардид.

Мақсади таҳқиқот: кам намудани оризаҳои дохили ва баъдиҷарроҳӣ хангоми ҳолесистэктомияи лапароскопӣ ва муайянсо-

зии сабабҳои он ва гузариши саривақти (конверсия).

Мавод ва усулҳои тадқиқот. Хунравӣ хангоми амалиёти ҳолесистэктомияи лапароскопӣ дар шароити шӯъбаи МДТ «МТТ ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино» дар солҳои 2012-2022 муайян гардид, ки дар 28-беморон (0,3%) мушоҳида карда шуд. Аз ин миқдор дар 9-бемор хунравии дохилиҷарроҳӣ, 5-бемор хунравии шараёнӣ, 4-бемор хунравии аз варидҳои азими ҷигар, яъне дар ҷойгаҳи талхадон, ки осеби онҳо дар ҳолати чудосозии талхадон ба вучуд омадаанд. Дар ҳама ҳолат бо мақсади манъ намудани хунравӣ амалиёти гузариш карда шуд.

Сабабҳои хунравӣ ба кӯтоҳ будани маҷрои талхадон ва шараёни он вобастагӣ дошт. Дар 1-ҳолат осеби шараёнӣ хусусии ҷигар ба назар расид, ки саривақт ба амалиёти кушода гузаштан ва бо усули дӯхтан манъ карда шуд.

Дар марҳилаҳои барвақти то 24-соат, 19-бемор бо оризаи хунравӣ вучуд дошт. Дар ҳамаи ҳолатҳо усулҳои релапароскопия гузаронида шуда, сабабҳои хунравӣ то ҳади имкон муайян карда шуд, ки сабабҳо дар 5-бемор (0,1%) ин лағжидани клипсҳо аз маҷрои шараёни талхадон (ба хусус дар беморони солхӯрда ва пиронсолон), 2-ҳолат буридани клипс ва дар 11- ҳолат аз ҷойгаҳи талхадон вучуд дошт. Бинобар сари вақт бо усули оптималии гузариш имкон дода шуд, ки хунрави манъ карда шавад.

Нисбат ба ҳолати беморӣ дар 12-бемор ҳолесистити шадиди сангдор ва дар 7-ҳолат дар беморони ҳолесистити музмини сангдор муайян гаштааст.

Натиҷаи таҳқиқот. Ҳамаи беморон бо нишонаҳои таъҷилӣ ва нақшавӣ бо доштаи сангҳои талхадон ба шӯъбаи ҷарроҳии МТТ МДТ “ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино” бистарӣ кунонида шуда буданд. Чи тавре, ки аз рафти таҳлили хунравии дохилиҷарроҳӣ ва баъд аз он муайян гашт хунравӣ дар вақти амалиёти ХЛЭ дар беморони таъҷилӣ ба назар расид, ки сабаби онҳо варамии зиёд дар гарданаки талхадон ва тағйироти патологӣ дар ҳамаи сатҳи талхадон вучуд дошт.



Дигар сабабе, ки хунравӣ мушоҳида гардид ин ба фарбеҳии дараҷаи 3-4-ум вобастагӣ дошт ва ҳамчунон чарбуӣ зиёд дар гарданаки талхадон мавҷуд будан. Саривақт гузаштан ба гузариш (конверсия) ин пешгирии ҳаётан муҳим ба шумор рафта, бояд чарроҳ бе таваккуф ба амалиёти гузариш (конверсия) гузарад.

Хулоса

1. Дар анҷоми мақола зарур шуморида мешавад, ки хунравӣ дар вақти холесистэктомияи лапароскопӣ ин яке аз оризаҳои вазнин шуморида мешавад ва бояд саривақт барои гузаштан қарор қабул карда шавад

(лапаротомия, минилапаротомия ва гемостази лапароскопӣ).

2. Кафолати ноил шудан ин саривақт муайян кардан ва дарёфт кардани рағҳои хунгард ҳисобида мешавад ва дубора коагулятсия кардан зарурат дорад;

3. Дар ҳолати осеби рағҳои азим усули каноаткунанда ин дӯхтани рағҳо бо техникаи хурди ҳозиразамон ҳисобида мешавад.

4. Дониши муқаммалӣ анатомияи топографӣ ва нишонаҳои ҷойгиршавии узвҳои гепатодуоденалӣ имконият медиҳад, ки осеби хунравӣ дар вақти амалиёти холесистэктомияи лапароскопӣ кам гардад.

Адабиёт

1. Диссертатсияи доктории Курбонов Ҷ.М. – 2021с. сах. 89-95.
2. Артемева Н.Н. Лечение ятрогенных повреждений желчных протоков при лапароскопической холецистэктомии- 2017.
3. К.М. Курбонов – Выбор хирургического лечения трудного желчного пузыря. Аналы хирургического гепатологии – Москва 2006. №3 стр. 97-98.;
4. Федоров И.В., Сигал Е.И.- Эндоскопическая хирургия- 2009г.
5. Аббасова С.Ф. – Лапароскопическая холецистэктомия у больных сташих возрастных групп. Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова – 2011. №9 стр. 83-85.

ПРИЧИНЫ КРОВОТЕЧЕНИЯ ВО ВРЕМЯ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ И ОПТИМАЛЬНЫЕ ВАРИАНТЫ КОНВЕРСИИ

Холов И.Ш., Курбонов Дж.Дж., Джураева Н.Х.

Кафедра оперативной хирургии и топографической анатомии им. профессора Каримова М.К. ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино»

В последние годы лечение желчнокаменной болезни с использованием современных технологий, а именно лапароскопической холецистэктомии, получило широкое распространение и было признано золотым методом. Почти до 95% пациентов с желчнокаменной болезнью проходят операцию таким образом. При кровотечении необходимость перехода составляет от 7-21%, при этом своевременное определение и оптимальные методы перехода (конверсия) могут свести к минимуму внутри опе-

рационные осложнения, в том числе кровотечение.

Источник кровотечения зависит от 3 причин:

1. Повреждение кровеносных сосудов передней стенки брюшной полости при установке лапароскопических троакаров;
2. Повреждение печени или ложа желчного пузыря;
3. Повреждение ворот печени.

Ключевые слова: лапароскопическая холецистэктомия, кровотечения, конверсия.

CAUSES OF BLEEDING DURING LAPAROSCOPIC CHOLECYSTECTOMY AND OPTIMAL CONVERSION OPTIONS

Kholov I.Sh., Kurbonov J.J., Juraeva N.H.

Department of Operative Surgery and Topographic Anatomy named after Professor Karimov M.K. SEI "Avicenna TSMU"

In recent years, the treatment of gallstone disease using modern technologies, namely laparoscopic cholecystectomy, has become

widespread and has been recognized as the golden method. Almost 95% of patients with cholelithiasis undergo surgery in this way. In



case of bleeding, the need for transition ranges from 7-21%, while timely identification and optimal methods of transition (conversion) can minimize intraoperative complications, including bleeding.

The source of the bleeding depends on 3 reasons:

1. Damage to the blood vessels of the anterior wall of the abdominal cavity during the installation of laparoscopic trocars;
2. Damage to the liver or gallbladder bed;
3. Damage to the liver gate.

Keywords: laparoscopic cholecystectomy, bleeding, conversion.

Курбонов Чонибек Чурабекович- табиби чаррох МТТ МДТ «ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино», унвонҷӯйи кафедраи амалияи чарроҳӣ ва анатомияи топографӣ ба номи профессор Каримов М.К. МДТ «ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино» .

Холов Исломиддин Шералиевич- докторант PhD- кафедраи амалияи чарроҳӣ ва анатомияи топографӣ ба номи профессор Каримов М.К. МДТ «ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино» .

Чӯраева Наргиза Хусейновна- аспиранти кафедраи амалияи чарроҳӣ ва анатомияи топографӣ ба номи профессор Каримов М.К. МДТ «ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино» .

Курбонов Джонибек Джурабекович- врач хирург ЛДЦ ГОУ “ТГМУ им. Абуали ибни Сино”, соискатель кафедры топографической анатомии и оперативной хирургии им. Профессора Каримов М.К. ГОУ “ТГМУ им. Абуали ибни Сино”.

Холов Исломиддин Шералиевич- докторант PhD- кафедры топографической анатомии и оперативной хирургии им. Профессора Каримова М.К. ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино».

Джураева Наргиза Хусейновна- аспирант кафедры оперативной хирургии и топографической анатомии им. профессора Каримов М.К. ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино».

Kurbonov Jonibek Djurabekovich - surgeon, TDC SEI “Avicenna TSMU”, applicant for the Department of Topographic Anatomy and Operative Surgery named after Professor Karimov M.K. SEI “Avicenna TSMU”.

Kholov Islomiddin Sheralievich - PhD doctor at the Department of Topographic Anatomy and Operative Surgery named after Professor Karimov M.K. SEI “Avicenna TSMU” .

Juraeva Nargiza Huseynovna - post-graduate student of the Department of Operative Surgery and Surgical Anatomy named after Professor Karimov M.K. SEI “Avicenna TSMU”.

БАЪЗЕ ОМИЛҲОИ ХАТАРИ ПАЙДО ШУДАНИ ОСЕБИ ИШЕМИКИИ РЕПЕРФУЗИОНӢ ҲАНГОМИ ТРАНСПЛАНТАТСИЯИ ГУРДАҲО АЗ ХЕШОВАНДОН

Исмоилзода С.С.^{1,2}, Ҳасанов Н.¹, Мавлонов Ф.Б.^{1,2}, Достиев У.А.^{1,2}, Зокиров Р.А.^{1,2}.

¹Маркази миллии илмии пайвандсозии узв ва бофтаҳои инсон, Вазорати тандурустӣ ва ҳифзи иҷтимоии аҳолии Ҷумҳурии Тоҷикистон; ²Кафедраи чарроҳии инноватсионӣ ва трансплантатсияи ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино

Мубрамият. Тақрибан 10%-и аҳолии ҷаҳон ба бемории музмини гурдаҳо (БМГ) гирифтаанд, БМГ дар феҳристи ҷаҳонии сабабҳои фавт дар ҷои 12 –ум меистад. Популятсияи бемороне, ки ба табобати ивазкунандаи гурдаҳо (ТИГ) ниёз доранд, дар тамоми ҷаҳон тақрибан 4,9 миллион ба ҳисоб гирифта шудаанд[1]. Барои беморони мубтало ба БМГ 5 марҳалаи трансплан-

татсия то имрӯз усули оптималии табобат боқӣ мемонад. Муддати зиндамории беморон ҳангоми трансплантатсияи гурдаҳо назар ба диализ хеле беҳтар аст. Пайдо шудани ишемия ва осебҳои реперфузионӣ ҳангоми трансплантатсияи гурдаҳо ногузир аст ва яке аз механизмҳои асосии набудан ва ё таваккуфи функсия дарҳол пас аз трансплантатсия ба ҳисоб мераванд [2, 3, 4]. Вай-



ро акусламалҳои илтиҳобӣ ҳамроҳӣ меку-
нанд ва ба радкунии шадид алоқаманд аст,
аз сабаби иммуногенности баланд, ки ба-
рои радкунӣ шароити мусоид фароҳам ме-
созад ба воситаи E-хучайраҳо, ҳамчунин
радкунии тавассути антителаҳо [3]. Ин би-
нобар фибрози интерститсиалӣ ва атрофияи
каналчаҳо оварда мерасонад [5]. Аз ҳама
«зарба»-и сахттарин ба узви донорӣ дар
протсессии донорӣ ва реперфузия ҳангоми
трансплантатсия, яъне ишемия ва осебҳои
реперфузия расонида мешавад.

Мақсад: беҳтар намудани натиҷаҳои ал-
лотрансплантатсияи гурда тавассути таш-
хиси барвақт ва муайян намудани омилҳои
хавфи синдроми ишемикӣ-реперфузии ал-
лографти гурда.

Мавод ва усулҳои таҳқиқот. Басомади
пайдоиши синдроми ишемия-реперфузия ва
омилҳое, ки ба пайдоиши он дар 80 бемо-
рони трансплантатсияшуда пас аз транс-
плантатсияи гурдаҳои марбута мусоидат
мекунанд, омӯхта шуданд. Меъёрҳои тақ-
симшавӣ ба гурӯҳҳо вазифаи ибтидоии пай-
ванд, навъи пеш аз илтиҳобии интерлейкин-
6, вақти ишемиаи хунук, мутобиқати донор
бо ретсипиент барои антигенҳои HLA, таъ-
миноти хун дар дохили гурдаи гурдаи до-
нор ва антителоҳои прекурсорҳо буданд.

Дар натиҷаи тадқиқот реципиентҳои та-
ҳқиқшуда аз ҷониби мо вобаста ба вазифаи
ибтидоии гурдаи донорӣ ба 3 гурӯҳ ҷудо
карда шуданд (расми 1.).



Расми 1.- Тақсим кардани беморон ба гурӯҳҳо пас аз трансплантатсияи гурдаҳо вобаста аз функсияи ибтидоии трансплантат

Дар таҳқиқот 15 (18,75%) беморон бо пай-
вандии ибтидоии “айрифайол қайд карда шу-
данд, дар 25 (31,25%) беморон вазифаи қонъ-
кунанда дар 40 (50,0%) ба таъхир афтадааст.

Синну соли беморон аз 18 то 50-сола буд;
дар синни баркамол ва қобили меҳнат. Дар
58,0% ҳолатҳо сабаби КРФ гломерулонеф-
рити музмин, 43,0% пиелонефрити музмин,
9,0% бемории поликистикии гурда бо гло-
мерулонефрити музмин, 7,0% амилоидози
гурда ва 3,0% диабети қанд буданд.

ТУС-и трансплантатҳои гурдаҳо дар да-
стгоҳи Toshiba 458. Иҷро карда шуд. УЗДГ
имконият дод, ки баҳогузориҳои микдорӣ ва
сифатии ҳолати маҷрои рағҳои трансплан-
тат ва суръати маҷрои хун дар узв баҳогу-
зорӣ карда шавад.

Концентратсияи ситокини Ил-6 дар хуни
варидии аз вариди гонадӣ гирифташуда дар
лаҳзаи реперфузияи трансплантат бо усули
тахиянамудаи Исмоилзода С.С, Достиев
У.А. дар Маркази миллии илмии пайванд-
созии узв ва бофтаҳои инсон, Вазорати тан-
дурустӣ ва ҳифзи иҷтимоии аҳолии Ҷумҳу-
рии Тоҷикистон гирифта шуд. Пас аз им-
плантатсияи трансплантат ба вариди гона-
дии маҳфузмонда катетери андозааш 5 Fr.
ворид карда шуд. Хунро пас аз 30 сония, 1,
3, 5, 10, 20 ва 30 дақиқаи пас аз реперфузия
гирифтанд. Намунаҳои чуфти хуни шарёнӣ
пас аз 30 сония, 3, 5, 10, 20 ва 30 дақиқ пас аз
реперфузияи гурдаҳо аз шараён барои мӯко-
иса кардан гирифтанд.

Барои муайян кардани ситокини Ил-6 аз
усули сахтфазаи ИФА бо диагностиками
маҳсус.

Муайян кардани Генҳои системаи HLA
бо ёрии усули ПСР (SSP) ва бо истифода аз
маҷмуи маҳсуси праймерҳо муайян карда
шуд, ки барои гузаронидани амплифика-
сияи HLA-аллелей таъйин шудаанд, ки дар
фехристи номенклатури ТУТсабт шудаанд,
бо истифода аз маҷмуи маҳсуси Invitrogen™
Dynabeads™ DNA DIRECT™ Universal Kit.

Барои муайян кардани антител қаблӣ аз
намунаи лимфоситотоксикӣ бо истифода аз
планшетҳои маҳсус PEL-FREEZ® HLA-
FLT Trays сураат гирифт.

Қоркарди оморӣ мавод бо истифода дар
ҳолатҳои мувофиқи тақсими намунаҳои
қонуни муътадил, ки бо меъёри Колмого-
ров-Смирнов ва Шапиро-Уилка баҳогузорӣ
шудааст, гузаронида шуд, маълумотҳо дар



намуди хатои стандартӣ ($M \pm sm$) пешниҳод шудаанд; нишондиҳандаҳои сифатӣ дар намуди рақамҳои мутлақ ва ҳиссаҳои онҳо (%) пешкаш гардид. Ҳангоми муқоиса кардани нишондиҳандаҳои байни гурӯҳҳо дар ҳолатҳои мувофиқи тақсими намунаҳои қонуни муътадил, тести дугарафаи Стюдент ба қор бурда шуд, барои гузаронида ни муқоисаи дохилигурӯҳӣ тести чуфти Стюдент истифода шуд. Ҳангоми муқоиса кардани зиёда аз ду гурӯҳ меъёри χ^2 ба қор бурда шуд. Сатҳи бӯхронии аҳамияти омӯрӣ $p > 0,05$ -ро ташкил дод.

Натиҷаҳо. Ҳангоми таҳқиқи концентратсияи ситокини зидди илтиҳобии ИЛ-6 дар дар хуни варидӣ, ки аз вариди гонадии репер-

фузишудаи трансплантати донор гирифта шудааст, концентратсияи ситокини пешазилтиҳобиро дар марҳалаҳои зерин муайян карданд: то трансплантатсия дар донор аз тариқи катетери варидӣ, 10-15 дақиқа пас аз реперфузия, баъди 20 дақиқа, баъди 30 дақиқа, баъди 40 дақиқа, баъди 24 соат пас аз реперфузияи хуни аз катетери вариди марказӣ гирифташуда.

Динамикаи концентратсияи ситокини зидди илтиҳобии ИЛ-6 дар гурӯҳҳо аз ҷиҳати омӯрӣ ба таври назаррас фарқ мекард ($p < 0,001$). Мо инчунин вобастагии аз ҷиҳати омӯрӣ муҳимро аз хусусияти функцияи ибтидоии РАТ ва вақти концентратсияи қуллаи ИЛ-6 қайд кардем.

Ҷадвали 1.- Вобастагии функцияи ибтидоии трансплантат вобаста аз концентратсияи ИЛ-6 пг/мл ($M \pm m$)

Функцияи ибтидоии трансплантат	Динамика концентрации ИЛ-6 в венозной крови пг/мл				
	То транспл	10-15 дақиқа	20 дақиқа	30 дақиқа	24 соат
Трансплантати дар ибтидо нофаъол n=15	4,5±1,2* p<0,001	15,3±4,1* p<0,001	26,7±5,6* p<0,001	30,5±7,5* p<0,001	98,5±30,5* p<0,001
Функцияи таъхиркардаи трансплантат n=25	3,5±1,1* p<0,001	10,3±2,1* p<0,001	14,2±3,8* p<0,001	15,3±4,1* p<0,001	12,5±2,5* p<0,001
Функцияи олии трансплантат n=40	3,6±1,2* p<0,001	9,3±1,8* p<0,001	10,5±2,2* p<0,001	11,0±2,4* p<0,001	5,3±1,8* p<0,001

Эзоҳ: $p < 0,05$ аҳамияти фарқиятҳои байни нишондиҳандаҳо дар беморон пас аз трансплантатсияи гурдаҳо.

Тавре ки дар ҷадывал дида мешавад, беморон қуллаи гуногуни партоби ИЛ-6-ро доштанд, дар марҳалаҳои гуногуни трансплантатсияи гурдаҳо.

Муқаррар карда шуд, кидар бештари беморон хеле баланд шудани концентратсияи ИЛ-6 дар хун ба мушоҳида мерасад. Дар ҳамаи беморон функцияи олии трансплантат сатҳи муътадили ИЛ-6 – камтар аз 10 пг/мл. дида шуд. Мо вобаста аз концентратсияи ИЛ-6 3 гурӯҳи беморонро ҷудо кардем.

Дар беморони гирифтори пайванди ибтидоии қорношоям, барориши намоёни ИЛ-6 пас аз 10-15 дақиқа пас аз реперфузия ва пас аз 24 соат концентратсияи баланд қайд карда шуд. Динамикаи умумии концентратсияи ИЛ-6 дар ин гурӯҳ аз ҷиҳати омӯрӣ аҳамиятнок буд ($p < 0,001$).

Дар беморони дорои таъхири функцияи пайвандак, афзоиши ночиз, вале аз ҷиҳати

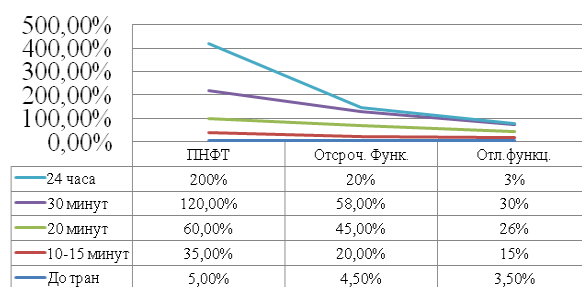
омӯрӣ муҳим дар концентратсияи ИЛ-6 пас аз 10-15 дақиқа пас аз реперфузияи пайванд ва барномади баръало ин ситокин пас аз 30 дақиқа. Пас аз он, тамоюли равшани пастшавӣ ба назар мерасид, аммо пас аз 24 соат концентратсияи ИЛ-6 аз 10 пг/мл зиёд боқӣ монд. Динамикаи умумии концентратсияи ИЛ-6 аз ҷиҳати омӯрӣ муҳим буд ($p < 0,001$). Дар беморони дорои функцияи аълои трансплантатсия, афзоиши баръалои партоби ИЛ -6 баъди 10-15 дақиқаи реперфузия ва баъдан тадричан муътадил шудани он дар 24 соат қайд карда шуд.

Динамикаи умумии концентратсияи ИЛ-6 дар ин гурӯҳ аз ҷиҳати омӯрӣ муҳим буд ($p < 0,001$) (расми 2). Гурӯҳбандӣ намудани беморон вобаста аз намуди хати концентратсияи ИЛ-6, ба андешаи мо, мумкин аст, ки аз дараҷаҳои гуногуни осебҳои ПАТ дарак диҳанд, ки дар натиҷаи таъсири комплекси омилҳои гуногун пайдо шуданд.

Бештари беморони дорои функцияи таъчили трансланти гурда куллаи концентратсия Ил-6-ро дарҳол пас реперфузии, ҳамчунин дар гурӯҳи таъхиркарда куллаи концентратсия баъди 4-6 моҳ ба мушоҳида расид. (расми2).

Дар бештари беморони дорои функцияи таъхиркардаи ПАТ по партоби нисбатан дертари ИЛ-6-ро –пас аз 24 соат мушоҳида кардем. Партоби возеҳи ИЛ-6 дар давоми 24 соат –ро мо дар беморони дорои некрози вазнину шадиди каналчаҳо дидем, ки дар функцияи таъхиркардаи ПАТ зоҳир мешуданд, ҳамчунин дар беморони дорои трансланти дар ибтидо фаъолиятнакунанда ба қайд гирифтём.

Мо таъсири омилҳои гуногунро ба функцияҳои ПАТ омӯхтем. Гурӯҳбандии беморон



Расми 2.- Қачхатҳои динамикаи концентратсияи Ил-6 дар хуни варидӣ пг/мл

рон вобаста аз синну соли донор ва мувофиқат кардани он бо гаплотипҳои HLA ва антителаҳои қаблӣ дар ретсипиент и гурдаи донорӣ анҷом дода шуд. Ҳангоми омӯختани мувофиқаткунии байни донорҳо ва ретсипиентҳо мо хусусиятҳои зеринро муайян намудем. (ҷадвали 2.).

Ҷадвали 2.- Мувофиқаткунии байни донорҳо ва ретсипиентҳо ва гаплотипҳои синфҳои I ва II-и HLA

HLA-мувофиқаткунӣ	Миқдори беморон	%
Мувофиқаткунӣ бо синфи I		
A*локус	35	35,0%
B*локус	55	75,0%
ВСЕГО	100	100%
Мувофиқаткунӣ бо синфи II		
DR*локус	13	13,0%
DP*локус	48	38,0%
DQ*локус	29	29,0%
ҲАМАГИ	80	100%

Эзоҳ: %-и мувофиқаткунӣ бо миқдори беморони таҳқиқшуда.

Аз ҷадвали 4-и пешниҳодшуда маълум мегардад, кик и мувофиқаткунӣ тибқи синфи 1 HLA-A*локус 35,0%, дар HLA-B*локусу - 75,0% -ро ташкил дод. Мувофиқаткунӣ тибқи синфи 2 HLA бо DR* локус фоизи мувофиқаткунӣ 13,0% бо DP*локусу 58,0% ва бо DQ*локусу - 29,0% буд.

Мо иртиботи аз чихати омӯри муҳимми функцияи ПАТ-ро аз шохиси мувофиқат-

кунӣ мушоҳида накардем: мутаносибан $p=0,562$ ва $p=0,768$.

Гурӯҳбандӣ кардани беморон бо фоизи PRA антитела нишон дод, ки PRA=0-10%-дар 35 бемор дида шуд, ки 35,0%-ро ташкил дод, бо PRA> 0%-30% - 33(33,0%)-ро, бо PRA>30%-80%-32(32,0%) –ро ташкил медиҳад (ҷадвали 3).

Ҷадвали 3.- Гурӯҳбандӣ кардани беморони мубтало ба БМГ марҳалаи 5 бо гурӯҳи дорон ИРП вобаста аз фоиз (PRA антител)

Эзоҳ: фоизи PRA антитела ба миқдори беморони мубтало ба БМГ марҳалаи 5.

Гурӯҳбандӣ кардани беморон аз рӯи синну сол нишон дод, ки бештари беморони мубтало ба БМГ марҳалаи 5 аз 20 то 39-сола буданд, ки 62 (62%) (ҷадвали 4.).



Ҷадвали 4.- Гурӯҳбандӣ кардани синну соли донорҳо ва басомади ИРП аз рӯйи синну сол (дар солҳо).

Синну сол (дар солҳо)	Миқдори донорҳо	ИРП %
14-19	5	0%
20-29	9	32%
30-39	10	30%
40-49	5	13%
50 ва бештар	11	15%
Ҳамагӣ	40	100%

Эзоҳ : фоиз аз миқдори умумии беморон.

Хулосаҳо. Ҳамин тариқ, дар беморони гирифтори марҳилаи 5 СКД пас аз трансплантатсияи гурда, ба пайдоиши синдроми ишемияи реперфузионӣ як қатор омилҳо, аз қабилӣ синну соли донор ва гардиши хуни узвҳои донор аз гурӯҳи синну соли калонсол, миқдори антителоҳои қабилӣ қабулку-

нанда, ки ба реаксияи шадиди радкунӣ таъсир мерасонанд. Концентратсияи ситокини зидди илтиҳобии IL-6 дар хуни венар, ки аз рағҳои гонадалӣҳангоми ҷарроҳӣ гирифта шудааст, метавон ҳамчун усули ташхиси барвақти синдроми ишемикӣ-реперфузия хисобида шавад.

Адабиёт

1. World Health Organisation. Disease Burden and Mortality Estimates. WTO; Geneva, Switzerland: 2015.
2. Liyanage T. et al. Worldwide access to treatment for end-stage kidney disease: A systematic review. Lancet. 2015;385:1975–1982.
3. Martin J.L., Gruszcyk A.V., Beach T.E., Murphy M.P., Saeb-Parsy K. Mitochondrial mechanisms and therapeutics in ischaemia reperfusion injury. Pediatr. Nephrol. 2019;34:1167–1174.
4. Ponticelli C. Ischemia-reperfusion injury: A major protagonist in kidney transplantation. Nephrol. Dial. Transplant. 2014;29:1134–1140.
5. Salvadori M., Rosso G., Bertoni E. Update on ischemia-reperfusion injury in kidney transplantation: Pathogenesis and treatment. World J. Transplant. 2015;5:52–67.

НЕКОТОРЫЕ ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ ИШЕМИЧЕСКОГО РЕПЕРФУЗИОННОГО ПОВРЕЖДЕНИЯ ПРИ СВЯЗАННОЙ ТРАНСПЛАНТАЦИИ ПОЧКИ

¹Национальный научный центр трансплантации органов и тканей человека, Министерство здравоохранения и социальной защиты Республики Таджикистан. ²Отделение инновационной хирургии и трансплантации, АТSMU имени Абуали ибн Сино

Цель исследования: улучшение результатов аллотрансплантации почки путем ранней диагностики и выявления факторов риска ишемическо-реперфузионного синдрома почечно-аллотрансплантата.

Материал и методы. Изучена частота встречаемости ишемическо-реперфузионного синдрома и факторы, способствующие его появлению у 80 трансплантированных пациентов после родственной трансплантации почки. Критериями разделением на группы служили начальная функция трансплантата, провоспалительный интерлейкин-6 типа, время холодовой ишемии, совместимость донора с реципиентом по HLA-антигенам, внутрпочечное кровоснабжение донорской почки предшествующие

антитела. В результате исследования изучаемые реципиенты были распределены нами на 3 группы в зависимости от начальной функции донорской почки. С первично нефункционирующим трансплантатом в исследование было отмечено у 15 (18,75%) больных, с начальной отсроченной функцией трансплантата 25 (31,25%) больных, с удовлетворительной функцией 40 (50,0%).

Возраст пациентов составлял от 18 до 50 лет, т.е. в наиболее зрелом и трудоспособном возрасте. в 58,0% наблюдениях причиной ХПН являлось хронический гломерулонефрит, у 43,0% хронический пиелонефрит, у 9,0% поликистоз почек с хроническим гломерулонефритом, у 7,0% амилоидоз почек и у 3,0% сахар-

ный диабет.

Результаты. Динамика концентрации провоспалительного цитокина ИЛ-6 в группах различалась статистически значимо ($p < 0,001$). Также мы отметили статистически значимую зависимость от характера начальной функции ПАТ и времени пика концентрации ИЛ-6. Было установлено, что у большинства больных наблюдается значительное повышение концентрации ИЛ-6 в крови. У всех больных с отличной функцией трансплантата отмечен нормальный уровень ИЛ-6 – менее 10 пг/мл. Мы выделили три группы больных в зависимости от концентрации ИЛ-6. У больных с первично нефункционирующим трансплантатом был отмечен выраженный выброс ИЛ-6 через 10-15 минут после реперфузии с последующей высокой концентрацией к 24-м часам. Общая динамика концентрации ИЛ-6 в этой группе была статистически значима ($p < 0,001$). У больных с отсроченной функцией трансплантата небольшой, но статистически значимый подъем концентрации ИЛ-6 через 10-15 минут после реперфузии трансплантата и выраженный выброс этого цитокина через 30 минут. Впоследствии отмечалась очевидная тенденция к снижению, однако, через 24 часа концентрация ИЛ-6 оставалась выше 10 пг/мл. Общая динамика концентрации также была статистически значима ($p < 0,001$). У больных с отличной функцией трансплантата был отмечен выраженный выброс ИЛ-6. Мы не отметили статистически значимой связи функции ПАТ от индекса совместимости: $r = 0,562$

и $r = 0,768$ соответственно. Был выброс ИЛ-6 через 10-15 минут после реперфузии с последующей постепенной нормализацией к 24-м часам. Общая динамика концентрации ИЛ-6 в этой группе была статистически значима ($p < 0,001$). При АТП почек, полученных от доноров старшей возрастной группы, происходит быстрое и массивное высвобождение провоспалительных цитокинов из клеток ПАТ, таких как ИЛ-6. У больных с отличной функцией трансплантата регистрировался удовлетворительный внутриорганный кровоток. У больных отсроченной функцией трансплантата в первые сутки после трансплантации регистрировался слабый внутриорганный кровоток. Линейная систолическая скорость кровотока была значительно снижена.

Выводы. Таким образом, у больных с ХБП 5 стадией после родственной трансплантации почки на появление ишемическо-реперфузионного синдрома влияют ряд факторов таких как возраст донора и кровоток донорского органа от старшей возрастной группы, количество предшествующих реципиентских антител которые влияют на реакцию острого отторжения. Способом ранней диагностики ишемическо-реперфузионного синдрома можно считать концентрацию провоспалительного цитокина ИЛ-6 в венозной крови полученной из гонадной вены интраоперационно.

Ключевые слова: ишемическое реперфузионное повреждение, трансплантация почки, отсроченная функция трансплантата.

SOME RISK FACTORS FOR THE DEVELOPMENT OF ISCHEMIC REPERFUSION INJURY IN RELATED KIDNEY TRANSPLANTATION

¹National Scientific Center for Transplantation of Human Organs and Tissues, Ministry of Health and Social Protection of the Republic of Tajikistan. ²Department of Innovative Surgery and Transplantation, ATSMU named after Abuali ibn Sino

Objective: to improve the results of kidney allotransplantation through early diagnosis and identification of risk factors for ischemic-reperfusion syndrome of renal allograft.

Material and methods. The frequency of occurrence of ischemia-reperfusion syndrome and factors contributing to its occurrence in 80 transplanted patients after related kidney transplantation were studied. The criteria for division into groups were the initial function of the graft, proinflammatory interleukin-6 type, time of cold ischemia, compatibility of the donor with the recipient for HLA antigens, intrarenal

blood supply of the donor kidney, and precursor antibodies. As a result of the study, the studied recipients were divided by us into 3 groups depending on the initial function of the donor kidney. With a primary non-functioning graft, 15 (18.75%) patients were noted in the study, with an initial delayed graft function in 25 (31.25%) patients, with a satisfactory function in 40 (50.0%). The age of the patients ranged from 18 to 50 years; at the most mature and working age. In 58.0% of cases, the cause of CRF was chronic glomerulonephritis, 43.0% chronic pyelonephritis, 9.0% polycystic kidney disease with chronic



glomerulonephritis, 7.0% renal amyloidosis and 3.0% diabetes mellitus.

Results. The dynamics of the concentration of the pro-inflammatory cytokine IL-6 in the groups differed statistically significantly ($p < 0.001$). We also noted a statistically significant dependence on the nature of the initial function of PAT and the time of the peak concentration of IL-6. It was found that in most patients there is a significant increase in the concentration of IL-6 in the blood. All patients with excellent graft function had normal levels of IL-6, less than 10 pg/ml. We identified three groups of patients depending on the concentration of IL-6. In patients with a primary non-functioning graft, a pronounced release of IL-6 was noted 10-15 minutes after reperfusion, followed by a high concentration by 24 hours. The overall dynamics of IL-6 concentration in this group was statistically significant ($p < 0.001$). In patients with delayed graft function, a small but statistically significant increase in IL-6 concentration 10-15 minutes after graft reperfusion and a pronounced release of this cytokine after 30 minutes. Subsequently, there was an obvious downward trend, however, after 24 hours, the concentration of IL-6 remained above 10 pg/ml. The overall concentration dynamics was also statistically significant ($p < 0.001$). In patients with excellent graft

function, a pronounced increase was noted. We did not note a statistically significant relationship between the function of PAT and the compatibility index: $p = 0.562$ and $p = 0.768$, respectively. hours. The overall dynamics of IL-6 concentration in this group was statistically significant ($p < 0.001$). with renal ATP obtained from older donors, there is a rapid and massive release of pro-inflammatory cytokines from PAT cells, such as IL-6. In patients with excellent graft function, satisfactory intraorganic blood flow was recorded. In patients with delayed graft function, weak intraorganic blood flow was recorded on the first day after transplantation. Linear systolic blood flow velocity was significantly reduced.

Findings. Thus, in patients with stage 5 CKD after related kidney transplantation, the appearance of ischemia-reperfusion syndrome is influenced by a number of factors, such as the age of the donor and the blood flow of the donor organ from the older age group, the amount of previous recipient antibodies that affect the acute rejection reaction. The concentration of the pro-inflammatory cytokine IL-6 in venous blood obtained from the gonadal vein intraoperatively can be considered as a method for early diagnosis of ischemic-reperfusion syndrome.

Keywords: **ischemic reperfusion injury, kidney transplantation, delayed graft function.**

Исмоилзода С.С .-д.и.т., директори МД “Маркази миллии илмии пайвандсозии узв ва бофтаҳои инсон, Вазорати тандурустӣ ва ҳифзи иҷтимоии аҳолии Ҷумҳурии Тоҷикистон”, Тел.+992918660480.

Хасанов Н. - докторант PhD кафедраи ҷарроҳии инноватсионӣ ва трансплантатсияи МДТ “ДДТТ ба номи Абуалӣ ибни Сино”, Тел.+ +992904508822.

Мавлонов Ф.Б. – муовини директори МД “Маркази миллии илмии пайвандсозии узв ва бофтаҳои инсон, Вазорати тандурустӣ ва ҳифзи иҷтимоии аҳолии Ҷумҳурии Тоҷикистон”, Тел.+ +992907070750.

Достиев У.А. – н.и.т., ассистенти кафедраи ҷарроҳии инноватсионӣ ва трансплантатсияи МДТ “ДДТТ ба номи Абуалӣ ибни Сино”, Тел.+992917217744.

Зокиров Р.А.- н.и.т., котиби илмии МД “Маркази миллии илмии пайвандсозии узв ва бофтаҳои инсон, Вазорати тандурустӣ ва ҳифзи иҷтимоии аҳолии Ҷумҳурии Тоҷикистон”, Тел.+ +992915540433.

Исмоилзода С.С – Д.м.н, Директор ГУ “Национальный научный центр трансплантации органов и тканей человека МЗиСЗН РТ”, Тел. (+992918660480)

Хасанов Н. – докторант PhD кафедраи инновационной хирургии и трансплантологияи ГОУ “ТГМУ имени Абуали ибни Сино”, Тел. (+992904508822)

Мавлонов Ф.Б. – заместитель директора по лечебной части ГУ “ННЦТОиТЧ” МЗиСЗН РТ, Тел. (+992907070750)

Достиев У.А.- ассистент кафедры инновационной хирургии и трансплантологияи ГОУ “ТГМУ имени Абуали ибни Сино”, Тел. (+992917217744)

Зокиров Р.А.- ученый секретарь ГУ “ННЦТОиТЧ” МЗиСЗН РТ, Тел. (+992915540433)



ЭНДОКРИНОЛОГИЯ

АРЗЁБИИ СИФАТИ ҲАЁТИ БЕМОРОНИ ҶАВОНИ ДОРОИ ГИПЕРПАРАТИРЕОЗИ АВВАЛИЯ ПАС АЗ АМАЛИЁТИ ҶАРРОҲӢ

Ниязова Н.Ф., Турсунова С.Б. Турақулов Ф. А.

Кафедраи эндокринология, МДТ «ДДТТ ба номи Абуали ибни Сино», ш. Душанбе.

Муқаддима. Дар солҳои охир афзудани паҳншавии бемориҳои системаи эндокринӣ ба мушоҳида мерасад, ки дар байни онҳо ба гиперпаратиреозии аввалия (ГПТА) бештар диққатҷалбкунанда аст. ГПТА – бемории эндокринӣ аст, ки дар он маҳсулоти барзиёди гормони паратиреоидӣ (ГПТ) ва сатҳи баланду муътадил ё баланди калсии хун дида мешавад. Ин дар натиҷаи тағйиротҳои омосӣ ё гиперпластикии як ё якчанд ғадудҳои паратироид (ҒПТ) ба амал меояд [1,2]. Бояд қайд кард, ки айни замон, ГПТА дар қатори бемориҳои ғадуди сипаршавл ва диабети қанд, дар тамоми дунё проблемаи сеюми эндокринӣ мебошад. Дар полпулятсияи умумӣ айни замон паҳншавии беморӣ, мувофиқи маълумоти сарчашмаҳои гуногун, тақрибан 0,86-1% дар шахсони синну соли то 50-сола ва 2% дар шахсони синну соли аз 50-сола болоро ташкил медиҳанд, беморшавӣ метавонад, ки 18,8 ҳолат ба 10000 нафарро ташкил диҳад. ГПТА-ро метавон дар дар одамони категорияҳои синну соли гуногуни одамони мушоҳида намуд, гарчанде таҳқиқотҳои бузурги эпидемиологӣ нишон медиҳанд, ки бештар аз ҳама ГПТА дар одамони синну соли аз 40 то 60-сола ба қайд гирифта мешавад. Дар навбати худ, маълумотҳои мавҷуданд, ки ошкорсозӣ ба таври устувор баъди 25-солагӣ дар ҳарду ҷинс афзоиш меёбад. [3,4]. ГПТА –ро бештар ихтилолҳои вистсералӣ ва неврологӣ, ба монанди нефролитиаз, бемории санги талха, дарди устухонҳо, тағйироти когнитивӣ ва дисфунксияҳои нейропсихологӣ (изтироб, депрессия) ҳамроҳӣ мекунанд [5]. Бояд қайд кард, ки манзараи клиникаи ГПТА ба тағйироти назаррас дучор шудааст, бо воридшавии анализаторҳои автоматики биохимиявӣ ва имконпазирии мунтазам муайян кардани сатҳи калсий дар серуми хун [6]. Айни замон ГПТА аксар вақт дар марҳа-

лаҳои барвақт бо симптомҳои ва аломатҳои на чандон зиёд ташхис карда мешавад. Ба он нигоҳ накарда, ки аломатҳои клиникаи ГПТА тағйир ёфтаанд ва симптомҳои кам дорад, беморон ҳанӯз ҳам аз симптомҳои махсуси нейрокогнитивӣ, ба монанди мутамарказсозии бади тавачҷух, мондашавӣ, нооромӣ, депрессия, паст шудани қобилияти когнитивӣ шикоят мекунанд [7,8]. Аммо ин симптомҳои номаҳсусро баҳогузориҳои миқдорӣ намудан душвор аст ва маълум нест, ки то кадом андоза ин симптомҳои ГПТА алоқаманд ҳастанд ва баъди табобат оё бартараф карда мешаванд? Усули асосии табобати ГПТА ҳоло ҳам ҷарроҳӣ боқӣ мемонад, зеро табобати алтернативии самараноки ГПТА то имрӯз дида намешавад. Ба ин нигоҳ накарда, самаранокии табобати ҷарроҳӣ 95–98%-ро ташкил медиҳад ва миқдори оризаҳои пас аз ҷарроҳӣ то 1–2% мерасад, агар ҷарроҳ доройи квалитатсияи олий ва таҷриба мебошад [9].

Арзёбии сифати ҳаёт то ва пас аз табобати ҷарроҳӣ ҳангоми ГПТА мумкин аст, ки барои баҳогузориҳои комплекси самаранокии табобат, ҳамчунин мониторинги ҳолати бемор пас аз ҷарроҳӣ, дар амалияи воқеии клиникӣ мавриди истифода қарор дод. То замони наздик дар таҳқиқотҳои зиёд сифати ҳаёт тавассути саволномаи ба саломатӣ дахлдор (HRQoL), ё саволномаи мухтасар мувофиқи формаи 36(SF-36) баҳогузори карда мешуд, ки дар онҳо ҳолати саломатии бемор омӯхта шуд, аммо дар онҳо дақиқ баҳогузори намудани ҳолати бемори доройи ГПТА хеле душвор аст. [10]. Барои ҳамин ҳам ба зудӣ барои муайян кардани сифати ҳаёт ҳангоми гиперпаратиреозии аввалия (ГПТА) саволномаи махсус коркард шуд, ки саволномаи Primary Hypoparathyroidism Quality of Life Questionnaire (PHRPoL) ном дорад. Во-



баста аз ин, истифодаи саволномаи махсус барои баҳодихӣ ба сифати ҳаёти беморони дорои ПГПА то ва пас аз табобати чарроҳӣ мубрам мебошад. [10,11].

Мақсади таҳқиқот. Мақсади таҳқиқот омӯзиши хусусиятҳои тағйироти сифати ҳаёт дар беморони синну соли ҷавони дорои шаклҳои гуногуни ПГПА то ва пас аз табобати чарроҳӣ мебошад.

Мавод ва усулҳои таҳқиқот. Таҳқиқоти мушоҳидавии проспективии сифати ҳаёт дар беморони дорои ГПТА гузаронида шуд, ки дар шӯбаи чарроҳии Маркази тиббии шаҳрӣ №2 дар давраи солҳои 2021 - 2023 чарроҳӣ шуда буданд. Ба таҳқиқот беморони синну соли 18 – 44-соларо, ки дар онҳо ташҳиси ГПТА тасдиқ шудааст, дар сурати барои гузаронидани табобати чарроҳӣ мавҷуд будани нишондод, ҳамчунин дар ҳолати розӣ будан барои иштирок кардан дар таҳқиқот ва қобилияти беморон ҷиҳати пур кардани саволнома дохил карда шуданд. Ба критерияҳои хориҷкунӣ синну соли аз 44 – сола боло, дар беморон мавҷуд будани ихтилолҳои равонӣ, ки садди роҳи пур кардани саволнома мешаванд, дохил карда шуданд. Дар ҳамаи беморон таҳқиқоти клиникӣ - лабораторӣ гузаронида шуд, ки чунин таҳқиқотҳоро дар бар мегирифт: муайян кардани сатҳи калсии ионизатсияшуда, калсии умумӣ, фосфор, паратгормон ва витамини Д дар серуми хун, экскретсияи калсий ва фосфор бо пешоб, таҳлили умумии хун ва пешоб, ЭКГ ва ДEXA остеоденситометрияи компютерӣ.

Дар ҳамаи беморон бо мақсади верификатсияи морфологии ташҳис таҳқиқоти гистологии маводи чарроҳӣ гузаронида шуд. Ҳангоми аз статсионарт руҳсат шудан пас аз паратиреозктомия (ПТЭ) гузаронидан ба беморон истеъмоли пререпаратҳои калсий ва шаклҳои фаёли витамини Д таҳти назорати нишондиҳандаҳои мубодилаи фосфорӣ-калсий тавсия дод дода шуд. Бо мақсади баҳо джодан ба сифати ҳаёти беморон то ва пас аз чарроҳӣ варианти русии саволномаи RHRQoL и стифода карда шуд. Беморон саволномаро 3-4 рӯз то чарроҳӣ ва 6 рӯз баъди чарроҳӣ ба таври фосилавӣ пур

карданд. Саволнома саволро дар бар гирифтааст, ки 9 адади он ба фаъолияти ҷисмонии бемор тааллуқ дорад, 7 савол ба фаъолияти эмотсионалӣ. Вариантҳои ҷавобҳо аз балл мувофиқи шкалаи Ликерт иборатанд барои баҳо додан ба он, ки беморро ин ё он проблема дар давоми моҳи охири ба қадом андоза нороҳат сохтааст (0 балл проблема ҳамеша нороҳат месохт, 4 балл баъзан дида мешуд). Суммаи баллҳо мувофиқи шкалаи Ликерт барои 16 савол бо ёрии протседураи стандартизатсия бо нишондиҳандаи умумии сифати ҳаёт сохта мешавад, ки моҳияти он аз 0 то 100 буда, чӣ қадар ки балли умумӣ зиёд бошад, сифати ҳаёт ҳамон қадар хуб аст.[6]. Формула барои ҳисоб кардани нишондиҳандаи умумӣ тибқи саволномаи RHRQoL дар поён оварда мешавад. $ЧЧ = \text{миқдори номиналии баллҳо тибқи 16 савол} / 64Ч 100$. Бо ҳамин усул ҷузъи ҷисмонии сифати ҳаёт (суммаи стандартии баллҳо аз 9 саволи саволнома) ва ҷузъи психики (ЧП) сифати ҳаёт (суммаи стандартии баллҳо аз 7 саволи саволнома).

$ЧЧ$ (ҷузъи ҷисмонӣ) = $\text{миқдори номиналии баллҳо аз 9 саволи саволнома} / 36Ч 100$.

$ЧП$ = $\text{миқдори номиналии баллҳо аз 7 саволи саволнома} / 28Ч 100$.

Натиҷаҳои таҳқиқот ва баррасии онҳо.

Дар таҳқиқот 34 бемори дорои ГПТА иштирок доштанд, ки синну соли миёнаи онҳо $33,6 \pm 5,4$ сол буда, 85,3%-ро занҳо ташкил медоданд. Давомноккии беморӣ ба ҳисобҳои миёна ± 16 моҳ буд. Варианти нормокалсиемикии ГПТА дар 32,3%-и беморон муайян карда шуд. Аз рӯи шакл дар беморони синну соли ҷавонтар бештар шакли устухонии ГПТА (44,1%), шакли вистсералии ГПТА (35,2%), шакли омехта (6%) ва шакли нарми ГПТА (14,7%) ба мушоҳида расид. Мувофиқи маълумотҳои саволномаи махсуси RHRQoL то чарроҳӣ нишондиҳандаи умумӣ мувофиқи саволнома $33,8 \pm 9,8$ баллро ташкил дод (диапазон 20,9-59,3 балл). Дар ин маврид нишондиҳандаи ҷузъи ҷисмонии сифати ҳаёт $-31,4 \pm 10,9$ балл аст, ҷузъи психикии сифати ҳаёт $-36,8 \pm 9,5$ балл.

Гурӯҳбандӣ намудани беморон мувофиқи бузургии нишондиҳандаи умумии си-

фати ҳаёт тибқи саволномаи RHPQoL то ҷарроҳӣ чунин буд: 0-25 балл -10 бемор, 26-50 балл -21 бемор, 51-75 балл -3 бемор, 76-100 балл -0 бемор. Ҳамитн тавр, дар миқдори зиёди беморон нишондиҳандаи сифати ҳаёт тибқи саволномаи RHPQoL дар сатҳи пасти сифати ҳаёт 61,7%; дар 29,4% бемор сатҳи хеле пасти сифати ҳаёт (0-25балл) ва дар 8,9% бемор сатҳи миёнаи сифати ҳаёт (51-75 балл) мувофиқи саволномаи махсус қарор дошт. Ҳангоми таҳлил кардани профили симптомҳо муайян карда шуд, ки дар беморони гирифтори ГПТА то ҷарроҳӣ ҳамагӣ чунин симптомҳои сустӣ ба қайд гирифта шуд (79,4% бемор), фаромӯшхотирӣ (74,1%), тағйирёбии таъб (90%), дарди бугумҳо ё дарди устухонҳо (85,7%) сардари (65,4%), ташнагӣ (45,4%) ва мушкилот ҳангоми аз ҷои нишастагӣ бархостан проблемӣ (47,1%). Қисми ками беморон аз дарди (35,2%) ва хориши пӯст (5,8%) шикоят мекарданд. Хеле баланд шудани нишондиҳандаи умумии RHPQoL пас аз ҷарроҳӣ муайян карда шуд. Нишондиҳандаи умумии сифати ҳаёти беморон тибқи саволномаи RHPQoL баъди 6 моҳи ҷарроҳӣ дар 27% -и беморон назар ба нишондодҳои ибтидоӣ баланд шудааст. Дар ин муддат беҳбудӣ дар самти ҳам ҷисмонӣ ва ҳам равонӣ сифати ҳаёт ба назар мерасад. Баъди 6 моҳи ҷарроҳӣ нишондиҳандаи ҷузъи ҷисмонӣ

сифати ҳаёт мутаносибан аз $31,4 \pm 10,9$ то $67,7 \pm 14,6$ балл, ҷузъи психикӣ аз $36,8 \pm 9,5$ то $57,6 \pm 20,7$ балл беҳтар шудааст.

Хулосаҳо. Сифати ҳаёти беморони гирифтори ГПТА то ҷарроҳӣ бо возеҳ будани ихтилолҳо фарқ мекунад. Дар 61,7 бемор сифати пасти ҳаёт (26-50 балл тибқи саволномаи ГПТА – RHPQoL) ба назар расид. Ҳамин тавр, то ҷарроҳӣ дар беморони гирифтори ГПТА сустӣ, дарди бугумҳо ё дарди устухонҳо ва тағйирёбии таъб буд. Ҷарроҳии бомуваффақият барои беҳтар шудани сифати ҳаёти беморони гирифтори ГПТА, новобаста аз шакли беморӣ мусоидат мекунад. Мувофиқи маълумоти таҳқиқоти мо, нишондиҳандаи миёнаи умумӣ тибқи саволнома пас аз ПТЭ хеле боло рафтааст. Истифодаи саволномаи стандартӣ баҳогузорӣ ба сифати ҳаёт ва симптомҳо имконият медиҳад, ки ҳангоми мураккабии беморони гирифтори ГПТА муносибати клиникӣ инфиродӣ қунонида шавад, имконияти ба даст овардани иттилооти арзишнок оид ба проблемаҳои беморӣ ва муолиҷаи он мустақиман аз бемор ба даст оварда шавад ва онро ҳамчун марҳалаи қарор қабул кардан барои интихоб намудани тактикаи ҷарроҳӣ истифода бурд, ҳам дар таркиби баҳодихии комплексии самаранокӣ таъбабат ҳангоми муайян кардани дараҷаи барқароршавии ҷанбаҳои гуногуни фаъолияти беморон пас аз ҷарроҳӣ.

Адабиёт

1. Ogorodnikov AV, Kharnas SS. [Assessment of the quality of life of patients after parathyroidectomy from standard and small access]. *ProblEndokrinol* (Mosk). 2021 Feb 25;67(2):40-48. Russian. doi: 10.14341/probl12735. PMID: 34004102; PMCID: PMC8926150
2. Гладкова И.Н., Русаков В.Ф., Черников Р.А., Карелина Ю.В., Никитина Т.П., Ефремов С.М., Ионова Т.И. Апробация и валидация русской версии опросника для оценки качества жизни у больных первичным гиперпаратиреозом — RHPQoL // Проблемы эндокринологии. — 2021. — Т. 67. — №1. — С. 41-51. doi: <https://doi.org/10.14341/probl12714>
3. Bilezikian JP, Khan AA, Potts JT. Guidelines for the management of asymptomatic primary hyperparathyroidism: summary statement from the third international workshop. *J. ClinEndocrMetab*. 2009;94(2):335-339. doi: <https://doi.org/10.1210/jc.2008-1763>
4. Bilezikian JP, Brandi ML, Eastell R, et al. Guidelines for the management of asymptomatic primary hyperparathyroidism: summary statement from the fourth international workshop. *J. ClinEndocrMetab*. 2014;99(10):3561-3569. doi: <https://doi.org/10.1210/jc.2014-1413>
5. Ionova T.I., Buzanakov D.M., Chernikov R.A., et al. Quality of life in patients with primary hyperparathyroidism before and after parathyroidectomy: long term single center experience. *BMC Endocrine Disorders* (2023). <https://doi.org/10.1186/s12902-023-01344-z>



6. Silverberg SJ, Clarke BL, Peacock M, et al. Current issues in the presentation of asymptomatic primary hyperparathyroidism: Proceedings of the fourth International Workshop. *J ClinEndocrinolMetab.* 2014;99(10):3580 -3594. doi:10.1210/jc.2014 – 1415/
7. Walker MD, McMahon DJ, Inabnet WB, et al. Neuropsychological features in primary hyperparathyroidism: A prospective study. *J ClinEndocrinolMetab.* 2009;94(6):1951 - 1958. doi:10.1210/jc.2008 -2574
8. Cipriani C, Romagnoli E, Cilli M, Piemonte S, Pepe J, Minisola S. Quality of life in patients with primary hyperparathyroidism. *ExpertRevPharmacoeconomicsOutcomesRes.* 2014;14(1):113 -121. doi:10.1586/14737167.2014.873702.
9. Никитина Т.П., Гладкова И.Н., Русаков В.Ф., Черников Р.А., Карелина Ю.В., Ефремов С.М., Ионова Т.И. Качество жизни пациентов с первичным гиперпаратиреозом после хирургического лечения // Проблемы эндокринологии. — 2022. — Т. 68. — №1. — С. 27-39. doi: <https://doi.org/10.14341/probl12825/>
10. Ramakant P, Verma A, Chand G, et al. Salutary effect of parathyroidectomy on neuropsychiatric symptoms in patients with primary hyperparathyroidism: Evaluation using PAS and SF -36v2 scoring systems. *J PostgradMed.* 2011;57(2):96. doi:10.4103/0022 -3859.81859.
11. Dulfer R, Geilvoet W, Morks A, et al. Impact of parathyroidectomy for primary hyperparathyroidism on quality of life: A case -control study using Short Form Health Survey 36. *HeadNeck.* 2016;38(8):1213 -1220. doi:10.1002/hed.24499.

ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ МОЛОДЫХ ПАЦИЕНТОВ С ПЕРВИЧНЫМ ГИПЕРПАРАТИРЕОЗОМ ПОСЛЕ ХИРУРГИЧЕСКОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА.

Ниязова Н.Ф., Турсунова С.Б. Туракулов Ф. А.

Кафедра эндокринологии ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино», Душанбе, Таджикистан.

РЕЗЮМЕ: В статье изучается качества жизни пациентов с подтверждённым диагнозом первичного гиперпаратиреоза (ПГПТ) до и после хирургического вмешательства, так как последние годы наблюдается рост распространенности данной патологии. ПГПТ представляет собой эндокринное заболевание, при котором наблюдается повышенная продукция паратиреоидного гормона (ПТГ) при верхне-нормальном или повышенном уровне показателей в крови. Это происходит вследствие опухолевых или гиперпластических изменений одной или нескольких паращитовидных желез (ПЩЖ). Клиническая картина ПГПТ после внедрение автоматических биохимических анализаторов стала менее симптоматичной, но все равно пациенты все еще могут жаловаться на специфические нейрокогнитивные

симптомы, такие как плохая концентрация внимания, усталость, беспокойства, перепады настроения, депрессия и снижение когнитивных способностей. Однако эти неспецифические симптомы трудно поддаются количественной оценке, и неясно, в какой степени эти симптомы связаны с ПГПТ и устраняются ли эти симптомы после лечения ПГПТ. Связи этим использование специальных опросников для оценки качества жизни пациентов с ПГПТ до и после хирургического вмешательства является актуальным. Настоящее время одним из этих опросников является «Primary Hyperparathyroidism Quality of Life Questionnaire (PHRQoL)»

Ключевые слова: первичный гиперпаратиреоз, паратгормон, гиперкальциемия, менапауза, эпидемиология, качества жизни, опросник PHRQoL.



ASSESSMENT OF THE QUALITY OF LIFE OF YOUNG PATIENTS WITH PRIMARY HYPERPARATHYROIDISM AFTER SURGERY.

Niyazova N. F., Tursunova S. B. Turakulov F. A.

Department of Endocrinology, Tajik State Medical University named after Abuali ibn Sino, Dushanbe, Republic of Tajikistan

ABSTRACT: The article examines the quality of life of patients with a confirmed diagnosis of primary hyperparathyroidism (PGPT) before and after surgery, as in recent years there has been an increase in the prevalence of this disease. PGPT is an endocrine disease in which there is an increased production of parathyroid hormone (PTH) at an upper-normal or elevated blood level. This is due to tumor or hyperplastic changes in one or more parathyroid glands (PSG). The clinical picture of PGPT has become less symptomatic after the introduction of automatic biochemical analyzers, but patients can still complain of specific neurocognitive symptoms such as poor concentration, fatigue, anxiety, mood swings,

depression and decreased cognitive abilities. However, these non-specific symptoms are difficult to quantify, and it is unclear to what extent these symptoms are associated with PHPT and whether these symptoms are eliminated after treatment with PHPT. Therefore, the use of special questionnaires to assess the quality of life of patients with PHPT before and after surgery is relevant. Currently, one of these questionnaires is the “Primary Hypoparathyroidism Quality of Life questionnaire (PHPQoL)”

Keywords: primary hyperparathyroidism, parathyroid hormone, hypercalcemia, menopause, epidemiology, quality of life, PHPQoL questionnaire.

Ниязова Наргис Фазлихудоевна, - кандидат медицинских наук, доцент, заведующая кафедрой эндокринологии, Таджикский государственный медицинский университет им. Абуали ибни Сино, ORCID ID: 0000-0003-4344-8318, SPIN-код: 9749-5620, Author ID: 915628, E-mail: nargis_7373@mail.ru

Турсунова СаодатхонБахтиёрвна, -ассистент, phd-докторант 3 года кафедры эндокринологии Таджикский государственный медицинский университет им. АбуалиибниСино, ORCID ID: 0009-0002-5764-5769, SPIN-код: 36550530, Author ID: 1130525, E-mail: saodatkhon.tursunova@mail.ru.

Туракулов ФаррухАбдурауфович, кандидат медицинских наук, врач-хирург в отделении эндоскопической хирургии Республиканского научного центра сердечно-сосудистой хирургии. ORCID ID: 0000-0002-1247-5068, SPIN-код: 6057-5045, Author ID: 1143648. E-mail: farukh68@mail.ru.

Niyazova Nargis Fazlikhudoevna, Candidate of Medical Sciences, Associate Professor, Head of the Department of Endocrinology, Abuali Tajik State Medical University, ORCID ID: 0000-0003-4344-8318, SPINcode: 9749-5620, Author ID: 915628, E-mail: nargis_7373@mail.ru

Tursunova Saodatkhon Bakhtiyorovna, - Assistant, PhD-doctoral student 3 years of the Department of Endocrinology, AbualiibniSino Tajik State Medical University, ORCID ID: 0009-0002-5764-5769, SPIN-code: 36550530, Author ID: 1130525, E-mail: saodatkhon.tursunova@mail.ru.

Turakulov Farrukh Abduraufovich, Candidate of Medical Sciences, surgeon in the Department of Endoscopic Surgery of the Republican Scientific Center for Cardiovascular Surgery. ORCID ID: 0000-0002-1247-5068, SPIN-код: 6057-5045, Author ID: 1143648. E-mail: farukh68@mail.ru.



ШАРҲИ АДАБИЁТ

ГУВВОС ДАР ГҶШ: УСУЛҲОИ ИСЛОҲИ ОН. ВАЪБИ ҲОЗИРАИ МУШКИЛОТ

Ахророва З.А., Холматов Ҷ.И., Исмоилова М.А., Исупова Ш.Ф.

Кафедраи оториноларингологияи МДТ «ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино»

Муқаддима. Азбаски “уввоси гӯш ин аломати яке аз беморихост, сабаб ва механизми пайдоиши он ҳам гуногун мешавад, аз ин рӯ муоинаи бемор бояд комплексӣ ва ҳамачониба бошад. А. И. Лопотко ва дигарон нақшаи мукаммали муоинаи беморони тиннитусро пешниҳод кардаанд, ки мақсади асосии он муайян намудани сабабҳо, механизми пайдоиши “уввоси гӯш ва дар натиҷа интиҳоби усули табобати он мебошад [3].

Вақте ки бемор ба оториноларинголог-сурдолог муроҷиат мекунад, пеш аз ҳама ба ҷамъовариҳои муфассали шикоятҳо ва собиқаи беморӣ диққати ҷиддӣ медиҳанд. Онҳо ба арзёбии субъективии бемор оид ба “уввоси гӯш, ҷойгиршавии он, хусусиятҳои субъективӣ ва дараҷаи таҳаммулпазирӣ аҳамият медиҳанд. Алоқамандии он бо бемориҳои қаблан гирифтورشуда ё мавҷуда, истифодаи доруҳои ототоксикӣ, таъсири дуру дарози садои истехсолӣ, дар собиқаи беморӣ будани осеби косахонаи сар ва маъзи сар, бемориҳои асаб ва руҳӣ, даҳолати ҷарроҳӣ, аз ҷумла дар гӯш аниқ карда мешавад. Ҷамъовариҳои ҳамачонибаи анамнезҳои терапевтӣ, гинекологӣ, эндокринологӣ, гематологӣ ва неврологӣ зарур аст.

Ҳангоми муоинаи бемор отомикроскопия мегузaronанд то ки ҷисми бегона дар гузаргоҳи берунаи сомеа, бемориҳои илтиҳобӣ, сироятӣ ва онкологии гӯши берунаро инкор намоем [3].

Муоинаи ҳолати системаи дилу рағҳо, аз ҷумла нишондиҳандаҳои гемодинамикаи vertebrobasilar-ӣ, динамикаи фишори хун, мавҷудияти бемориҳои хун, бемориҳои сироятӣ ва ҷарроҳии қаблӣ низ зарур мебошанд.

Арзёбии вазифаи шунавоӣ тавассути гузаронидани санчишҳои акуметрӣ (омӯхта-ни ҳассосияти узви шунавоӣ нисбат ба қабули нутқи пичиррос ва гуфторӣ, озмоишҳои

камертоналӣ) гузаронида мешавад. Таъйироти дарки шунавоӣ бидуни гузаронидани аудиометрияи лаҳнии ҳаддӣ нисбат ба басомадҳои нутқӣ ва басомадҳои фосилашон васеъ имконнопазир аст. Барои арзёбии акулаамал ба басомад ва шиддатнокии садо, «шумометрия» - яъне муайян кардани ҳассосияти узви шунавоӣ нисбати “уввосҳои гуногун гузаронида мешавад, илова бар ин, меъёрҳои «дискомфорти шунавоӣ» - яъне норухатиҳои узви шунавоиро нисбати “уввосҳои гуногун муайян кардан лозим аст. Аудиометрияи нутқӣ барои арзёбии фоизи фаҳмиши нутқ гузаронида мешавад.

Аудиометрияи импедансӣ бояд барои арзёбии ҳолати сохторҳои гӯши беруна ва миёна (ҳаракатнокии пардаи таблӣ, занҷири устухончаҳои шунавоӣ, арзёбии вазифаи нойи сомеа), ташҳиси тафриқавии эътилолиятҳои ретрокохлеарӣ гузаронида шавад.

Бо мақсади амиқтар аз назар гузаронидани узви таҳлилкунандаи сомеа, бақайдгирии эмиссияи отоакустикӣ (ЭОА), потенциалҳои шунавоии кӯтоҳлатентӣ (ПШК) ва потенциалҳои шунавоии статсионарӣ (ПШС) гузаронида мешавад [1-3].

Барои муайян кардани сабабҳо ва механизми рушди “уввоси гӯш нишондиҳандаҳои ташҳиси клиникӣ ва лабораторӣ аҳамияти калон доранд, ки бояд аз инҳо иборат бошанд: санчиши клиникӣ хун, санчиши биохимиявии хун (қанди хун, профили липидҳо, электролитҳо), санчиши хун барои типпи гормонҳо, муайян кардани омилҳои ревматизм, параметрҳои коагулограмма.

Илова бар ташҳиси клиникӣ ва лабораторӣ, истифодаи усулҳои ташҳиси ҷиҳозӣ зарур аст: рентгенографияи гардан ва сунтунмӯҳра бо санчишҳои функционалӣ, УЗИ ва доплерографияи рағҳои сар ва гардан бо санчишҳои функционалӣ, MRI рағҳои сар ва гардан бо контраст, MRI майна, MRI

кунчи ма“зи сар бо контраст, КТ устухонҳои чакагӣ, КТ-и ҷавфҳои параназалӣ.

Азбаски сабаби пайдоиши тиннитус метавонад на бо як этилолият алоқаманд бошад, ба ин беморон бояд машварати мутахассисони дигарро - терапевт, невропатолог, нейрохирург, эндокринолог, гинеколог, гематолог, офтальмолог, стоматолог, невропсихиатр таъин карда шавад [3].

Пас аз ташхиси ҳамачониба ва пурраи бемор, бояд тактикаи бартарарафномаи “уввоси гӯш муайян карда шавад. Аксар вақт сабаб ва механизми аслии тиннитусро муайян кардан мумкин нест, бинобар ин барои ин гурӯҳи беморон табобати маҷмаавӣ гузаронида мешавад. Усулҳои гуногуни бартарарафи садои “уввос мавҷуданд, ки аксар вақт бо ҳамдигар якҷоя мешаванд.

Усули фармакотерапевтикӣ [3, 4, 7, 8, 10]. Гурӯҳҳои асосии маводи доругӣ, ки барои бартарарафсозии садои “уввоси гӯш истифода мешаванд: - доруҳои, ки гемодинамикаи ма“зи сар ва тияи гӯшро (лабиринтро) беҳтар мекунад; - доруҳои метаболикӣ; - доруҳои, ки аксуламалҳои нейротрансмиттерҳои зиёд мекунад; - диуретикҳои “айритоксикӣ; - доруҳои ноотропӣ; - антигипоксантҳо; - доруҳои психотропӣ (антидепрессантҳо, седативҳо); - агентҳои зидди тромбоцитӣ; - доруҳои зидди липидӣ; - доруҳои зидди гипертензия; - доруҳои барои ислоҳи тавозуни об-электrolитҳо.

Усулҳои физиотерапевтӣ. Барои муолиҷаи тиннитус усулҳои физиотерапевтӣ васеъ истифода мешаванд: таъсири гармӣ, электрикӣ, механикӣ. Дар адабиёти ватанӣ ва хориҷӣ далелҳои самаранокии баланди стимулятори электрии транскраниалӣ ва терапияи лазерӣ барои бартарарафсозии тиннитус мавҷуданд [3, 7].

Усулҳои рефлексологӣ. Ба ин гурӯҳи усулҳо акупунктура, инчунин воситаҳои гуногуни психотерапевтии “айридоругӣ (психотерапияи ратсионалӣ, аутотренинг, тренинг бо алоқаи биологӣ ва “айра) дохил мешаванд.

Гирудотерапия ва апитерапия. Гирудотерапия (усули муолиҷа бо истифода аз шулуки доруворӣ) ва апитерапия (усули табобат

бо истифода аз занбӯри асал) ба далели хосиятҳои мусбати маъруфи секрецияи “адудҳои оби даҳони шулуқҳои шифобахш ва захри занбӯри асал барои муолиҷаи тиннитус хеле самаранок истифода мешаванд.

Табобат бо садо. Барои табобати “уввоси гӯш садоҳои экологӣ, аз қабилҳои садои борон, шаршара, шамол истифода мешаванд, ки фаъолияти нейронҳои барои ташаккули садо масъуланд [17]. Фаъолияти заминавии асаб дар анализатори шунавоӣ бо таъсири садоҳои паст, такроршаванда, нейтралӣ, ки беморро асабонӣ намекунад ва ба осонӣ нодида гирифта мешаванд, паҳш карда мешавад. Овозҳо барои ин намуди терапия бояд устувор бошанд ва набояд аз ҳад зиёд бошанд, аз ин рӯ, масалан, гӯш кардани садои талотуми баҳр тавсия дода намешавад. Сатҳи шиддатнокии садо бояд тавре бошад, ки тиннитус ва садо алоҳида қабул карда шаванд [9, 18].

Бартарарафсозии “уввоси гӯш бо истифода аз дастгоҳҳои шунавоӣ. Асбобҳои шунавоӣ яке аз шаклҳои терапияи садоӣ мебошанд, ки барои бартарарафи садои бегона дар беморони дорои шунавоӣ самаранок истифода мешаванд [17]. Асбобҳои шунавоӣ барои беҳтар кардани дарки нутқ ва баланд бардоштани садоҳои муҳити зист барои одамони гирифтори мушкilotи шунавоӣ тарҳрезӣ шудаанд. Баланд бардоштани нутқ тавачҷӯро аз “ав“о парешон мекунад ва баланд бардоштани садоҳои атроф барои қисман ниқоб кардани он мусоидат мекунад. Истифодаи асбобҳои шунавоӣ метавонад муддати тӯлонӣ фаъолияти нейронҳоеро, ки барои истехсол ва дарки садо масъуланд, фурӯ баранд [15].

Терапияи мусикӣ. Терапияи мусикӣ як усули десенсибилизатсия мебошад, ки барои он мусикии аз ҷиҳати спектри та“йирёфта мувофиқи хусусиятҳои инфиродии шунавоии бемор истифода мешавад, ки боиси ниқоби садо мебошад [18].

Маҳсулоти ортопедӣ. Масҳ ва дароз кардани сутунмӯҳраи гардан метавонад ба паст кардани садои “уввос мусоидат кунад. Барои ин воситаҳои гуногуни ортопедӣ истифода мешаванд: матрас, болишт, инчунин



гиребони Шантс интихоб кардан ва ҳар рӯз пӯшидани он.

Усулҳои табобати чарроҳӣ. Дар айни замон шумораи зиёди усулҳои чарроҳӣ мавҷуданд, ки ҳадафи онҳо аз байн бурдани дарки фантомии шунавоӣ, ки он дар асоси садои “уввос чойгир аст. Кӯшишҳои бартараф кардани тиннитус тавассути манипулацияҳои чарроҳӣ, даҳолат дар сатҳҳои гуногуни узви таҳлилкунавндаи шунавоӣ, дараҷаҳои гуногуни самаранокӣ доштанд [16].

Чарроҳии стереотактикӣ. Тиннитус аломати асосӣ дар беморони гирифтори нейриномаи асаби сомеа мебошад ва байни шиддатнокии садои “уввос ва андозаи омос таносуби баръакс вучуд дорад [11]. Барои муолиҷаи чунин омос табобати консервативӣ бо истифода аз усулҳои микрохирургия ва радиочарроҳии стереотактикӣ гузаронида мешавад. Норасоии шунавоӣ пас аз бартараф кардани омос бо истифода аз чарроҳии стереотактикӣ дар навиштаҷоти олимон хуб маълум аст. Дар робита ба паст кардани садо, натиҷаҳо пешгӯинашавандаанд, гарчанде ки баъзе беморон пас аз табобат беҳбудиро қайд мекунанд.

Аблатсияи асаби сомеа ва ядроии асаби дорсалӣ. Тавре ки дар боло зикр гардид, яке аз сабабҳои пайдоиши садои “уввоси субъективӣ гиперактиватсияи ядроии дорсалии асаби сомеа мебошад, гайр аз ин, афзоиши фаъолнокии он ҳатто пас аз абляцияи асаби шунавоӣ боқӣ мемонад. Пас аз абляцияи асаби шунавоӣ, маълумоти боэтимод ба даст наомадааст, ки хоҳиши садоро тасдиқ мекунад.

Гузашта аз ин, абляцияи ядроии шунавоии дорсалӣ (ЯШД) на танҳо садоро кам намекунад, балки ҳатто метавонад онро зиёд кунад.

Ҳамин тариқ, бесамар будани усулҳои чарроҳии табобати садои “уввоси гӯш тавассути вайрон кардани асабҳои кохлеарӣ, вестибулокохлеарӣ ё ядроии дорсалии ин асаб исбот шудааст [16].

Декомпрессияи микроваскуляро. Яке аз сабабҳои пайдоиши тиннитус метавонад паҳши микрокапиллярҳои асаби вестибулокохлеарӣ дар минтақаи кунҷи кӯпрукума“-

зчавӣ бошад. Дар баъзе беморони дорои садои “уввоси як гӯш ва та“ирёбии потенциали шунавоии ма“зи сар, томографияи резонанси магнитӣ ихтилофи вазоневралӣ ба байни асаби вестибулокохлеарӣ ва рағҳои хунгарди сутунмӯҳра, рағҳои болоии паси ва/ё пеши ма“зи сар нишон дод [12].

Декомпрессияи асаби шунавоӣ бо роҳи чарроҳӣ, боиси паст шудани садо ва ба эътидол омадани потенциали шунавоӣ дар пояи майна мегардад, дар 51-66% беморони чарроҳӣ натиҷаҳои мусбӣ ба даст меоянд ва дар 51% натиҷа дарозмуддат аст. Илова бар ин, байни натиҷаҳои мусбати бартарафсозии “уввоси гӯш тавассути декомпрессияи микроваскуляро ва давраи давомнокии он таносуби баръакс ошкор карда шуд: бо давомнокии садо зиёда аз 4 сол, пас аз чарроҳӣ дар муқоиса бо бемороне, ки садои онҳо каме хоҳиш ёфтааст, аз “уввоси гӯш кам шикоят мекунанд [16].

Аз ин рӯ, декомпрессияи микроваскуляро як табобати эҳтимолии “уввоси гӯш аст, ки дар натиҷаи муноқишаи вазоневралӣ ба вучуд омадааст (аз рӯи натиҷаҳои MRI тасдиқ карда шудааст).

Имплантатсияи кохлеарӣ. Ба наздикӣ, микдори зиёди маълумот, махсусан дар адабиёти хориҷӣ, дар бораи усули самаранокӣ ислоҳи тиннитус бо истифода аз имплантатсияи кохлеарӣ пайдо шуд.

Имплантатсияи кохлеарӣ (ИК) як усули табобати чарроҳӣ мебошад, ки метавонад садоро дар беморони гирифтори гумшавии шунавоии сенсорӣ ислоҳ кунад. Ин амалиёт барои беморони камбизоатии шунавоӣ ҳам биноуралӣ ва ҳам мувофиқи маълумоти охири, самаранокӣ собитшудаи моноуралӣ (бо шунавоии муқаррарӣ ё каме паст шудани он дар гӯши муқобил), инчунин дар якҷоягӣ бо тиннитусҳои шадид (махсусан дар ҳолати, агар басомади садо ба фосилаи басомади гумшавии шунавоӣ мувофиқат кунад) [5, 6, 16]. Муоина гузаронида шуд ва дар 71,8% беморони барои ИК интихобшуда (ҷавобгӯ ба ҳама меъёрҳои интихоб) садо ба дараҷаҳои гуногуни шиддат мавҷуд буд; 6 моҳи пас аз чарроҳӣ, 20,0% нопадид шудани онро, 51,2% - хоҳишро, дар 21,6% та“й-



ироти назаррас ба вучуд на омадааст, 7,2% беморон аз баланд шудани садо шикоят мекарданд, бинобар ин, дар 71,2% ҳолатҳо таъсири мусбӣ ба даст омад [20]. Мувофиқи адабиёт, қатъи пурраи садо пас аз ҷарроҳӣ дар 37-61% беморон руҳ медиҳад. Ҳодисаҳои коҳиш ё нопадид шудани садо на танҳо дар гӯши ҷарроҳишуда, балки дар гӯши муқобили солим низ тавсиф шудаанд.

Азбаски механизмҳои тавлиди садо гуногунанд, эҳтимол дорад, ки пас аз имплантатсияи кохлеарӣ механизмҳои рафъи садо гуногун бошанд. Аз сабаби он чӣ рӯй дода метавонад.

Таҷрибаи гуногуни патологӣ, ки боиси афзоиши фаъолияти асаб, ки ҳамчун садо қабул карда мешаванд, механизмҳои гуногуни имконпазир баррасӣ мешаванд, ки метавонанд ба садо пас аз ИК таъсири рӯҳафта расонанд [6]. Дарки фантомҳои садои метавонад бо кӯшишҳои нокофии таҷдиди кортикалӣ дар натиҷаи деафферентатсияи периферӣ алоқаманд бошад [13]. Дар натиҷаи ин назария барқароркунии дарки садо аз ҷониби қисми периферии анализатори шунавоӣ метавонад ба коррексияи садо аз ҳисоби азнавсозии пластикии қисми марказӣ таъсири дарозмуддати мусбат расонад [6]. Ин назария бо он далел исбот карда мешавад, ки аз байн рафтан ё кам шудани садо якбора не, балки баъди 3—6 моҳи ҷарроҳӣ ба амал меояд.

Шарҳи дигари эҳтимолии коҳиши садо пас аз имплантатсия ин эҳсосоти маскировка аз ҳисоби хубтар шунидани садоҳои атроф ва суҳанронии инсон мебошад, ки дар муқоиса бо дастгоҳҳои шунавоӣ, дарки ин садоҳо тавачҷӯхро аз садо парешон мекунад, аммо ин назария мавҷуд набудани онро шарҳ намедиҳад, вақте ки протсессори нутқӣ хомӯш карда мешавад, ки дар беморони имплантатсияшуда низ руҳ медиҳад.

Ҳангоми имплантатсия ангезиши мустақими электрикии асаби шунавоӣ ба амал

меояд, ки ин метавонад шарҳи эҳтимолии коҳиш ё нопадид шудани садои “уввобошад”.

Ҳангоми ҷарроҳӣ (имплантатсияи кохлеарӣ) нобудшавии ҳучайраҳои мӯякӣ дида мешавад, ҳолонки сохторҳои асосии ҳалзун сихат мемонанд, аз ин рӯ ин амалиёт метавонад таъсири мусбат расонида тиннитусро барҳам диҳад, бо шарте ки, агар тиннитус аз фаъолияти эътилолии ҳучайраҳои мӯякӣ ба вучуд омада бошад, бинобар ин, сабуки ё паст кардани тиннитус фавран пас аз ҷарроҳӣ ба амал меояд.

Хулоса. Тиннитус беморӣ не, балки аломати баъзе бемориҳо, бинобар ин сабабҳо ва механизмҳои пайдоиши он хеле гуногунанд.

Барои фаҳмо ва равшан кардани сабабҳои асосии садо бояд муоинаи ҳамаҷонибаи бемор бо истифода аз усулҳои муосири ташхис ва ҷалби мутахассисони ихтисосҳои алоқаманд гузаронида шавад.

Ҳангоми муайян кардани сабаб ва механизми эҳтимолии пайдоиши садо, духтур бояд стратегияи самараноки табобати беморро муайян кунад, зеро садои доимии озори доимӣ метавонад азобҳои тоқатфарсоро ба бор орад ва сифати зиндагии беморро ба таври назаррас бадтар кунад. Аз усулҳои муосири табобати тиннитус усули имплантатсияи кохлеарӣ, ки бо мақсади барқарор кардани дарки шунавоӣ, инчунин садои дурусти гӯш гузаронида мешавад, тавачҷӯҳи хоса дорад [5, 6, 19]. Дар тӯли чанд соли охир, маълумоти умедбахш дар бораи табобати беморони гирифтори кариин яктаарафа ва тиннитус бо истифода аз усулҳои ИК [14] пайдо шуданд.

Ҳамин тариқ, дар асоси ҳамаи гуфтаҳои дар боло зикршуда, мо метавонем дар бораи васеъ кардани нишондодҳо барои ИК, аз ҷумла барои беморони гирифтори кариин яктаарафа ва садои шадиди табобатнашаванда сӯҳбат кунем.

Адабиёт

1. Володин Н. Н., Таварткиладзе Г. А., Козунь Ю. В. Выявление патологии органа слуха в системе медицинского обеспечения детей раннего возраста // Рос. вестн. перинатологии и педиатрии. - 2000. - № 5. - С. 20-24.



2. Королева И. В. Основы аудиологии и слухопротезирования. - СПб., 2011. - 173 с.
3. Лопотко А. И., Приходько Е. А., Мельник А. М. Шум в ушах. - СПб., 2006. - 278 с.
4. Canlon B., Henderson D., Salvi R. Pharmacological Strategies for Prevention and Treatment of Hearing Loss and Tinnitus // *Hear Res.* - 2007. - April. - Vol. 226. - N 1-2. - P. 1-2.
5. Cochlear implant in patients with sudden unilateral sensorineural hearing loss and associated tinnitus / A. Ramos [et al.] // *Acta Otorrinolaringol. Esp.* - 2012. - Vol. 63. - N 1. - P. 15-20.
6. Curing tinnitus with a Cochlear Implant in a patient with unilateral sudden deafness: a case report / T. Kleinjung [et al.] // *Cases Journal.* - 2009. - Vol. 2. - N 5. - Art. 7462.
7. Fioretti A., Eibenstein A., Fusetti M. New trends in tinnitus management // *The Open Neurology Journal.* - 2011. - Vol. 5. - P. 12-17.
8. Fornaro M., Martino M. Tinnitus psychopharmacology: A comprehensive review of its pathomechanisms and management // *Neuropsychiatric Disease and Treatment.* - 2010. - Vol. 6. - P. 209-218.
9. Lopez Gonzalez M.A., Lopez Fernandez R. Sequential sound therapy in tinnitus // *Acta Otorrinolaringol. Esp.* - 2004. - Vol. 55. - P. 2-8.
10. Management of tinnitus in English NHS audiology departments: an evaluation of current practice / D. J. Hoare [et al.] // *Journal of Evaluation in Clinical Practice.* - 2012. - April. - Vol. 18. - N 2. - P. 326-334.
11. Matthies C., Samii M. Management of 1000 vestibular schwannomas (acoustic neuromas): Clinical presentation // *Neurosurgery.* - 1997. - Vol. 40. - P. 1-9. - D. 9-10.
12. Microvascular decompression for tinnitus: Significant improvement for tinnitus intensity without improvement for distress. A 4-year limit / D. De Ridder [et al.] // *Neurosurgery.* - 2010. - Vol. 66. - P. 656-660.
13. Moller A. R. Pathophysiology of tinnitus // *Otolaryngol. Clin. N. Am.* - 2003. - Vol. 36. - P. 249-266.
14. Sampaio A. L. L., Araujo M. F. S., Oliveira C. A. C. P. New criteria of indication and selection of patients to cochlear implant // *International Journal of Otolaryngology.* - 2011. - Vol. 2011. - Art. ID 573968. - P. 13.
15. Searchfield G. D. Hearing aids and tinnitus // In: Tyler R. S. *Tinnitus treatment.* - New York: Thieme. - 2006. - P. 161-175.
16. Surgical approaches to tinnitus treatment: A review and novel approaches / T. Solrymani [et al.] // *Surg. Neurol. Int.* - 2011. - Vol. 2. - P. 154.
17. Tinnitus sound therapy / R. L. Folmer [et al.] // In: Tyler R. S. *Tinnitus treatment.* - New York: Thieme, 2006. - P. 176-186.
18. Tinnitus: characteristics, causes, mechanisms, and treatments / B. I. Han [et al.] // *J. Clin. Neurol.* - 2009. - Vol. 5. - N 1. - P. 11-19.
19. Tinnitus and cochlear implantation. Preliminary experience / E. Masgoret Palau [et al.] // *Acta Otorrinolaringol. Esp.* - 2010. - Vol. 61. - N 6. - P. 405-411.
20. Tinnitus before and 6 months after cochlear implantation / M. Kompis [et al.] // *Audiol. Neurootol.* - 2012. - Vol. 17. - N 3. - P. 161-168.

ШУМ В УШАХ: МЕТОДЫ ЕГО КОРРЕКЦИИ. СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ ВОПРОСА

Ахророва З.А., Холматов Д.И., Исмоилова М.А., Исупова Ш.Ф.

Кафедра оториноларингологии ГОУ «ТГМУ имени Абуали ибни Сино»

Резюме. В статье приведен обзор данных на современном этапе развития в целях формирования тактики ведения пациентов с шумом в ушах. отечественных и зарубежных исследователей, занимающихся вопросами тиннитуса



Для правильной констатации диагноза, вероятных причин возникновения тиннитуса должно быть выполнено комплексное обследование пациента, по результатам которого специалист может составить эффек-

тивную программу его коррекции.

Ключевые слова: тиннитус, методы аудиометрии, терапия шума в ушах, кохлеарная имплантация.

TINNITUS: METHODS OF ITS CORRECTION. THE CURRENT STATE OF THE QUESTION

Akhrorova Z.A., Kholmatov D.I., Ismoilova M.A., Isupova Sh.F.

Department of Otorhinolaryngology, SEI "TSMU named after Abuali ibni Sino"

The article provides an overview of data from domestic and foreign researchers dealing with the issues of tinnitus at the current stage of development in order to formulate tactics for managing patients with tinnitus.

To correctly establish the diagnosis and

probable causes of tinnitus, a comprehensive examination of the patient must be performed, based on the results of which a specialist can draw up an effective program for its correction.

Key words: tinnitus, audiometry methods, tinnitus therapy, cochlear implantation.

Ахророва Зарина Асроровна – н.и.т., мудири кафедраи оториноларингологияи ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино; E-mail: ahrorova.zarina1974@inbox.ru, tel:+992-918-85-48-48

Холматов Чамол Исраилович – д.и.т., профессори кафедраи оториноларингологияи ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино; E-mail: kholmatovji@mail.ru, tel:+992-98-104-16-34

Исмоилова Мушарраф Абдугафаровна – н.и.т., дотсенти кафедраи оториноларингологияи ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино; E-mail: ismoilova47@inbox.ru, tel:+992-92-700-70-70

Исупова Шаҳноза Файзулохоновна – ассистенти кафедраи оториноларингологияи ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино; E-mail: shaha.13.12.85@mail.ru, tel:+992-00-003-85-85

Ахророва Зарина Асроровна – к.м.н., заведующая кафедрой оториноларингологии ТГМУ имени Абуали ибни Сино; E-mail: ahrorova.zarina1974@inbox.ru, tel:+992-918-48-48

Холматов Джамол Исраилович – д.м.н., профессор кафедры оториноларингологии ТГМУ имени Абуали ибни Сино; E-mail: kholmatovji@mail.ru, tel:+992-98-104-16-34

Исмоилова Мушарраф Абдугафаровна – к.м.н., доценткафедры оториноларингологии ТГМУ имени Абуали ибни Сино; E-mail: ismoilova47@inbox.ru, tel:+992-92-700-70-70

Исупова Шаҳноза Файзулохоновна – ассистент кафедры оториноларингологии ТГМУ имени Абуали ибни Сино; E-mail: shaha.13.12.85@mail.ru, tel:+992-00-003-85-85

Ahrorova Zarina Asrorovna – Candidate of Medical Sciences, Head of the department of Otorhinolaryngologi, TSMU named after Abuali ibni Sino; E-mail: ahrorova.zarina1974@inbox.ru, tel:+992-918-48-48

Kholmatov Dzhamol Israilovich – Doctor of Medical Sciences, professor of the department of Otorhinolaryngologi, TSMU named after Abuali ibni Sino; E-mail: kholmatovji@mail.ru, tel:+992-98-104-16-34

Ismoilova Musharraf Abdugafarovna – Candidate of Medical Sciences, docent of the department of Otorhinolaryngologi, TSMU named after Abuali ibni Sino; E-mail: ismoilova47@inbox.ru, tel:+992-92-700-70-70

Исупова Шаҳноза Файзулохоновна – assistant of the department of Otorhinolaryngologi, TSMU named after Abuali ibni Sino; E-mail: shaha.13.12.85@mail.ru, tel:+992-00-003-85-85



**ТАДҚИҚИ ФАРМАКОГНОСТИКӢ, ФИЗИКӢ-ХИМИЯВӢ ВА
ХОСИЯТҲОИ АНТИОКСИДАНТИИ РАСТАНИҲОИ ШИФОИ БО УСУЛИ РЭП
Р.А.Султонов, У.Р.Раҷабов, Юсуфӣ С.Ҷ., Ф. Раҳимӣ**

Кафедраи кимиёи фарматсевтӣ ва захршиносӣ МДТ «Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абуалӣ ибни Сино», МД «Маркази илмӣ-тадқиқотии фарматсевтии Вазорати тандурустӣ ва ҳифзи иҷтимоии аҳолии Ҷумҳурии Тоҷикистон», Институти-физикаю техникаи ба номи С.У. Умарови АМИТ

Муҳимияти таҳқиқ. Омӯзиши параметрҳои физикаю химиявӣ як қатор гиёҳҳои дар қаламрави Тоҷикистон руёндашуда бо усули спектроскопияи Резонанси электропарамагнитӣ (РЭП) оварда шудааст. Дар тарикаҳои муосири стандартизатсияи модаҳои доруворӣ дар таҳлили фарматсевтӣ интиҳоб ва таҳияи усулҳои муосир ва мушаххаси муайян кардани аслият ва сифат, ки ба талаботи валидатсионӣ ва риояи муносибати систематикӣ ба силсилаи «ашъёи хом – маводи доруворӣ» дахл доранд, муҳим аст [1,2,3,4]. Муайян карда шуд шумораи радикалҳои озод дар баргҳо, гулбаргҳо ва решаҳои қоқу, коснӣ, родиолаи сард, меллот ва ферула, ки дар шароити доимо дучор омадан ба заминаи радиатсионии табиӣ ва техногенӣ, яъне изотопи табиӣ Рb-210, ки маҳсули фанои урани табиӣ аст ва изотопи техногении Cs-137, ки дар натиҷаи озмоишҳои гуногун дар хок ҷойгир шудаанд, бо усули спектроскопияи РЭП хосияти баланди антиоксидантӣ гувоҳи медиҳанд. Дар ҳарорати пасттар аз 15°C сахту нозук ва хангоми аз 30° боло гарм кардан нарм ва часпак мешавад. Прополис бӯи хоси қатрон ва таъми талх дорад. Сохтори он массаи зичи гетерогенӣ мебошад.

Мақсади кор тадқиқи фармакогностикӣ, физико химиявӣ ва хосиятҳои антиоксидантии растаниҳои шифои бо усули РЭП.

Мавод ва усулҳои таҳқиқ. Таҳқиқот дар кафедраи химияи фарматсевтӣ ва захршиносӣ, Муассисаи давлатии таълимии «Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абуалӣ ибни Сино», Муассисаи давлатии «Маркази илмӣ-тадқиқотии фарматсевтии Вазорати тандурустӣ ва ҳифзи иҷтимоии аҳолии Ҷумҳурии Тоҷикистон» ва лабораторияи спектроскопияи молекулавӣ Институти физикаю техникаи ба номи

С.У.Умарови АМИТ гузаронида шуд.

Натиҷа ва муҳокимаҳо.

Масъалаи такмил додани таҳлили фармакопоявии маводҳои дорувории прополис, ки стандартизатсияи онҳо ба тарикаҳои муосири таҳлил мувофиқат намекунад стандартизатсия намудани онҳо бидуни истифодаи намунаи стандартӣ ва ба параметрҳои валидатсионӣ дар силсилаи «ашъёи хом - дору» пурра ҷавобгӯ намудан масъалаи актуалӣ аст [5,6,7,8,9] омӯхта низ шуданд хусусиятҳои РЭП - спектроскопии таркибҳои қоқу, алаҳусус, баргҳо ва гулбаргҳои гул, вобаста аз маҳалли рушд.

Тибқи қадвали 1, шумораи нишонаҳо C_R радикалии II дар баргҳои растаниҳои дуртар аз шохроҳи Душанбе сабзишӯфта назар ба баргҳои растаниҳои назди шохроҳ ҳафт маротиба зиёдтар аст. Тамоюли монанд дар шиддати сигнали J_0 РЭП низ мушоҳида мешавад. Гузашта аз ин, арзиши C_R дар баргҳои растаниҳои дар баландкӯҳҳо парваришӯфта назар ба баргҳои растаниҳои дар наздикии шохроҳ парваришӯфта 12 маротиба зиёдтар аст.

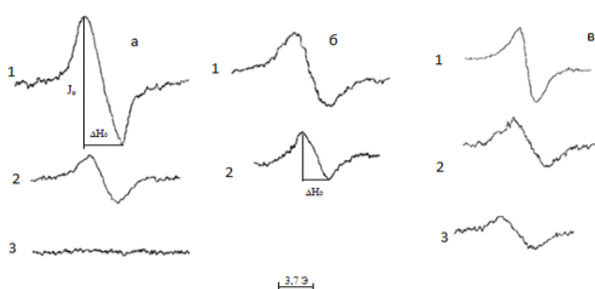
Таҳлили маълумоти бадастомада дар бораи таркиби радикалҳои озод дар таркиби қоқу, вобаста ба маҳалли сабзиши он (ниг. қадвали 1) нишон медиҳад, ки растаниҳои баландкӯҳ ба таъсири радикалҳои озоди дар муҳити атроф тавлидшаванда устувортаранд ва бо нишонаи чархаки табиӣ реаксия мекунанд.

Дар ҳарорати хонагӣ, дар спектри баргҳо (расми 1: а-1, б-1, в-1, қадвали 2), шиддати сигнали РЭП назар ба сигнали дар пояҳо ва решаҳо буда, баландтар аст. Қадвали 2 параметрҳои спектралӣ сигнали РЭП J_0 - шиддат ва " H_0 - паҳнои хати қисмҳои таркиби растаниҳои шифобахши коснӣ барои барг, тана ва реша нишон медиҳад.

Ҷадвали 1. Миқдори радикалҳои озод дар намунаҳои қоқу, вобаста аз ҷои сабзиш

Ҷои сабзиши намунаҳо	Баланди аз сатҳи баҳр, м	J_0 , мм	ΔH , мм	$Cr \cdot 10^{12}$, спин/мг	A
Наздиқ ба шохроҳи (Душанбе) баргҳо гулбаргҳо	780	10 70	10 15	7,0 50	2,0
Иғизакимайда, (баргҳо)	2477	30	15	21,0	2,25
Дуртар аз роҳиавтомобилгард (Душанбе) баргҳо гулбаргҳо	820	60 85	15 10	42,1 60	7.57
Иғизак, баргҳо	2130	115	15	84,7	20,65
Иғизакиқалон, баргҳо	2180	120	15	84,2	12,65

(A - шиддатнокии интегралҳои сигнали РЭП аз радикали II)



Тавре ки аз маълумоти ҷадвали 10 дида мешавад, миқдори радикалҳои озоди устувор барои қисмҳои таркиби қоснӣ - барг, тана ва реша, вобаста ба ҷои сабзиш гуногун аст. Ҳамин тариқ, барои намуна аз Хору“, консентратсияи радикалҳои устувор нисбат ба намунаҳои минтақаҳои Дарвоз ва Шу“нон зиёдтар аст.

Расми 1 - спектри РЭП чузъҳои қоснӣ аз Хору“ - (а), Дарвоз - (б) ва Шу“нон - (в); а: 1-барг, 2-тана ва 3-реша мутаносибан барои (б ва в).

Ҷадвали 2. Параметрҳои РЭП спектрҳои таркиби қоснӣ дар ҳарорати ҳонагӣ

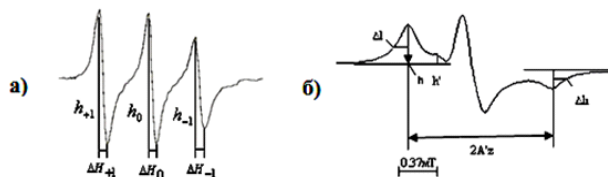
№	Номгуии қисмҳои таркибӣ	Ҷойи ҷамовари намунаҳо					
		Хоруғ		Дарвоз		Шуғнон	
		J_0 , мм	ΔH_0 , мм	J_0 , мм	ΔH_0 , мм	J_0 , мм	ΔH_0 , мм
1	Баргҳо	70	10	66	10	34	10
2	Тана	30	10	38	10	25	10
3	Реша	0	0	—	—	21	10

Аз ин рӯ, ҷамъшавии радикалҳои озоди парамагнитӣ аз ҷойгоҳ ва шароити муҳити сабзиши қоснӣ вобаста аст, ки ин метавонад оқибати таъсири омилҳои беруна бошад, алахусус шиддати шуои ултрабунафш, таркиби микроэлементҳо дар хок ва шароити иқлим дар ҷойҳои сабзиш.

Мувофиқи натиҷаҳои таҳлил, метавон назариявӣ тахмин кард, ки яке аз омилҳои муайянкунандаи ҳосиятҳои шифобахши қоснӣ, миқдори антиоксидантҳои пешгирикунандаи амалҳои харобиовари радикалҳои фаъол ва дигар омилҳои техногенӣ мебошад.

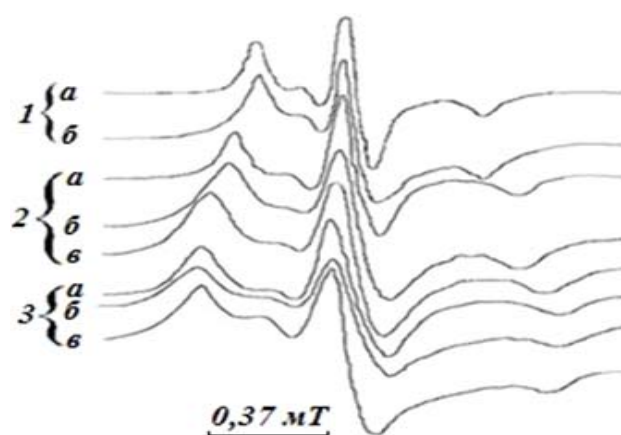
Ҷадвали 3. Маълумоти муқоисавӣ дар бораи миқдори радикалҳои озод ва шиддатнокии интегралӣ дар намунаҳои таркиби қоснӣ, вобаста ба маҳалли сабзиш.

Дар чадвали 3 параметрҳои зерини спектрҳои РЭП-и намунаҳои омӯхташуда бо спин нишонгузорӣ дар ҳарорати хонагӣ оварда шудаанд: $2A'z$ - масофаи байни экстремаи беруна; l - паҳноӣ нимпахлӯ дар майдони паст; h - хати нимпахнӣ дар майдони баланд, h'/h - таносуби амплитудаҳои хатҳои майдони паст ва баланди нишонаҳои имобилизатсия, ва H_0 - паҳноӣ хати чузъи марказии спектри РЭП.



Расми 2. Спектри РЭП-и радикали озоди нитроксил (I) дар ҳарорати хонагӣ, дар маҳлули этанол бо консентратсияи $4 \cdot 10^{-3}$ М/л – а ва намунаи спин-қайдшуда аз баргҳои коку - б.

Инро шакли спектри РЭП дар расми 2 (б), ки ба гардиши манъшудаи радикал (бо басомади гардиши $nH'' 108 \text{ s}^{-1}$) мувофиқ аст, инчунин мустақилияти амалии спектри РЭП аз шустани сершумор шаҳодат медиҳад. Дар чадвали 3 параметрҳои зерини спектрҳои РЭП-и намунаҳои омӯхташуда бо спин нишонгузорӣ дар ҳарорати хонагӣ



Расми 3. РЭП - спектри намунаҳои спин-нишони коснӣ, вобаста ба маҳалли афзоиш ва баландӣ аз сатҳи баҳр: 1- Дарвоз, 2160 м аз сатҳи баҳр: барг (а), тана (б); 2- Хору“, 2200 м. болотар аз сатҳи баҳр: барг (а), тана (б), реша (в); 3- Шу“нон 2800м. болотар аз сатҳи баҳр: барг (а), тана (б), реша (в).

оварда шудаанд: $2A'z$ - масофаи байни экстремаи беруна; l - паҳноӣ нимпахлӯ дар майдони паст; h - хати нимпахнӣ дар майдони баланд, h'/h - таносуби амплитудаҳои хатҳои майдони паст ва баланди нишонаҳои имобилизатсия, ва H_0 - паҳноӣ хати чузъи марказии спектри РЭП.

Чӣ тавре ки аз расми 3 (а) дар нишони чархзанӣ бо вақти корелятсия таносуби $\tau_c \leq 3.5 \cdot 10^{-7}$ с. Спектри РЭП-и намунаҳои спин-нишонӣ (расми 2 ва расми 3) дар ҳарорати хонагӣ суперпозицияи ду сигнал мебошад, ки ҳаракатнокии гардиши нишони чархро бо вақти корелятсия таносуби $\tau_c \leq 10^{-7}$ с) с саҳт манъ мекунад, ки ин якранг набудани минтақаҳои аморфии омӯхташударо нишон медиҳад. намунаҳое, ки барчасп ба онҳо ворид мешаванд ва инчунин та“ирёбии системаи пайвандҳои якхелаи байни ва дохили молекулавӣ дар минтақаи васлшавии спектри намунаҳои таҳқиқшавандаро нишон медиҳанд.

Параметрҳои DN_0 ва $2A'z$ барои намунаҳои данделион амалан та“ир намебанд, агар арча хеле каме та“ир ёбад, ба чадвали 2 ва расми 3 нигаред ва барои коснӣ, вобаста ба қисмҳои таркибӣ, хеле бештар та“ир мебад.

Масалан, барои танай коснӣ аз Дарвоз, хати спектрҳои РЭП васеъ мешавад, ки ин та“ироти ҷиддии гардиши нишонаҳои спинро, ки ба матритсаи структурии коснӣ ворид карда шудаанд, нишон медиҳад. Ин та“ирот дар спектрҳои РЭП дар расми 3 мушаххасдидамешавад.

Нишон дода шуд, ки дар полимерҳои растанӣ нишони спин дар гурӯҳҳои гидроксил та“ир дода мешавад. Азбаски пайдоиши асоси сохтори химиявии нахи селлюлоза ва гиёҳҳои шифобахш хеле наздиканд ва асосан аз селлюлоза иборатанд, таҳмин кардан мумкин аст, ки радикал (1) ковалентӣ бо гурӯҳи гидроксيلي сохтори сохтор асосан бо гурӯҳи ОН асоси селлюлозаи растаниҳои шифобахш ҳамкорӣ мекунад. Ба ин шакли спектри РЭП дар расми 4 (2-6) шаҳодат медиҳад, ки ба гардиши мамониатшудаи радикал бо басомади гардиши $t_c d'' 10^{-8}$ с, инчу-

нин мустақилияти амалии спектри РЭП аз шустани сершумор мувофиқат мекунад.

Параметрҳои спектрҳои РЭП-и намунаҳои омӯхташудаи спинтӣ, ки аз растаниҳо дар баландҳои гуногун дар ҳарорати хонагӣ мерӯянд, ба даст оварда шудаанд: $2A'z$ - масофаи байни экстремаи беруна; Δl ва Δh

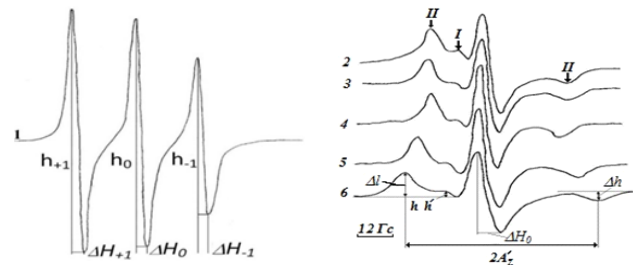
- мутаносибан нисфи паҳнои хат дар майдонҳои паст ва баланд; h'/h ин таносуби амплитудаҳои хатҳои пасти майдони намунаҳои сусти ҳаракатшуда мебошад ва ΔH_0 паҳноии хати чузъи марказии спектри РЭП мебошад.

Ҷадвали 4. Параметрҳои спектрҳои РЭП аз намунаҳои бо спин нишондодаи коқу ва коснӣ дар ҳарорати хонагӣ

Номинаму наҳо	Ҷоиафзоиш. Баландӣ аз сатҳибаҳр. (м)	Номичузъҳо	Δl Гтс	Δh Гтс	ΔH_0 Гтс	$2A'z$ Гтс	h'/h
Коқу	Наздик ба шохроҳи (Душанбе) 780	Барғҳо	12	9.6	16.8	120	12
		барғҳои гул	15.6	18	18	120	24
	Дур аз шохроҳи (Душанбе) 780	Барғҳо	10.8	10.8	19.2	126	20.4
		барғҳои гул	12	15.6	19.2	122.4	26.4
	Игизак 2130	Барғҳо	12	13.2	15.6	120	21.6
	Игизакикалон 2180	Барғҳо	9.6	9.6	14.6	124.8	12
Игизакимайда 2477	Барғҳо	9.6	9.6	15.6	123.6	2.4	
Коснӣ	Дарвоз 2160	Барғҳо	10.8	9.6	19.2	168	18
		Тана	24	12	43.2	273.6	34.8
	Хоруғ 2200	Барғҳо	7.2	8.4	15.6	120	31.2
		Тана	15.6	15.6	24	166.8	39.6
		Решаҳо	15.6	14.2	30	222	14.4
	Шуғнон 2800	Барғҳо	12	12	30	216	9.6
Тана		21.6	25.2	31.2	213.6	51.6	
Решаҳо		16.8	19.2	31.2	213.6	56.4	

Тавре ки аз расми 4 дида мешавад, спектрҳои РЭП ҳаракати ройғони чархзанандаи нишони чархро нишон медиҳанд, ки ба радикал (I) дар ҳалли бо вақти коррелятсияи $t_c = 10^{-8}$ с хос аст. Спектрҳои РЭП намунаҳои спин-нишонгиранда дар расми 4 дар ҳарорати хонагӣ суперпозицияҳои ду сигнал ва ақибнишинии қавии гардиши гардиши нишоанӣ чарх бо вақти таносуби $t_c d'' 10^{-8}$ s мебошанд, ки номутаносибии минтақаҳои аморфиро дар намунаҳои таҳқиқшаванда ва ҷойҳои часпондан нишон медиҳанд. та“ирот дар системаи пайвастиҳои гидрогени байни - ва дохили молекулавӣ дар минтақаи пайвастишавии он.

Аз ҷадвали 4 аз ин бармеояд, ки параметрҳо ва дар спектрҳои РЭП марбут ба радикали оҳиста чархзананда (бо тирҳои II, расми 3 ишора карда шудаанд) ночиз та“ир меёбанд, дар ҳоле ки параметр хеле ҳассос аст (ҷадвали 3 дар расми 5) ва шадидан та“ир меёбад, ки ин намуди зохириро инъи-



Расми 4. РЭП спектри радикали нитросили озод (I) дар маҳлули спиртӣ бо консентратсияи 4×10^{-3} М / л ва вақти коррелятсияи ($t_c < 10^{-8}$ s.) - 1 ва намунаҳои спинии радиолаи хунук вобаста ба маҳал афзоиш, нисбат ба ҳаво дар ҳарорати хонагӣ хушк: Шу“нон - 2; Рӯшон - 3; Мур“об - 4; Маст-чоҳи кӯҳӣ - 5; Хоҷа-Обигарм - 6.

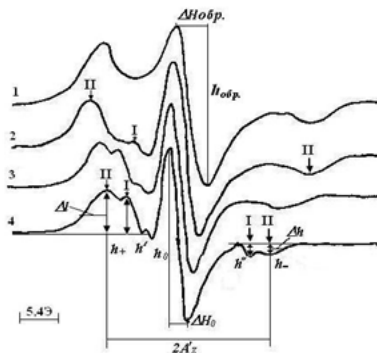
кос мекунад чузъи нави сигнали РЭП, ки бо радикали зуд чархзананда алоқаманд аст, бо тирҳои I дар расми 13 нишон дода шудааст, ки дар таркиби намунаҳои таҳқиқшаванда пайдоиши сохтори гиперструктуравӣ дар спектрҳоро нишон медиҳад.



Ҷадвали 5. Параметрҳои спектрҳои РЭП-и намунаҳои радиолаи хунук вобаста ба ҷойгиршавӣ, баландии афзоиш ва дар ҳарорати хонагӣ

Ҷои сабзиш	Баландӣ аз сагҳибаҳр, (м)	H_c	H_c	H_0 , G_c	$2A'_z$, G_c	h'/h	$\tau_c \cdot 10^{-7}c$
райони Шугнон	2800	17	20	27	187	0.1	2.8
райони Рушон	1980	12	12	25	194	0.5	3.1
район Мурғоб	3600	8	17	24	197	-	3.2
Мастҷоҳи Кӯҳӣ	2500	12	14	24	199	0.2	3.4
Хоча-обигарм	2000	14	14	29	204	0.3	3.6

Дар расми 5 (3.4) спектри РЭП-и намунаи чархдоршудаи радиоларонишон медиҳад. Тавре кишумо аз расмебинедспектрҳои РЭП намунаинамноқшудаи $P/PS = 0.96$ радиола дар муқоиса бо намунаи камтарнамноқшуда (хушқтар) $P/PS = 0.42$ дар расми 5 (2.) ба таври назаррас фарқ мекунад: ҳаракатнокии нишона якҷанд маротиба меафзояд. Таъсири шабеҳи тавсеаи хатҳои гардишӣ пайдоиши ҳаракати нишонаҳои спиноро нишон медиҳад, ки бо $\tau_c = 3 \cdot 10^{-6} - 3 \cdot 10^{-7}c$ тавсиф мешаванд. Дар намунаҳои хушқ дар ҳамон ҳароратҳо, васеъшавии хатҳои спектри ба мушоҳида намерасад ва камшавии $2A'_z$ аз ҳарорати баландтар оғоз меёбад. Дар ҳарорати $e = 313 K$, чузъҳои h'_+ ва h'_- дар спектри намунаҳои таршуда пайдо мешаванд, ки ба спектри радикалҳои зуд гардиш ёфта бо $\tau_c \cdot 10^{-8}c$ хосанд. Ин таъиротҳо ба спектри оҳиста даврзананда (бо тирҳои II дар расми 5.2 ишора карда шудааст) ва босуръат давр мезананд (бо тирҳои I дар расми 22 (3.4) нишон дода шудаанд ва хатҳои иловагии сохтори зудборик (СЗБ) h'_+/h_+ ва h'_-/h_- , ки мутаносибан ба 0,75 ва 0,5 баробаранд.



Расми 5 Спектрҳои РЭП-и радиолаи хунукшудаи ($P/PS = 0.96$), ки дар Мурғоб дар ҳароратҳои гуногун меафзояд: 77K - 1, 293K - 2, 313K - 3 ва 353K - 4.

Дар расми 5 спектри таъиребии $2A'_z$ аз ҳарорат барои радиолаи хунук аз минтақаи Мурғоб Помир оварда шудааст, ки нишон медиҳад, ки нағӣ дар намунаҳои таҳқиқшаванда ҳаракатнокии нишонаҳои чархро меафзояд. Инро пайдоиши сигнали борике, ки ба пораҳои радикалии зуд чархзананда мувофиқ аст ($\tau_c \cdot 10^{-9}c$) низ тасдиқ мекунад. Ҷангоми баланд шудани ҳарорат ($T = 293 K$) хатҳои спектралӣ параметри $2A'_z$ танг (ҷадвали 4 ва расми 5) -и намунаҳои омӯхташуда, ки бо пайдоиши ҳаракатҳои хурдҷам, ки боиси ба ҳисоби миёна рафтани дипол - дипол мешаванд, шарҳ дода мешаванд. Маълум аст, ки ҷангоми ҷамъоварии гиёҳҳои шифобахш барои эҳтиёҷоти соҳаи тиб ва шӯъбаҳои дорухона, ҷои ҷамъоварии онҳо ба назар гирифта шудааст, зеро ҷои ҷамъоварӣ метавонад ба хусусиятҳои шифобахши растанӣ таъсир расонад. Ҷангоми ба даст овардани маълумот дар бораи сохтори динамикии молекулаҳо, усули нишонаҳои спин дар асоси радикалҳои устувори нитроксил истифодаи васеъ пайдо кард.

Радикали устувори нитроксилӣ ҳамчун нишони чархзанӣ истифода шудааст. Вақти корелятсияи чархзанӣ нишона бо формулаи зерин муайян карда шуд:

$$\tau_c = 8 \cdot 10^{-33} \left(1 - \frac{2A_{ZZ}}{2A_{ZZ}^\infty} \right)^{-1,6} \quad (1)$$

Дар кучо $2A_{ZZ}$ - масофаи байни экстремаи берунии спектри РЭП-и намуна дар ҳарорати муайяни таҷриба; $2A_{ZZ}^\infty$ - масофаи байни экстремаи берунии спектри ЭПР-и намуна дар ҳарорати 77K. Параметрҳои зерини спектри ЭПР-и намунаҳои омӯхташудаи спин дар ҳарорати хонагӣ дода шудаанд: $2A'_z$ - масофаи байни экстремаи беруна; l ва Dh

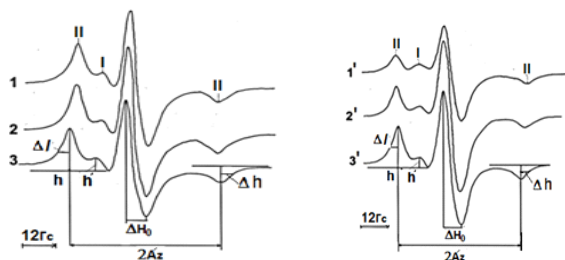
Чадвали 6. Параметрҳои спектрҳои РЭП родиолаи хунук намнокшуда дар ҳароратҳои гуногун ва афзоиш дар Мур“об

ТК	$\Delta I, Гс$	$\Delta h, Гс$	$2A'z, Гс$	h'/h	h''/h	$\tau_c \cdot 10^{-8}с$
293	8	17	197	-	-	0.32
313	16	20	190	0.9	0.5	0.29
353	24	17	182	0.8	0.8	0.27

мувофиқан, дар паҳноии паст ва баланд, нисфи паҳноии хат; h'/h - таносуби амплитудаҳои хатҳои пасти майдони там“ако“азҳои суст ҳаракатшуда ва ΔH_0 - паҳноии хати чузби марказии спектри ЭПР. Спектрҳои РЭП-и намунаҳои бо спин нишонгирифташуда расми 6 (1; 1¹-3; 3¹) дар ҳарорати хонагӣ суперпозицияҳои ду сигнал ва боздории қавии ҳаракатнокии гардиши нишонаи спин бо вақти коррелятсия таносуби $\tau_c \cdot 10^{-8}с$ мебошанд. Аз чадвали 6 бармеояд, ки параметрҳо ва дар спектрҳои РЭП марбут ба оҳиста даврзананда (бо нишонҳои тирҳои II, расми 6) радикалӣ ночиз та“ир меёбанд ва параметр хеле ҳассос аст (чадвали 5, расми 6) ва ба таври шадид та“йир меёбад, ки пайдоиши чузби нави сигнали РЭП-ро тавсиф мекунад, ки ба радикали босуръат даврзананда ишора мекунад (бо тирҳои I дар расми 6 ишора шудааст), ки дар спектри намунаҳои таҳқиқшаван-

да пайдоиши сохтори зиёд борик (СЗБ) ро нишон медиҳад.

Ҳамин тариқ, дар асоси маълумотҳои таҷрибавии бадастомада ба чунин хулоса омадан мумкин аст, ки: устуворӣ ва ҳаракатнокии молекулавии нишони нитроксиди спин, ки ба матрисаи бадбӯии ферула ворид карда шудааст, бо усули нишони спин омӯхта шудааст; муқаррар карда шуд, ки дар ҳарорати хонагӣ дар спектрҳои РЭП ақибмонии ҳаракатнокии гардиши нишони спин бо вақти коррелятсияи $\tau_c \cdot 10^{-8}$ ба назар мерасад, ки та“ирёбии системаи пайвандҳои гидрогении байнисоҳавӣ ва дохили молекуларо дар минтақаи пайваस्तшавӣ ба нишон медиҳад; та“ирёбии параметрҳои спектрҳои РЭП ва ҳаракатнокии гардиши нишонаҳои спин дар ҳарорати хонагӣ аз баландӣ ва шароити экологии маҳалли парвариши намунаҳо вобаста аст.



Расми 6. Спектрҳои РЭП-и намунаҳои спин-нишонгари ферула, вобаста ба маҳалли афзоиш, хушк, нисбат ба ҳаво дар ҳарорати хонагӣ: Истаравшан: 1-тана, 1¹-барг; Искандаркул: 2-тана, 2¹-барг; Панҷакент: 3-тана, 3¹-барг.

Чадвали 7. Параметрҳои спектрҳои РЭП аз намунаҳои спинии ферулаи бадбӯӣ вобаста аз баландӣ ва ҷои афзоиш дар ҳарорати хонагӣ

Ҷои афзоиш, баландӣ аз сатҳи баҳр. (м)	Номичузуҳо	$\Delta I, Гс$	$\Delta h, Гс$	$\Delta H_0, Гс$	$2A'z, Гс$	h'/h	$\tau_c \cdot 10^{-8}с$
Истаравшан, 1000	Тана	10.8	16.8	22.8	182.4	0.22	2.8
	Барг	9.6	10.8	24.0	192.0	0.50	3.9
Искандаркул, 2195	Тана	10.8	18.0	25.2	183.6	0.12	2.2
	Барг	9.6	14.4	27.6	200.4	0.32	3.4
Панҷакент, 900	Тана	10.8	15.6	27.6	198.0	0.18	2.5
	Барг	10.8	12.0	32.4	202.4	0.15	2.3

Ҳамин тариқ, дар асоси натиҷаи бадастомада, хулосаҳои зерин бароварда шуд:

- дар ҳарорати хона дар спектрҳои РЭП монешавӣ ва тангшавии спектр камтар мушоҳида мешавад, яъне камшавии баъзе пара-

метрҳои спектралӣ ба монанди $\Delta H_0, \Delta H_{+1}, \Delta H_{-1}$ - паҳноии марказии майдони пастро ифода мекунад ва чузҳои баланди майдони спектр мутаносибан h_0, h_{+1}, h_{-1} - шиддатнокии чузҳои спектр бо $M=0, +1, -1$ ва вақти коррелятсияи



(ф) аломатҳои спинӣ мушоҳида мешавад;
- хангоми камшавии вақти коррелятсионӣ зиёдшавии ҳаракатнокии макромолекулаи мумиё мушоҳида мешавад ва ин аз зиёдшавии ҳосияти антиоксидантии моддаҳои

дар таркиби мумиё буда гувоҳӣ медиҳад.
- зиёдшавии ҳаракатнокии намунаи нитроксилӣ дар моддаи таҳқиқшаванда зиёдшавии ҳосияти антиоксидантии моддаро нишон медиҳад.

Адабиёт

1. Береславский Н.В., Шаталаев И.Ф. Стандартизация прополиса настойки // Фундаментальные исследования. – 2013. – № 10-1. – С. 148-153;
2. Издание научной и учебно-методической литературы ISBN РИНЦ DOI Москва, 29-30 ноября 2018:
3. Lichtenstein G.I., Yamauchi J, Nakatsuji S, Smirnov A., Tamura R. Nitroxides: Application in Chemistry, Biomedicine, and Materials Science. WILEY-VCH, Weinheim 2008.
4. Раджабов У.Р., Султонов Р.А., Юсуфи С.Дж., Юсупов И.Х., Хайдаров К.Х. Синтез и биологические свойства цинкаса и его исследование методом спиновых меток. Известия АН РТ 2017. №4 - с.97-106.
5. Раджабов У.Р., Султонов Р.А., Юсуфи С.Дж., Юсупов И.Х., Хайдаров К.Х. Антиоксидантное действие железа(II) с ацетилцистеином и его исследование методом спиновых меток. ДАН РТ, 2018, т.61, №9-10, с. 788-793.
6. Турова А.Д., Лекарственные растения СССР и их применение. М.: Медицина, 1974, с. 424.
7. Султонов Р.А., Раджабов У.Р., Юсуфи С.Дж., Рахими Ф., Наврузода Г.Ф., Юсуфов И.Х., Бахтдавлатов А.Д. Исследование влияния экологических факторов на вращательную подвижность спин-меченного лекарственного растения ферулы вонючей (FERULA ASS – FOETIDAL.) Наука и инновация. -2023. №1. - С.87-79
8. Султонов Р.А., Раджабов У.Р., Юсуфи С.Дж., Рахими Ф., Наврузода Г.Ф., Юсуфов И.Х. Исследование антиоксидантных свойств суммы флавоноидов, прополиса и мумиё лекарственного методом ЭПР. Наука и инновация. -2023. №1. - С.75-79
9. Султонов Р.А., Раджабов У.Р., Юсуфи С.Дж., Наврузода Г.Ф., Юсуфов И.Х. Исследование молекулярной структуры девясила высокого в зависимости от концентрации перекиси водорода методом спиновых меток Наука и инновация. -2023. №1. - С.62-66

ИССЛЕДОВАНИЕ ФАРМАКОГНОСТИЧЕСКИХ, ФИЗИКО-ХИМИЧЕСКИХ И АНТИОКСИДАНТНЫХ СВОЙСТВ ЛЕКАРСТВЕННОГО РАСТЕНИЯ МЕТОДОМ ЭПР

Р.А.Султонов, У.Р.Раджабов, академик НАН Таджикистана С.Дж.Юсуфи, академик НАН Таджикистана Ф. Рахими,

ГОУ «ТГМУ имени Абуалиибни Сино», ГУ «Научно-исследовательский фармацевтический центр МЗ и СЗН Республики Таджикистан»,
Физико-технический институт им. С.У.Умарова НАНТ

Аннотация. Методом электронного парамагнитного резонанса (ЭПР) с использованием спиновой метки исследована молекулярная динамика сумма лекарственных растений (ЛС), прополис (П-2), выделенного из алайского золотого корня и природного лекарственного растения на Памире. Установлено, что при комнатной температуре у модифицированных образцов происходит

заторможенность движений спиновой метки с временем корреляции $\tau_c \approx 10^{-8}$ и, в целом, спектры ЭПР уширяются, что свидетельствует об увеличении подвижности нитроксильного фрагмента. Показано, что параметры вращательной диффузии радикала, присоединенного фрагментам образцов, меняются. Значит спектральные параметры: DN_0 , DN_{+1} , DN_{-1} ширины соответствен-



ноцентральной, низкопольной и высокопольной компонентов спектра, h_0 , h_{+1} , h_{-1} – интенсивности компонентов в зависимости от образцов изменяются.

Ключевые слова: ЭПР, спиновая метка, молекулярная динамика, сумма флаваноидов, вращательной диффузии радикала, время корреляции, антиоксиданты.

FARMACOGNOZY, PHIZICO CHIMICAL ANDANTIOXIDANT PROPERTY STUDY BY EPR METHOD

R.A.Sultonov, U.R.Rajabov, academician of NAS of Tajikistan S. J. Yusufi, academician of NAS of Tajikistan F. Rahimi, G.F.Navruzzoda, I.KH.Yusupov

SOI «Tajik State Medical University named after Abualiibni Sino»,

SI « Research Pharmaceutical Center of the Ministry of Health and Social Protection of the Population of the Republic of Tajikistan”, about»,

U. S. Umarova Physico-Technical Institute, NAST

Abstract. This means that the spectral parameters: DN_0 , DN_{+1} , DN_{-1} are the widths of the central, low-field and high-field components of the spectrum, respectively, h_0 , h_{+1} , h_{-1} – the intensities of the components change depending on the samples. It has been found that at room temperature, the modified samples exhibit inhibition of spin label movements with a correlation time $\phi_c d \approx 10^{-8}$ s. The molecular dynamics of the sum of flavanoids (FL), propolis

(P-2), isolated from the Alai golden root and natural mumiyo officinalis in the Pamirs, was studied by the method of electron paramagnetic resonance (EPR) using a spin label. It is shown that the parameters of rotational diffusion of the radical attached to sample fragments change.

Key words: EPR spin label, molecular dynamics, sum of flavonoids, propolis, rotational diffusion of the radical, correlation time, antioxidants.

Муаллифон: Султонов Рауфзон Азизкулович – Донишгоҳи давлатии тибби Тоҷикистон ба номи Абуали ибн Сино, аспиранти кафедраи химияи фарматсевтӣ ва захршиноси. Суро“а: 734003, Чумхурии Тоҷикистон, ш. Душанбе, хиёбони Рудаки 139. Телефон: 93-919-07-44. E-mail: raufsultonov@mail.ru

Раҷабов Умарали Раҷабович – Донишгоҳи давлатии тибби Тоҷикистон ба номи Абуали ибн Сино, мудири кафедраи химияи фарматсевтӣ ва захршиноси, доктори илмҳои химия, профессор. Суро“а: 734003, Чумхурии Тоҷикистон, ш. Душанбе, хиёбони Рудаки 139. Телефон: (+992) 907-46-48-29. E-mail: umarali55@mail.ru

Юсуфӣ Саломиддин Чаббор – Донишгоҳи давлатии тибби Тоҷикистон ба номи Абуали ибн Сино, доктори илмҳои фарматсевтӣ, профессор, академик АМИТ. Суро“а: 734003, Чумхурии Тоҷикистон, ш. Душанбе, хиёбони Рудаки 139.

Фарҳод Раҳимӣ – Академик Академияи Миллии Илмҳои Тоҷикистон, доктори илмҳои физмат, профессор, академик АМИТ. Суро“а: 734003, Чумхурии Тоҷикистон, ш. Душанбе, хиёбони Айни 229.

Сведения об авторах: Султонов Рауфдҷон Азизкулович – Таджикский государственный медицинский университет им. Абуали ибн Сино, аспирант кафедры фармацевтической и токсикологической химии. Адрес: 734003, Республика Таджикистан, г. Душанбе. проспект Рудаки 139. Телефон: 93-919-07-44. E-mail: raufsultonov@mail.ru

Раджабов Умарали Раджабович – Таджикский государственный медицинский университет им. Абуали ибн Сино, заведующий кафедрой фармацевтической и токсикологической химии, доктор химических наук, профессор. Адрес: 734003, Республика Таджикистан, г. Душанбе. проспект Рудаки 139. Телефон: (+992) 907-46-48-29. E-mail: umarali55@mail.ru

Юсуфӣ Саломиддин Джаббор – Таджикский государственный медицинский университет им. Абуали ибн Сино, доктор фармацевтических наук, профессор., академик НАНТ. Адрес: 734003, Республика Таджикистан, г. Душанбе. проспект Рудаки 139.



Фарход Раҳими – Академик Национальной Академия Наук Таджикистан, доктор физ-мат наук, профессор, академик НАНТ. Адрес: 734025, Республика Таджикистан, город Душанбе, проспект Айни 229.

Information about the authors: Sultonov Rauffjon Azizkulovich - Tajik State Medical University. Abualiibn Sino, graduate student of the Department of Pharmaceutical and Toxicological Chemistry. Address: 734003, Republic of Tajikistan, Dushanbe. Prospect Rudaki 139. Phone: 93-919-07-44. E-mail: raufsultonov@mail.ru

Radzhabov Umarali Radzhabovich - Tajik State Medical University named after. Abualiibn Sino, Head of the Department of Pharmaceutical and Toxicological Chemistry, Doctor of Chemical Sciences, Professor. Address: 734003, Republic of Tajikistan, Dushanbe. Prospect Rudaki 139. Telephone: (+992) 907-46-48-29. E-mail: umarali55@mail.ru

Ysufi Salomiddin Djabbor - Tajik State Medical University named after. Abualiibn Sino, Doctor of pharmasii sciences, Professor. academic NAST Address: 734003, Republic of Tajikistan, Dushanbe. Prospect Rudaki 139.

Farhod Rahimi – Academic Nacional Academi Sciences Tajikistan, Doctor of phiz- mat sciences, Professor academic NAST Address: 734003, Republic of Tajikistan, Dushanbe. Prospect Ayni 229.

ТАШАККУЛ ВА РУШДИ КАФЕДРАИ УРОЛОГИЯИ ДДТТ БА НОМИ АБУАЛӢ ИБНИ СИНО

¹Мираков Р.С., ²Қодирӣ Т.Р., ¹Муҳаббатов Х.Ч.

¹Кафедраи урологияи МДТ ДДТТ ба номи Абуалӣ ибни Сино; Кафедраи урология ва андрологияи МДТ ДТБКСТ ҚТ.

Муҳимият. Рушди соҳаи тандурустӣ дар меҳвари сиёсати Ҳукумати ҚТ қарор дошта, дар тӯли солҳои Истиклолият боло рафтани сифати хизматрасонии тиббӣ ва беҳдошти вазъи саломатии мардуми моро ҷойи шубҳа нест. Таҳлили масъалаи мазкур ошкор кард, ки бисёр ҷанбаҳои таърихи қариб садсолаи урологияи тоҷик ва илми он таҳқиқ нашудаанд, танҳо як қисми ночизи он ба таври сатҳӣ маълум аст.

Назари махсус ба таърихи ташаккули илми урологияи тоҷик, ки гузаштаи ғанӣ ба он хос аст, хусусиятҳову тафсилоти пойдорӣ ва рушди урологияи муосир дар садсолаи охир ва нигоҳи муқоисавӣ ба он дар марҳилаҳои гуногуни ин давра, хеле кам омӯхта шудааст.

Мавод ва усулҳои таҳқиқот. Сарчашмаҳо, Маводи хаттӣ, мақолаҳо оид ба кафедраи мазкур. Усулҳои маъмули таърихӣ омӯзӣ.

Натиҷаҳои таҳқиқот ва муҳокимаи он. Кафедраи урологияи ДДТТ ва фаъолияти он таърихи нисбатан ғанӣ ва пурпечутоб доштааст. Бори аввал курси урология бо ташаббуси собиқ директори Донишкадаи дав-

латии тиббии Тоҷикистон ба номи Абуалӣ ибни Сино дотсент Хоҷаев Зикрулло Почоевич соли 1958 дар назди клиникаи ҷарроҳии госпиталии ДДТТ (мудир - доктори илми тиб, профессор Монаков Н.З.) дар пойгоҳи шуъбаи урология дорои 45 кат беморхонаи клиникӣ шаҳрии № 1 ташкил шуд. Вале ин шуъбаи урология ҳуди ҳамон сол ба Беморхонаи клиникӣ ҷумҳуриявии № 3 (БКҚ № 3) ҷун пойгоҳи клиникӣ кафедраи ҷарроҳии факултативии ДДТТ (мудир – профессор Ҳочиев Хонлар Ҷавадович.) гузаронида шуд. Ҳамин соли 1958 барои роҳбарӣ ба ин курси урология аз РСФСР (Ҷумҳурии советии федеративии сотсиалистии Россия) олим соҳаи урология Дунчик Василий Николаевич даъват карда шуд. Роҳбарияти ДДТТ қарор баровард, ки курси урологияи назди кафедраи ҷарроҳии ДДТТ-ро ба курси мустақил табдил диҳад ва мудири он номзади илмҳои тиб, дотсент Дунчик В.Н. интихоб гашт.

Бо таъин шудани Дунчик В.Н. ба вазифаи мудири курси урология фанни мазкур ҷун бахши мустақили тиб шинохта шуда, ба нақшаи таълимии донишкада дароварда



шуд. Дар давоми солҳои кори ӯ (1958 – 1968) ба мактаби урологони тоҷик асос гузошта шуд. Саводнокии баланд, маҳорати ҷарроҳӣ ва қобилияти педагогии В.Н.Дунчик имконият дод, ки дар муддати кӯтоҳтарин як зумра духтурони урологӣ баландхтисос тайёр карда шаванд.

Соли 1959 дар ДДТТ субординатура оид ба урология ва соли 1960 ординатураи клиникӣ оид ба урология ташкил ёфт.

Дар ин давра зери роҳбарии илмии Дунчик В.Н. ҳафт номзади илмӣ тиб дар соҳаи урология тайёр карда шуданд. Духтурон Насурӣ Иброҳим Боҳирович, Осимов Аслиддин Сайфиддинович, Свиридова Татьяна Владимировна, Тян Владимир Мендинович (Петрович), Баркаев Вадим Викторович, Азимов Аҳмад Умарович, Ҷураев Абдуали Ҷураевич рисолаҳои номзадӣ шонро дар шаҳрҳои Душанбе ва Қазон (Федератсияи Русия) ҳимоя карданд.

Пас аз бозгашта рафтани Дунчик В.Н. дар ДДТТ соли 1969 бо ташаббуси собиқ ректори ДДТТ академики АИ ҶШС Тоҷикистон, профессор Тоҷиев Комил Тоҷиевич кафедраи мустақили урология ташкил мешавад.

Ба вазифаи мудири кафедраи урологияи ДДТТ доктори илмҳои тиб Томашевич Валентин Викторович ба тарзи конкурсӣ гузашт ва то охири соли 1971 кор кард. Дар ин солҳо дар кафедра танҳо корҳои тадрисӣ ва муолиҷавӣ бурда мешуд. Моҳи декабри соли 1971 профессор Томашевич В.В. аз кор бо хоҳиши худ рафт.

Баъд аз баргашта рафтани профессор Томашевич В.В. солҳои дароз (1972 – 1995 ва 1998– 2010) н.и.т., дотсент, профессори фахрӣ аз соли 2011 Осимов А.С. раҳбарии кафедраро ба ӯҳда дошт. Аслиддин Осимӣ аввалин урологи тоҷик аст, ки натавонанд дар ватан, балки дар хориҷи кишвар низ эътироф шудааст. Шогирдони сершумори удар саросари Тоҷикистон ва берун аз он кор карда, кори устоди худро идома медиханд. У ба кори худ содиқ буда дар тарбияи урологҳои оянда саҳми арзанда гузоштааст. Аслиддин Осимӣ натавонанд олими барҷаста, балки ташкилотчи беҳамто низ буд, ки дар як

муддати кӯтоҳ тавонист ҳадамоти урологии Ҷумҳурии Тоҷикистонро бо табибони баландхтисос таъмин намояд. Бо ташаббуси А.Осимӣ дар ҷумҳури ёрии урологи дар беморхонаҳо, бунгоҳои тиббии вилоятӣ, беморхонаҳои ноҳиявӣ ва шаҳрӣ, поликлиникаҳои урологи ба роҳ монда шудааст. «Дастони тилло»-и Аслиддин Осимиро беморони бешумор бо эҳтиром ва сипосгузориҳои амиқ ёдовар мешаванд. Кредои асосии А.Осими «Зарар нарасон» (Не навреди)!

Соли 1992 бо ташаббуси собиқ ректори Донишкадаи Давлатии Тибии Тоҷикистон узви вобастаи АИТ ИҶШС, профессор Исҳоқӣ Ю.Б., бо қарори Ҳукумати ҷумҳурии Тоҷикистон донишкада статуси донишгоҳро гирифт ва кафедра баъди ин кафедраи урологияи донишгоҳи тибби ном гирифт. Кафедраи мазкур маркази ташкиливу методӣ ва тадрисиву илмиву амалии соҳа гашта, барои рушди ҳадамоти урологӣ дар Тоҷикистон хеле мусоидат кард. Дар манзари фармони Вазорати тандурустии ИҶШС № 50 аз 25 январи 1971 «Дар бораи чораҳои минбаъдаи рушду тақмили ёрдами урологӣ ба аҳолии мамлакат» аз тарафи Коллегии Вазорати тандурустии ҶШС Тоҷикистон нақшаҳои ташаккули ёрии урологӣ ба аҳолии ҷумҳурӣ барои солҳои 1971-1975 аз 6 сентябри соли 1971 ва барои солҳои 1976-1980 аз 20 майи соли 1975 кор карда ва тасдиқ шуданд. Кафедра ба омода намудани мутахассисон, беҳтар намудани фаъолияти таълимӣ бештар аҳамият дод.

Фаъолияти илмӣ амалии кормандони кафедра беҳтар гардида, ба тайёр кардани мутахассисон тавассути ординатураи клиникӣ ва факултаи тақмили ихтисоси духтурон, ки соли 1976 ташкил шуд, диққати маҳсус дода мешуд.

Усулҳои нав ва тақмилёфтаи ҷарроҳӣ дар табобати беморон истифода шуданд, мисли уретерокаликаноанастомоз, уретероанастомоз, скротостомия, нефростомияи тавассути пӯстӣ, амалиётҳои тармимӣ ҳангоми тангшавии пешобрез, носури маҳбалу масона, ҳемостаз бо замҷ ҳангоми аденотомия ва ғайра. Барои урологони ҷумҳурӣ давраҳои сайёри тақмили ихтисос аз



тарафи Пажӯҳишгоҳи урология ва нефрологияи Киев (1982) ва Донишкадаи давлатии тақмили ихтисоси Ленинград (1992) ташкил карда шуданд. Корҳои илмии кормандони кафедра ба ҳалли масъалаҳои муҳими бемории санги пешоб, бемориҳои илтиҳобии аъзои пешобу таносул ва таъсири омилҳои курортӣ, иқлими тасфони ва баландкӯҳ ба кори гурда бахшида шудаанд. Дар ин муддат дар кафедра зери роҳбарии дотсент Осимов А.С. чаҳор нафар номзоди илмӣ тиб (Мамадмуродов Эшмурод 1980, Қодиров Тавфиқ Рафиқович 1983, Раҳимов Абдуфаттоҳ Охунович 1986 ва Мираков Равшан Саидович 2013) тайёр карда шуданд.

Қодиров Т.Р. зери роҳбарии Осимов А.С. бори аввал усулҳои нозуки муайян кардани вазифаи гурдахоро дар беморхонаҳои урологии ҷумҳури ҷорӣ карда тавонист, ба мисли филтратсияи печакӣ, реабсорбсияи найчаӣ, хунгардиши гурда, секретсияи гурдаӣ, ки то имрӯз ин усулҳо васеъ ба истифода мераванд.

Гурӯҳи кормандони клиникаи урология Задорина Л. М., Қодиров Т.Р., Раҳимов А.О., Холиқов М. Х. зери роҳбарии дотсент Осимов А.С. иҷрои мавзӯи муштараки тадқиқоти вазифаи гурдаи ҳайвонро дар шароити баландкӯҳи Тоҷикистон пеш гирифтанд. Раванҳо (экспериментҳо) дар мавзеи ағбаи Анзоб (баландии 3372 м аз сатҳи баҳр) соҳаҳои 1972 – 1977 гузошта шуданд.

Маводи ниҳоят калони бисёртарафа ва бузургҳаҷми тадқиқоти экспедитсияи чандсола бояд ба якҷанд корҳои илмии номзодӣ ва докторӣ асос мегузошт. Дар асоси ин маводҳо мавзӯҳои, ки кормандони кафедра Қодиров Т.Р. ва Задорина Л.М. пажӯҳиш гузаронида, онро таҳлилу хулосабандӣ карда, ба тартиб оварда буданд, асоси мақолаҳои илмии ва корҳои диссертатсионии кормандони кафедра Раҳимов А.О., Мираков Р.С. ва Қосимов М.М. гаштанд.

Бо дастгирии собиқ ректори донишкада профессор Исҳоқӣ Ю.Б. ва собиқ мудири кафедраи урология Осимов А.С. дотсенти кафедраи урология, муовини ректор оид ба равобити байналмиллал Қодиров Т.Р.- ро соли 1990 бо Қарори Вазорати маорифи

ИҶШС ба Украина ба докторантураи Донишкадаи тиббии Днепропетровск (ДТД) равона карда шуд (Фармони ректори ДТД № 5 аз 09.01.1990, фармони ректори ДДТТ № 7/10 аз 10.01.1990 ва Фармони Вазорати тандурустии ҶШС Тоҷикистон № 6/1 аз 15.01.1990)

Дар он ҷой пас аз пешниҳод ва дида баромадан мавзӯи кори илмии докторантро пешниҳод карданд. Ба шарофати қобилияти назарраси илмиву меҳнатдӯстии нодир ба Т.Р.Қодиров муяссар шуд, ки дар як муддати кӯтоҳ рисолаи докториро дар мавзӯи муҳими «Патогенез ва самтҳои муносибкунии муолиҷаи беморони касалии нефроуретеролитиази гурдаи ягона» ба анҷом расонад. Мушовири илмӣ инсонии комил, олими пурдон, доктори илмӣ тиб, профессор, узви вобастаи АИТ Украина Люлько Алексей Владимирович буд. Дифоъ дар моҳи майи соли 1993 дар Пажӯҳишгоҳи урология ва нефрологияи АИТ Украина (шаҳри Киев) бомуваффақият гузашт.

Дар ин мӯҳлат ҳафт монографияи кормандони кафедра аз ҷоп баромад: «Санги гурда ва роҳҳои пешоб», Душанбе, 1975.-32 с. (муаллифон Осимов А.С. ва Қодиров Т.Р.), «Васеъшавии гиреҳбанди варидии танобакӣ манӣ», Душанбе, 1984.-180с. (Люлько А.В., Осимов А.С., Кондрат П.С.), «Бемориҳои илтиҳобии аъзои пешобу таносул», Душанбе, 1990.-224с. (Люлько А.В. ва Қодирӣ Т.Р.), «Ҳаёти чинсӣ» ба забони тоҷикӣ, Душанбе, 1991.-144с. (Қодирӣ Т.Р. ва Люлько А.В.), «Муносибатҳои маҳрамона» ба забони тоҷикӣ, Душанбе, 1991.-34с. (Қодирӣ Т.Р.), «Уропатияи масдудӣ», Душанбе, 1992. -240с. (Люлько А.В. ва Қодирӣ Т.Р.), «Бемории санги бавл» ба забони тоҷикӣ, Душанбе, 1993.-186 с. (Қодирӣ Т.Р. ва Люлько А.В.).

Пас аз ба нафақа баромадани номзоди илмҳои тиб, дотсент профессори фахрӣ Осимов А.С. аз январи соли 1995 доктори илмҳои тиб, профессор Қодирӣ Тавфиқхон Рафиқзода ба тарзи конкурсӣ мудири кафедраи урологияи ДДТТ интихоб шуд. (Қарори Шӯрои олимони ДДТТ № 6 аз 27.01.1995 ва фармони ректори ДДТТ № 13/



9 аз 21.02.1995)

Дар як мӯҳлати кӯтоҳ (1995-1998) ва қатъи назар аз носомониҳои маълуми иҷтимоӣ-сиёсии ҷумҳурии кафедраи урологияи ДДТТ зери диди роҳбари нав тавонист фаъолияти худро пурзӯр намуда, корҳои назаррасро ба анҷом расонад. Ин «давраи вазнин» дар таърихи кафедраи урологияи ДДТТ ба ҳисоб меравад. Дар кафедра ба баланд бардоштани сифати таълим, истифодаи усулҳои муосири омӯзиш, аз худ кардани малакаҳои амалии донишҷӯён диққати алоҳида дода шуд. Дар қатори муаллимони пуртаҷриба – устод н.и.т. дотсент Осимов А.С., д.и.т. профессор Қодирӣ Т.Р., муаллимон Задорина Л.М., Набиев С.Н., Мираков Р.С. - ба кори таълими ҷавонони болаёқат ҷалб карда шуданд. Барои тайёр кардани кадрҳои педагогӣ аз ҳисоби онҳо заҳмати бисёр кашида шуд – дар ин солҳо ба ҳайси ассистентон Назиров Давлат 'аффоревич, Ҳакимов Абдуҷаббор Шохочаевич, Фафуров Расул, Фафуров Миршароб Ваҳҳобович, Қосимов Маҳмадёр Махатович, Одилов Аминҷон Юсуфович, Фафуров Мирзо Устоевич, Ёров Холмурод Уроқович, Турсунов Насриддин Тӯхтамишевич, Ризоев Хайриддин Хайруллоевич, Ибодов Неъматулло Соҳибович, Муллобоев Абдусаттор Қаюмович ва дигарон кор карданд. Ин гурӯҳи кормандон дар оянда асоси духтурони Маркази клиникии ҷумҳуриявии «Урология»-ро ташкил доданд. Дар масъалаи татбиқи «Қонуни забон»-и ҚТ кафедра кӯшишу заҳмати зиёд ба харҷ дода, дар ҷойи аввалин дар донишкада меистод. Кормандоникафедра зери сарвари Осимов А.С. дар шароити мураккабу вазнини сиёсиву иҷтимоӣ ёрии таъҷилий ва статсионарию ба мардуми ҳама ҷойҳои ҷумҳурии таъмин карда, саҳми худро дар раванди оштии миллӣ гузоштанд. Дар муолиҷаи беморон усулҳои наву пурсамари консервативию ҷарроҳӣ васеъ истифода бурда мешуданд. Ба ғайр аз усулҳои нави ташхису муолиҷаи беморони пиелонефрит ва санги пешоб, татбиқи усулҳои нави ҷарроҳии тармимӣ ҳангоми бемориҳои роҳҳои болоии пешоб, масона, найи пешобрез, хипоспадия ва усулҳои му-

осири ташхису табобати бемориҳои узвҳои чинсии мардон фаъолон ба роҳ монда шуданд. Бо ташаббуси мудири кафедраи урология устод Осимов А.С., профессор Қодирӣ Т.Р. ва сардухтур Мираков Р.С. бо дастгирии собиқ вазири тандурустӣ Аҳмедов А.А. дар БКҶ № 3 соли 1995 аввалин дар ҷумҳурии шӯъбаи андрология кушода шуд ва фаъолияти босамар дорад. Бо тавсияи профессор Исҳоқӣ Ю.Б., дотсент Осимӣ А.С., д.и.т. Қодирӣ Т.Р., сардухтури БКҶ № 3 ба номи Дьяков А.М. Мираков Р.С. ва бо дастгирии молиявии раиси колхозии номдори ноҳияи Пролетар Қаҳрамони меҳнати сосиалистӣ Самадов А. дар беморхонаи минтақавии «Ғӯлакандоз»-и ноҳияи Пролетари (ҳоло Ҷ.Расулов) вилояти Ленинобод (ҳоло Суғд) соли 1996 аввалин шӯъбаи эндоурологӣ ба фаъолият оғоз намуд. Дар ин шӯъбаҳо технологияҳои нави ташхисгузорию табобати беморон ба роҳ монда шуд.

Зери роҳбарии профессор Қодирӣ Т.Р. бо ҳамкорӣ бо Донишкадаи тиббии Днепрпетровск (профессор Люлька А.В.) як нафар номзади илмӣ тиб (Нусратуллоев И.Н., 1998) тайёр карда шуд. Ба сабаби ба кори дигар гузаштани Т.Р. Қодирӣ, аз соли 1998 то соли 2010 боз н.и.т., дотсент, профессор-Осимов А.С. ба ҳайси мудири кафедраи урологияи ДДТТ фаъолият дошт.

Соли 2010 муддати кӯтоҳ мудири кафедра доктори илми тиб Шамсиев Ҷамолиддин Амриевич буд.

Аз соли 2011 то 2014 мудири кафедраи урологияи ДДТТ доктори илмҳои тиб Солиҳов Дилшод Неъматович буд.

Аз соли 2015 то 2021 мудири кафедра доктори илмҳои тиб Шамсиев Ҷамолиддин Амриевич таъин гашт.

Аз соли 2021 инҷониб мудири кафедра номзади илмӣ тиб, дотсент Мираков Равшан Саидович мебошанд.

Дар ин муддат кафедраи урологияи ДДТТ корҳои таълимӣ, муолиҷавӣ ва илмиро ҷоннок кард. Технологияҳои наву муосири таълим дар раванди тадрисӣ ҷорӣ мешаванд, ба донишҷӯён лексияҳо ба тарзи презентатсия, ки ҷавобгӯӣ стандартҳои аврупоӣ мебошад, гузаронида мешаванд,



санчиши дониши фанни урология ба тариқи электронӣ дар маркази ягонаи тестӣ супорида мешавад, малакаҳои амалии худро донишҷӯён дар Таҷрибагоҳи малакаҳои амалӣ сайқал медиҳанд. Кормандони кафедра дар гузаронидани ҷарроҳии ивази гурда, ташкили анҷумани аввалини урологони ҷумҳурӣ фаъолона иштирок доштанд. Дар заминаи пойгоҳҳои кафедра «Маркази ҷумҳуриявии илмию-клиникии урология», бемористони байналмилалӣ «Ибни Сино» ва шӯъбаи урологии бемористони клиникии «Мадади Акбар» амалиётҳои эндоурологии муосир ба роҳ монда шуданд (резексияи трансуретралӣ ҳангоми аденомаи гадуди пешҷой, уретротомия ҳангоми тангшавии найи пешобрез, литотрипсияи сангҳои гурда ва ғайра). Усулҳои нави ҷарроҳӣ, ба мисли тармими найи пешобрез бо истифодаи луобпардаи даҳон, амалиёти кушодаи TVT, татбиқи карда шуданд. Дар кафедра Ҷамъияти донишҷӯёни фаъол ташкил шуд, ки дар конференсияҳои ҷумҳуриявии донишҷӯён дар солҳои 2021 ва 2022 сазовори ҷойҳои аввал шуданд.

Дифои кори илмии шаш корманди кафедра амалӣ шуд. Диссертатсияи номзади илмҳои тибро ассистентони кафедра Ризоев Хайридин Хайруллоевч, Умонов Ислоҳ Ғайратович, Ғафурзода Мирзо Устоевич, Саъдуллоев Фарҳод Сангинмуродович, Мустафоқулов Сӯҳроб Салимович ҳимоя

намуданд. Омӯзгори кафедра Мираков Равшан Саидович бо ҳамроҳии устодонаш А.С. Осимӣ, Т.Р. Қодирӣ, Л.М. Задорина маводи кори илмиро омода намуда, рисолаи номзадиро дар Ҷумҳурии Қирғизистон (Бишкек, 2014,) дифоъ кард. Ду нафар мавзӯи кори диссертатсионии доктори илмӣ тибро тасдиқ намудаанд – Ризоев Х.Х. ва Одилов А.Ю. Боз чанд нафар ассистентҳо ва аспирантҳои кафедра дар марҳилаи итмоми корҳои илмӣ мебошанд - Муротов Ҳумоюн Музаффарович, Салимов Хайрулло Ғафурҷонович, Набиев Баҳодур Исломович, Абдурахмонов Абдулфайз, Умонов Бахтиёр Нуриллоевич, Рашидов Бехзод Ҷаҳонгирович, Алиев Бобовали, Рабиев Қурбон ва дигарон.

Махсус бояд зикр намуд, ки дар кафедра лоиҳаи «Истифодаи ҳучайраҳои танавии мағзи устухон дар пешгирӣ ва табобати беморони гирифтори бемории музмини гурдаҳо» барои солҳои 2021-2025 кор карда баромада шудааст. Зери роҳбарии дотсент Мираков Р.С. бори аввал дар Тоҷикистон ҳучайраҳои танавии мезенхемалии-аутосомии мағзи устухонро барои табобати беморҳои урологӣ оғоз карданд.

Хулоса. Дар натиҷаи анализи синтези маводҳои омӯхташуда саҳифаҳои наву тозаии то имрӯз номаълуми таърихи кафедраи урологияи ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино ошкор шуданд.

Адабиёт

1. Мираков Р.С., Кодирӣ Т.Р., Камолов А.И., Мираков Х.М.О создании и развитии кафедры урологии ТГМУ имени Абуали Ибни Сино / Современные тенденции клинической урологии. Сборн. статей. – Душанбе, 2023. – с 5-9
2. Асимов А.С, Гафуров Р.Г. Краткая история развития урологической помощи населению республики и некоторые итоги педагогической и научно-исследовательской деятельности урологов Таджикистана / Актуальные вопросы клинической медицины. Сборн. статей. – Душанбе, 2004. – с 16-19
3. Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абӯалӣ ибни Сино. Энциклопедия. – Душанбе, 2009. – 608 стр
4. Таджикский государственный медицинский институт имени Абӯалӣ ибни Сино . 50 лет. – Душанбе: Ирфон.- 1989. – 248 стр
5. Таджикский государственный медицинский институт имени Абӯалӣ ибни Сино. 60 лет. – Душанбе, 1999. – 208 стр
6. Таджикский институт последипломной подготовки медицинских кадров. 1993-2003. – Душанбе, 2003. – 108 стр.



СОЗДАНИЕ И РАЗВИТИЕ КАФЕДРЫ УРОЛОГИИ ДДТ ИМЕНИ АБУАЛИ ИБН СИНО

¹Мираков Р.С. ²Кодири Т.Р. ¹Мухаббатов Х.Дж.

¹Кафедра урологии имени А.С.Осими, МДТ «ТГМУ имени Абуали ибн Сино»

²Кафедра урологии и андрологии ГОУ «ИПО в СЗ РТ»

Аннотация. Развитие сферы здравоохранения находится в центре внимания Правительства Республики Таджикистан.

Особый взгляд на историю становления таджикской урологии, которая характеризуется богатым прошлым и развития современной урологии за последние сто лет, а также сравнительный анализ разных этапов периода в развитии нозологии, которая показывает, что она мало изучена. Впервые курс урологии ТГМИ был открыт в 1958 году в клинике госпитальной хирургии на базе отделения урологии в городской клинической больнице №1 и было переведено в Республиканскую Клиническую Больницу №3 как клиническая база кафедры факультативной хирургии ТГМИ. Для руководства курсом урологии из РСФСР был приглашен доцент-уролог Василий Николаевич Дунчик. В течение трудовой деятельности В.Н.Дунчика 1958-1968 гг. была основана школа таджикской урологии. В 1959 году в ТГМИ была открыта субординатура, а в 1960 году клиническая ординатура по урологии. В 1969 году в ТГМИ была организована самостоятельная кафедра урологии.

Томашевич Валентин Викторович, доктор медицинских наук, был избран заведующим кафедрой урологии ТГМИ, проработал до конца 1971 года. С 1972 по 1995 и 1998 по 2010 гг. заведующим кафедрой урологии ТГМИ был к.м.н., доцент., профессор Асимов А.С. Он был первым таджикским урологом, завоевавший признание не только в народе, но и за ее пределами.

В частности, следует отметить, что на кафедре на 2021-2025 годы разработан проект «Использование стволовых клеток костного мозга в профилактике и лечении больных хронической болезнью почек». Впервые в Таджикистане начата аутосомно-мезенхимальная трансплантация костного мозга для лечения урологических заболеваний. Установлено, что в результате анализа и обобщения изученных материалов были выявлены новые и неизвестные аспекты деятельности кафедры урологии ТГМИ/ТГМУ имени Абуали ибн Сино.

Ключевые слова. Сферы здравоохранения, таджикской урологии, современной урологии, стволовые клетки костный мозг, аутосомно – мезенхимальная.

ESTABLISHMENT AND DEVELOPMENT OF THE DEPARTMENT OF UROLOGY OF DDTT NAMED AFTER ABUALI IBN SINO

¹Mirakov R.S. ¹Qodiri T.R. ¹Muhabbatov Kh.J.

¹Urology department named after A.S.Osimi, MDT “Tajikistan State Medical University named after Abuali ibn Sino”

²Department of Urology and Andrology «Institute of Postgraduate Education in the Field of Health of the Republic of Tajikistan»

Annotation. The development of the healthcare sector is in the focus of attention of the Government of the Republic of Tajikistan.

A special look at the history of the formation of Tajik urology, which is characterized by a rich past, and the development of modern urology over the past hundred years, as well as a comparative analysis of different stages of the period in the development of nosology, which

shows that it has been little studied. For the first time, the urology course at TSMI was opened in 1958 in the hospital surgery clinic on the basis of the urology department in City Clinical Hospital №1 and was transferred to the Republican Clinical Hospital №3 as the clinical base of the department of elective surgery at TSMI. Associate professor-urologist Vasily Nikolaevich Dunchik was invited from the



RSFSR to lead the urology course. During his career V.N. Dunchik 1958-1968 the school of Tajik urology was founded. In 1959, a subordination course was opened at TSMI, and in 1960 a clinical residency in urology was opened. In 1969, an independent department of urology was organized at TSMI. Tomashevich Valentin Viktorovich, Doctor of Medical Sciences, was elected head of the Department of Urology at TSMI, and worked until the end of 1971. From 1972 to 1995 and 1998 to 2010. The head of the Department of Urology at TSMI was Candidate of Medical Sciences, Associate Professor, Professor A.S. Asimov. He was the first Tajik urologist who won recognition not only among the people, but also beyond its borders.

In particular, it should be noted that the department has developed a project for 2021-2025 “Use of bone marrow stem cells in the prevention and treatment of patients with chronic kidney disease.” For the first time in Tajikistan, autosomal mesenchymal bone marrow transplantation was started for the treatment of urological diseases. It was established that as a result of the analysis and generalization of the studied materials, new and unknown aspects of the activities of the Department of Urology of the TSMI/TSMU named after Abuali ibn Sino were identified.

Keywords. Spheres of healthcare, Tajik urology, modern urology, bone marrow stem cells, autosomal mesenchymal.

Мираков Р.С.-н.и.т., дотсентикафедраи урология ба номи Осимӣ А.С., МДТ «Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абуалӣ ибн Сино»

Мираков Р.С.-к.м.н., доцент кафедра урологии имени А.С.Осими, МДТ «Таджикский государственный медицинский университет имени Абуали ибн Сино»

Mirakov R.S.-Phd., Associate Professor of department urology named after A.S. Osimi, MDT “Tajikistan State Medical University named after Abuali ibn Sino”

Қодирӣ Т.Р. -д.и.т., профессор кафедраи урология ва андрологияи МДТ «ДТБКСТҶТ»

Кодури Т.Р. -д.м.н., профессор кафедра урологии и андрологии ГОУ «ИПО в СЗ РТ»

Qodiri T.R.-Department of Urology and Andrology «Institute of Postgraduate Education in the Field of Health of the Republic of Tajikistan»

Муҳаббатов Х.Ҷ. –ассистенти кафедраи урология ба номи Осимӣ А.С., МДТ «Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абуалӣ ибн Сино»

Муҳаббатов Х.Дж.-ассистент кафедры урологии имени А.С.Осими, МДТ «Таджикский государственный медицинский университет имени Абуали ибн Сино»

Muhabbatov Kh.J. - assistant of the department of urology named after A.S. Osimi, MDT “Tajikistan State Medical University named after Abuali ibn Sino”

ЧАШНВОРА



Анна Муҳаммадиевна мухтарам,

Шумо, ки умри бобаракати хешро сарфи пешаи начиб- омӯзгорӣ намудаед, таълиму тарбияи мутахассисони ҷавону ояндаи тибро самти муҳими фаъолияти касбии хеш қарор дода, бо меҳнати софдилона ва дониши қавии касбӣ хурмату эҳтироми ҳақиқии ҳамкасбон ва шогирдонро сазовор гаштаед. Мо ифтихор аз он дорем, ки Шумо дар Донишгоҳи азизатон фаъолиятро аз ассистентӣ (1967-79) сар карда, то мартабаҳои профессорӣ (2000) ва мудирии кафедраи биохимия Донишгоҳсабзида расидед ва тӯли шаст соли фаъолият дар ин даргоҳи муқаддас тавонистед, ки худро ба сифати

омӯзгори мушфиқу ғамхор нишон дода, дар тарбияи якчанд насли табибони ҷавони кишвар саҳми босазои худро гузоред.

Шумо ҳамчун олими сермаҳсул муаллифи беш аз 300 таълифоти илмӣ, аз ҷумла якчанд китобҳои дарсӣ, монография, дастурҳои илмӣ- методӣ маҳсуб ёфта, тавассути ҷустуҷӯву пажӯҳишҳои доимӣ сазовори унвони баланди доктори илмҳои биологӣ (1999) гаштаед. Дар байни аҳли кафедраи биохимия Шумо ҳамчун устои серталабу ғамхор шинохта шуда, на танҳо гуфтор, балки рафторатон низ шогирдону ҳамкасбонро ба хоксорию фурӯтанӣ ва ҳалолкорию покқичдонӣ ҳидоят мекунад. Қобилиқайдаст, зимни ҷроивазифаҳои сармухтаҳои сис-биохимики ВТ ва ҲИА ҚТ (1977-87), сардори шуъбаи илми ДДТТ ба номи Абуалӣ ибни Сино (1993-96) ва мудирии кафедраи биохимияи Донишгоҳ (1987-2015) Шумо аз худ қобилияти баландиташкилотчиғӣ зоҳирнамуда, даррушдуинкишофи илми тибби муосири тоҷик саҳми бузурге гузоштед.

Анна Муҳаммадиевна азиз, Бори дигар Шуморо бо ҷашни зодрӯзатон табрику муборакбод намуда, бароятон осмони софу беғубор, тани дурусту хотири ҷамъи хушбахтию некномии зиёд орзу менамоем.

Роҳбарияти МДТ Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абуалӣ ибни Сино, ҳайати таҳририяи маҷаллаи илмӣ-амалии “Авчи Зухал”.



Эркин Раҳимовичи мухтарам,

Раёсат ва Кумитаи иттифоқи касабани кормандони МДТ Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абуалӣ ибни Сино чашни фархунда ва табарруки 70-солагии зодрузатонро ба Шумо самимона муборакбод мегӯянд.

Шумо дар ин умри бобаракати худ тавассути меҳнати бурдборона ва талошҳои пайваستاатон тавонистед, ба қуллаҳои баланди илми тибби муосири тоҷик қадамҳои устувор гузоред ва дар баробари фаъолияти пурсамари илмӣ ҳамчун устои варзидаи Донишгоҳи тиббӣ дар тарбияи як зумра мутахассисони ҷавони соҳа сахмгирӣ намоед.

Баъди хатми Донишгоҳи тиббӣ солҳои 1977- 83 ба ҳайси табиби беморхонаи бе-

мориҳои сироятии шаҳри Душанбе фаъолият намуда, баъди таҷрибаи “анӣ андӯхтан, тақдирӣ худро ба Донишгоҳи тиббӣ пайвастанед ва инак, бештар аз чил сол аст, ки дар ин даргоҳи муқаддас сарбаландона адои вазифа менамоед. Фаъолияти хастанопазирӣ Шумо дар вазифаҳои ассистент (1983-93), (дотсент 1993-2006) ва мудири кафедраи бемориҳои сироятӣ (аз соли 2008 инҷониб), ҳамеша пурмахсул ва намунаи ибрати дигарон буд. Солҳои 1995-2008 зимни иҷрои вазифаҳои масъулиятноки муовини ректор оид ба корҳои муолиҷавӣ ва декани факултати умумитиббӣ хислатҳои кордонӣ, ташкилотчигӣ, принципнокӣ ва серталабии Шумо ҳамчун роҳбар ба рушди инкишофи раванди таълиму тарбия дар донишгоҳ ва бештар гаштани сатҳу сифати омода намудани мутахассисони олимдараҷаи тиб мусоидат намуданд.

Шумо ҳамчун олими сермахсул муаллифи бештар аз 350 таълифоти илмӣ, монографияҳо, 6 китоби дарсӣ, беш аз 50 дастури таълимӣ методӣ буда, аксар осори илмиатон дар истехсолоти ватанӣ татбиқи худро ёфтаанд.

Устои азиз, Эркин Раҳимович,

Бори дигар Шуморо бо чашни зодрузатон табрику муборакбод намуда, бароятон осмони софу беғубор, тани дурусту хотири чамъ хушбахтию некномиҳои зиёд орзу менамоем.

Роҳбарияти МДТ Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абуалӣ ибни Сино, ҳайати таҳририяи маҷаллаи илмӣ-амалии “Авчи Зухал”.



Гулнора Сидикчоновнаи мухтарам,

Раёсат ва Кумитаи иттифоқи касабаи кормандони Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абуалӣ ибни Сино бо камоли эҳтиром Шуморо ба муносибати чашни фархундаи 60-солагии зодрузатон самимона муборакбод менамоянд.

Бешак, Шумо аз чумлаи он занони хушбахти тоҷик ҳастед, ки умри азизи хешро ба ҳифзи саломатии мардум ва таълиму тарбияи шогирдон сарф карда, дар дили онҳо тухми шафқату дардошноӣ киштаед.

Шумо ба сифати як мутахассиси фидой дар марҳилаҳои камолоти касбиатон самтҳои омӯзгорӣ, илм ва табибиро муваффақона пеш бурда, дар ҳар кадоми он ба дастовардҳои

назаррас ноил гаштаед. Боиси ифтихор аст, ки Шумо дар баробари ҳамчун табиби мушфиқ ба камол расидан тӯли солҳо тақдири худро бо Донишгоҳи тиббӣ пайваста, барои омода намудани мутахассисони олимдараҷаи соҳа саҳми босазое гузоштаед.

Шумо солҳои зиёд вазифаҳои ассистент (1993-2006), дотсент (аз соли 2006 инҷониб) ва мудирии кафедраи бемориҳои кӯдакони № 1-и ДДТТ ба номи Абуалӣ ибни Синоро иҷро намуда, дар миёни аҳли донишгоҳ ҳамчун шахси ҳалиму меҳрубон ва мутахассиси кордону соҳибтаҷриба шинохта шуда, соҳиби эҳтироми самимӣ гаштаед.

Ҳамчун олими сермаҳсул бошад оид ба мушкилоти гуногуни соҳа бештар аз 120 таълифоти илмӣ, аз ҷумла 12 дастури таълимию методӣ ба ҷоп расондаед, ки ба ҷанбаҳои муҳими ташхис ва муолиҷаи бемориҳои кӯдакон бахшида шудаанд.

Гулнора Сидикчоновнаи азиз,

Дар ин рӯзи фархунда, Шуморо бо чашни саид самимона муборакбод намуда, бароятрон осмони беғубор, тандурустиву хушбахтиро орзу дорем.

Роҳбарияти МДТ Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абуалӣ ибни Сино, ҳайати таҳририяи маҷаллаи илмӣ-амалии “Авчи Зухал”.



Нигина Мадаминовна мухтарам,

Раёсат ва Кумитаи иттифоқи касабаи кормандони МДТ Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абӯалӣ ибни Сино бо камоли эҳтиром ва ифтихори бепоён Шуморо ба муносибати чашни фархундаи 50-солагии зодрӯзатон самимона муборакбод менамоем.

Метавон гуфт, ки Шумо умри азизи худро фидои тандурустии аҳли ҷомеа сохтаед ва бештар аз ин ифтихори онро дорем, ки тақдири худро тӯли ин солҳо ба Донишгоҳи тиббӣ пайваста, дар тарбияи ҳазорҳо нафар мутахассисони ҷавони соҳаи тиб саҳми бо-

сазои худро гузоштаед. Қобили қайд аст, ки Шумо фаъолияти худро аз ассистентии кафедраи ҷарроҳии умумии №1-и ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино (2004-05) оғоз намуда, то ба дараҷаи профессори кафедраи номбурда (аз соли 2022 инҷониб) сабзида расидаед. Боиси ифтихормандист, ки дар давоми фаъолияти беш аз бистсолаатон таваонистед, кихудронатанҳо ҳамчун табибимохирӯҳозик, балки инчунин басифати мӯзгоримушфиқуғамхорнишон дода, дар рушду пешрафти раванди таълиму тарбия дар Донишгоҳи тиббӣ саҳми муносиб гузоред.

Шумо ҳамчун олими сермаҳсул муаллифи беш аз 100 таълифоти илмӣ, аз ҷумла 1 китоби дарсӣ, 15 дастури таълимӣ, 15 пешниҳоди навоварона, 4 монография буда, дар мавзӯи «Роҳҳои беҳтар кардани натиҷаҳои катъи бавосир» рисолаи номзадӣ ва дар мавзӯи “Этиогенез, ташхис ва табобати перитонити баъдиҷарроҳии талхадон” рисолаи доктории худро (2012) бомуваффақият химоя кардаед.

Нигина Мадаминовна гиромӣ, бори дигар Шуморо бо чашни зодрӯзатон табрику муборакбод намуда, бароятон осмони софу беғубор, тансиҳатию хотири ҷамъ, хушбахтию некномиҳои зиёд орзу менамоем.

Роҳбарияти МДТ Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абӯалӣ ибни Сино, ҳайати таҳририяи маҷаллаи илмӣ-амалии “Авчи Зухал”.

**ҚОИДАҲОИ ҚАБУЛИ МАҚОЛАҲО****Муаллиф бояд ҳангоми ба идораи маҷаллаи "Авчи Зухал"
пешниҳод намудани мақола ҚОИДАҲОИ зеринро риоя кунад:**

1. Мақола бояд дар компютер бо истифода аз барномаи VS Word 6,0-7,0 хуруфи андозааш 14 Times New Roman Tj, ҳошияҳо 2,5 см ва фосилаи байни сатрҳо 1,5 мм хуруфчинӣ ва дар ду нусха дар як тарафи варақ чоп карда, бо ҳамроҳии шакли ҳатмии электрони мақола пешниҳод гардад.

2. Мақолаҳои оригиналие, ки ба мушоҳидаҳои чудагонаи таҷрибаҳои амалӣ бахшида шудаанд, бояд аз 12 саҳифа зиёд набоянд.

3. Пешниҳод кардани Шохиси УДК (индекси мазкурро аз дилҳо китобхонаи илмӣ дастрас намудан мумкин аст).

4. Мақолаҳои хулосавӣ бояд муфассал, фаҳмо ва мушаххас бошанд. Маълумотномаи адабиёт бояд маълумотҳои танҳо ба ҳамин мақолаи баррасишаванда марбутро дар бар гирад. Ҳаҷми мақола бояд аз 12 саҳифа зиёд набояд. Иқтибосҳои библиографӣ на бештар аз 50 номгӯ бошанд, дар матн рақамҳо дар қавсайни квадратӣ □ оварда мешаванд. 5. Мақолаҳои илмӣ бе тақриз қбул карда намешаванд. Дар тақриз аслият, муҳиммият, мубрамият ва қаблан чоп нашудани мақола бояд зикр шавад.

6. Дар аввали мақола унвони он (бо хуруфи Caps Lock сиёҳ), ному насаби муаллиф (нимсиёҳ), номи ҳуқуқи муассиса оварда шавад. Дар охири мақола бо ду забон (русӣ ва англисӣ) маълумот дода шавад. Агар шумораи муаллифон аз 4 нафар зиёд бошад, саҳми ҳар як муаллифро дар таълифи ин мақола додан зарур аст.

7. Мақола бояд бобҳои зеринро дошта бошад: реферат (резюме), калимаҳои калидӣ, муҳиммият (дар ҳаҷми на бештар аз 1 саҳифа), мақсад, мавод ва усули таҳқиқ, натиҷаҳо ва баррасии онҳо, хулоса, номгӯи адабиёт, суроға барои мукотибот. Аннотатсия (резюме) бояд мазмуни мақоларо дар шакли фишурда ифода кунад. Дар асоси аннотатсия калимаҳои калидӣ на камтар аз 7 то 10 калима ё ибора нишон дода шаванд.

8. Ҳамаи формулаҳо бояд ба таври ҷиддӣ санҷида шуда ва дуруст бошанд. Агар маълумотҳои бо рақам ифодакардашуда зиёд бошанд, онҳоро дар шакли ҷадвал ворид кардан зарур аст. Ҷадвалҳо, диаграммаҳо ва расмҳо бояд мӯъҷаз, ифодаҳо возеху равшан, бе ихтисора ва ба забони тоҷикӣ бошанд.

9. Иллюстратсия (ороиш) -ҳо бояд дақиқу возех ва мушаххас бошанд, овардани шарҳ ва ифодаҳои тартибӣ (бо ҳарф ё рақам) ва навиштаҷоти зери расмҳо ҳатмист.

10. Номгӯи адабиёт дар мақолаҳои оригиналӣ бояд аз 20 адад бештар набояд, рақамгузори сарчашмаи адабиёт мувофиқи тартиби дар матн иқтибосшудани онҳо оварда шавад. Рӯйхати адабиёти истифодашуда бояд дар асоси талаботи ГОСТ 7.1-2003 ва ГОСТ 7.0.5-2008 таҳия гардад. Масъулияти дуруст будани маълумот танҳо ба уҳдаи муаллиф вогузор мешавад.

11. Маълумот дар бораи муаллиф ё муаллифони мақола (ҷойи кор ва вазифаи муаллиф, суроға, телефонҳо барои тамос, почтаи электронӣ) дар шакли пурра бо се забон (тоҷикӣ, русӣ, англисӣ) оварда шавад. Ҳаммуаллифӣ бояд аз се нафар зиёд набояд.

12. Талаботи имлои забони тоҷикӣ ба таври қатъӣ риоя карда шавад.

13. Мақолаҳои қаблан дар нашрияҳои дигар чопшуда қабул карда намешаванд.

14. Идораи маҷалла ҳуқуқи тақриз ва таҳрири мақоларо дорад.

**Мақоларо ба суроғаи зерин фиристонед: 734026, Ҷумҳурии Тоҷикистон,
ш. Душанбе, ноҳияи Сино 29-31, МДТ «ДТТ ба номи Абуалӣ ибни Сино»,**

Идораи маҷаллаи "Авчи Зухал"

Дар Матбааи МДТ «ДТТ ба номи Абуалӣ ибни Сино» ба таъби расидааст.

*Ба чопаш 06.06.2024 имзо шуд. Андозаи 60x84 1/16
12 ҷузъи чопӣ. Адади нашр 100 нусха.*