

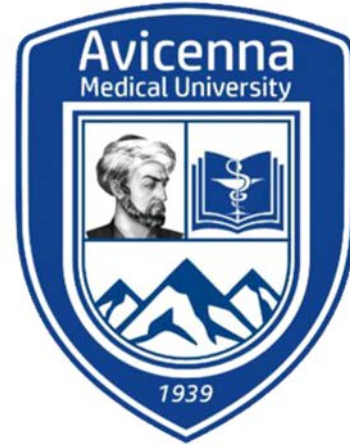
ISSN: 2616-5252

АВЧИ ЗУХДАЛ

№ 2 - 2023



МАҶАЛЛАИ ИЛМӢ-АМАЛӢ



САРДАБИР
д.и.т.
Мухаббатов Циёнхон Курбонович

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

ҲАЙАТИ ТАҲРИРИЯ

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

ШҶҶҶҶҶ ТАҲРИРИЯ

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

АВҶИ ЗУҲАЛ

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

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

Нашри ҷорӣ:
№ 2 (51) 2023

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

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

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

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



ГЛАВНЫЙ РЕДАКТОР
д.м.н.
Мухаббатов Джиёнхон Курбанович

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

РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ

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

РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ

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

AVÇI ZUHAL

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

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

Текущее издание:
№ 2 (51) 2023

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

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

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



МУНДАРИЧА

СОДЕРЖАНИЕ

CONTENTS

АНЕСТЕЗИОЛОГИЯ

АНЕСТЕЗИОЛОГИЯ

ANESTHESIOLOGY

Давлатзода Б.Х., Хокироев Т.З., Сафоев С.А., Амонов Д.М.
Осмолярнокии плазмаи хун, нишондодҳои гемодинамикӣ ва ислоҳи он дар беморони нейрореаниматсионӣ
9

Давлатзода Б.Х., Хокироев Т.З., Сафоев С.А., Амонов Д.М.
Осмолярность плазмы крови, гемодинамика и её коррекция у нейрореанимационных больных
9

Davlatzoda B.Kh, Khokiroev T.Z., Safoev S.A., Amonov D.M.
Blood plasma osmolarities, hemodynamics and its correction in neuroreanimational patients
9

БЕМОРИҲОИ ДАРУНӢ

ВНУТРЕННИЕ БОЛЕЗНИ

INTERNAL DISEASES

Ганиев Х.С.
Хусусиятҳои клиникӣ- функционалии бемории дорои нефропатияи диабетӣ
13

Ганиев Х.С.
Клинико-функциональная характеристика пациентов с диабетической нефропатией
13

Ganiev H. S.
Clinical and functional characteristics of patients with diabetic nephropathy
13

Зубайдов Р.Н., Якубов Д.М., Немаззода Б.Р.
Тағйирёбии ҳаҷм ва сохтори қисмати чапи дил дар беморони буғумдардитарбодмонандбо зухуротҳои системавӣ дошта дар якҷояги бо фишорбандии шараёнӣ
18

Зубайдов Р.Н., Якубов Д.М., Немаззода Б.Р.
Изменения объём и структур левых отделов сердца у больных ревматоидного артрита с системными проявлениями в сочетании с артериальной гипертензией
18

Zubaidov R.N., Yaqubov D.M., Nematzoda B.R.
Changes in the volume and structures of the left heart in patients with rheumatoid arthritis with systemic manifestation in combination with arterial hypertension
18

Мирзоев С.З.
Таҳлил ва баҳоидиҳӣ ба хатари пайдошавии остеопароз (ОП) дар беморони фаъоли ар вобаста аз хусусиятҳои таботати гузаронидашуда
23

Мирзоев С.З.
Анализ и оценка риска развитие остеопороза у больных активных ревматоидного артрита в зависимости от характера проводимой терапии
23

Mirzoev S.Z.
Analysis and risk assessment of osteoporosis development in patients with active rheumatoid arthritis depending on the nature of the therapy
23

Холиқова Н.А., Одинаев Ш.Ф.
Динамикаи тағйироти морфофункционалии нишондиҳандаҳои дил дар таботати беморони гирифтори бемории фишорбандӣ бо депрессияи ҳамроҳшуда.
27

Халиқова Н.А., Одинаев Ш.Ф.
Динамика изменений морфофункциональных показателей сердца в лечении больных гипертонической болезнью с коморбидной депрессией
27

Khalikova N.A., Odinaev Sh.F.
Dynamics of changes in morphofunctional cardiac parameters in the treatment of hypertensive patients with comorbid depression
27



**Юсупова М.Х.,
Бобохочаева З.Б.,
Ғуломов С.Ч.**

Норасоии сереброваскуляри ва тағйироти электроэнсефалограмма дар беморони гирифтори бемории музмини гурдаҳо
33

**Юсупова М.Х.,
Бобоходжаева З.Б.,
Ғуломов С.Ч.**

Цереброваскулярная недостаточность и изменения электроэнцефалограммы у больных хронической болезнью почек
33

**Yusupova M.Kh.,
Bobokhodzhaeva Z.B.,
Gulomov S.Ch.**

Cerebrovascular insufficiency and electroencephalogram changes in patients with chronic kidney disease
33

БЕМОРИҲОИ КЎДАКОН

ДЕТСКИЕ БОЛЕЗНИ

CHILDHOOD DISEASES

Бабаева Л.А., Якубова З.Х.
Усулҳои асосии табобти кӯдакони гирифтори бронхиолит
37

Бабаева Л.А., Якубова З.Х.
Основные методы лечения бронхиолита у детей
37

Babaeva L.A., Yakubova Z.Kh.
Basic methods of treatment of bronchiolitis in children
37

Музаффаров Ш.С., Исмоилов К.И., Давлатова С.Н.
Ҳолати оксидшавии перекисии чарбҳо дар кодакони навзоди гирифтори сирятҳои дохилибатнии ҳос
41

Музаффаров Ш.С., Исмоилов К.И., Давлатова С.Н.
Окислительно – антиоксидантный статус организма новорожденных детей при специфических внутриутробных инфекциях
41

Muzaffarov Sh.S., Ismoilov K.I., Davlatova S.N.
Oxidative and antioxidant status of organism of the newborn babies with specific congenital infection
41

**Мухаммаднабиева Ф.А.,
Хочаева Н.Н.,
Давлатова С.Н.**
Нишонаҳои ҳоси масуният дар кодакони гирифтори диатезҳои геморрагв
49

**Мухаммаднабиева Ф.А.,
Ходжаева Н.Н.,
Давлатова С.Н.**
Показатели специфического иммунитета при геморрагических диатезов у детей
49

**Muhammadnabieva F.A.,
Khodjaeva N.N.,
Davlatova S.N.**
Immunological peculiarities course of hemorrhagic diathesis in children
49

**Хочаева Н.Н., Исмоилов К.И., Содиков Н.М.,
Мухаммаднабиева Ф.А.**
Параллелҳои гематологӣ ва иммунологӣ дар кӯдакони гирифтори камхунии норасоии оҳан
56

**Ходжаева Н.Н., Исмоилов К.И., Содиков Н.М.,
Мухаммаднабиева Ф.А.**
Гематологические и иммунологические параллели у детей при железодефицитной анемии
56

**Hojaeva N.N., Ismoilov K.I.,
Sodikov N.M.,
Mukhammadnabieva F.A.**
Hematological and immunological parallels in children with iron deficient anemia
56

БЕМОРИҲОИ СИРОЯТӢ

ИНФЕКЦИОННЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ

INFECTIOUS DISEASES

Ёдгорова М.Ч., Кабирзода Т.Д., Тишкова Ф.Х.
Бемориҳои сироятӣ ҳамчун омили хатар ҳангоми ҳомилагӣ
63

Ёдгорова М. Дж., Кабирзода Т.Д., Тишкова Ф.Х.
Инфекционные заболевания как факторы риска при беременности
63

Yodgorova M.J., Kabirzoda T.D., Tishkova F.Kh.
Infectious diseases as risk factors in pregnancy
63



ОНКОЛОГИЯ

**Каримова Ф.Н., Доутова
Л.Р., Туйчибоев Ф.Х.,
Юлдошев Р.З.**

Оризаҳо ва таъсирҳои илова-
гии табобати шуоии хими-
явӣ дар беморони дорои
саратони маҳаллӣ – паҳншу-
даи гарданаки бачадон
68

ОНКОЛОГИЯ

**Каримова Ф.Н., Доутова
Л.Р., Туйчибоев Ф.Х.,
Юлдошев Р.З.**

Осложнения и побочные
эффекты химиолучевой те-
рапии у больных местно-
распространенным раком
шейки матки
68

ONCOLOGY

**Karimova F. N., Doutova L.
R., Tuichiboev F. Kh.,
Yuldoshev R. Z.**

Complications and side effects
of chemoradiotherapy
therapy in patients with
locally advanced cervical
cancer
68

ОТОЛАРИНГОЛОГИЯ

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

Ихтилоли шунавоӣ зимни
аномалияҳои гӯши дохилӣ
73

ОТОЛАРИНГОЛОГИЯ

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

Слуховые нарушения при
аномалиях внутреннего уха
73

OTOLARINGOLOGY

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

Hearing disorders in inner ear
anomalies
73

СТОМАТОЛОГИЯ

**Олимов А.М., Абдурахимов
А.Х., Чонибекова Р.Н.**

Оптимизатсияи ёрии стома-
тологӣ ва чорабиниҳои
реабилитатсионӣ дар кӯда-
кони дорои роғи модарзо-
дии лаб ва ком
80

СТОМАТОЛОГИЯ

**Олимов А.М., Абдурахимов
А.Х., Джонибекова Р.Н.**

Оптимизация стоматологиче-
ской помощи и реабили-
тационных мероприятий у
детей с расщелиной губы и
нёба
80

STOVATOLOGY

**Olimov A.M., Abdurakhimov A.
H. Jonibekova R. N.**

Optimization of
stomatological help and
rehabilitation activities in
children with congenital cleft
lip and palate
80

Салимов Б.А.

Захираҳои кадрӣ ҳадамоти
стоматологӣ дар вилояти
Хатлон
85

Салимов Б.А.

Кадровые ресурсы стомато-
логической службы Хатлон-
ской области
85

Salimov B.A.

Human resources of the
dental service of Khatlon
region
85

**Чонибекова Р.Н.,
Абдурахимов А.Х.,
Рахимов Н.М.**

Басомади пайдошавии
роғҳои модарзодии лаби
боло ва ком дар кӯдакони
Ҷумҳурии Тоҷикистон
92

**Джонибекова Р.Н.,
Абдурахимов А.Х.,
Рахимов Н.М.**

Частота врожденных рас-
щелин верхней губы и нёба
у детей в Республике Таджи-
кистан
92

**Jonibekova R.N.,
Abdurakhimov A.Kh.,
Rakhimov N.M.**

The frequency of occurrence
of congenital cleft of the
upper lip and palate in
children in the republic of
tajikistan
92

**Юсупов З.Я.**

Беморшавии стоматологии шахсоне, ки дар шароити таъсири техногении истеҳсоли алюминий кор мекунанд
96

Юсупов З.Я.

Стоматологическая заболеваемость лиц, работающих в условиях техногенного влияния алюминиевого производства
96

Yusupov Z.Ya.

Dentistry disease of the persons, working in condition of the technogenic influences of aluminum production
96

ТИББИ СУДӢ

Курбонова И.Ш., Шарипов Ҳ.Ю., Имомов Б.Д., Диловаршои Б., Мавлонов М.А.

Кандидози орофарингеалии пардаи луобии ковокии даҳон дар беморони гирифтори вируси норасоии масунияти одам
101

СУДЕБНАЯ МЕДИЦИНА

Курбонова И.Ш., Шарипов Ҳ.Ю., Имомов Б.Д., Диловаршои Б., Мавлонов М.А.

Орофарингеальный кандидоз слизистой оболочки полости рта у больных с вирусом иммунодефицита человека
101

FORENSIC MEDICAL

Kurbonova N.G., Sharipov. Kh. Yu., Imomov A.D. Dilovarshoi B, Mavlonov M.A.

Oropharyngeal candidiasis of the oral mucosa in patients with human immunodeficiency virus
101

ЧАРРОҲӢ

Азизов А.А., Шарипов А.М., Бадалов Ш.А., Магзумов Д.Р., Азизов Б.А.
Оид ба масъалаи истифодабарии табобат тавассути бофтаҳо ҳангоми нефролитиази дучонибаи бисёрҷояи марҷоншакл дар заминаи пиелонефрити калкулёзв ва бемории музмини гурдаҳо дар кӯдакон
105

ХИРУРГИЯ

Азизов А.А., Шарипов А.М., Бадалов Ш.А., Магзумов Д.Р., Азизов Б.А.
К вопросу о применении тканевой терапии при двустороннем множественном коралловом нефролитиазе на фоне калькулезного пиелонефрита и хронической болезни почек у детей
105

SURGERY

Azizov A.A., A.M. Sharipov, Badalov SH.A., Magzumov D.R., Azizov B.A.
To the question of the application of tissue therapy in bilateral multiple coral nephrolitiasis on the background of calculous pyelonephritis and chronic kidney disease in children
105

Аннаев М.Б.

Синдроми дефекасиаи обструктивӣ дар беморони дорои бемориҳои музмини чарроҳии канали мақъад
111

Аннаев М.Б.

Синдром обструктивной дефекации у больных с хроническими хирургическими патологиями анального канала
111

Annayev M.B.

Obstructive defecation syndrome in patients with chronic surgical pathologies of the anal canal
111

Маҳмадҷонов Д.М.

Ташхис ва хусусиятҳои табобати чарроҳии нефролитиази оризаноки кӯдакон
117

Маҳмадҷонов Д.М.

Диагностика и особенности оперативного лечения осложненного нефролитиаза у детей
117

Mahmadjonov D.M

The problems of nephrolitiasis in children in endemic focus of urolithiasis
117



<p>Назаров Ҳ.Ш. Усулҳои беҳтарнамоии барқароргардии ҳолати вазоифии рӯда дар марҳилаи барвақтии баъдичароҳӣ зимни ҷой доштани ногузарогии шадиди рӯдаҳо 124</p>	<p>Назаров Ҳ.Ш. Способы улучшения восстановления функционального состояния кишечника при острой кишечной непроходимости 124</p>	<p>Nazarov H.Sh. Methods for improving recovery of intestinal functional conditions in early postoperation in case of acute intestinal obstruction 124</p>
<p>Ҳайдаров М.М. Бартараф намудани контрактураҳо ва деформатсияҳои пас аз осеби андоми поёни 129</p>	<p>Ҳайдаров М.М. Устранение контрактуры и посттравматических деформаций нижних конечности 129</p>	<p>Khaydarov M. M. Elimination of contracture and post-traumatic deformities of the lower limbs 129</p>
<p>Ҳомидов И.Т. Ташхис ва муолиҷаи чароҳии чурраҳои вентралӣ 135</p>	<p>Ҳамидов И.Т. Диагностика и хирургическое лечение вентральных грыж 135</p>	<p>Khamidov I.T. Diagnosis and surgical treatment of ventral hernias 135</p>
<p>Худойдодов О.М. Ҷарроҳии чурраҳои вентралӣ ҳаҷман калон 142</p>	<p>Худойдодов О.М. Хирургическое лечение больших рецидивных вентральных грыж 142</p>	<p>Khudoydodov O.M. Surgical treatment of large recurrent ventral hernias 142</p>
<p>ФАРМАКОЛОГИЯ</p>	<p>ФАРМАКОЛОГИЯ</p>	<p>PHARMACOLOGY</p>
<p>Рачабов Г.О., Сафарзода Р.Ш. Оптимизатсияи усули муайянсозии таркиби холестероли зардобии хун бо усули ХГМ (хроматографияи газу моеъ) 149</p>	<p>Раджабов Г.О., Сафарзода Р.Ш. Оптимизация способа определения содержания сывороточного холестерина методом ГЖХ (газожидкостная хроматография) 149</p>	<p>Radjabov G.O., Safarzoda R.Sh. Optimization of the method for determining the content of serum cholesterol by glc (gas-liquid chromatography) 149</p>
<p>Султонов Р.А., Рачабов У.Р., С.Ҷ. Юсуфӣ, Раҳимӣ Ф. Тадқиқи хосиятҳои антиоксидантии маҷмуи флаваноидҳо, прополис ва мумиёи доругӣ бо усули РЭП 153</p>	<p>Султонов Р.А., Раджабов У.Р., Юсуфи С.Дж., Раҳими Ф. Исследование антиоксидантных свойства сумма флаваноидов, прополис и мумиё лекарственного методом ЭПР 153</p>	<p>Sultonov R.A., Rajabov U.R., Yusufi S. J., Rahimi F. Antioxidant property study sum of flavanoids, propolis and mumiyo medicinal by epr method 153</p>
<p>Шарифзода Ш.Б. Омузиши таъсири зидди диабетикӣ фитоконцентрат 157</p>	<p>Шарифзода Ш.Б. Исследование антидиабетической действия фитоконцентрата 157</p>	<p>Sharifzoda Sh.B. Research on the antidiabetic effects of a phytoconcentrate 157</p>

**ШАРҲИ АДАБИЁТ**

**Аюбов Ч.К., Назаров Ш.К.,
Хокироев Т.З.**

Механизмҳои патогенетикии инкишофи алоими аксуламали илтиҳоби системавӣ ҳангоми панкреатитҳои шадиди табоҳшуда бо панкреонекроз

161

ТИББИ НАЗАРИЯВӢ

Давлятов И.А., Курбонов С., Ашуров К.

Бозсозии морфофункционалии рағҳои хунгарди ғадуди сипаршақл ҳангоми ҷоғари паҳнғфтаи токсикӣ

173

ҒАЙРИТИБӢ

Гиёев А.Х.

Мавқеи калимаҳои иқтибосӣ дар забони тоҷикӣ

178

Назаралиев Ф.А.

Ҳамкориҳои Тоҷикистон бо давлатҳои Осиёи Марказӣ дар мубориза бар зидди терроризм ва экстремизм дар минтақа

181

Саидзода Муҳаммад

Оқибатҳои иҷтимоии ислоҳоти иқтисодӣ дар Тоҷикистон

185

Салимов А., Шарипов А.
Мақом ва нақши сиёсати демографӣ дар шароити муосир

192

ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ

Аюбов Дж.К., Назаров Ш.К. Хокироев Т.З.

Патогенетические механизмы развития синдрома системной воспалительной реакции при остром деструктивном панкреатите, осложнённом панкреонекрозом

161

ТЕОРЕТИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА

Давлятов И.А., Курбонов С., Ашуров К.Э.

Морфофункциональная преобразование сосудистой системы щитовидной железы при диффузном токсическом зобе

173

НЕМЕДИЦИНСКИЙ

Гиёев А.Х.

Место заимствованных слов в таджикском языке

178

Назаралиев Ф.А.

Сотрудничество Таджикистана с государствами Центральной Азии в борьбе с терроризмом и экстремизмом в регионе

181

Саидзода Муҳаммад

Социальные последствия экономических реформ в Таджикистане

185

Салимов А., Шарипов А.

Место и значение демографической политики в современных условиях

192

LITERATURE REVIEW

Ayubov Dzh. K., Nazarov Sh.K., Khokiroev T. Z.

Pathogenetic mechanisms of the development of the systemic inflammatory reaction syndrome in acute destructive pancreatitis complicated with pancronecrosis

161

THEORETICAL MEDICINE

Davlyatov I.A., Kurbonov S., Ashurov K.E.

Morphofunctional transformation of the vascular system of the thyroid gland in diffusive toxic goiter

173

NON- MEDICAL

Giyoev A.K.

Features of borrowings words of the tajik language

178

Nazaraliev F. A.

Tajikistan's cooperation with Central Asian states in the fight against terrorism and extremism in the region

181

Saidzoda Muhammad

Social consequences of economic reforms in tajikistan

185

Salimov A, Sharipov A.

The place and significance of demographic policy in modern conditions

192



АНЕСТЕЗИОЛОГИЯ

ОСМОЛЯРНОКИИ ПЛАЗМАИ ХУН, НИШОНДОДҲОИ ГЕМОДИНАМИКӢ ВА ИСЛОҲИ ОН ДАР БЕМОРОНИ НЕЙРОРЕАНИМАТСИОНӢ

Давлатзода Б.Х., Хокиров Т.З., Сафоев С.А., Амонов Д.М.

Кафедраи анестезиология ва реаниматологияи МДТ «Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абуалӣ ибни Сино»

Мубрамият. Муайян намудани нишондиҳандаҳои осмосии хун, гемодинамикаи канорӣ ва марказӣ, дар мавриди беморони дорои соҳаи нейрореаниматсионӣ муҳим аст. Бояд қайд кард, ки хангоми табобат дар беморони осебҳои вазнини косахона ва майнаи сар принципҳои «4-меёр» - осмолярии хун, гликемия, натриемия ва калиемия роя карда шаванд. Омили муҳимтарине, ки вазнинӣ ва оқибати беморони нейрореаниматсиявиро муайян мекунад, вайроншавии мубодилаи об ва электролитҳо мебошад, ки онро гемодинамикаи канорӣ ва марказӣ низ ҳамроҳӣ мекунад. [1,2,3,7,9,].

Тағйироти гемодинамикаи канорӣ марказӣ ва осмолярнокии плазмаи хун боиси халалдор шудани равандҳои ҳаётан муҳими организм мегардад ва тағйирёбии шадиди онҳо метавонанд боиси марги бемор гарданд. [2,4,5,7].

Яке аз муҳимтарин омилҳои дохилӣ, ки ҳолати гомеостази обу намакро дар маҷмуъ инъикос мекунад, фишори хуни осмосӣ мебошад, ки аз рӯи консентратсияи омилҳои осмосӣ дар ҳаҷми тамоми плазма ҳисоб карда мешавад. Нигоҳ доштани он аз ҷониби бисёр системаҳои танзимкунандаи бадан танзим мешавад. [2,3,6,].

Нуктаҳои аз ҷиҳати профилактикӣ муҳим, осон кардани чараёни кофии хуни мағзи сар, мубодилаи газҳо, пешгирӣ ё рафъи вайроншавии ҳолати обу намак ва ҳолати туршию ишқорӣ, ба эътидол овардани ковокии девораи рағҳо ба ҳисоб меравад. [6,7,9,].

Омилҳои осмолярнокии плазмаи хунро муайян мекунанд, консентратсияи натрий, глюкоза, маҳсулоти нитрогенӣ (мочевина) мебошанд. Ислоҳи саривактӣи вайронишҳои осмосӣ ва гемодинамикӣ дар беморони нейрореаниматсия барои натиҷаи мусоиди давраи пеш ва пас аз ҷароҳӣ муҳим аст. [1,4,8,9,].

Мақсади омӯзиш. Омӯзиш ва ислоҳи нишондиҳандаҳои гемодинамикӣ, осмолярнокии плазмаи хун дар беморони нейрореаниматсионӣ.

Мавод ва усулҳои тадқиқот. Дар шӯъбаи реаниматсионии МДММТ ҶТ «Шифобахш» 46 нафар беморони нейрореаниматсионӣ барои табобат бистарӣ буданд. Беморон ба ду гурӯҳ тақсим карда шуд. Дар гурӯҳи I 26 (56,6%) бемор бо осеби мағзи сар. Дар гурӯҳи II 20 (43,4%) бемор, бо осеби вазнини омехтаи мағзи сар бо зарарёбии узвҳои дохилӣ, шомил буданд, ки синни соли миёни беморон 18 то 65 солро ташкил меод.

Ҳангоми қабул дар ҳамаи беморон чунин таҳқиқотҳои лабораторӣ ва клиникӣ зерин татбиқ гардид: фишори миёнаи шараёни (ФМШ), зудии задани дил (ЗЗД), индекси дил (ИД), ҳаҷми дақиқавии гардиши хун (хДХ), муқовимати умумии рағҳои канорӣ (МУРК), гемоглобин (Hb), гемокрит (Ht). Электролитҳои плазмаи хун ($K_{пл}$, $Na_{пл}$), қанди хун ва мочевина, осмолярнокии плазмаи хун. Илова бар ин, дар 32 (69,6%) бемор КТ-и мағзи сар гузаронида шуд. Дар 14 (30,4 %) бемор бо сабаби вазнинии ҳолаташон томографияи мағзи сар гузаронида нашуд. 6 (43,0 %) бемор аз сабаби вайроншавии қори узвҳои нафаскашӣ бо нафаси сунӣ гузаронида шуд.

Дар (n-20) бемор, ки бо осеби вазнини омехтаи мағзи сар бо зарарёбии узвҳои дохилӣ бистари шуда буд ичунин таҳқиқотҳои барои муайян кардани гемоглобин, гемокрит дар динамика, ҳаҷми хуни даврзананда (ХХД), электролитҳои плазмаи хун ($K_{пл}$, $Na_{пл}$) ва осмолярнокии плазмаи хун гузаронида шуд.

Дар беморони гуруҳи I хангоми гузаронидани санҷишҳои клиникӣ биокимёвӣ бинобар зиёд ҳосилшавии катехоламинҳо чу-

нин тағйиротҳои гемодинамикӣ ба қайд гирифта шуд: ФМШ ($112,3 \pm 3,0$ мм.сут.сим.), тахикардия ($96 \pm 8,0$ маротиба дар 1 дак.), ИД ($2,9 \pm 0,8$ л/дак/м².), Нб, ($115,1 \pm 8,0$ г/л), Нт ($34,2 \pm 4,1\%$), Na_п ($132,0 \pm 8,0$ ммол/л), K_п ($3,8 \pm 0,7$ ммол/л), қанди хун ($9,6 \pm 2,1$ ммол/л), сафедаи умумӣ ($58,0 \pm 7,8$ г/л), ичунин осмоллярнокии плазмаи хун ($288,4 \pm 12,5$ мосм/л).

Дар беморони гурӯҳи II (n=20), ки бо осебҳои омехтаи вазнини косахона ва майнаи сар бо зарарёбии узвҳои дарунӣ ва хунравӣ бистари буданд, пастшавии ФМШ ($84,3 \pm 6,0$ мм.сут.сим.), тахикардия ($110 \pm 8,0$ маротиба дар 1 дак.), ИД ($2,6 \pm 2,4$ л/дак/м².), Нб, ($85,1 \pm 10,3$ г/л), Нт ($28,2 \pm 6,1\%$), МУРК ($860,3 \pm 12,2$ дин.с.см⁻⁵), гипергликемия $12,8 \pm 2,4$ ммол/л, камшавии хХД то 15%, консентратсияи Na⁺ дар сатҳи $145,2 \pm 8,3$ ммол/л, мочевина $7,8 \pm 1,2$ ммол/л, гиперосмоллярнокии плазмаи хун $320,0 \pm 12,8$ мосмол/л ба назар мерасид, ки ҳолати мазкур бо зиёдшудани консентратсияи қанд дар таркиби хун ва камшудани хХД вобастагӣ дорад.

Ба ҳамаи беморон (n=46) дар соатҳои аввали бистарӣ бо мақсади таъбиати интенсивӣ ва сабук кардани дардҳои баъди осебӣ аналгетикҳои мухадирӣ ва ғайримухадирӣ, маводҳои гемостазӣ, зардоби зудяхкардашуда ва антиоксидантҳо таъйин карда шуд. Таъбиати инфузионӣ вобаста ба ҳолати вазнинии беморон бо суръати 20-30 мл/кг/шабонарӯз, таҳти назорати фишори марказии вараидӣ (ФМВ) ва пешоб, ичунин доруҳои зиддибактериявӣ аз рӯйи ҳасосият таъйин карда шуд. Илова бар ин дар мавриди беморони гурӯҳи II (n=20) бо мақсади пурра гардонидани хХД кристаллоидҳо ва маҳлулҳои коллоидӣ таъйин гардид.

Натиҷаҳои омӯзиш ва муҳокимаи онҳо. Ҳангоми қабул дар беморони гурӯҳи I (n=26) дар соатҳои аввали бистарӣ ба шубҳаи реаниматсия, пас аз таъйин намудани таъбиати инфузионӣ, аналгетикҳо, антиоксидантҳо ва зардоби зудяхкардашудаи тоза, дар 2-3 рӯзи таъбиат нишондиҳандаҳои гемодинамикӣ аз қабилӣ ФМШ ($105,2 \pm 2,0$ мм.сут.сим.), тахикардия ($86 \pm 4,0$ маротиба дар 1 дак.), ИД ($3,1,0 \pm 1,4$ л/дак/м².), Нб, ($120,1 \pm 8,0$ г/л), Нт ($36,2 \pm 4,1\%$), Na_п ($135,0 \pm 5,0$ ммоль/

л), K_п ($3,8 \pm 0,7$ ммол/л), қанди хун ($7,7 \pm 1,3$ ммол/л), мочевина $7,7 \pm 1,3$ ммол/л, сафедаи умумӣ ($58,0 \pm 7,8$ г/л), ичунин осмоллярнокии плазмаи хун ($294,0 \pm 8,5$ мосм/л) ва дигар нишондодҳои гемодинамикӣ ба назар расид.

Дар беморони гурӯҳи II-юм (n=20), ки бо осебҳои омехтаи вазнини косахона ва майнаи сар ҳамроҳ бо зарарёбии узвҳои дарунӣ, ҳангоми қабул бо сабаби зиёдшудани консентратсияи қанди хун ва пастшудани хХД, гиперосмоллярнокии плазмаи хун ($318,6 \pm 14,8$ мосмол/л) мушоҳида шуд, пас аз гирифтани таъбиати инфузионӣ трансфузионӣ нишондиҳандаҳои гемодинамикӣ чунин ба назар мерасид: ФМШ ($88,3 \pm 5,0$ мм.рт.ст.), ЗЗД ($98,2 \pm 8,0$ зарба/дак.), ИД ($2,8 \pm 1,5$ л/дак/м².), Нб, ($90,1 \pm 8,3$ г/л), Нт ($32,2 \pm 6,1\%$), МУРК ($110,3 \pm 10,2$ дин.с.см⁻⁵), консентратсияи қанди хун $10,4 \pm 2,4$ ммол/л, ҳаҷми хуни даврзананда (хХД) то 10% пур гардид, консентратсияи Na_п $136,2 \pm 5,3$ ммол/л, мочевина $6,8 \pm 1,2$, осмоллярнокии плазмаи хун $298,6 \pm 8,4$ мосм. ба назар расид. Дар беморони ин гурӯҳ, пеш аз ҳама, бо мақсади пешгирии пастшавии фишори хун бо истифода аз кристаллоидҳо, коллоидҳо, трансфузияи зардоби зудяхкардашуда, барои боздоштани хунравиҳо ва ҳаҷми эритроцитҳо бо мақсади нигоҳ доштани перфузияи мағзи сар ва қобилияти оксигенӣ эритроцитҳо таъбиати инфузионӣ трансфузионӣ гузаронида шуд.

Дар мавриди бемороне, ки зимни онҳо фишори хунро дар сатҳи бехатар муътадил кардан имконпазир буд ба ҳамаи маводҳои инфузионӣ, аминҳои прессорӣ (допамин $10-15$ мкг/кг/соат), доруҳои гормонӣ (дексаметазон 8 мг Ч 3-4 бор дар як рӯз) то муътадилшудани фишори хун илова карда шуд, ки чунин натиҷаҳои гемодинамикӣ ва осмоллярнокии плазмаи хун ба назар мерасид. ФМШ ($90,3 \pm 3,0$ мм.сут.сим.), ЗЗД ($90 \pm 8,0$ зарба/дак.), ИД ($2,6 \pm 1,4$ л/дак/м².), Нб, ($95,4 \pm 5,6$ г/л), Нт ($34,2 \pm 6,1\%$), қанди хун $9,1 \pm 2,4$ ммол/л, ва ҳаҷми хуни даврзананда (хХД) 10%, миқдори натрий $135,2 \pm 8,3$ ммол/л, мочевина $7,8 \pm 1,2$, МУРК ($1180,3 \pm 12,2$ дин.с.см⁻⁵), K⁺ ($3,8 \pm 1,2$ ммоль/л), сафедаи



умумӣ ($58,4 \pm 7,2$ г/л). Новобаста аз татбиқи табобатҳои зарурии инфузионно-трансфузионӣ ва идома додани нафаси сунъии дарозмудат дар 6 (43,0%) бемори гурӯҳи 2-юм, ки бо осеби вазнини омехтаи мағзи сар ва зарарёбии узвҳои дохилӣ дар таҳти нафаси сунъӣ қарор доштанд, бинобар ҷой доштани хунравии ба ҳаёт номувафиқ ва осебҳои вазнини омехтаи мағзи сар, варами мағзи сар чунин нишондодҳои гемодинамикӣ ФМШ ($50,3 \pm 3,0$ мм.сут.сим.), ЗЗД ($130,0 \pm 8,0$ зарба/дақ.), МУРК ($630,0 \pm 32,0$ дин.с.см.⁻⁵), сафедаи умумӣ ($49,0 \pm 3,0$ г/л), осмолярнокии плазмаи хун ($260,0 \pm 6,0$ мосмол/л), гипонатриемия ($121,0 \pm 4,0$ ммол/л), гипокалиемия ($3,6 \pm 0,9$ ммол/л) ва бо сабаби норасогии бисёрузвӣ дар 4 (66,6%) бемор фавтид.

Хулоса. Ислоҳи саривактии ҳалалёбиҳои осмосиву гемодинамикӣ дар беморони нейрореаниматсия барои натиҷаи мусоиди давраи пеш ва пас аз ҷарроҳӣ муҳим аст. Ҳангоми табобати инфузионии беморони нейрореаниматсионӣ риояи принципҳои «4-меъёр» - осмолярнокии хун, гликемия, натриемия, калиемия инчунин нишондодҳои гемодинамикӣ низ зарур аст. Дар давраҳои шадиди беморони нейрореаниматсионӣ таъйин накардани маҳлулҳои гипоосмолярӣ (глюкозаи 5% ва албумини 20%) ба мақсад мувофиқ аст. Истифодаи сипатомиметикҳо ҳангоми нокифоя будани муолиҷаи инфузионӣ ва мавҷудияти фишорбаландии шароёнӣ дар шароити нормоволеимӣ зарур шуморида мешавад.

Адабиёт

1. Ахмедов Д.А., Нурув А.П., Давлатов Б.Х. Инфузионно-трансфузионная терапия в анестезиологии и реаниматологии. Учебное пособие /Ахмедов Д.А., Нурув А.П., Давлатов Б.Х. Душанбе. 2018. – 99с.
2. Крылов В.В. «Нейрореаниматология». Практическое руководство / В.В. Крылов, С.С. Петриков, Г.Р. Рамазанов, А.А. Солодов // Библиотека врача – специалиста. 2-е изд. Перераб. и доп. -М.: ГЭОТАР Медиа, 2016. 171с.
3. Могила В.В., Мельниченко П.В. Интенсивная терапия легочных осложнений у больных с тяжелой черепно-мозговой травмой //Вест. морского врача. – Севастополь, 2015. – С. 107 – 108.
4. Бутылин Ю.П., Бутылин В.Ю., Бутылин Д.Ю. Интенсивная терапия неотложных состояний. / Ю.П. Бутылин, В.Ю.Бутылин., Д.Ю. Бутылин-Киев: Новый друк, 2013-528с.
5. Гельфанд Б.Р. «Интенсивная терапия». Национальное руководство. / Под. ред. Б.Р. Гельфанда, А.И. Салтанова. М.: ГЭОТАР – Медиа, 2011. 1744с.
6. Овечкина А.М. «Анестезиология и интенсивная терапия» /Под ред. А.М.Овечкина. – М.: Изд. «Бином», 2011. 408с
7. Жизневский Я.А. Основы инфузионной терапии. /Я.А.Жизневский Справ.прак.пособие.-Минск: Высшая школа, 2004.-228с.
8. Барышев Б.А. Кровозаменители: Справочник для врачей. /Б.А.Барышев-СПБ.: Человек,2001.-96с
9. Шифман Е.М., Тиканадзе А.Д. Инфузионная терапия периоперационного периода: что, кому и сколько? /Е.М. Шифман, А.Д.Тиканадзе – Петрозаводск: Интел тек, 2001-40с.

ОСМОЛЯРНОСТЬ ПЛАЗМИ КРОВИ, ГЕМОДИНАМИКА И ЕЁ КОРРЕКЦИЯ У НЕЙРОРЕАНИМАЦИОННЫХ БОЛЬНЫХ

Давлатзода Б.Х., Хокиров Т.З., Сафоев С.А., Амонов Д.М.

Кафедра анестезиологии и реаниматологии ГОУ «ТГМУ имени Абуали ибни Сино»

Резюме. В исследование включены 46 нейрореанимационных больных в возрасте от 18 до 65 лет, находящихся в отделении реанимации ГУ НМЦ РТ «Шифобахш».

Регистрировано 26 (56,6%) больных с изолированной черепно-мозговой травмой (ЧМТ)



и 20 (43,4%) пациентов с сочетанными черепно-мозговыми травмами с повреждением внутренних органов. У всех больных проводили следующие лабораторно-клинические исследования: электролиты плазмы крови, осмолярность плазмы крови, сахар крови и мочевины, (Hb), (Ht), ОЦК и велся мониторинг среднего артериального давления (САД), сердечный индекс (СИ), ударный объем (УО), минутный объем кровообраще-

ния (МОК), общее периферическое сосудистое сопротивление (ОПСС). Полученные результаты указывают, что у пациентах сочетанные черепно-мозговыми травмами с повреждением внутренних органов, наблюдалось гемодинамическое изменение в виде гиперосмолярности плазмы за счет повышения сахара крови и снижения ОЦК.

Ключевые слова: осмолярность, гемодинамика, нейрореанимация, коррекция.

BLOOD PLASMA OSMOLARITIES, HEMODYNAMICS AND ITS CORRECTION IN NEUROREANIMATIONAL PATIENTS

Davlatzoda B.Kh., Khokiroev T.Z., Safoev S.A., Amonov D.M.

Anesthesiology and resuscitation department of ATSMU

Summary. The study included 46 neuro-resuscitation patients aged 18 to 65 years who are in the intensive care unit of the State Institution NMC RT “Shifobakhsh”. Registers 26 (56.6%) patients with isolated traumatic brain injury (TBI) and 20 (43.4%) patients with combined traumatic brain injury with damage to internal organs. All patients underwent the following laboratory and clinical studies: blood plasma electrolytes, blood plasma osmolarity, blood sugar and urea, (Hb), (Ht), bcc, and monitoring of mean arterial pressure

(MAP), cardiac index (CI), stroke volume (VV), minute volume of blood circulation (MOV), total peripheral vascular resistance (OPSS). The obtained results indicate that in patients with combined traumatic brain injuries with damage to internal organs, hemodynamic changes were observed in the form of plasma hyperosmolarity due to an increase in blood sugar and a decrease in BCC.

Key words: osmolarity, hemodynamics, neuroresuscitation, correction.

Давлатзода Бахриддин – н.и.т, дотсент, мудири кафедраи анестезиология ва реаниматологияи МДТ ДДТТ ба номи Абуали ибни Сино. b-davlatov@bk.ru Тел. 931.02.02.86

Хокиров Точиддин – ассистенти кафедраи анестезиология ва реаниматологияи МДТ ДДТТ ба номи Абуали ибни Сино., н.и.т., дотсент.

Сафоев Саади Абдугафорович - ассистенти кафедраи анестезиология ва реаниматологияи МДТ ДДТТ ба номи Абуали ибни Сино. Тел.888.858.859

Амонов Давлатёр - ассистенти кафедраи анестезиология ва реаниматологияи МДТ ДДТТ ба номи Абуали ибни Сино. Тел.900.37.74.54

Давлатзода Бахриддин – к.м.н., доцент. зав.кафедрой анестезиологии и реаниматологии ГОУ ТГМУ имени Абуали ибн Сино. b-davlatov@bk.ru Тел. 931.02.02.86

Хокиров Тоджиддин – ассистент кафедры анестезиологии и реаниматологии ГОУ ТГМУ имени Абуали ибн Сино., к.м.н., доцент.

Сафоев Саади - ассистент кафедры анестезиологии и реаниматологии ГОУ ТГМУ имени Абуали ибн Сино.

Амонов Давлатёр - ассистент кафедры анестезиологии и реаниматологии ГОУ ТГМУ имени Абуали ибн Сино.

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

Khokiroev Tojiddin – PhD. associate professor of the Department of Anesthesiology and Reanimatology, SEI “ATSMU”.

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

Davlatyor Amonov - assistant of the Department of Anesthesiology and Reanimatology, SEI «ATSMU»



БЕМОРИҲОИ ДАРУНӢ

ХУСУСИЯТҲОИ КЛИНИКӢ- ФУНКЦИОНАЛИИ БЕМОРИИ ДОРОИ НЕФРОПАТИЯИ ДИАБЕТӢ

Ғаниев Х.С.

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

Муҳимият. Синдроми камхунӣ ҳолати клиникӣ- гематологие мебошад, асосан бо кам шудани миқдори гемоглобин дар хун вобаста аст. Камхунӣ яке аз оризаҳои чиддии бемориҳои музмини гурдаҳо (БМГ) мебошанд, ки ба сифати ҳаёт ва зиндагонии умумии беморон таъсир мерасонад. Синдроми камхунӣ дар беморони дорои нефропатияи диабетӣ (НД) барвақт пайдо мешавад ва нисбат ба дигар бемориҳои гурдаҳо вазнинтар мегузарад[1-3]. Дар таҳқиқоти RENAAL(2001) дар беморони дорои диабетти қанд (ДҚ) типии 2 нишон дода шудааст, ки ғализати гемоглобин имконият медиҳад, ки босуръат пеш рафтани осебҳои гурдаҳо пешгӯӣ карда шавад. Дар таҳқиқотҳои М.В.Шестанова ва ҳаммуаллифон [1] муқаррар карда шуд, ки ҳангоми ДҚ -2 камхунӣ хатари пешравии ДҚ-ро то марҳалаи НМГ то5,3 маротиба бештар месозад.

Ҳангоми суст шудани функцияи гурдаҳо пайдо шудани камхунӣ ба таври анъанавӣ бо дефисити эритропоэтини эндогенӣ, кӯтоҳ шудани мӯҳлати зиндагии эритроситҳо ва дефисити оҳан дар организм алоқаманд месозад[7-9]. Барои ташхис намудани камхунии гурдаҳо хеле кам зарурати чен кардани сатҳи эритропоэтин дар зардоби хун ба миён меояд, чунки ҳамбастагии муайяни байни возеҳии камхунӣ ва дараҷаи суст шудани функцияи гурдаҳо мавҷуд аст[10,11]. Барои ҳамин ҳам барвақт муайян кардан, фарқ қуноидан ва омӯхтани динамикаи тағйироти аломатҳои клиникӣ-лаборатории синдроми камхунӣ дар беморони дорои БМГ ҳангоми ДҚ имконият медиҳад, ки дараҷаи вазнинии ихтилоли функцияҳои гурдаҳо ва статуси умумии соматикӣ ин категорияи беморон дуруст баҳогузорӣ карда шавад, ки дар оянда барои оқилона ҳаллу фасл кардани қарорҳо чихати табобати онҳо ёрӣ мерасонад.

Дар минтақаҳои Ҷумҳурии Тоҷикистон вобаста аз хусусиятҳои иҷтимоӣ- иқтисодӣ масъалаи мубрам на танҳо масъалаи омӯхтани хусусиятҳои БМГ дар беморони дорои ДҚ ба ҳисоб меравад, балки масъалаи ҳаллу фасли ин вазифа бо истифодаи усулҳои нисбатан соддаву амалии таҳқиқот маҳсуб мешавад.

Мақсади таҳқиқот: Омӯзиши хусусиятҳои клиникӣ-лаборатории синдроми камхунӣ ва иртиботи мутақобилаи он бо ихтилолҳои функцияҳои гурдаҳо ҳангоми марҳалаҳои 3,4,5-уми БМГ дар беморони дорои нефропатияи диабетӣ мебошад.

Мавод ва усулҳои таҳқиқот. Дар таҳқиқот натиҷаҳои таҳлили комплекси клиникӣ-функционалии 90 бемори (гурӯҳи асосӣ) дорои марҳалаҳои миёна, вазнин ва терминалии БМГ дохил карда шуданд, ки дар заминаи нефропатияи диабетикӣ ҳангоми диабетти қанд типии 2 пайдо мешаванд. Мардҳо- 58 нафар, занҳо- 32 нафар буданд, синну сол аз 29 то 63 сола, синну соли миёна 45,7 солро ташкил дод. Давомнокии бемории асосӣ то пайдо шудани аломатҳои аввалини нефропатияи диабетӣ аз 13 то 28 солро ташкил дод. Беморон чунин гурӯҳбандӣ карда шуданд:

а) гурӯҳи 1-30 бемор дар марҳалаи 3-БМГ(БМГ- муътадил);

1а-15 бемор, дар марҳалаи 3А-БМГ; СКФ=59-45мл/ дак/1,73м²

1б-15 бемор дар марҳалаи 3Б-БМГ; СКФ=44-30мл (дак.1,73м²

б) гурӯҳи 2-30 бемор дар марҳалаи 4БМГ (БМГ вазнин);

СКФ=29-15мл /дак/ 1,73м²

в) гурӯҳи 3-30 бемор дар марҳалаи 5БМГ (норасоии терлингалии музмини гурдаҳо);

СКФ камтар аз 15 мл/дак/1,73 м²

Барои муқаррар кардани маълумотҳои меъёрӣ 20 нафари солим таҳқиқ карда шуд.

,ки чихати синну сол ва чинс мувофиқат мекарданд (10 мард ва 10 зан, синну сол аз 30 то 60 сола), ки гурӯҳи назоратиро ташкил доданд.

Ҳамаи беморон аз таҳқиқоти семарҳилавӣ тибқи схемаи маъмулии таҳқиқот оид ба нефрология бо муайян кардани миқдори эритроцитҳо, ретикулоцитҳо, тромбоцитҳо, гемоглобин, гематокрит, нишондиҳандаи ранга, мӯхтавои охани зардоби хун дар хуни периферӣ. Натиҷаҳои таҳқиқоти хуни канорӣ мувофиқи тавсияҳои ТУТ (2001) баҳогузори карда шуд. Коркарди омории натиҷаҳо бо ёрии барномаи «Microsoft excel 2010» анҷом дода шуд. Ҳангоми таҳлил кардани гурӯҳбандӣ кардани басомади тағйирёбандаи қимматҳои чудоғона, миёнаи арифметикӣ, инҳирофи миёнаи квадратӣ ва медиана бо сохтани гистограммаҳои басомадӣ муайян карда шуд. Ҳангоми муқоиса

кардани гурӯҳбандии параметрҳо дар байни гурӯҳҳо аз критерияи χ^2 ва таҳлили дисперсионӣ истифода карда шуд. Барои баҳогузори кардан ба алоқамандии байни переманной аз критерияи χ^2 , коэффитсиенти коррелятсияи Пирсон «Р» ва коэффитсиенти коррелятсияи спирмен «Р» истифода карда шуд. Эътимоднок ҳангоми $P < 0,05$ ҳисобида шуд. Дар таҳқиқот беморони дорои камхунии камбуди оҳан, беморони дорои БМГ, ки дар асоси дигар бемориҳои гурдаҳо, атеросклероз ва БНД пайдо мешаванд, дохил карда нашуданд.

Натиҷаҳо ва баррасии онҳо. Таҳлили симптомҳои клиникӣ дар беморони дорои нефропатияи диабетӣ дар марҳалаҳои 3,4,5 БМГ ҳангоми ДҚ миқдори нисбатан баландтари якҷояшавии симптомҳои реналӣ бо симптомҳои кардиалӣ, диспептикӣ ва камхунӣ муайян карда шуд.

Ҷадвали 1.- Басомади симптомҳои клиникӣ-лаборатории БМГ ҳангоми нефропатияи диабетӣ.

Синдромҳои асосӣ		Марҳалаҳои БМГ				
		Гурӯҳи 1 (n=30)		Гурӯҳи 2 (n=30)	Гурӯҳи 3 (n=30)	Ҳамагӣ (n=90)
		1a (n=15) СКФ = 49,1±4,1	1б (n=15) СКФ = 34,2±3,6			
Ренальные симптомы	Протеинурия:	15 (100%)	15 (100%)	30 (100%)	30 (100%)	90 (100%)
	а) сабук $A_1 < 1$ г/ш/р	8 (53,3%)	7 (46,7%)	8 (26,7%)	6 (20,0%)	29 (32,2%)
	б) миёна $A_2 1-3$ г/ ш/р	4 (26,7%)	4 (26,7%)	14 (46,7%)	12 (40,0%)	34 (37,8%)
	в) возеҳ $A_3 > 3$ г/ ш/р	3 (20,0%)	4 (26,7%)	8 (26,7%)	12 (40,0%)	27 (30,0%)
	Фишорбаландии шарёӣ:	12 (80,0%)	13 (86,7%)	26 (86,7%)	28 (93,3%)	79 (87,8%)
	Дараҷаи 1	4 (26,7%)	6 (40,0%)	4 (13,3%)	4 (13,3%)	18 (20,0%)
	Дараҷаи 2	5 (33,3%)	4 (26,7%)	12 (40,0%)	14 (46,7%)	35 (38,9%)
	Дараҷаи 3	3 (20,0%)	3 (20,0%)	10 (33,3%)	10 (33,3%)	26 (28,9%)
Синдроми варам	7 (46,7%)	8 (53,3%)	17 (56,7%)	21 (70,0%)	55 (61,1%)	
Шикоятҳои кардиалӣ		7 (46,7%)	8 (53,3%)	15 (50,0%)	19 (63,3%)	49 (54,4%)
Ихтилолҳои диспептикӣ		7 (46,7%)	8 (53,3%)	18 (60,0%)	21 (70,0%)	54 (60,0%)
Шикоятҳои камхунӣ		4 (26,7%)	5 (33,3%)	20 (66,7%)	24 (80,0%)	53 (58,9%)
Дарди сар		12 (80,0%)	13 (86,7%)	26 (86,7%)	27 (90,0%)	78 (86,7%)
Сарчарҳзанӣ		8 (53,3%)	8 (53,3%)	16 (53,3%)	18 (60,0%)	50 (55,5%)

Басомади фишорбаландии шарёӣ (ФШ) дар гурӯҳҳои 1, 2 ва 3-юм мутаносибан 83,3%, 86,7% ва 93,3%-ро ташкил дод. Бояд зикр кард, ки фишорбаландии танҳо дар 20% -и беморон дида ва дар гурӯҳи якуми дорои марҳалаҳои 3 А ва 3 Б-и БМГ муайян карда шуд. Фишорбаландии миёнаи ша-

рёӣ ва дараҷаи вазнини он дар 28,9 ва 38,9%-и беморон муайян карда шуд, ки асосан ҳангоми марҳалаҳои вазнин ва терминалии БМГ мавҷуд буданд.

Таҷрибаи амаливу маълумотҳои сарчашмаҳои [7,9,10] нисбатан зиёдтар ва ҷараёни вазнинтар доштани ФШ-ро дар беморони



дорои ДН нисбат ба популятсияи беморони дорои гломерулопатияи пайдоишаш дигар нишон медиҳанд. Ин нуқтаро таҳқиқотҳои анҷомдодаи кормандони мо низ тасдиқ мекунанд [5,6].

Синдроми варам(edematous) дар қисми зиёди таҳқиқшудагон (61,1%) дида шуд. Басомади синдроми варам бо вазнин шудани ҷараёни БМГ зиёд шудааст(мутаносибан 50,0%, 56,7% ва 70%) дар гурӯҳҳои 1,2,3). Варамҳо маъмулан хусусияти нефротикӣ доштанд: дар рӯй, дар мавзеи қамар, андомҳои поёни ҷойгир шуда буданд, дар 19(2,1%)- бемор ҷамъ шудани моеъдар ковокии шикам ва плевра ба назар расид.

Дарачаи возеҳии протеинурияи шабонарӯзӣ диққати махсусро талаб мекунад. Басомади баланди протеинурияи баланд дар беморони дорои НД аломати манфии пешгӯикунанда мебошад, кисуръати протсессии пешрави БМГ –ро метезонад.

Шикоятҳои кардиалӣ таппиши дил, дардҳои даврай дар мавзеи дил, ихтилол ва на-

фастангӣ зоҳир мешавад. Ихтилолҳои диспептикӣ (ҳозима) асосан бо бад шудани иштиҳо, сӯзиши сари дил, вазнинӣ ва дардҳои кӯтоҳмудати ташаннуч (spasm) дар мавзеи меъда зоҳир мегардад. Аз шикоятҳои камхунӣ сустии якбора, қарахтшавии дастҳо, торик шудани пеши чашмҳо, рангпаридагии назарраси қабатҳои пӯст ба мушоҳида расиданд. Сардард ва сарчархзанӣ бинабар бисёрэтиологӣ будани генези онҳо, аз гурӯҳҳои симптомҳои зикршуда, алоҳида баррасӣ карда шуданд.

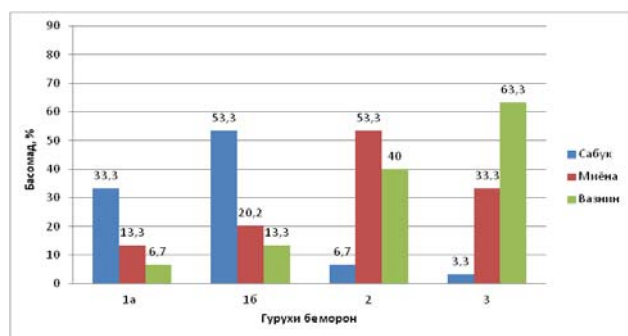
Натиҷаҳои омӯзиши синдроми камхунӣ тибқи нишондодҳои хуни периферӣ низ тағйиротҳои муҳимми гемограммаро дар гурӯҳҳои беморони таҳқиқшуда нишон дод (ҷадвали 2). Таҳлили хуни периферӣ аломатҳои камхуниро дар 81 (90%)-и беморон нишон дод. Камхунии сабук бо сатҳи гемоглабин дар ҳудуди 119-100 г/л дар 16(18%) таҳқиқшуда, камхунии дараҷаи вазниниаш миёна бо сатҳи гемоглобин поёнтар аз 70 г/л –дар 34 (38%) дида шуд.

Ҷадвали 2. – нишондиҳандаҳои гемограмма дар беморони дорои БМГ хангоми НД (M±m).

Нишондиҳанда, воҳиди ченкунӣ	Гурӯҳи назоратӣ (n=20)	Беморони дорои аломатҳои камхунӣ (n=81)		
		Камхунии сабук (n=16)	Вазнини миёна (n=31)	Камхунии вазнин (n=34)
Эритроцитҳо, × 10 ¹² /л	4,86±0,04	3,58±0,01	3,32±0,02	2,63±0,16
Гемоглобин (Нб), г/л	131,8±1,2	100,8±0,9	83,1±1,1	58,1±2,3
Гематокрит (Нт), %	44,2±0,91	39,6±1,32	34,2±2,21	31,5±0,88
Нишондиҳандаҳои ранга (НР),Ед	0,86±0,03	0,80±0,02	0,71±0,03	0,69±0,02
Оҳани серум (ОС),мкмол/л	19,31±1,06	11,58±1,22	10,39±1,34	9,87±1,41

Натиҷаҳои таҳлили басомад ва вазнинии ҷараёни камхунӣ дар гурӯҳҳои таҳқиқшуда дар расми 10 оварда шудааст.

Расми 1. Басомад ва вазнинии камхунӣ дар беморони гирифтори нефропатияи диабетӣ дар марҳалаҳои гуногуни НМГ



Аллақай дар марҳалаи хангоми НД (гурӯҳи 1) дар бештари беморон (70,0%) аломатҳои камхунӣ ба мушоҳида расид. Дар марҳалаи БМГ бештар камхунии сабук ва камтар камхунии дараҷаи вазнини миёна ва вазнини камхунӣ ба мушоҳида расид. Дар ин вазъият, зикр ба маврид аст, ки дар марҳалаи 3Б БМГ (гурӯҳи 1Б) дар муқоиса аз марҳалаи 3А (гурӯҳи 1а) басомади синдроми камхунӣ зиёд мешавад (86,6% дар муқобили 53,3%). Дар барномаҳои миллии нашудаи Ҷамъияти илмии нефрологҳои Россия нисбатан бештар дучор шудани беморони бисёрузвӣ, махсусан осебҳои дилу рағҳо дар беморони марҳилаи 3Б дар муқо-

иса аз марҳилаи 3А БМГ ишора карда мешавад, ки ин аз хеле паст шудани суръати филтратсияи калобачавӣ (сфк) дар марҳилаи 3Б дарак медиҳад. Вобаста аз ин, муаллифон марҳилаи миёнаи БМГ-ро ба марҳалаҳои 3А ва 3Б ҷудо мекунад.

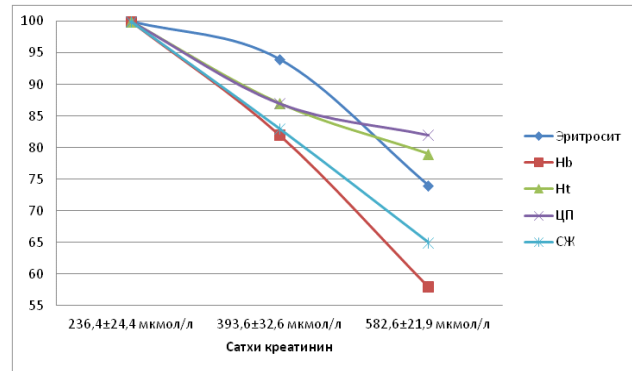
Дар марҳилаи вазнини БМГ ҳангоми НД (гурӯҳи 2) сохтори синдроми камхунӣ ба таърифи вазниншавии ҷараёни он тағйир меёбад. Камхунии сабук дар муоинаҳои ҷудогона (6,7%) ба мушоҳида мерасад, ҳол он ки басмади дараҷаи вазнинии камхунӣ якбора зиёд мешавад (53,3%). Ҳамчунин басмади камхунии вазнин дар муқоиса аз марҳилаи 3Б-и БМГ зиёд шуда, то 40,0% мерасад.

Дар марҳилаи терминалии норасоии музмини гурдаҳо ҳангоми НД (гурӯҳи 3) низ тағйиротҳои қонунӣ рух медиҳанд дар сохтор ва миқдори синдроми камхунӣ. Миқдори дараҷаҳои вазнинии камхунӣ хеле (63,3%) зиёд мешавад, камтар (33,3%) камхунҳои миёна ва хеле кам (3,3%) дараҷаи сабуки камхунӣ дида мешавад. Ин нуқта алоқамандии патогенетикии пайдошавии камхунии гурдавиро бо массаи нефронҳои фаъолияткунанда, ки эритропоэтинро синтез мекунад, ба таври эътимоднок собит месозад.

Дар ин марҳилаи кӯҳнашудаи БМГ нефросклерози возеҳ дида мешавад, ки фаъолияти функционалии гурдахоро дар маҷмӯъ бад месозад ва барои пайдо шудани симптоматикаи патологӣ бисёрзӯвӣ, аз ҷумла камхунӣ мусоидат мекунад.

Бо назардошти алоқамандии амалӣ ва содда будани таҳқиқот маълумотҳои гемограмма бо сатҳи креатинини зардоби хун бо мақсади муайян кардани иртиботи мутақобилаи он бо миқдору вазнинии камхунӣ ҳангоми марҳалаҳои гуногуни БМГ иҷро карда шуд (расми 2).

Ин муқоиса имконият дод, ки қонунмандии муайян муқаррар карда шавад: бо



Расми 2. – Таҳлили муқоисавии маълумотҳои гемограммаҳо бо нишондиҳандаҳои сатҳи креатинини зардоби хун (қиматҳои нисбӣ, бо%).

зиёд шудани муҳтавои креатинини зардоби хун миқдор ва вазнинии ҷараёни синдроми камхунӣ меафзояд. Ин нуқта барои табиби амалӣ имконият медиҳад, ки вазнинии ҷараёни бемории асосиро, пешгӯии онро ба таври муфассал баҳогузорӣ кунад, стратегияи таъобат ва профилактикаи таъобатро интихоб намояд.

Ҳамин тавр, ҳамроҳшавии синдроми камхунӣ дар беморони дорои БМГ ҳангоми НД дар заминаи фишорбаландии ҷараёни, синдроми варам, протеинурияи баланди шабона-рӯзӣ, сустшавии босуръати СФК ва азотемия статуси умумии соматикӣ беморро бад месозад. Дар ин категорияи беморон аломати камхунӣ дар гемограмма назар ба зухуроти клиникӣ синдроми камхунӣ барвақтар муайян карда мешавад. Синдроми камхунӣ бо аломатҳои клиникӣ лаборатории ихтилолҳои функсияҳои гурдаҳо алоқамандии зич ва ҳамбастагии мустақил дорад. Сари вақт муайян кардани синдроми камхунӣ ва усулҳои соддаву дастраси таҳқиқотҳои ҷараёни он имконият медиҳад, ки вазнинии ҷараёни бемории асосӣ, пешгӯии он ба таври муфассал баҳогузорӣ ва стратегияи комплекси самараноки таъобат ва профилактика таҳия карда шавад.

Адабиёт

1. Шестакова М.В. Сахарный диабет и хроническая болезнь почек: современная диагностика и лечение / М.В.Шестакова //Вестник РАМН.–2012.–№ 1.– С. 45-49.
2. Иванов Д.И. Диабетическая нефропатия: диагностика и лечение в свете рекомендаций ADA 2011 / Д.И.Иванов // Здоров'я України.–2011.–№ 1. (15).– С. 27-30.



3. Оспанова Т.С. Изменение показателей качества жизни больных на разных стадиях хронической болезни почек при сахарном диабете / Т.С.Оспанова, Н.В.Заозерская // Вестник проблем биологии и медицины.–2013.–Т. 2, № 1.–С. 144-148.
4. Diabetic Nephropathy Remission and Regression Team Trial in Japan (DNETT-Japan): Rationale and study design / K.Shikata[et al.] // *Diabetes Research and Clinical Practice*.–2010.–№ 87.–PP. 228-232.
5. Сулейманова З.А. Состояние гемодинамики малого круга кровообращения у больных с ХПН / З.А.Сулейманова // Роль медицинской науки в оздоровлении общества: сб. тр. / 59-я научно-практическая конференция ТГМУ. Душанбе. – 2011.С. 187-188.
6. Соибов Р.И. Функциональная характеристика гипертрофии левого желудочка у больных с различными стадиями хронической почечной недостаточности / Р.И.Соибов, Ю.А.Шокиров, З.А.Сулейманова // Вестник Авиценны.– 2014.– № 1.– С. 84-90.
7. Мухин Н.А. Персонафицированная медицина в клинической нефрологии / Н.А.Мухин, В.В.Фомин // Терапевтический архив. – 2012. – № 6.– С. 5-9.
8. NKF-K/DOQI Clinical Practice Guidelines for Anemia of Chronic Kidney Disease: update. / Am. J. Kidney Dis. – 2001. – 37 (suppl. 1).– PP. 182-238.
9. Шилов Е.М. Нефрология: учебное пособие для послевузовского образования / Е.М.-Шилов. – ГЭОТАР-Медиа. –2008. – 969 с.
10. On behalf of the Renal Pathology Society. Pathologic Classification of Diabetic Nephropathy / T.W.Tervaert[etal.] // *J. Am. Soc. Nephrol.*– 2010. –№ 21 (4).–PP. 556-563.
11. Diabetic nephropathy / T.Zelmanovitz[et al.] // *Diabetology & Metabolic Syndrome*.– 2009. – V. 1.– PP. 1-17.

КЛИНИКО-ФУНКЦИОНАЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПАЦИЕНТОВ С ДИАБЕТИЧЕСКОЙ НЕФРОПАТИЕЙ

Х.С. Ганиев

Кафедра внутренних болезней №1 ТГМУ им. Абуали ибн Сино

Проведено обследование 90 больных с хронической болезнью почек (ХБП), развившейся на фоне диабетической нефропатии (ДН). Показана клиничко-лабораторная характеристика анемического синдрома, установлена его взаимосвязь со стадиями ХБП и маркерами нарушения почечных функций. Клинические проявления анемического синдрома выявлены у 53 (58,9%) обследованных, однако анализ периферической крови обнаружил признаки анемии у 81 (90%) пациентов. Лёгкая степень тяжести анемии по показателям гемограммы выявлена у 16 (17,8%) больных, средней тяжести – у 31 (34,4%), тяжёлая анемия – у 34 (37,8%). Анемия лёгкой степени чаще (43,3%) выявляется у больных с умеренной стадией ХБП при ДН. У больных с тяжёлой стадией ХБП при

ДН лёгкая анемия выявляется в единичных наблюдениях (6,7%), тогда как частота анемии средней тяжести (53,3%) и тяжёлой степени (40,0%) значительно увеличивается. В стадии терминальной хронической почечной недостаточности возрастает частота тяжёлых форм анемии, достигая 63,3%, реже встречается средняя (33,3%) и исключительно редко – лёгкая форма анемии (3,3%).

Наблюдается взаимосвязь частоты и тяжести течения анемического синдрома с величиной скорости клубочковой фильтрации (СКФ), уровнем креатинина сыворотки крови и клиническими признаками нарушения почечных функций.

Ключевые слова: хроническая болезнь почек, диабетическая нефропатия, анемический синдром



CLINICAL AND FUNCTIONAL CHARACTERISTICS OF PATIENTS WITH DIABETIC NEPHROPATHY

H. S. Ganiev

Department of Internal Diseases No. 1 of TSMU Abuali ibn Sino

A total of 90 patients with chronic kidney disease (CKD), which developed during the first stage of treatment, were examined. background diabetic nephropathy (DN). The clinical and laboratory characteristics of anemic syndrome are shown, its relationship with the stages of CKD and markers of impaired renal function is established. Clinical manifestations of anemic syndrome were detected in 53 (58.9%) patients, but peripheral blood analysis revealed signs of anemia in 81 (90%) patients. According to the hemogram parameters, mild anemia was detected in 16 (17.8%) patients, moderate – in 31 (34.4%), and severe anemia – in 34 (37.8%). Mild anemia is more often detected (43.3%) in patients with

moderate CKD with DN. In patients with severe CKD with DN, mild anemia is detected in isolated cases (6.7%), while the frequency of moderate (53.3%) and severe anemia (40.0%) increases significantly. In the stage of end-stage chronic renal failure, the frequency of severe forms of anemia increases, reaching 63.3%, less often there is a moderate (33.3%) and extremely rare – a mild form of anemia (3.3%).

There is a correlation between the frequency and severity of the course of anemic syndrome and the glomerular filtration rate (GFR), serum creatinine levels, and clinical signs of impaired renal function.

Keywords: chronic kidney disease, diabetic nephropathy, anemic syndrome

Ганиев Х.С. - аспиранти кафедраи бемориҳои дарунии № 1, МДТ «ДДТТ ба номи абуалӣ, ибни Сино; Тоҷикистон, ш. Душанбе, хиёбони Рӯдакӣ, 139, E-mail: khurshed12@inbox.ru.

Ганиев Х. С. – аспирант кафедраи вnutренних болезней № 1 ТГМУ; Таджикистан, г. Душанбе, пр. Рудаки, 139, E-mail: khurshed12@inbox.ru.

Ganiev Kh. S. graduate student of the Department of Internal Diseases No. 1 of TSMU; 139 Rudaki Ave., Dushanbe, Tajikistan, E-mail: khurshed12@inbox.ru.

ТАҒЙИРЁБИИ ҲАҶМ ВА СОҲТОРИ ҚИСМАТИ ЧАПИ ДИЛ ДАР БЕМОРОНИ БУҒУМДАРДИ ТАРБОДМОНАНД БО ЗУҲУРОТҲОИ СИСТЕМАВӢ ДОШТА ДАР ЯҚҶОЯГИ БО ФИШОРБАЛАНДИИ ШАРАӢНИ

Зубайдов Р.Н., Якубов Д.М., Неъматзода Б.Р.

Кафедраи таълими асосҳои бемориҳои дарунӣ (мудири кафедра н.и.т., дотсент Каримова Г.Н.)- и МДТ “ДДТТ ба номи Абуалӣ ибни Сино”

Мухимият. Буғумдарди тарбодмонанд (БТ)- бемории пахншудаи аутоиммунӣ ва системаи иммуоилтиҳобии бофтаи пайва-сткунанда буда, бо тағйиротҳои сохторӣ дар буғумҳо, эрозия ва касолати узвҳои дохилӣ оварда мерасонад. Зиёда аз 0,5-2% аҳолии кураи замин мубталои ин беморӣ буда, бо равишҳои гуногуни болинӣ мегузаранд. Дар раванди бемории буғумдарди тарбодмонанд бемориҳои ҳамрадиф (коморбидӣ) таъсири худро баръало расонида метавонанд.[1,2].

Хусусиятҳои ин беморон дар он мебошад, ки ба равиши беморӣ таъсири манфӣ

расонида, зуҳуроти болинӣ ва тағйиротҳои сохтории буғумдарди тарбодмонанд (БТ)-ро тағйир медиҳад. Инчунин, дар раванди беморӣ омилҳои хатарноке вучуд доранд, ки ба системаи дилу рағҳои хунгард таъсири манфӣ мерасонанд, ба монанди: истифодаи сигор, диабети қанд, фишорбаландии шараӢнӣ, фарбеҳии дараҷаи I-II-IV мебошад. Ин омилҳои хатарнок ба пайдошавии бемории сактаи шадиди миокард (СШМ), вайроншавии шадиди гардиши хун дар майнаи сар (ВШГХ) ва марги нобахангом оварда мерасонанд ки, оҳиста-оҳиста ба пайдошавӣ ва



авчгирии атеросклерози рагҳои хунгард мусоидат менамояд. [3]. Аз омӯзишҳои соҳаҳои наздик гузаронида шуда, маълум гаштааст, ки зиёдшавии оризаҳои системаи дил ва рагҳои хунгард на балки вобастагӣ дорад ба омилҳои хатарнокӣ дар боло зикргардида, балки аз вазъи системаи имунноилтиҳобӣ низ вобастагии калон дорад. [4,5]. Системаи имунноилтиҳобӣ механизми патогенетикии паҳншудае мебошад, ки асос ва таҳкурсии пайдошавии бемориҳои имунноилтиҳобиро нишон медиҳад, ки яке аз намояндаи ин бемориҳо буғумдарди тарбодмонанд (БТ) мебошад. Ҳангоми вайроншавӣ ва ба касолат дучоршавии системаи имунноилтиҳобии беморони буғумдарди тарбодмонанд (БТ) зухуротҳои болинии бемор пурзур гашта ва ба тағйиротҳои патологияи узҳои дохила оварда мерасонад. Зухуроти илтиҳоби субклиникӣ дар паҳншавӣ ва пайдоиши атеросклерози рагҳои хунгард мусоидат намуда ва тағйирёбии гардиши хун ва то чи андоза хатарнок будани омилҳои кардиоваскуляриро шарҳ медиҳанд. [6]. Тадқиқотҳои пешина собит намуданд, ки омӯзиши системаи кардиоваскуляри дар беморони буғумдарди тарбодмонанд (БТ) то дараҷаи зарури кофӣ намебошад, аз ин ру зарур аст, ки барои пурра ва дақиқ омӯхтани равиши беморӣ, тағйирёбии сохтори қисматҳои чапи дили бемориҳои буғумдарди тарбодмонанд (БТ), усулҳои ҳозиразамони инструменталиро (техникиро) истифода бояд кард. [7,8].

Мақсади тадқиқот: Аз маълумотҳои дар боло зикргардида бармеояд, ки мақсади тадқиқоти мо омӯзиши ҳолати гемодинамикаи (хунгардиши) марказӣ ва баҳодихӣ ба хусусиятҳои морфофункционалии қисматҳои чапи дил дар беморони буғумдарди тарбодмонанд (БТ) бо зухуротҳои системавӣ дошта, дар якҷоягӣ бо фишорбаландии шараёнӣ мебошад.

Мавод ва усулҳои тадқиқот: Дар тадқиқоти мазкур ҳамагӣ 103 бемор бо ташҳиси бемории буғумдарди тарбодмонанд (БТ), ки дар шӯъбаи кардиоревматологияи МД МТШ №2 дар зери назорат ва табобат қарор доштанд фаро гирифта шуд. Синну соли

беморон аз 18 то 68 соларо дар бар мегирифт (соли миёни онҳо ба $46,3 \pm 3,4$ сол баробар буд). Аз инҳо занҳо 84-нафар ва мардҳо ба 19-нафарро ташкил мекарданд.

Давомнокии миёнаи бемории буғумдарди тарбодмонанд (БТ) $8,2 \pm 1,6$ солро дар бар мегирифт. Дар 54 беморон зухуроти гуногуни системаи илтиҳоби буғумдарди тарбодмонанд (БТ) ба чашм мерасид, ки аз инҳо бемории фишорбаландии шараёнӣ дар 52,4 %, дараҷаи баланд қавӣ будани илтиҳоб: I, II, III, дар 22, 34 ва 47 бемор буғумдарди тарбодмонанд (БТ) ҷой дошт. Инчунин тамоми беморони дар тақсимоҷи қарордошта ба гуруҳ ва дараҷанокии тағйирёбии рентгенӣ тақсим карда шуд. Дараҷанокии рентгенӣ аз IV гуруҳ: I - 7 бемор, II - 22 бемор, дараҷаи III - 59 бемор дараҷаи IV - 15 беморборат буд. Гуруҳи назоратӣ бошад аз 40 бемори комилан солим иборат буда, ки аз онҳо (28-то занҳо ва 12-то мардҳо) ки тағйиротҳои бемории даруниро надоштанд ташкил мекард, синну соли миёнаи беморони назоратӣ ба 53-сола баробар буд. Тамоми беморони дар тадқиқот қарор дошта (103), новобаста ба зухуротҳои клиникӣ ва системаҳои имунноилтиҳобӣ ба II-гуруҳи асоси ҷудо карда шудаанд, гуруҳи I-умро 49-бемор, ки бо ташҳиси бемории буғумдарди тарбодмонанд (БТ) бо зухуротҳои баланди илтиҳобӣ ва бе мавҷудоти фишорбаландии шараёнӣ (ФШ) ташкил мекард. Гуруҳи II-юмро бошад 54-бемор бо буғумдарди тарбодмонанд (БТ) марҳилаи баланди авчгирӣ ва бо омезиш бо фишорбаландии шараёнӣ (ФШ) ташкил мекард.

Бо мақсади омӯзиши тағйирёбии сохтори функционалии қисматҳои чапи дил ва баҳодихӣ ба ҳолати хунгардиши (гемодинамика) маркази дар дил, дар кулли беморони буғумдарди тарбодмонанд (БТ) усули инструменталии эхокардиография таҷҳизоти ултрасадоии << PHILLIPS-8Д-800 >> истифода карда шуд. Барои баҳодихӣ ба ҳолати морфофункционалии қисматҳои чапи дил чунин нишондодҳо ба назар гирифта шуд: андозаи интиҳии диастолӣ ва систолии меъдаҷаи чап (АИДМЧ, см), (АИСМЧ, см), ҳаҷми интиҳии диастолӣ ва систолии меъ-



дачаи чап (ХИДМЧ,мл), (ХИСМЧ,мл), индекси курашаклии дахлези чап (ИКДЧ,д), индекси курашаклии меъдачаи чап (ИКМЧ,д), гафсии нисбии девораи байни меъдачаҳо (ГНДБМ,д,см) дар фазаи диастола ва массаи миокарди меъдачаи чап (МММЧ г/м²). Инчунин нишондодҳои асосии хунгардиши маркази дохили дили ба назар гирифта шуд, ба монанди ҳаҷми зарбавии меъдачаи чап (ХЗМЧ мл), ҳаҷми дақиқавии меъдачаи чап (ХДМЧ л/дак), индекси дилӣ (ИД л/дак), фраксияи партоиш (ФП-%). Таҳлили оморҳои маводҳои ҷойдошта бо усули стандартӣ, вариатсионӣ, инчунин корелиятсионӣ аз руи пакети маҳсуси Microsoft Excel 2007 баҳо дода шуд. Барои натиҷаи дуруст гирифтани ва ҷой доштани фарқи байни корелиятсияҳо нишондоди t-Студент истифода карда шуд.

Натиҷаҳои тадқиқот ва баррасии онҳо: Ҳангомитадқиқот ва пурсиши клиникӣ ҳолати дил ва рағҳои хунгард дар беморони гуруҳи I-уми бугумдарди тарбодмонанд (БТ) (89,8%) ва як қисмати беморони гуруҳи II-юми бугумдарди тарбодмонанд (БТ) (75,5%), шикоятҳои қавӣ пайдо карда нашуд, лекин ҳангоми пурсиши мақсаднок ва дақиқ маълум гашт, ки дар 37,8% беморони гуруҳи II-юми тадқиқоти бугумдарди тарбодмонанд (БТ) симптомҳои кардиоваскуляри ҷойдоштанд, ба монанди: дарди паси устухони туши (стенокардия), ки 18,5% дилзанӣ ва дамкутоки ҳангоми кори ҷисмонӣ 29,6%, заифшавии тонҳои дил 59,2%, лагти систоли да куллаи дил 51,6%-ро ташкил мекард. Натиҷаҳои ба даст омада, нишон медоданд, ки аз ҳама тағйиротҳои морфофункционалӣ,

ки дар қисматҳои чапи дил дар беморони бугумдарди тарбодмонанд (БТ) бо омезиш бо ФШ, ки ҳангоми гузаронидани эхокардиография муайян карда шуд, чунин мебошанд: гипертрофияи меъдачаи чап дар 44 (81,4%), эндокардит дар 12 (22,5%) ва перикардит дар 14 (25,9%) беморон вомехуранд. Чунин натиҷаҳо ро дигар муаллифон ҳангоми омузиш ва баҳодихӣ ба хусусиятҳои морфофункционалии қисматҳои чапи дил ба даст овардаанд. Таҳлил ва нишондодҳои тағйирёбии морфофункционали параметрҳои қисматҳои чапи дил дар беморони гуруҳи I-2 юми бугумдарди тарбодмонанд (БТ), ки дар (ҷадвали 1) ҷой дода шудааст ба мо нишон медиҳад, ки новобаста аз нишондодҳои зухуротҳои системавӣ бугумдарди тарбодмонанд (БТ) бо омезиш ба ФБШ баландшавии нишондодҳо ба чашм мерасад, ба монанди: ҳаҷми диастоли интиҳои меъдачаи чап (ХДИМЧ) гафсии нисбии девораи байни меъдачаҳо (ГНДБМ,д) ва девораи паси меъдачаи чап (ДПМЧ,д) дар фазаи диастола ба афзоиш ру ниҳодаанд, ки дар инҷо ($p < 0,05-0,001$) баробар мебошад, ки фарқи дорад аз гуруҳи назоратӣ. Ногуфта намонад, ки чунин тағйиротҳои ҷойивазкунандаи гемодинамикӣ дар гуруҳи II-юми тадқиқотӣ ба чашм мерасад. Дар ин гуруҳ ба ғайр аз нишондодҳои дар боло зикргардида инчунин ҳаҷман зиёдшавии индекси массаи миокарди меъдачаи чап (ИМММЧ), индекси курашаклии дахлези чап (ИКДЧ,д) ва индекси курашаклии меъдачаи чап (ИКМЧ,д) дар фазаи диастола муайян карда шуд, ки дар инҷо ($p < 0,05-0,01$) баробар мебошад

Ҷадвали 1.- Нишондодҳои морфофункционалии қисматҳои чапи дил дар беморони бугумдарди тарбодмонанд.(БТ)

Нишондодҳо	Гуруҳи назоратӣ	Гуруҳи I(n=49)	Гуруҳи II(n=59)
А,И,Д,см	4,32±0,04	4,68±0,03*	4,86±0,04**
Х,И,Д,мл	104,6 ±7,5	107,6±6,8	134±7,3**
Х,И,С,мл	42,4±2,8	39,8±2,7	40,7±2,6
Ғ,Н,Д,Б,М(д),(см)	1,21±0,02	1,39±0,06*	1,62±0,06**
Ғ,Н,Д,П,М(д),(см)	1,32±0,03	1,64±0,05*	1,76±0,08**
И,М,М,мч·г/м ²	98,6±5,4	112,6±6,1	126,4±7,2**
И,К,Д,Ч,д	0,62±0,03	0,67±0,02	0,78±0,04**
И,К,М,Ч,д	0,58±0,04	0,62±0,03	0,76±0,03**

Эзоҳ: *- $P < 0,05$; **- $P < 0,01$



Новобаста ба баҳодиҳии нишондодҳои морфофункционалии қисматҳои чапи дил дар беморони гуруҳи I ва II-юми тадқиқоти буғумдарди тарбодмонанд (БТ) ҳолати гемодинамикии марказии дил таҳти омӯзиш қарор дошт. (Чадвали 2.) Ҳангоми таҳлили функсияи систолии меъдачаи чап дар беморони гуруҳи II-юми буғумдарди тарбодмонанд дар муқоиса бо гуруҳи назоратӣ дар бисёр ҳолатҳо хунгардиши намуди гиперкинетикӣ ба чашм мерасид. Тағйиротҳо, ки

хангоми таҳлил ба вучуд омада буданд, чунин нишондод доштанд: баландшавии ҳаҷми интиҳории меъдачаи чап, фраксияи партоиш, ҳаҷми зарбавӣ, ҳаҷми дақиқавии хун ($p < 0.5-0.01$), ки дар ин ҳо баръакс вақт ва нишондодҳои хунгардиши марказӣ (фраксияи партоиш, ҳаҷми дақиқавии хун, ҳаҷми зарбавӣ, индекси систолий) дар гуруҳи I-ум рӯ ба коҳиш оварда буданд, ки аз гуруҳи назоратӣ онқадар фарқияте надошт ва дар ин ҳо ($p > 0.05$), баробар буд.

Чадвали 2. - Нишондоди гемодинамикаи марказӣ дар беморони буғумдарди тарбодмонанд (БТ)

Нишондод	Гуруҳи назоратӣ	Гуруҳи I (n=49)	Гуруҳи II (n=54)
Ҳ.З. мл	75,4±5,8	78,12±6,14	93,13±7,4*
Ҳ.Д.Х. м/дак	4,4±0,22	4,94±0,23	7,12±0,14**
Ф.П. %	65,2±5,7	68,24±5,2	73,24±6,2*
И.К. л/дак./м²	2,78±0,12	3,12±0,24	4,82±0,32**

Эзоҳ: *- $P < 0,05$, **- $P < 0,01$

Дар маҷмуъ дар асоси таҳлилҳои бадастомада маълум гашт, ки тағйиротҳои структурии сохтори геометрии нишондодҳои қисмати чапи дил дар беморони буғумдарди тарбодмонанд бо омезиш бо фишорбаландии шараёнӣ чунончи дар чадвали 1 ва 2 нишондод карда шудааст шаҳодати онро медиҳад, ки қулли тағйиротҳои дар боло зикргашта ба курашаклӣ тағйир ёфтани сохтори девораи чапи дил оварда мерасонад, ин далелҳоро баландшавии индекси курашаклии даҳлези чап, меъдачаи чап дар муқоиса бо гуруҳи назоратӣ исбот менамояд.

Хулоса. Ҳамин тариқ, омӯзиши ҳаҷм ва тағйирёбии хусусиятҳои морфологӣ ва функционалии қисмати чапи дил дар беморони буғумдарди тарбодмонанд (БТ) нишон медиҳанд, ки тағйиротҳо ва дигаргуниҳои ба вучуд омадаба монанди гипертрофияи меъдачаи чап, тағйиротҳои сохтори геометрии меъдачаи чап ҳамаи ин касолатҳо ба шаклвайроншавии (ремоделятсияи) меъдачаи чап, оварда мерасонанд. Чунин тағйирёбии ҳаҷм ва сохтори қисматҳои чапи дил дар беморони буғумдарди тарбодмонанд(БТ) бо фишорбаландии шараёнӣ ки дар ин беморӣ баландшавии раванди илтиҳобӣ-барарло ба чашм мерасад.

Адабиёт

- 1.Ревматология. Российские клинические рекомендации. Под ред. Е. Л. Насонова. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2020 {Rheumatology. Russian clinical guidelines. Ed. EL Nasonov. Moscow: GEOTAR-Media, 2020 (in Russian)}.
- 2.ГордеевА.В, ГалушкоЕ.А, СавушкинаН.М, идр. Оценка мультиморбидного профиля (CIRS) при ревматоидном артрите. .Первые результаты современного ревматология.2019;13(3);10-6,
- 3.Papas DA,Nyberg F, Kremer JM, et al.Pravalence of cardiovascular disease and major risk factors in patients with rheumatoid arthritis:a multinational cross-sectional study/ClinRheumatol. 2018;37(9):233-40.DOI:10.1007/s10067-0.18-4113-3.
- 4.Balsa A, Lojo-Oliveira L, Alperi-Lopez, et al. Prevalence of comorbidities in rheumatoid arthritis and evaluation of their monitoring in clinical practice:the Spanish cohort of the

- Comorastudy.Reumatol Clin.2019;15(2);102-8. DOI: 10.1016/j.reuma. 2017.06.002
- 5.KokkonenH.StenlundH.Rantapaa-DahlqvistS.Cardiovascular risk factors predate the onset of symptoms of rheumatoid arthritis:a nested case-control study/Arthritis Res Ther.2017;19(1):148. doi:10.1186/s 13075-017-1351-8.
- 6.Solomon DH/Reed GW,Kremer JM et al.Disease activity in rheumatoid arthritis and the risk of cardiovascular events.Arthritis Rheum.2015;67(6):1449-55. doi:10. 1002/ art. 39098
7. Насонов.Е.Л, Сердечно-сосудистая патология при ревматических заболеваниях/Е.Л. Насонов, Т.В. Попкова,Д.С.Новикова // Терапевтический архив-2016. -№5- С,14-19.
8. Тактика врача-ревматолога: практическое руководство/ под ред. В. И. Мазурова. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2022.-320с. :ил. – (Серия «Тактика врача»). – DOI: 10.33029/9704-6824-1-TOR-2022-1-320.

ИЗМЕНЕНИЯ ОБЪЁМ И СТРУКТУР ЛЕВЫХ ОТДЕЛОВ СЕРДЦА У БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА С СИСТЕМНЫМИ ПРОЯВЛЕНИЯМИ В СОЧЕТАНИИ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ.

Зубайдов Р.Н., Якубов Д.М., Негматзода Б.Р.

Не смотря на высокое достижение ревматологии особенности течение иммунно-воспалительного процесса и особенности структура- функциональное изменение левых отделов сердца в сочетании с артериальной гипертонии у больных ревматоидного артрита остается дискутабельным.

По данным многоцентровыхисследования,сердечно-сосудистая заболеваемости смертность у пациентов с ревматоидным артритом выше,чем в общей популяции. Результаты крупных многоцентровых исследований позволяют утверждать, что иммуновосполительный каскад при системных

заболеваниях соединительной ткани способствует прогрессированию атеросклеротического процесса.

Одной из основных причин летальности при РА являются сердечно – сосудистые катастрофы (инфаркт миокарда (ИМ), инсульт, внезапная сердечная смерть), обусловленные ранним развитием и быстрым прогрессированием атеросклеротического поражения сосудов.

Ключевые слова: ревматоидный артрит - артериальная гипертония - левые отделы сердца – гипертрофия – морфо-функциональные показатели - коморбидность.

CHANGES IN THE VOLUME AND STRUCTURES OF THE LEFT HEART IN PATIENTS WITH RHEUMATOID ARTHRITIS WITH SYSTEMIC MANIFESTATION IN COMBINATION WITH ARTERIAL HYPERTENSION.

Zubaidov R. N., Yaqubov D. M., Nematzoda B. R..

Despite the high achievement of rheumatology, the features of the course of the immune-inflammatory process and the features of the structure-functional change in the left parts of the heart in combination with arterial hypertension in patients with rheumatoid arthritis remain debatable.

According to multicenter research, cardiovascular morbidity data, mortality in patients with rheumatoid arthritis is higher than in the general population. The results of large multicenter studies suggest that the immune –

inflammatory cascade in systemic connective tissue diseases contributes to the progression of the atherosclerotic process.

One of the main causes of mortality in RA are cardiovascular catastrophes (myocardial infarction (MI), stroke, sudden cardiac death), caused by the early development and rapid progression of atherosclerotic vascular lesions.

Key words: rheumatoid arthritis - arterial hypertension - left heart - hypertrophy - morpho-functional parameters - comorbidity.



Зубайдов Рустам Нигматович, номзади илмҳои тиб, дотсенти кафедраи таълими асосҳои бемориҳои дарунии ДДТТ ба номи Абуалӣ ибни Сино

Зубайдов Рустам Нигматович, кандидат мед. наук, доцент кафедри пропедевтики внутренних болезней ТГМУ им. Абуали ибни Сино

Rustam Nigmatovich Zubaidov, phd in medicine, docent of the department of propaedeutics of internal diseases SEI "ATSMU"

Якубов Давлатмурод Мирзомуродович, асистенти калони кафедраи таълими асосҳои бемориҳои дарунии ДДТТ ба номи Абуалӣ ибни Сино

Якубов Давлатмурод Мирзомуродович, старший преподаватель кафедры пропедевтики внутренних болезней ТГМУ им. Абуали ибни Сино

Yaqubov Davlatmurod Mirzomurodovich, senior lecturer of the department of propaedeutics of internal diseases SEI "ATSMU"

Неъматзода Бехрузи Рустам, врач ординатор кафедры пропедевтики внутренних болезней ТГМУ им. Абуали ибни Сино

Неъматзода Бехрузи Рустам, табиби ординатор кафедраи таълими асосҳои бемориҳои дарунии ДДТТ ба номи Абуалӣ ибни Сино

Nematzoda Behruzi Rustam, doctor-ordinator of the department of propaedeutics of internal diseases SEI "ATSMU"

ТАҲЛИЛ ВА БАҲОДИҲӢ БА ХАТАРИ ПАЙДОШАВИИ ОСТЕОПАРОЗ (ОП) ДАР БЕМОРОНИ ФАЪОЛИ АР ВОБАСТА АЗ ХУСУСИЯТҲОИ ТАБОБАТИ ГУЗАРОНИДАШУДА.

Мирзоев С.З.

Кафедраи кори ҳамширагӣ дар табобат ва асосҳои бемориҳои клинӣ
МДТ Коллеҷи тиббӣи ҷумҳуриявӣ.

Муҳимият. Артрита ревматоидӣ (АР) проблемаи марказии ревматологияи муосир ба шумор рафта, беморӣ, маҷмуи проблемаҳои асосии назариявии тиб, ба монанди иммунитет ва патологияи аутоиммунӣ, илтиҳобҳои шадид ва музмин ва иммуногенетика ба шумор меравад [4,6]. Тасдиқи ин он далел аст, ки муваффақиятҳои омӯзиш ва махсусан дар табобати АР мебошад, ки ба рушди на танҳо ревматология, балки дар маҷмуъ ба тиб низ маъсири муҳим мерасонад [10,12].

Муқаррар карда шуд, ки асоси паогенези АР-ро таъсири яқдигарро пуррақунандаи нуқсонҳои аз ҷиҳати генетикӣ бартари дошта ва иқтисобии механизмҳои муътадили иммунорегулаторӣ ташкил медиҳад, ки барои афзалият фаъолшавии патологияи системаи иммунӣ масъул мебошад, нисбат ба ҷавоб ба стимулҳои патогенӣ ва аксаран физиологӣ мебошад. [9,13,17]. Ин рангорангии ҳам зухуроти клиникӣ ва ҳам сершумори иммунологӣро АР муайян мекунад [2,5,14,15].

Обстеопороз (ОП)- ин бемории системавии скелет, ки барояш кам шудани массаи устухонҳо ва ихтилоли микроархитектоникаи бофтаҳои устухонҳо, хос мебошад, ки ба зиёд шудани нозукии устухонҳо ва шикастани онҳо оварда мерасонад [11].

ОП- яке аз оризаҳои нисбатан вазнин ва зиёд дучоршавандаи ҷараёни аксари бемориҳои музмини ревматикӣ, ҳамчунин табобати зидди ревматикӣ, аз ҷумла глюкокортикоидҳо (ГК) ба ҳисоб меравад [3].

Тавачҷух ба проблемаҳои ОП-и такрорӣ ва пажӯҳишҳои сершумори илмӣ, аз ҷумла таҳқиқотҳои бузурги ояндадори когортӣ, миқдори зиёди метаанализҳо, шартҳои систематикӣ, ки дар солҳои охир бо мақсади муайян кардани омилҳои хатар, баҳогузори кардан ба таъсири бемориҳои гуногун дар пайдо шудани ОП ва хатари пайдо шудани шикастагиҳои остеопарозӣ анҷом дода шудаанд, имконият доданд, ки доираи бемориҳо муайян карда шаванд, ки бо ОП муттаҳид шудаанд. Дар байни бемориҳои, ки



хатари пайдошавии ОП ва шикастагиҳои остеопорозиро зиёд мекунад, РА, бешубҳа ҷойи намоёнро ишғол мекунад [7,16].

Мақсади таҳқиқот: Баҳогузорӣ намудан ба тағйироти клиникӣ-рентгенологӣ дар беморони дорои РА ва ОП вобаста аз истифода намудани ГК.

Мавод ва усулҳои таҳқиқот. Дар таҳқиқот 82 бемори дорои ташхиси боэътимоди РА синну солашон аз 26 то 54-сола фаро гирифта шуданд, ки таҳти таъбири статистикӣ дар Маркази миллии тиббии “Шифобахш” қарор доштанд. Ташхиси АР мувофиқи меъёрҳои Коллегии амрикоӣ ревматологҳо (АСР) с.1987 гузошта шуд. Дар байни занҳои таҳқиқшуда 53(64,6%) зан ва 29 (35,4%) мард буданд. Давомнокии АР ба ҳисоби миёна аз 1 то 3 солро дар бар гирифт.

Ҳамаи беморон n=82 вобаста аз марҳалаҳои рентгенологии РА ба 3 гурӯҳ ҷудо карда шуданд, мувофиқи чинс, синну сол ва аломатҳои клиникӣ. Дар гурӯҳи якум n=29 (35,4%) беморон дохил карда шуда буданд, ки препаратҳои нестероидии зиддиинфлатуриҳо бо дозаи зарурӣ, глюкокортикоидҳо (ГК) преднизолон аз 7,5мг то 15 мг ва препаратҳои асосии зиддиинфлатуриҳо, метотрексат (МТ) аз 7,5 мг то 15 мг қабул карда буданд. Дар гурӯҳи сеюм n=26 (31,7%) НПВП-ро бо дозаи зарурӣ гирифтанд ва ГК-ро аз 7,5 то 15мг.

Айни замон дар байни ҳамаи БПВП, ки дар таъбири АР истифода мешаванд, МТ статуси “стандартӣ тиллоӣ”-ро соҳиб шудааст [8,18]. Беморони гурӯҳҳои якум ва дуюм ба сифати таъбири базисӣ МТ-ро истифода карданд бо дозаи аз 7,5мг то 15 мг/ҳафта. Беморони ин гурӯҳ дар рӯзҳои истеъмоли кардани МТ мунтазам кислотаи фолевиро бо дозаи 5 мг/ҳафта истеъмоли намуданд.

Аз ҳама беморҳои таҳқиқшудаи гирифтори АР дар 71 (86,6%) полиартрит, дар 8(9,8%) олигоартрит ва дар 3 (3,6%) моноартрит ташхис карда шуд.

Ҳамаи беморони (n=82) пеш аз бистарӣ шудан аз усулҳои стандартӣ таҳқиқот гузаштанд: муоинаи физикалӣ, муайян кардани нишондиҳандаҳои статуси буғумҳо, таҳқиқотҳои лабораторӣ, нишондиҳандаҳои

биохимиявӣ ва иммунологӣ, рентгенографияи стандартӣ дастпанча ва қисмҳои дисталии қафи по. Коркарди омории маълумотҳои ҳосилшуда бо истифода аз Excel 2005 гузаронида шуд.

Натиҷаҳо ва баррасии онҳо. Дар заминаи таъбири гузаронидашуда дар беморони дорои АР хеле суст шудани пешравии беморӣ ба қайд гирифта шуд. Баъди як моҳ дар беморон кам шудани миқдори буғумҳои дардманд ва варамида ба мушоҳида расид. Аз моҳи дуюм сар карда кам шудани давомнокии шахшавии субҳона дар баъзе беморон дида шуд.

Тағйиротҳои рентгенологӣ дар беморони дорои АР бо роҳи муайян кардани марҳилаҳои рентгенологии беморӣ мувофиқи усули такмилшудаи истейнбротер баҳогузорӣ карда шуд.

Дар динамика ҳангоми муоина кардани рентгенограмма дар оғоз ва анҷоми таҳқиқот, пас аз як соли муоина, муайян карда шуд, ки динамикаи мусбат дар беморони гурӯҳи дуюм дида мешавад.

Натиҷаҳои ҳосилшуда нишон медиҳад, ки дар 4 бемори гурӯҳи сеюм аллакай пас аз се моҳи муоина ОП пайдо шудааст дар дастпанча ва попанча, баъзе 6 моҳ дар 9 нафар ва баъди як сол дар 17 нафар ОП муайян карда шуд.

Дар 2 бемори гурӯҳи якум пас аз 6 моҳи муоина пайдо шудани ОП дар попанчаҳои даст ва баъд аз 9 моҳ 7 нафар, баъди як сол дар 11 нафар ОП муайян карда шуд.

Дар ҷараёни муоинаҳои динамикӣ муайян карда шуд, ки дар 3 бемори гурӯҳи дуюми дорои шакли фаъолнокиаш баланди беморӣ пас аз 9 моҳи муоина пайдо шудани ОП дар панчаҳои даст ва баъди як сол дар 5 бемор ОП муайян карда шуд. Дар ҷараёни муоинаи динамикаи тағйироти рентгенологии АР бо истифода аз ГК муқаррар карда шуд, ки дар аксари бештари беморон зиёд шудаи вазниниву пахншавии ОП нишон дода мешавад.

Дар маҷмуъ муқаррар карда шуд, ки маҳсусан бо дозаҳои баланд, ҳангоми АР истифода намудани ГК дар пайдошавӣ ва пешравии ОП нақши калидӣ дорад.



Дар чараёни муоинаи динамикаи пешрави ренгенологии АР муайян карда шуд, ки дар бештари беморон клиникаи ренгенологии ОП дида мешавад, махсусан дар заминаи бо дозаи баланд истифода кардани ГК. Дар аксари сарчашмаҳои муосири илмӣ[1] ҳамин гуна динамика дар статуси ренгенологӣ ва функционалии беморони дорои АР нишон дода мешавад.

Натиҷаҳои таҳқиқоти мо ва муаллифони дигар нишон медиҳад, ки сари вақт табобат кардани АР бо истифода аз препаратҳои муосири фаъоли базисӣ (метотрексат), самти нисбатан ояндадор мебошад, вай имконият

медихад, ки ОП ба ҳадди минимум расонида шавад, дар беморони ин категория. Профилактикаи ОП бояд барои ташхиси барвақи ва табобати мақсаднокии АР, аз ҷумла БПВП нигаронида шавад, истифодаи дозаҳои минималии табобати таъсирбахши ГК.

Ҳамин тавр, дар асоси маълумотҳои ҳосилшуда тахмин кардан мумкин аст, ки таъйин кардани НПВП дар якҷоягӣ бо БПВП дар беморони дорои АР усули самаранокӣ-яш баланди табобат, пешгирии намудани ОП, кам шудани миқдори шикастагиҳо, бхтар шудани сифати ҳаёти беморон ва хароҷоти иҷтимоӣ-иқтисодии ҷомеа мебошад.

Адабиёт

1. Вакуленко О.Ю. Прогрессирование деструкции суставов у больных ревматоидным артритом / Вакуленко О.Ю., Кричевская О.А., Эрдес Ш.Ф. // Научно-практическая ревматология, 2011. - №3. – С.69-74.
2. Гетерогенность первичных больных ревматоидным артритом по экспрессии генов в крови: теоретические основы дифференциального подхода к терапии / Е.В. Четина (и др.) // Научно-практическая ревматология, 2011. - №4. – С.24-31.
3. Дыдыкина И.С. Остеопороз при ревматоидном артрите: диагностика, факторы риска, переломы, лечение. / И.С. Дыдыкина, Л.И. Алексеева // Научно-практическая ревматология. – 2011. - №5 – С.13-17.
4. Каратеев Д.Е. Эволюция и прогноз ревматоидного артрита при многолетнем наблюдении: дис. д-ра. ... мед. наук / Д.Е. Каратеев; Институт ревматологии, РАМН. - М., 2003. - 309 с.
5. Каратеев Д.Е. Эволюция и прогноз ревматоидного артрита при многолетнем наблюдении: дис. д-ра. ... мед. наук / Д.Е. Каратеев; Институт ревматологии, РАМН. - М., 2003. - 309 с.
6. Каратеев Д.Е. Комплексная оценка тяжести состояния больного ревматоидным артритом и её значение для прогноза болезни. Автореф. дисс. канд. мед. наук. - М., 1995, 24с.
7. Клинические рекомендации. Остеопороз. Диагностика, профилактика и лечение. Под ред. Л.И. Беневоленской., О.М. Лесняк. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009; 176 с.
8. Насонов Е.Л. Европейский конгресс ревматологов, Берлин (6-9 июня 2012г.) / Е.Л. Насонов, Л.Н. Денисов, В.Н. Амирджанова // Научно-практическая ревматология, 2012. - №4. – С.9-17.
9. Насонов Е.Л. Новые аспекты фармакотерапии ревматоидного артрита: ингибиторы малых молекул. / Е.Л. Насонов, Л.Н. Денисов, М.Л. Станислав // Научно-практическая ревматология, 2012. - №2. – С.66-75.
10. Насонов Е.Л.. Ревматоидный артрит как общемедицинская проблема / Е.Л. Насонов / Тер. архив, 2004. - том 76, №5. - С.5-7.
11. Огороков. А.Н. Диагностика болезней внутренних органов. Том 2. Диагностика ревматических и системных заболеваний соединительной ткани: - М. Мед. Лит., 2003.- 576с.
12. Ревматоидный артрит в ревматологической практике России: тяжесть заболевания в российской популяции больных. Одномоментное (поперечное) эпидемиологическое исследование (RAISER) / О.М. Фоломеева (и др.) // Научно-практическая ревматология - 2010; 1:50-60.



13. Ревматология – клинические рекомендации / Р.Т.Алекперов (и др.); под ред. Е.Л.Насонова. – 2-е изд., перераб. и доп. – М.: Изд. группа «ГЭОТАР-Медиа», 2010. – 752с.
14. Чичасова Н.В. Ревматоидный артрит: клинико-лабораторные и клинико-морфологические сопоставления, прогноз: дисс. ... д-ра мед. наук / Н.В.Чичасова // Ин-т ревматологии РАМН. - М.; 2000. -303с.
15. Jacobsson L. T. Anti-TNF therapy and risk of death up to 8 years after treatment start Results from the Swedish register (ARTIS) / L.T.Jacobsson, J. Askling, S.Rantapaa-Dahlgvist // Ann.Rheum. Dis., 2008. – V.67 (suppl. II). – P.183.
16. Kanis J.A., Johanson H., Oden A. et al. A meta-analysis of prior corticosteroid use and fracture risk. J Bone Miner Res 2000;19:893-9.
17. Klareskog L. Rheumatoid arthritis. Lancet, 2009; 374: 659-331.
18. Methotrexate as the «anchor drug» for the treatment of early rheumatoid arthritis / T. Pincus, (and etc) // Clin Exp Rheumatol 2003; 21 (Suppl 31): S179 – S185.

АНАЛИЗ И ОЦЕНКА РИСКА РАЗВИТИЕ ОСТЕОПОРОЗА У БОЛЬНЫХ АКТИВНЫХ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ХАРАКТЕРА ПРОВОДИМОЙ ТЕРАПИИ

Мирзоев С.З.

Кафедра «Сестринское дело в терапии и основы клинической патологии»
ГОУ «Республиканский медицинский колледж»

Цель исследования: Оценить клинико-рентгенологические изменения у больных ревматоидного артрита и остеопороза в зависимости от применения глюкокортикоиды.

Материалы и методы. Было обследовано 82 больных с достоверным диагнозом РА в возрасте от 26 до 54 лет, находившихся на стационарном лечении в Национальном Медицинском центре РТ «Шифобахш». Длительность РА в среднем была от 1 до 3 года.

Больные поступили с жалобами на боли в суставах, припухание сустава, утренняя скованность и ограничение сустава. Все пациенты в зависимости от клиническим проявлениям получали нестероидные противовоспалительные препараты, базисные противовоспалительные препараты и глюкокортикоиды в нужную дозу. Длительность ревматоидного артрита в среднем была от 1 до 3 года.

Результаты: Лечение больных РА показало, что совместное применение нестероидные противовоспалительные препараты, базисные противовоспалительные препара-

ты и малые дозы глюкокортикоиды наиболее перспективный метод лечения данных больных и наблюдалось быстрее значительное снижение активности заболевания.

В процессе наблюдения за динамикой рентгенологического прогрессирования РА установлено, что у подавляющего большинства пациентов наблюдается клиника рентгенологическая остеопороза, особенно на фоне применения больших доз глюкокортикоиды.

Выводы. На основании полученных данных можно полагать, что назначение нестероидные противовоспалительные препараты в сочетании с базисные противовоспалительные препараты, (метотрексат) у больным РА, является высокоэффективным методом лечения, предупреждения остеопороза, снижения частота переломов, улучшение качества жизни больных и социально-экономические затраты общества.

Ключевые слова: клинико-рентгенологические изменения, остеопороз, качества жизни, социально-экономические затраты ревматоидный артрит, метотрексат, глюкокортикоиды.



ANALYSIS AND RISK ASSESSMENT OF OSTEOPOROSIS DEVELOPMENT IN PATIENTS WITH ACTIVE RHEUMATOID ARTHRITIS DEPENDING ON THE NATURE OF THE THERAPY

Mirzoev S.Z.

Department of “Nursing in Therapy and Basics of Clinical Pathology” State Educational Institution “Republican Medical College”.

Objective: To evaluate the clinical and roentgenology changes in patients with rheumatoid arthritis and osteoporosis depending on the use of glucocorticoids.

Materials and methods. 82 patients with a reliable diagnosis of RA aged from 26 to 54 years old who were hospitalized in the National Medical Center of the Republic of Tajikistan “Shifobakhsh” were examined. The duration of RA averaged from 1 to 3 years.

The patients were admitted with complaints of joint pain, joint swelling, morning stiffness and joint restriction. All patients received nonsteroidal anti-inflammatory drugs, basal anti-inflammatory drugs and glucocorticoids in the necessary dose depending on the clinical manifestation. The duration of rheumatoid arthritis averaged from 1 to 3 years.

Results: Treatment of patients with RA showed that combined use of non-steroidal anti-inflammatory drugs, basal anti-inflammatory

drugs and low-dose glucocorticoids was the most promising method of treatment in these patients and a significant reduction of the disease activity was observed more quickly.

While observing the dynamics of the RA roentgenologic fungus, it was established that the clinic of the roentgenologic osteoporosis was observed in the overwhelming majority of patients, especially on the background of using high doses of glucocorticoids.

Conclusions: On the basis of the obtained data we may assume that the prescription of non-steroidal anti-inflammatory drugs in combination with basanti-inflammatory drugs, (methotrexate) in patients with RA is a highly effective method of treatment, prevention of osteoporosis, reduction of fracture frequency, improvement of life quality of patients and social and economic costs of society.

Keywords: rheumatoid arthritis, osteoporosis, methotrexate, glucocorticoids

Мирзоев Сухробхон Зарифович – Заведующий кафедрой «Сестринское дело в терапии и основы клинической патологии» ГОУ «Республиканский медицинский колледж», к.м.н., E-mail: suhr74@mail.ru

Мирзоев Сухробхон Зарифович – Муdiri кафедраи «Кори ҳамширагӣ дар терапия ва асосҳои патологияи клиникӣ» МДТ «Коллеҷи тиббии ҷумҳуриявӣ», н.и.т., E-mail: suhr74@mail.ru

Mirzoev Sukhrobkhon Zarifovich – PhD, Head of the Department of “Nursing in Therapy and Basics of Clinical Pathology” State Educational Institution “Republican Medical College”. E-mail: suhr74@mail.ru

ДИНАМИКАИ ТАҒЙИРОТИ МОРФОФУНКЦИОНАЛИИ НИШОНДИҲАНДАҶОИ ДИЛ ДАР ТАБОБАТИ БЕМОРОНИ ГИРИФТОРИ БЕМОРИИ ФИШОРБАЛАНДӢ БО ДЕПРЕССИЯИ ҲАМРОҶШУДА

Холиқова Н.А., Одинаев Ш.Ф.

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

Мухимият. Проблемаи фишорбаландии шарёнӣ (ФШ) яке аз проблемаҳои муҳимтарин дар кардиллоҷия махсуб мешавад, зеро

тақрибан 30%-и аҳолии калонсоли ҷаҳон гирифтори ин ё он шакли ФШ ҳастанд. Паҳншавии фишорбаландии шарёнӣ дар тамоми

чаҳон дар соли 2014 тибқи маълумоти шуъбаи омории ТУТ 29,2% дар мардҳо ва 24,8% дар занҳоро ташкил дод [1]. ФШ махсусан дар гериятрия аҳамияти бузург дорад, зеро паҳншавии ин беморӣ бо гузашти синну сол зиёд шуда, дар 50-солагӣ то 50% ва дар шахсони аз 80-сола боло -80%-ро ташкил медиҳад [2].

Муқаррар карда шудааст, ки пешгӯии инфиродӣ дар бемороне, ки гирифтори ФШ ҳастанд, ба истиснои баланд шудани фишори шарёӣ аз бисёр ҷиҳат ба бемориҳои ҳамроҳшуда ва ҳолатҳои патологӣ иртибот дорад [3,4].

Пайдо шудани ФШ имкон дорад, ки дар натиҷаи бемории системаи дилу рағҳо, ихтилолҳои гуногуни метаболикӣ ва ҳам дар натиҷаи вайроншавии генези марказӣ, аз ҷумла ҳангоми ихтилолҳои асабӣ руҳӣ ба вучуд биёяд. Дар робита аз ин, таҳқиқоти сершумори клиникӣ оид ба омӯзиши имконпазирии иртиботи мутақобилаи ФШ ва тарсу ваҳм – ихтилолҳои депрессивӣ анҷом дода шудаанд [2,5,6].

Нишон дода шудааст, ки депрессия ва изтироб омилҳои мустақили хатар мебошанд, ки ҳам ба пайдошавии ФШ ва ҳам ба пешгӯии зиндамони беморони дорои бемориҳои системаи дилу рағҳо таъсир мерасонанд. Дар ин маврид қайд карда шудааст, ки ихтилолҳои изтиробиву депрессивӣ, ки дар 55 – 70%-и ҳолатҳо дар беморони дорои бемории гипертоникӣ (БГ), метавонанд ба сатҳи фишори шарёӣ ва миқдори пайдошавии бухронҳои гипертоникӣ таъсири манфӣ расонанд [3,4,5]. Дар гузориши бахшида ба солимии аҳолии ФР қайд карда шудааст, ки гирифтورشавӣ ба бемориҳои депрессивӣ дар ашхоси солхӯрда (60-74 лет), яъне 2 маротиба бештар аст аз шахсони калонтар аз 75-сола ва дар одамони аз 75-сола боло 6 маротиба бештар аст назар ба ҷавонон [7].

Бозсозии системаи дилу рағҳо (СДР) сифати тағйирнаёбандаи бемории гипертоникӣ (БГ) буда, дар оянда, аз як тараф, оризаи ФШ ва аз тарафи дигар омили пешравии он мебошад [8,9].

Айни замон гипертрофияи миокарди меъдачаи чап ҳамчун пешхабари (предиктор) асосии бемориҳои барвақти дилу рағҳо ва фавт дониста мешавад. Вучуд доштани гипертро-

фияи миокарди меъдачаи чап дар байни ҳамаи сабабҳо 4 маротиба бештар аст- 7-8 маротиба бештар аз БДР. Баланд шудани шохиси массаи миокарди меъдачаи чап (МЧ)-ро дар ҳар як 10 г/м² афзудани хатари пайдошавии оризаҳои билу рағҳо дар 22%-и ҳолатҳо ҳамроҳӣ мекунад [8-11].

Антидепрессантҳои насли нав – ингибиторҳои селективии забти баръакси серотонин (СИОЗС) диапазони истифодаи антидепрессантҳо ҳангоми БДР хеле васеъ гардондааст [12].

Айни замон натиҷаҳои ба дастамада аз таҳқиқотҳои сершумор оид ба истифодаи СИОЗС дар табобати бемориҳои дилу рағҳо ҳамроҳ бо ихтилолҳои коморбидии аффективӣ дастрас аст. Аммо, таҳқиқоте, ки дар он таъсири СИОЗС ба параметрҳои функционалии дил дар беморони солхӯрдаи гирифтори БГ хеле кам асос ва натиҷаҳо низ гуногун мебошанд [12,13].

Мақсади таҳқиқот: омӯختани таъсири липразиди 10 ва таъсири истифодаи омехтаи он бо рексетин (пароксетин) ба протсессҳои бозсозӣ дар беморони гирифтори бемории гипертоникӣ дар беморони синну соли солхӯрдаи дрои депрессияи коморбидӣ.

Мавод ва усулҳои таҳқиқот: таҳқиқот дар пойгоҳи шуъбаи кардиологии Маркази тиббии шаҳрӣ, ш. Душанбе иҷро карда шудааст. Ба таҳқиқот 80 бемори гирифтори бемории гипертоникӣ ашхоси солхӯрда ҳамроҳ бо депрессияи коморбидӣ синну соли 60-74-сола дохил карда шуданд. Аз онҳо дар 17 дараҷаи I (нарм), дар 38 – дараҷаи II (миёна) ва дар 25 – дараҷаи III (вазнини) ФШ (мувофиқи таснифи ТУТ/МОАГ, 1999) ба қайд гирифта шуд. Занҳо 46, мардҳо – 34 нафар буданд. Синну соли миёна – $65,5 \pm 6,9$ сол, давомнокии беморӣ – $11,2 \pm 5,9$ сол. Барои ҳамаи таҳқиқотҳои розигии ҳаттии огоҳонидашудаи беморон гирифта шуда буд. Пас аз таҳқиқоти умумиклиникӣ беморонро ба гурӯҳҳои асосӣ ва назоратӣ ҷудо карданд. Дар гурӯҳҳои ҷудо кардашуда миқдори якхелаи беморон дохил карда шуда буданд (n=40). Фарқиятҳои назарраси синну сол, давомнокӣ ва вазнинии ФШ ба мушоҳида нарасид.



Дар ҳамаи беморон дар давоми 12 ҳафтатабобати базисии гипотензивӣ бо липразиди 10 анҷом дода шуд. Липразид 10 – препаратҳои омехтаи антигипертензивии истеҳсоли заводи химиявии Боршаговский (Украина) мебошад. Препарат дар таркиби худ ингибитори ферменти ангиотензиншавии насли III – лизиноприл дигидрат 10 мг ва диуретики тиазидии гидрохлортиазид 12,5 мг. –ро дорад. Беморони гурӯҳи асосӣ ба ғайр липразида антидепрессантҳои муосирри рексетин (пароксетин) –ингибитори селективии ғасби серотонин (СИОЗС), истеҳсоли ОАО Гедеон Рихтер (Венгрия)-ро низ истифода намуданд. Ин препарат таъсирбазштар аст, таъсири токсикияш камтар аст нисбат ба антидепрессантҳои трициклӣ. Дозаи миёнаи шабонарӯзии липразида 1,5 ҳабб, рексетина 15мг.-ро ташкил дод.

Барои муайян кардан ва баҳо додан ба ихтилолҳои возеҳи аффективӣ аз пурсишномаи депрессиявии Бека (Beck Depression Inventory - BDI) ва шкалаи изтиробии Ч.Д.Спилбергер (State Trait Anxiety Inventory - STAI) истифода шуд.

То ва пас аз курси 12-моҳаи табобат бо воситаҳои нишон додашуда параметрҳои морфофункционалии омӯзиши дил, бо усули эхокардиография (ЭхоКГ) ва доплер-кардиография тибқи методикаи стандартӣ дар дастгоҳи «Philips medical systems 455961284641, соли 2006» омӯхта шуданд. Нишондиҳандаҳои зеринро ҳисоб карданд: андозаи ниҳой-диастоликии меъдачаи чап, андозаи ниҳой-систоликии МЧ, ҳаҷми ниҳой-диастоликӣ ва ниҳой-систоликии МЧ, қараёни транзитраливу доплерӣ (Е/А).

Моделҳои геометрии МЧ-ро мувофиқи массаи миокарди МЧ ва ғафсии нисбии девораҳо ҳисоб карданд. Баъди ба даст овардани маълумотҳо геометрияи муътадил, намудҳои гипертрофияи МЧ ва бозсозӣ муайян карда шуданд.

Таҳлили омӯри бо ёрии бастаи барномаи STATISTICA 7.0 анҷом дода шуд. Муқоиса кардани интиҳобҳои мустақил ва ғайримустақил бо истифода аз t- критерияи Студент ҳангоми муътадил будани ҷудо кардани маълумотҳо ва меъёрҳои ғайрипараметрии

Mann-Whitney(U) ва Wilcoxon (W), ки аз муътадил фарқ мекарданд, сурат гирифт. Маълумотҳо дар шакли миёнаи арифметикӣ (M) ± хатои стандартии миёна (m) пешниҳод карда шуданд. Фарқият ҳангоми $p < 0,05$ будан, саҳеҳ ҳисобида шуанд.

Натиҷаҳои ба даст овардашуда: ҳангоми ба таҳқиқот дохил накардани рақамҳои ибтидоии ФШ дар гурӯҳҳои фарқияти назаррас дида нашуд. Фишори шарёнии систоликӣ (ФШС) дар гурӯҳи асосӣ $152,2 \pm 3,4$ мм.сут.сим., Фишори шарёнии диасистоликӣ (ФШД) – $93,7 \pm 2,8$ мм.сут.сим.буд. Дар гурӯҳи назоратӣ - ФШС $153,2 \pm 3,6$ ва ФШД- $94,6 \pm 2,9$ мм. сут.сим.буд.

Дар охири курси табобат дар гурӯҳи асосии беморон саҳеҳан паст шудани ФШС то 14,5% ва ФШД то 13,2% ба мушоҳида расид. Дар ин маврид натиҷаи позитивии гипотензивӣ (паст шудани ФШ то 10% ва бештар аз сатҳи ибтидоӣ) дар 94,2 %-и ҳолатҳо ба даст оварда шуд. Дар гурӯҳи назоратӣ динамикаи нишондиҳандаҳо камтар возеҳ буданд: бузургиҳои «офисии» ФШС то 6,9% ва ФШД то 9,1% паст шудааст. Умуман, таъсири позитивии бузургии ФШ дар 68,5%-и беморони таҳқиқшуда ба мушоҳида расид.

Тамоми нишондодҳои, ки возеҳии гипертрофияи МЧ (ТЗС, ТМЖП, ИММ) –ро инъикос мекарданд, дар ҳарду гурӯҳ тамоюли яктарафаи пастшавиро доштанд (ҷадвали1). Аммо дараҷаи возеҳии ин тағйироти динамикӣ дар гурӯҳҳои таҳқиқшуда хеле фарқ мекард. Дар гурӯҳи асосӣ дар охири курси табобати ТЗС МЧ то 12,8%, ТМЖП то 14,7%. ИММ МЧ ҳатто то 13,7% паст шудааст.

Ба таври эътимоднок хеле паст шудани нишондиҳандаҳои зарфияти - КСО (то 9,9%) ва КДО (то 5,5%) қайд карда шудааст; КСР низ тамоюли пастшавӣ дошт. Кам шудани ИОТС МЧ (то 11%) дар заминаи дигар тағйиротҳои дар боло зикршудаи ЭхоКГ нишондиҳандаҳо аз бозсозии МЧ гувоҳӣ медиҳанд.

Ҳангоми баҳо додан ба нишондиҳандаҳо, ҳолати функционалии МЧ хеле бештар шудани он (то 25,1%) дар шакли афзудани таносуби суръатҳои ниҳоии пуршавии барвақт ва дери диастоликии МЧ (Е/А) ба му-

Ҷадвали 1.- Динамикаи нишондиҳандаҳои морфофункционалии беморон то ва пас аз табобат.

Нишондиҳанда	Гурӯҳи асосӣ		Гурӯҳи назоратӣ	
	то	пас	то	пас
ТЗС МЧ, мм.	11,7±0,1	10,2±0,1*	11,7±0,1	11,2±0,1*
ТМЖП, мм	12,2±0,1	10,4±0,1*	11,8±0,1	11,2±0,1*
ММ МЧ, г.	218,6±4,0	190,9±3,4*	215,6±2,8	210,8±2,7*
ИММ МЧ, г/м	123,2±1,6	106,3±4,5*	117,2±1,2	113,2±1,3*
ИОТС МЧ	0,527± 0,006	0,469± 0,005*	0,534± 0,003	0,515± 0,003*
КДР, см	4,706± 0,004	4,721± 0,003*	4,687± 0,003	4,822± 0,005*
КСР, см	2,841± 0,004	2,796± 0,003*	2,873± 0,002	2,796± 0,003*
КДО, мл	91,4±1,0	86,4± 0,9*	85,3±0,7	86,1±0,7*
КСО, мл	37,5±0,2	33,8±0,2*	37,8±0,2	36,9±0,2*
ФВ, %	58,9±0,3	55,7±0,3	60,9±0,2	57,1±0,2*
Е/А, ед.	0,887±0,007	0,864±0,003*	1,112±0,020	0,945±0,003*

Эзоҳ: * – эътимоднокӣ нисбат ба нишондиҳандаҳо то табобат (p<0,05).

шоҳида расид. Таъсириҳои позитивии табобати гузаронидашуда ба функсияи кашишхӯрии МЧ дил бо зиёд шудани ФВ то 3,4% низ тасдиқ шудааст.

Динамикаи нишондиҳандаҳои морфофункционалӣ дар беморони гурӯҳи назоратӣ дар заминаи табобат, гарчанде аз ҷиҳати омӯри возеҳ буданд, вале назар ба гурӯҳи асосӣ возеҳии камтар доштанд. Бузургии дараҷаи камшавии андозаи ТЗСЛЖ ва ТМЖП дар охири курси табобат як хел буд. Тағйирот дар дигар самтҳои нишондиҳандаҳои ЭхоКГ назар ба маълумотҳои гурӯҳи асосии беморони таҳқиқшуда камтар буданд. Ҳамзамон кам шудани моҳияти ММЛЖ то 2,2%, ИММЛЖ то 3,4%, ИОТСЛЖ то 3,6% ва КСО то 2,4% ба назар расид. Дар ин маврид зиёд шудани КДР то 2,9% ва КСР то 2,1% дида шуд. Тамоюли баланд шудани функсияи насосии дил – ФВ то 2,3% ба мушоҳида расид. Баланд шудани таносуби Е/А (то 9,3%), аз беҳтар шудани протсессҳои релаксатсияи миокард, яъне функсияи диастоликии МЧ гувоҳӣ медиҳанд. Аммо вай дар муқоиса аз гурӯҳи асосӣ камтар возеҳ буд. Маълумотҳои ба даст овардашуда бо маълумотҳои дигар таҳқиқотҳо, ки аз таъсири мусбати СИОЗС ба функсияи кашишхӯрии миокард дар беморони гирифтори беморҳои дилу рағҳо ва ихтилолҳои ҳамроҳшудаи аффективӣ мувофиқат мекунанд [8-10].

То табобати аз тарафи мо гузаронидашуда дар гурӯҳи асосӣ бозсозии консентрикии МЧ (КРМЧ) дар 22,5%-и беморон, гиперт-

рофияи консентрикии МЧ (КГМЧ) то 35% ва гипертрофияи эксцентрикии МЧ (ЭГМЧ) дар 10%-ит ҳолатҳо ба мушоҳида расид. Геометрияи муътадили МЧ дар 32,5% -и таҳқиқшудагон ба қайд гирифта шуд.

Дар охири курси табобати беморон, ки табобати омехта гирифтаанд, таъсири мусбати препаратҳо ба протсессҳои бозсозии МЧ дил ба назар мерасад. Аз ҳисоби то 15% кам шудани миқдори беморони дорои КГМЧ то 10% кам шудани миқдори беморони дорои КРМЧ ба назар расид. Динамика дар одамони дорои ЭГМЧ ва геометрияи муътадили дил возеҳии камтар дошт (то 2,5%).

Дар гурӯҳи назоратӣ то табобати КРМЧ дар 20%-и беморон, КГЛЖ дар 37,5%, ЭГМЧ дар 12,5% ба қайд гирифта шуд. геометрияи муътадили дил 12 (30%) бемор мавҷуд буд. Пас аз курси монотерапия бо липразид тағйиротҳои муҳимми нишондиҳандаҳои бозсозӣ ба қайд гирифта нашуд. Дар заминаи миқдори тағйирнаёбандаи беморони дорои ЭГМЧ то ва пас аз табобат миқдори параметрҳои муътадили дил танҳо то як рақам ба вуқӯъ пайваست. Тамоюли кам шудани миқдори беморони дорои КГМЧ дар гурӯҳ миқдори нафарони дорои КРМЧ то 5% зиёд шуд.

Хулоса, маълумотҳои ба даст овардашуда аз тағйиротҳои нисбатан хубтари нишондиҳандаҳои морфофункционалии дил дар бемороне, ки табобати омехта гирифтаанд, дар муқоиса аз монотерапия бо липразид дарак медиҳанд.

**Адабиёт**

1. Word Health Statistics 2016: Monitoring health for the SDGs. Geneva, Word Health Organization – 2016 – P.136
2. Оганов Р.Г. Депрессивная симптоматика ухудшает прогноз сердечно-сосудистых заболеваний и снижает продолжительность жизни больных артериальной гипертензией и ишемической болезнью сердца / Р.Г. Оганов, Г.В. Погосова, И.Е. Колтунов, Л.В. Ромасенко, Л. Д. Деев, Ю. М. Юферева // Кардиология – 2012 – №12. – С. 59-66
3. Lasserre A.M. Clinical and course characteristics of depression and all – cause mortality: A prospective population – based study / A.M. Lasserre, H. Marti-Soler, M.P. Strippoli, et al. // J Affect Disord – 2016 – 189 – P.17-24
4. Бокарев И.Н. Артериальная гипертензия: Современный взгляд на проблему / И.Н.Бокарев // Клиническая медицина – 2015 – №8 . – С. 65-70
5. Белялов Ф.И. Депрессия, тревога, стресс и смертность / Ф.И. Белялов // Терапевтический архив – 2016 – №12 . – С. 116-119
6. Шимохина Н.Ю. Состояние систем гемостаза и иммунитета у больных острым коронарным синдромом в сочетании с тревожно – депрессивными расстройствами / Н.Ю. Шимохина, А.А. Савченко, М.М. Петрова, М.С. Черняева (Пилюгина) // Кардиология – 2015 – №7 . – С. 12-20
7. Иванец Н.Н. Тревожные расстройства у больных пожилого возраста: психопатологическая характеристика, диагностика, сходство и отличия от тревожных депрессий / Н.Н. Иванец, В.П. Сысоева, М.А. Кинкулькина, Т.И. Авдеева // Журнал неврологии и психиатрии – 2014 – №5. - С. 4-11
8. Гургенян С.В. Многофакторный генез ремоделирования левого желудочка при эссенциальной артериальной гипертензии / С.В. Гургенян // Кардиология. – 2013. -№5. –С. 38-42
9. Сапожникова И.Е. Варианты ремоделирования миокарда левого желудочка у пациентов с артериальной гипертензией и нарушениями углеводного обмена / И.Е. Сапожникова // Кардиология. Ч 2013. Ч №8. – С.44-48
10. ESH/ESC Guidelines for the management of arterial hypertension: The Task Force for the management of arterial hypertension of the European Society of Hypertension (ESH) and of European Society of Cardiology (ESC) / G. Mancia[etal.] // J Hypertens. Ч 2013. Ч №31. – P.1281-1357
11. Авдеева Т.И. Оптимизация шкалы оценки поздних депрессий и разработка рекомендаций к её практическому применению./ Т.И Авдеева, М.А. Кинкулькина, Н.Н. Иванец // Журнал неврологии и психиатрии.-2012.-№12.-С.11-18
12. Котов Н.М. Антидепрессанты в кардиологии / Н. М. Котов, А.Д. Стацкий, Д.Б. Колесников // Клиническая медицина. – 2012. – №10. – С. 11-16.
13. Ларина В.Н. Тревожно-депрессивное состояние у больных пожилого возраста с ХСН / В.Н. Ларина, Б. Я. Барт // Кардиология. – 2012. – №10. – С. 26-33.

**ДИНАМИКА ИЗМЕНЕНИЙ МОРФОФУНКЦИОНАЛЬНЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ
СЕРДЦА В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ГИПЕРТЕНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ С
КОМОРБИДНОЙ ДЕПРЕССИЕЙ**

Халикова Н.А., Одинаев Ш.Ф.

Кафедра внутренних болезней №1 ТГМУ им. Абуали ибни Сино

Влияние различных лекарственных средств на ремоделирование миокарда левого желудочка является одним из важных показателей при проведении лекарственной терапии. Указанное обстоятельство особен-

но касается лиц старших возрастов. С целью изучения влияния комбинированной терапии на структурно - морфологические параметры сердца обследованы 80 больных гипертонической болезнью пожилого воз-



раста, у которых, наряду с основным заболеванием, констатирована коморбидная депрессия. Пациенты были разделены на две группы – основную и контрольную. В выделенных группах было одинаковое число больных (n=40), существенно не отличающихся по возрасту, длительности и степени тяжести АГ. Гипотензивная терапия в обеих группах проводилась комбинированным гипотензивным средством липразидом 10 (лизиноприл 10 мг + гидрохлортиазид 12,5 мг). В основной группе больные, наряду с антигипертензивной терапией, получали антидепрессант нового поколения - селективный ингибитор обратного захвата серотонина (СИОЗС) – рексетин (пароксетин). Среднесуточная доза препарата составляла 15 мг. Эхокардиографические параметры изучались до и после 12 недельного назна-

чения указанной терапии. К концу курса лечения в основной группе больных отмечено достоверное снижение САД (на 14,5%) и ДАД (на 13,2%). Динамика показателей гемодинамики на фоне лечения в контрольной группе, хотя также была статистически достоверной, но менее выраженной по сравнению с показателями основной группы. К концу курса лечения у больных, получавших комбинированную терапию, наблюдалось положительное влияние препаратов на процессы ремоделирования ЛЖ сердца. Монотерапия липразидом в контрольной группе значимых сдвигов со стороны показателей ремоделирования не выявила.

Ключевые слова: артериальная гипертония, ремоделирование, коморбидная депрессия, антидепрессанты, пожилой возраст.

DYNAMICS OF CHANGES IN MORPHOFUNCTIONAL CARDIAC PARAMETERS IN THE TREATMENT OF HYPERTENSIVE PATIENTS WITH COMORBID DEPRESSION

Khalikova N.A., Odinaev Sh.F.

The impact of different medications on the left ventricular cardiac remodeling is one of the key indicators of the provision of medical therapy. The indicated circumstance is especially relevant to older persons. With the purpose of studying the impact of combined therapy on the structure and morphological parameters of the heart, 80 elderly patients with hypertension, having, apart from main disease, comorbid depression are examined. The patients had been divided in two groups – main and control groups. There were equal number of patients in the selected groups (n=40), not varying considerably in age, duration and severity of arterial hypertension. Antihypertensive therapy in both groups conducted with liprazid 10 (lisinopril 10mg + hydrochlorothiazide 12.5mg). Patients in the main group along with antihypertensive therapy had contemporary antidepressant medication – Selective Serotonin Reuptake Inhibitor (SSRI) – rexin (paroxetine) average daily

dosage of medication included 15mg. Echocardiographic parameters had been scrutinized before and after 12 weeks of indicated therapy. By the end of the course of therapy, the considerable reduction of systolic blood pressure (by 14,5%) and diastolic blood pressure (by 13,2%) were found in the main group of patients. The dynamics of hemodynamic parameters during the therapy in the control group, though, it was also statistically significant, but less pronounced compared with the main group. By the end of therapy there was a positive impact of medication on the remodeling of the left ventricle of the heart of patients receiving combined therapy. Liprazid-based monotherapy in the control group has not identified significant shifts from the remodeling indicators.

Key words: arterial hypertension, remodeling, comorbid depression, antidepressants, elderly age.



Холикова Н.А. - муаллими калони кафедраи бемориҳои дарунии №1, МДТ ДДТТ ба номи Абуалӣ ибни Сино, 734058, Ҷумҳури Тоҷикистон, ш. Душанбе, хиёбони Рӯдакӣ, хонаи 128, хучраи 29, Тел. +992 918 12 64 96, E.mail. Nargis.A.Khalikova.01@gmail.com

Халикова Н. А. – старший преподаватель, кафедры внутренних болезней №1, ТГМУ им. Абуали ибни Сино; 734058, Республика Таджикистан, г. Душанбе, пр. А. Рудаки, д. 128, кв. 29. Тел. +992 918 12 64 96, эл.почта: Nargis.A.Khalikova.01@gmail.com.

Khalikova N. A. – senior lecturer, Department of Internal Medicine No. 1, Abuali ibni Sino TSMU; 128 A. Rudaki ave., sq. 29, Dushanbe, 734058, Republic of Tajikistan. Tel. +992 918 12 64 96, email address: Nargis.A.Khalikova.01@gmail.com

Одинаев Ш.Ф. – доктори илмҳои тиб, дотсент, мудири кафедраи бемориҳои дарунии №1, МДТ ДДТТ ба номи Абуалӣ ибни Сино, Тел. +992 918 61 05 39.

Одинаев Ш.Ф. – доктор медицинских наук, доцент, заведующей кафедры внутренних болезней №1, ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино; Тел. +992 918 61 05 39.

Odinaev Sh.F. – Doctor of Medical Sciences, Associate Professor, Head of the Department Department of Internal Diseases No. 1, Abuali ibni Sino State Medical University; Phone number: +992 918 61 05 39.

НОРАСОИИ СЕРЕБРОВАСКУЛЯРӢ ВА ТАҒЙИРОТИ ЭЛЕКТРОЭНСЕФАЛОГРАММА ДАР БЕМОРОНИ ГИРИФТОРИ БЕМОРИҶОИ МУЗМИНИ ГУРДАҶО

Юсупова М.Х., Бобохоҷаева З.Б., Фуломов С.Ч.

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

Муҳиммият. Проблемаи иртиботи мутақобилаи тағйиротҳои ба таври соматогенӣ тағйирёфтаи системаи асаб дар беморони дорой бемориҳои узвҳои дарунӣ дар солҳои охир бештар инкишоф ёфта истодаанд [2]. Маҳз ҳангоми бемориҳои музмини гурдаҳо, ки онҳоро фишорбаландии шарёнӣ, ихтилоли сафедаҳо, мубодилаи липидҳо, гомеостази обу намак ва кислотава асос барои расидани таъсири патогенӣ ба системаи асаб шароити мусоид доранд [1]. Ба кӯшишҳои анҷом додашуда оид ба барвақт муайян кардан ва пешгирӣ намудани бемориҳои гурдаҳо нигоҳ накарда, басомади норасоии музмини гурдаҳо, рӯ ба афзоиш дорад ва зиёдшавии он ҳамасола то 100-250 нафар ба як миллион кас рост меояд [3]. Проблемаи норасоии музмини гурдаҳо дар солҳои охир боз ҳа аҳамияти бештари тиббӣ-ичтимоӣ пайдо мекунад.

Масъалаҳои ташҳиси барвақт ва профилактикаи бемориҳои рағҳои майнаи сар дар байни проблемаҳои афзалиятнок ва мубрами неврология устуворона мввқеи пешсафиро нигоҳ медоранд [4].

Мақсади таҳқиқот: Муайян кардани хусусиятҳои аломатҳои клиникии энсефалопатия

ва маълумотҳои электроэнсефалография (ЭЭГ) дар беморони гирифтори норасоии музмини гурдаҳо (НМГ).

Мавод ва усулҳои таҳқиқот: Таҳти муоинаи мо 66 бемори гирифтори норасоии музмини гурдаҳо қарор доштанд. Барои таҳқиқот беморони синну соли аз 16-то 59-сола (синну соли миёна $43,1 \pm 7,4$ сол) фаро гирифта шуданд. Дар байни онҳо 29 (43,9%) нафар мард ва 37 (56,6%) нафар зан буд. Давомнокии беморӣ аз 1 моҳ то 10 солро ташкил. Аз онҳо бо норасоии музмини гурдаҳо 19 нафар дар марҳалаҳои НМГ I-II қарор доштанд (суръати филтратсияи калобачаҳо– СФК е 60 мл/дақ /1,73м², аломатҳои осеби гурдаҳо), 28 нафар бо марҳалаҳои НМГ -III (СФК 60-30 мл/дақ /1,73м²), 19 нафар бо марҳалаи НМГ- IV (СФК 30-15 мл/дақ /1,73м²). Ташҳис дар асоси усулҳои стандартии таҳқиқот мувофиқи нақшаи нефрологӣ верификатсия шуда, ҳамчунин дар таҳқиқот истифода карда шуд: усулҳои клиникии таҳқиқот бо дар бар гирифтани чамъовариҳои шикоятҳои беморон, анамнез, маълумотҳои статуси неврологӣ, ЭЭГ.

Натиҷаҳо: Дар натиҷаи таҳқиқоти неврологӣ муайян карда шуд, ки шикоятҳои асо-



сии беморондар 19(76,0%)-и ҳолатҳо дарди сар буд, ки беморонро асосан субҳ ьнорухат мекард.

Сарчархзанӣ дар шакли эҳсосоти нестшавӣ дар 17(68,0%) нафар бемор хусусияти мунтазам ва ё доимӣ надошт, шавшшув дар гӯшҳоро 16(64,0%) бемор, ихтилоли хобро 14(56,0%) бемор, зиёд шудани мондашавиро ва хирашавии таъбро 19(76,0%) нафари беморон эҳсос мекарданд. Ҷамчунин беморон аз дилбеҳузуршавӣ ва қайқунӣ 4(16,0%) шикоят мекарданд. Ҷангоми таҳлил кардани маълумотҳои неврологӣ дар беморони гирифтори НМГ ихтилолҳои когнитивӣ дар 21(76,0%) –и беморон, симптоматикаи диффузии микроманбаъ: анизорефлексияи пайҳо, андаке тағйир ёфтани роҳгардӣ, ноустуворӣ ҷангоми иҷро намудани амалҳои, ки ҳамоҳангии дақиқро талаб мекарданд дар 16(64,0%) нафар бемор. Ҷамчунин дар 9(36,0%) бемор нистагм, сусти шудани қувваи босира ва сомеа дар 12(48,0%) –и беморон шунида шуд.

Таҳлили муқоисавии ЭЭГ нишон дод, ки дар беморони гирифтори норасоии серброваскулярии дезорганизацсия, десинхронизатсия ва «ҳамворшавии» ЭЭГ-и заминавӣ назар ба ҳамин синну соли бидуни ихтилолҳои серброваскулярий хеле бештар муайян карда шуд. Бар иловаи тамоюлҳои умумии сусти шудани ритмҳои асосӣ, дар беморон фаъолнокии сусти мавҷнок ба қайд гирифта шуд.

Аз миқдори умумии беморони таҳқиқшудаи дорои марҳалаҳои муътадили НМГ дар 9 нафар бемори гирифтори норасоии музмини гурдаҳо (НМГ), дар дуршавиҳои шадид аз меъёр дида намешавад. Аксар вақт ин фарқиятҳо бо тағйиротҳо дар хати алфаритм дида мешаванд: амплитуда сусти мешавад, алфаритм дукмонанд бо дукҳои новозех ба назар мерасад. Дар 12 бемори дорои марҳалаи муътадили норасоии музмини гурдаҳо дар сабти бета-ритми басомадаш аз 14 то 16 лапиш дар як сония ба қайд гирифта шуд, ки дар тамоми конвекс паҳн шудааст. фотостимулятсияи ритмии басомадаш аз 2 то 20 Гс, ки ба аксуламал нигаронида шудааст – дамомнок аст. Ҷангоми гузаронидани

гипервентилиятсия (5 дақиқа) хусусияти фаъолнокии биоэлектрикӣ ба таври назарраси тағйир наёфтааст.

Тибқи натиҷаҳои ЭЭГ дар 22 бемори дорои марҳалаҳои вазнини бемориҳои музмини гурдаҳо сабти алфаритм бо басомади аз 8-9,5 лапиш дар як сония бо яксон шудани фарқиятҳои минтақавӣ мувофиқи амплитудаи хуруҷҳои билатералӣ-синхронии тетамавҷҳо дар дуршавиҳои фронталӣ-марказӣ ба қайд гирифта мешавад. Ҷангоми фотостимулятсияи ритмии аксуламал аз худ кардани ритм танҳо ҷангоми басомади стимулятсияи 8 Гс. будан, имконпазир мебошад. Ҷангоми гузаронидани аксуламалҳои ҳадафнок дар 6 бемор тўлкашӣ ва ё набудани маҳшавии аксуламалҳои ҳадафнок дида шуд, дар 3 бемор зуд нест шудани он ба қайд гирифта шуд. Ҷангоми гипервентилиятсия (5 дақиқа) ангиизи фаъолнокии мавҷнокии сусти бо тадричан сусти шудани басомади он ва тадричан зиёд шудани амплитуда ба амал меояд.

Дар 24 бемор дар марҳалаи терминалии бемории музмини гурдаҳо ҷангоми гузаронидани ЭЭГ-и заминавӣ фаъолнокии умумии сусти тета-диапазон бартардорд. Дар 21 бемор ҷангоми гузаронидани ЭЭГ делта- ва тета-ритм бо паст шудани таъсири фаъолкунандаи танаи майнаи сар ба қайд гирифта мешавад.

Хусусияти махсус ба таврафи мавҷи сусти чояшро иваз кардани басомади алфаритм ва ҳатто пайдо шудани тета-ритм аст. Ҷайр аз ин, реактивият ҷангоми сарбории мақаднок сусти мешавад: аксуламали мақаднок ба зудӣ маҳв мешавад, ки ин аз паст шудани сатҳи фаъолнокии майнаи сар дарак медиҳад. Шояд, дар интоксикацсия ва азотемия ангиизи унсурҳои на танҳо қишри майна, балки сохторҳои амиқ низ ба таври назаррас паст мешаванд. Ин ба сусти шудани фаъолнокии тоникӣ ва қисмонӣ оварда мерасонад, бидуни ихтилол ёфтани иртиботи мутақобилаи қишриву танагии майнаи сар. Интоксикацсияи музмин ба ихтилолҳои ирритативӣ-дистрофиковарда мерасонад.

Хулоса, басомади пайдошавии оризаҳои неврологӣ аз марҳалаҳои бемориҳои музми-



ни гурдаҳо вобастагии мустақим дорад. Зухуроти аввалину барвақти ихтилолҳои неврологӣ ҳангоми бемориҳои музмини гурдаҳо (БМГ) ин тағйиротҳои пайдошуда дар дисфунксияҳои когнитивӣ, рефлексорӣ ва

вегетативӣ мебошанд. Бо зиёд интоксикатсия суръати сусти фаъолноқшавӣ баланд мешавад ва ба хуруҷи тета- ва делта-фаъолноқшавӣ то ба ҳадди минимум растандани онҳо мегузарад.

Адабиёт:

1. Алферова В.В. Поражение нервной системы при соматических заболеваниях / В.В. Алферова [и др.] // Журнал неврологии и психиатрии им.С.С.Корсакова-2018.-№1.-С.56-60.
2. Внутренние болезни: пер. с англ. / под ред. Э. Фаучи, Ю. Браунвальда. - М.: Практика – Мак-Гроу – Хилл. 2016. – 1120 с.
3. Патогенетические аспекты формирования поражения головного мозга у больных с хронической почечной недостаточностью / И.В. Кладова [и др.] // Астраханский медицинский журнал. – 2019. – Т. 3. - №2. – С. 30-35.
4. Хроническая болезнь почек и сосудистая деменция / Н.А. Мухин [и др.]// Тер.архив. – 2019. - № 6. – С. 7-10.

ЦЕРЕБРОВАСКУЛЯРНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ И ИЗМЕНЕНИЯ ЭЛЕКТРОЭНЦЕФАЛОГРАММЫ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПОЧЕК Юсупова М.Х., Бобоходжаева З.Б., Гуломов С.Ч.

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

Резюме: В статье рассматривается клиническая картина церебральной недостаточности и изменения электроэнцефалограммы у больных с хронической болезнью почек. Под нашим наблюдением находились 66 больных с ХПН. Клинические наблюдения данных показали, что частота развития не-

врологических осложнений находится в прямой зависимости от стадии ХПН. По мере нарастания интоксикации, наблюдаются клинические и инструментальные изменения.

Ключевые слова: цереброваскулярная недостаточность, электроэнцефалограмма, хроническая болезнь почек.

CEREBROVASCULAR INSUFFICIENCY AND ELECTROENCEPHALOGRAM CHANGES IN PATIENTS WITH CHRONIC KIDNEY DISEASE

Yusupova M.Kh., Bobokhodzhaeva Z.B., Gulomov S.Ch.

Department of Internal Diseases No. 1 of the State Educational Institution “TSMU named after Abuali ibn Sino”.

Resume: The article deals with the clinical picture of cerebral insufficiency and electroencephalogram changes in patients with chronic kidney disease. We observed 66 patients with CRF. Clinical observations of these data have shown that the incidence of

neurological complications is directly related to the stage of CRF. As intoxication increases, clinical and instrumental changes are observed.

Keywords: cerebrovascular insufficiency, electroencephalogram, chronic kidney disease.

Юсупова Манзура Хамзаалиевна- н.и.т., муаллими калони кафедраи бемориҳои адрунии №1, МДТ Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абуалӣ ибни Сино», тел. 918733310.
Бобоходжаева Замира Бадридиновна– муаллими калони кафедраи бемориҳои адрунии №1, МДТ Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абуалӣ ибни Сино», тел. 918672737
Гуломов Садам Чорихонович- муаллими кафедраи бемориҳои адрунии №1, МДТ Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абуалӣ ибни Сино», тел. 918672737



Юсупова Манзура Хамзаалиевна – к.м.н., старший преподаватель кафедры внутренних болезней №1 ГОУ «ТГМУ им. АбуалиибниСино» - 918733310

Бобоходжаева Замира Бадридиновна – старший преподаватель кафедры внутренних болезней №1 ГОУ «ТГМУ им. АбуалиибниСино» - 918672737

Гуломов Садам Чорихонович - ассистент кафедры внутренних болезней №1 ГОУ «ТГМУ им. АбуалиибниСино»

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

***Bobokhodzhaeva Zamira Badridinovna** - Senior lecturer of the Department of Internal Diseases No. 1 of the State Educational Institution "AbualiibniSino TSMU" - 918672737*

Гуломов Садам Чорихонович - Assistant of the Department of Internal Diseases No. 1 of the AbualiibniSino State Medical University.- 918672737



БЕМОРИҲОИ КЌДАКОН

УСУЛҲОИ АСОСИИ ТАБОБТИ КЌДАКОНИ ГИРИФТОРИ БРОНХИОЛИТ

Бабаева Л.А., Якубова З.Х

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

Муҳиммият. Бронхиолит паҳншудатарин сирояим вирусии қисмҳои поёнии роҳҳои нафаскашӣ, бо бартарӣ доштани осебҳои бронхҳои майда ва бронхиолаҳо ба ҳисоб меравад, ки метавонад ба инсидоди бронхҳои майда ва пайдо шудани норасоии нафаскашӣ оварда расонад [5]. Беморӣ асосан дар кўдакони синну соли 9 моҳа (90% ҳолатҳо) дар заминаи срыти шадиди респиратории вирусӣ (СШРВ) пайдо мешавад. Ба андешаи як гурӯҳи олимони бронхиолитро тақрибан 1/3 ҳиссаи кўдакони то дусола аз сар мегузаронанд [3,7]. Таърифи умумии бронхиолит дар ҷаҳон вучуд надорад. Тибқи маълумотҳои омории ҷаҳонӣ ҳамасола 150 млн ҳолати беморшавӣ (11 беморшуда дар 100 кўдаки синну соли ширхорагӣ) ба қайд гирифта мешавад, ки 7-13%-и онҳо ба муолиҷаи статсионарӣ ва 1-3% ба бистарикунонӣ дар шуъбаи табобати интенсивӣ зарурат доранд [3]. Қуллаи мавсимии беморшавӣ аз моҳи июн то апрел давом мекунад. Сатҳи фавтият аз бронхиолит аз 0,2 то 7%-ро ташкил медиҳад [2,6,8].

Симптомокомплекси бронхиолити шадидинсидоди роҳҳои поёнии нафаскашӣро дар бар мегирад, ки дар заминаи срыти шадиди респиратории вирусӣ (СШРВ) пайдо мешавад ва онро сулфа ва аломатҳои норасоии нафаскашӣ ҳамроҳӣ мекунад: нафаскашии душвори хир-хирӣ, тахипноэ, втяжением тарангшавии фосолаҳои зерқабурғаҳо ва ё дам кардани бағалҳои бинӣ ва зир-хирҳои дуиарафа дар шушҳо [2, 3].

Мувофиқи таърифи дар дастури клиникӣ Академияи педиатрии Америка ва Ҷамъияти педиатрҳои Канада, бронхиолит — ин бемории кўдакон дар синну соли то 24-моҳагӣ аст, ки аз сироятҳои вирусии қисмҳои поёнии роҳҳои нафаскашӣ вобаста аст. Асоси ихтилолҳои патогенетикии бронхиолит ин илтиҳоби шадид, варам, некрози эпители, ки роҳҳои майдаи нафаскаширо мепӯшо-

нанд, ҳамчунин баланд шудани ифрозоти луоб ташкил мекунад [8,9]. Вирусҳои метавонанд, ки таъсири мустақими ситотоксикӣ дошта бошанд ба ҳуҷайраҳои эпители респираторӣ, ки дар натиҷаи он некрози онҳо ба амал меояд. Ҳуҷайраҳои харобшуда якҷоя бо луоб ковокии роҳҳои майдаи нафаскаширо маҳкам мекунад, ки ин ба гиперинфлятсияи бофтаҳо ва ателектаз оварда мерасонад [1,4]. Сабаби асосии бронхиолити вирусӣ респираторӣ-синтетиалӣ ба ҳисоб меравад (РСВ) [1,10,11]. Дар байни дигар омилҳои этиологӣ - риновирусҳо, метапневмовирус, вирусҳои зуком, аденовирус, коронавирус, вирусҳои парагрипп ба шумор мераванд [2,7]. Барои бронхиолити мавсимӣ будан хос аст – вай бештар дар фаслҳои сарди сол ба назар мерасад. Беморӣ аз ринит ва сулфа сар мешавад, баъдан тахипноэ, нафаскашии ҳуштакмонанд, хангоми аускултатсияи хир-хир шунида мешавад, дар амали нафаскашӣ мушкҳои ёрирасон иштирок мекунад, бағалҳои бинӣ варам мекунад [2,4,5]. Сатуратсияи оксиген асосан паст аст. Хангоми ихтилоли ғизо аз сабаби симптомҳои респираторӣ мумкин аст, ки аломатҳои дегидрататсия ба мушоҳида расад [7,8]. Вазнинии ҷараёни бронхиолит аз дараҷаи сабук то шаклҳои вазнин баҳогузорӣ мешавад. Омилҳои хатари ҷараёни вазнини беморӣ норасидагӣ (камтар аз 32 ҳафтаи гестатсия), синну сол камтар аз 12 ҳафта, чинси мард, надодани шири сина, бемориҳои музмини шушҳо, аҳамияти гемодинамики нуқсонҳои дил ва иммунодефисити вазнин ба ҳисоб мераванд [6].

Тибқи маълумоти як гурӯҳи олимони бронхиолит сабаби аз ҳама бештар дучоршавандаи бистарӣ шудани кўдакони то 1-сола аст [4,5]. Бештар аз ҳама кўдакони 1-2-моҳа бистарӣ мешаванд [6]. Критерияҳои ҳаллу фасл кардани масъалаҳои бистарӣ кардан мумкин аст, ки синну сол (< 3 мес), нораси-



тағӣ дар анамнез (< 35 ҳафтаи гестатсия) мебошанд [7]. Айни замон тақрибан воситае нест, ки самаранокии табобати бронхиолитро исбот кунад. Дар айни замон дар ҳама чо равишҳои гуногуни табобати он бо самаранокии исботнашуда мавриди истифода қарорт доранд [10,12].

Мақсади тадқиқот. Омӯзиши усулҳои асосии табобати кӯдакони гирифтори бронхиолит.

Мавод ва усулҳои тадқиқот. Тахти муоинаи мо 45 кӯдаки синну соли то 1,5-сола қарор дошт, ки аз хусуси бронхиолити шадид на дертар аз шабонарӯзи 3-юми пайдо шудани синдроми инсидоди бронхиолитӣ бистарӣ карда шуда буданд. Барои баҳо додан ба дараҷаи ихтилолҳои нафаскашӣ нишондиҳандаҳои басомади ҳаракатҳои нафаскашӣ, аз оксиген сер будани хун истифода карда шуданд. Усулҳои клиникӣ-анамнезӣ ва лабораторӣ-инструменталии таҳқиқот истифода шуд. Критерияҳои истисно қардан бемориҳои м узмини дил ва шушҳо, астмаи бронхиалӣ, ҳамчунин ҳолтаи ниҳоят вазнини кӯдак буд, ба шуъбаи реаниматсия гузаронидани кӯдаки буюморро тақозо мекард.

Натиҷаҳо ва баррасии онҳо. Критерияҳои бистарикунони беморони аз тарафи мо муониашванда инҳо буданд: апноэ; аломатҳои итнорасоии дараҷаи II - III; суфт шудани гизо; дегидрататсия, душворӣ ҳангоми синамакони, ҳоболудағӣ; талабот ба санатсияи роҳҳои болоии нафаскашӣ дар шароити клиникӣ; заминаҳои вазникунандаи преморбидӣ. Беморон ба статсионар дар давоми 3 шабонарӯзи пас аз сар шудани беморӣ бо шикоятҳо аз забони волидайн оид ба сулфа, душвории нафаскашӣ, орӯғзанӣ, паст шудани иштиҳо, баланд шудани ҳарорати бадан дохил шудаанд. Аз анамнез муайян карда шуд, ки 42,2% (n=19) кӯдак ғизои сунъӣ ва омехта истеъмол мекард. Бемори ба таври шадид ва бо сулфаи хушк, аз бинӣ хориҷ шудани луоб ва ифрозот, ҳарорати субфебрилӣ сар шудааст. Педиатри маҳаллӣ ташхиси СШРВ гузошта, табобати симптоматикӣ таъйин карда шуд. Дар охири шабонарӯзи 2-3-юм ҳолати беморон бад шудааст, ва

обаства аз ин кӯдакон дар статсионар бистарӣ кунонида шуданд. Дар 82,2% -и ҳолатҳо ҳолати беморон вазнини миёна ва дар 17,8% вазнин арзёбӣ шудааст. Сабаби вазнини ҳолати беморон норасоии нафаскашӣ буд. Дар баробари зухуроти нузлавӣ (катаралӣ) синдроми интоксикатсия низ ба мушоҳида расид. Ҳангоми муоина қардан ҳамаи беморон ноором буданд. Ҳарорати бадан аз 37,5 то 38,2°C буд. Қабатҳои пӯст рангпарид. Дар 53,3%-и ҳолатҳо сианози секунҷаи бинву лаб дида шуд. Нафаскашӣ ба воситаи бинӣ душвор буд, аз бинӣ хориҷ шудани ифрозоти луобӣ дида мешавад. Ҳангоми гузаронидани При проведении пулсоксиметрия сатуратсияи оксигени хуни шарёнӣ аз 87 то 92% буд. Ба қайд гирифта шуд – крепитатсияи оралӣ, тахипноэ ва тахикардия, сулфаи ками камҳосил, иштироқи мускулатураи ёрирасон дар амали нафаскашӣ (дам қардани бағалҳои бинӣ, кашиш хӯрдани фосилаҳои байниқабурғавӣ), дамиидани қафаси сина, ба таври перкуторӣ садои қуттичамонанд шунида шуд. Дар шушҳоба таври аускултативӣ нафаскашии дағал шунида шуд бо нафасбарории тӯлонии хуштакмонанд, хир-хирҳои сершумори намноқи хубобчаҳояшон майда ва крепитатсионӣ дар ҳама проексияҳои шушҳо шунида шуд. Синдроми обструктивӣ ҳадди максимуми худро дар давоми рӯзҳои 1-2-юм ба даст овард, баъдан тадричан кам шуд, хир-хирҳо дар шушҳо ба ҳисоби миёна дар рӯзи 10-уми беморӣ нест шуданд, сулфа то 3 ҳафта боқӣ монд.

Дар 40%-и кӯдакон заминаи преморбидӣ дида шуд. Клиникаи бронхиолит динамикӣ буда зуд иваз мешуд. Дар 100%-и таҳлили умумии хун дида шуд – лейкоцитоз, тез шудани суръати СОЭ. Дар манзараи рентгенологӣ дамидани шушҳо ва шиддатнокии манзараи бронху рағҳо ба мушоҳида расид.

Дар табобати бронхиолаҳо вазифаи асосӣ муътадил гардонидани функцияи нафаскашии хориҷӣ ва таъмин қардани гузаронандагии роҳҳои болоии нафаскашӣ буд. Дар ҳолатҳои вазнин оксигенатсия ва гидрататсия гузаронида шуд. Дар сурати ихтилол ёфтани нафаскашӣ бо бинӣ аз препаратҳои маҳаллии рағвасеъкунанда бо курсҳои



кӯтоҳмуддат истифода шуд (қатраҳо дапр асоси ксилометазолин, оксиметазолин, от-ривин бэби). Аз усулҳои ҷисмонӣ санатсияи сӯроҳҳои бинӣ бо аспираторҳои назалӣ истифода шуд.

Препаратҳои антибактериалӣ аз гурӯҳи пенициллинҳои полусинтетикӣ, сефалоспоринонҳо, макролидҳо ба кӯдакони дорои сироятҳои ҳамроҳшудаи бактериалӣ (табларзаи баланд, синдроми возеҳи интоксикация, пешравии норасоии нафаскашӣ, лейкоцитозии пешраванда ва СОЭ). Ҳангоми ихтилолҳои назарраси гемодинамика аз дезагрегантҳо истифода карда шуд (трентал, курантил), эуфиллин.

Гидрататсияи муносиб ба таври пероралӣ гузаронида шуд. Дар сурати номумкин будани гидрататсияи оралӣ моеъро аз тариқи зонди назогастралӣ ё дохиливаридӣ ворид намуданд. Чунон миқдори моеъ ворид карданд, ки талаботи физиологиро бидуни хатари варам кардани майнаи сар таъмин карданд. Дар сурати мавҷуд будани эксикоз (дараҷаи 2-3) ба таври парентералӣ гидрататсияи глюкозӣ-маҳлули намаки (маҳлули 0,9%-и натрии хлорида ва маҳлули 5%-и декстроз) на бештар аз 20 мл/кг/ш/р гузаронида шуд. Ҳангоми сатуратсияи d^o 92-94% аз оксигени намнок истифода шуд. Мақсаднок будани истифодаи бронходилятаторҳо ҳангоми бори аввал истифода кардани небулайзер муайян карда шуд. Агар дар заминаи ингалятсия дар кӯдак аломатҳои возеҳи беҳбудӣ дида шавад: баланд шудани сатуратсия, кам шудани миқдори ҳаракатҳои нафаскашӣ то 10-15 маротиба дар як дақиқа, кам шудани шиддатнокии хир-хирҳо, кам шудани кашӣшӯрии фосилаҳои байниқабурғавӣ, сабук шудани нафаскашӣ, дар ин ҳолат курси мин-

баъда гузаронида шуд. Дар ҳолати самаранок набудани табобат гузаронидани ингалятсияро бо бронхоспазмолитикҳо қатъ мекунанд. Бронхоспазмолитикҳо аз тариқи небулайзер на бештар аз 3-4 маротиба дар як шабонарӯз ба кор мебаранд: салбутамол - 0,15 мл/кг барои як бор, максималӣ 2,5 мл. Динамикаи ҳолати кӯдакони ҳангоми дохил шудан, пас аз 1 соати ингалятсия, минбаъд ҳар субҳ то ва баъди 1 соати ингалятсия назорат карданд. Критерияҳои илолагии самаранокӣ табобат давомнокии оксигенотерапия ва давомнокии бистарӣ будан ба шумор мераванд. Дар ҳолати зарурӣ глюкокортикоидҳои системавӣ ворид карда шуданд. Ҳамчунин пероралӣ муколитикҳо истифода шуданд (атсетилсистеин, амброксол).

Дар заминаи табобат гузаронидашуда динамикаи мусбат дар шакли беҳтар шудани ҳолати умумии беморон, беҳтар шудани нафаскашӣ бо бинӣ, манъ шудани нафаскашӣ, нест шудани крепитатсия ҳангоми аускултатсия ба назар расид. Ҳамаи беморон дар ҳолати қаноатбахш таҳти муоинаи педиатр ва тавсияҳои дахлдор ба хоашон руҳсат шуданд.

Хулоса. Бронхиолит дар кӯдакони дар бештари мавридҳо норасоии нафаскаширо ба вучуд меорад ва табобати статсионариро талаб мекунад. Табобати этиотропии самаранокӣ бронхиолит мавҷуд нест, вобаста аз ин, ҷустуҷӯи усулҳои табоабт, ки имконият диҳанд давомнокии беморӣ муҳлати бистарӣ будан кам ва ҳолати бемор беҳтар карда шавад, мавҷуд нест. Табобати гузаронидашуда натиҷаи мусбат дод. Истифодаи табобати ингалятсионӣ симптомҳои синдромҳои бронхообструктивӣ ва муати бистарӣ буданро хеле кам мекунанд.

Адабиёт:

1. Jansen R., Bont L., Siezen C. L., Hodemaekers H. M., Ermers M. J., Doornbos G., van't Slot R., Wijmenga C., Goeman J. J., Kimpfen J. L., van Houwelingen H. C., Kimman T. G., Hoebee B. Genetic susceptibility to respiratory syncytial virus bronchiolitis is predominantly associated with innate immune genes. *J. Infect. Dis.* 2007; 196: 825-834.
2. Классификация клинических форм бронхолегочных заболеваний у детей. М.: Российское респираторное общество.- 2009.- 18 с.
3. Orphan Lung Diseases. Ed. J. F. Cordier. Monograph. European Respiratory Society. 2011; 54: 84-103.



4. Патрушева Ю. С., Бакрадзе М. Д., Куличенко Т. В. Диагностика и лечение острого бронхиолита у детей. Вопросы диагностики в педиатрии. 2011; 3 (11): 5-11.
5. Таточенко В. К. Болезни органов дыхания у детей. Практическое руководство. Под ред. В. К. Таточенко. М.: ПедиатрЪ. 2012. 480 с.
6. Патрушева Ю. С., Бакрадзе М. Д. Этиология и факторы риска острого бронхиолита у детей. Вопросы диагностики в педиатрии. 2012; 3 (4): 45-52.
7. Бронхиолит у детей: диагностика и лечение с позиции доказательной медицины/ Майданник В.Г., Емчинская Е.А.// Практическая медицина. - №5 (74) – 2013.
8. Paediatric Respiratory Medicine. ERS. Handbook. 1st Edition Editors E. Eber, F. Midulla. 2013. 719 p.
9. Ralston S. L., Lieberthal A. S., Meissner H. C., Alverson B. K., Baley J. E., Gadomski A. M., Johnson D. W., Light M. J., Maraga N. F., Mendonca E. A., Phelan K. J., Zorc J. J., Stanko-Lopp D., Brown M. A., Nathanson I., Rosenblum E., Sayles S., 3rd, Hernandez-Cancio S. American Academy of Pediatrics. Clinical Practice Guideline: The Diagnosis, Management, and Prevention of Bronchiolitis. Pediatrics. 2014; 134 (5): e1474-e1502.
10. Острый бронхиолит у детей. Современные подходы к диагностике и терапии. Клинические рекомендации. — 2015.
11. Mazur NI, Martin n-Torres F, Baraldi E, et al.; Respiratory Syncytial Virus Network (ReSViNET). Lower respiratory tract infection caused by respiratory syncytial virus: current management and new therapeutics. Lancet Respir Med. 2015;3(11):888-900. doi: 10.1016/S2213-2600(15)00255-6.
12. Caffrey OE, Clarke JR. NICE clinical guideline: bronchiolitis in children. Arch Dis Child Educ Pract Ed. 2016;101(1):46-48. doi: 10.1136/archdischild-2015-309156.

ОСНОВНЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ БРОНХИОЛИТА У ДЕТЕЙ

Бабаева Л.А., Якубова З.Х.

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

Цель исследования. Изучить основные принципы лечения бронхиолита у детей.

Материалы и методы исследования. Под наблюдением находилось 45 детей в возрасте до 1,5 лет, госпитализированных по поводу острого бронхиолита не позднее 3-х суток от появления бронхообструктивного синдрома. Для оценки степени дыхательных нарушений использовались такие показатели, как частота дыхательных движений, насыщение крови кислородом. Были проведены клинико-anamnestические и лабораторно-инструментальные методы исследования.

Результаты исследования и их обсуждение. Всем больным проводили аспирацию слизистого отделяемого из носа, при наличии показаний - кислородотерапию и внутривенную регидратацию. Дополнительно проводили ингаляции бронхолитиками, при необходимости вводили системные глюкокортикостероиды. Динамику состояния детей оце-

нивали при поступлении, через 1 час после ингаляции, далее ежедневно утром до и через 1 час после ингаляции. Дополнительными критериями эффективности терапии считали продолжительность оксигенотерапии и длительность госпитализации. Оценивали неблагоприятные эффекты, которые могли быть связанными с проводимой терапией.

Заключение. Бронхиолит у детей в большинстве случаев вызывает развитие дыхательной недостаточности и требует стационарного лечения. Эффективного этиотропного лечения бронхиолита не существует, в связи с чем, актуальным является поиск метода лечения, который позволит сократить длительность заболевания, сроки госпитализации и облегчить состояние детей. Применение ингаляционной терапии облегчает симптомы бронхообструктивного синдрома и значительно уменьшает длительность госпитализации.

Ключевые слова: дети, бронхиолит, лечение.



BASIC METHODS OF TREATMENT OF BRONCHIOLITIS IN CHILDREN

Babaeva L.A., Yakubova Z.Kh.

Department of propaedeutics of children diseases of the SEI "ATSMU"

Aim. To study the basic methods of treatment of bronchiolitis in children

Materials and methods. Under observation were 45 children under the age of 1,5 years, hospitalized for acute bronchiolitis no later than 3 days from the onset of broncho-obstructive syndrome. To assess the degree of respiratory disorders, indicators such as the frequency of respiratory movements, blood oxygen saturation were used. Clinical-anamnestic and laboratory-instrumental research methods were carried out.

Results. All patients underwent nasal mucosal aspiration, and, if indicated, oxygen therapy and intravenous rehydration. In addition, inhalations with bronchodilators were performed, if necessary, systemic glucocorticosteroids were administered. The dynamics of the children's condition was assessed at admission, 1 hour after

inhalation, then daily in the morning before and 1 hour after inhalation. Additional criteria for the effectiveness of therapy were the duration of oxygen therapy and the duration of hospitalization. Adverse effects that could be associated with the therapy were assessed.

Conclusions. Bronchiolitis in children in most cases causes the development of respiratory failure and requires inpatient treatment. There is no effective etiotropic treatment of bronchiolitis, and therefore, it is important to search for a treatment method that will reduce the duration of the disease, hospitalization periods and alleviate the condition of children. The use of inhalation therapy relieves the symptoms of broncho-obstructive syndrome and significantly reduces the duration of hospitalization.

Key words: children, bronchiolitis, treatment.

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

Якубова Зайнаб Ҳалимовна – профессори кафедраи таълими асосҳои бемориҳои кӯдакони МДТ «Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абуалӣ ибни Сино», E.mail: parviz.yakubov23@gmail.com, тел.: 935335067.

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

Якубова Зайнаб Ҳалимовна – профессор кафедры пропедевтики детских болезней ГОУ «Таджикский государственный медицинский университет им. Абуалиибни Сино», E.mail: parviz.yakubov23@gmail.com, тел.: 935335067.

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

Yakubova Zaynab Khalimovna – professor of the department of propaedeutics of children diseases of the SEI «ATSMU», E.mail: parviz.yakubov23@gmail.com, tel.: 935335067.

ҲОЛАТИ ОКСИДШАВИИ ПЕРЕКИСИИ ЧАРБҲО ДАР КӯДАКONI НАВЗОДИ ГИРИФТОРИ СИРЯТҲОИ ДОХИЛИБАТНИИ ХОС

Музаффаров Ш.С., Исмоилов К.И., Давлатова С.Н.

Кафедраи бемориҳои кӯдакони №2, МДТ «Донишгоҳи Давлатии Тиббии Тоҷикистон ба номи Абуалӣ ибни Сино», Душанбе, Тоҷикистон

Муҳиммият. Мувофиқи натиҷаи тадқиқотҳои мутахассисони ТУТ, ҳамасола дар миқёси ҷаҳон зиёда аз 7 миллион кӯдакони синнашон аз яксола поёни гирифтори сиро-

ятҳои дохилибатнӣ дарёфт карда мешаванд, ки зиёда аз 600000 нафари онҳо дар давраи неонаталӣ ва синни ширмакӣ мефавтанд. Нишондодҳои мазкур чузъи муҳими нишондоди фавти кӯдакони синни то 5 сола дар рӯи Замин ба ҳисоб меравад.

Тадқиқотҳои муосири дар соҳаи тибби клиникӣ ва фундаменталӣ оид ба патофизиология ва физиологияи хучайравӣ гузаронидашуда тасдиқ менамоянд, ки нақши оксидшавии радикалозод дар раванди мубодилаи моддаҳо дар сатҳи хучайравӣ нақши муҳим мебозад, зеро ки дар заминаи ақсуламалҳои мазкур мубодилаи як қатор моддаҳо, ба монанди сафедаҳо, чарбҳо ва кислотаҳои нуклеинӣ фаъол гардида ҳосилшавии простогландинҳо, ки бо ёрии онҳо нуфузпазирӣ эндотелияи рагову биомембранаи хучайравӣ дар организм танзим карда мешавад, босуръат мешавад.

Ҳамаи кӯдакони навзод дар ҳолати дислипидемия таваллуд мешаванд ва дар ин маврид таъсири минималии микроорганизмҳо боиси фаъол гардидани равандҳои оксидшавии перекисии чарбҳо, ки зинаи муҳими пайдоиши синдроми дизадаптатсионӣ дар марҳилаи неонаталии барвақт мегардад, мешаванд.

Чуноне ки маълум аст, ки дар ин марҳилаи ақсуламалҳои биологии организм нақши назарраси маҳсулоти ҳосилаи карбонилӣ, чун диалдегиди малонӣ, ки ба фаъолияти нишондодҳои ионии биомембранаи хучайравӣ таъсир карда вазифаи онро тағйир медиҳад, мушоҳида карда мешавад. Илова бар ин, дар заминаи гипоксия ва гликолизии анаэробӣ таъсири тарафайни маҳсулоти мобайнӣ ва индуктивиятнокии равандҳои липопероксидативӣ ба амал омада бо дигаргуниҳои вазнини мубодилавӣ зоҳир мешаванд, ки метавонанд нишондодҳои пешгӯикунандаи дараҷаи вазнини равандҳои патология ба гуруснамони оксигенӣ ва зухуроти гипоксикӣ алоқаманд, бошанд.

Вобаста ба он, ки дар заминаи сироятҳои дохилибатнӣ организми кӯдакони навзоди бемор гипоксияи ҷиддии хучайравии генези омехтаро аз сар мегузаронад, вайроншавии мувозинати кислотагиу асосӣ ва ионӣ

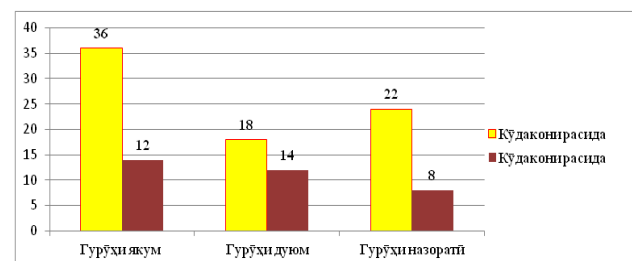
инкишоф ёфта аломатҳои диссоциатсияи мубодилавӣ ба назар мерасад ва раванди ҳосилшавии радикалҳои озод оғоз мешавад, ки боиси стресси оксидшавӣ дар хучайраҳо мегардад. Айни замон раванди оксидшавии радикалозод ва фаъолияти системаи муҳофизати антиоксидантӣ дар мавриди сироятҳои дохилибатнӣ таҳти омӯзиши пурра қарор нагирифтааст, ки муҳимияти гузаронидани тадқиқоти мазкурро инъикос менамояд.

Мақсади тадқиқот. Омӯзиши ҳолати оксидшавии радикалозоди чарбҳо ва муҳофизати антиоксидантӣ организми кӯдакони навзоди расида ва норасид дар мавриди сироятҳои дохилибатнӣ хос.

Маводҳо ва усулҳои тадқиқот. Ба раванди тадқиқоти мазкур 80 нафар кӯдакони навзоди гирифтори сироятҳои дохилибатнӣ хоси ба шуъбаи бемориҳои кӯдакони навзоди МД ММТ ҚТ - «Шаҳраки Шифобахш» дар давоми солҳои 2019 то 2022 бистарӣ буданд, дохил карда шуданд.

Ҳолати кӯдакони навзоди бемор ва дараҷаи вазнини бемории кӯдакони навзоди зери назорат бо истифода аз натиҷаи таҳлилҳои клинико-лабораторӣ ва ҷадвали модификатсияшудаи NEOMOD баҳогузорӣ карда шуд. Мувофиқи ҷадвали мазкур ҳамаи кӯдакон ба ду гурӯҳ ҷудо карда шуданд.

Расми 1.- Тақсими кӯдакони зери назорат вобаста ба синни гестатсионӣ



Гурӯҳи якум аз 48 (60%) нафар кӯдакони расида ва норасиди гирифтори шакли вазнин ва гурӯҳи дуюм аз - 32 (40%) нафар кӯдаки расида ва норасиди гирифтори шакли хеле вазнини сироятҳои дохилибатнӣ хос иборат буд. Ба гурӯҳи назоратӣ 30 нафар кӯдаки навзоди нисбатан солими дар давраи аввали мутобиқшавӣ қарордошта, ки аз рӯи



синну сол, нишондодҳои антропометри ва чинс бо кӯдакони тадқиқшаванда мувофиқ буданд, иборат буд. Миқдори кӯдакони расида 54 (67,5 %) ва миқдори кӯдакони норасид 26 (32,5 %) нафарро ташкил дод (расми 1).

Ташхис дар асоси собикаи акушерии модар, собикаи ҳаётии кӯдак ва натиҷаҳои тадқиқотҳои лабораторӣ гузошта шуда бо ёрии таҳлили иммуноферментӣ (ИФА) дар зардобаҳои чуфт бо дарёфт намудани анти-телаҳои махсус ба зидди барангезандаҳои гуногуни сироятҳои дохилибатнӣ дар модарону кӯдакон тасдиқ карда шуд.

Ба ғайр аз усулҳои тадқиқи анъанавӣ (омӯзиши маълумотҳои собикавиву клинико-лабораторӣ, натиҷаи муоинаи пурра, баҳодихӣ ба инкишофи ҷисмонӣ, натиҷаи тадқиқотҳои микробиологӣ, муайян намудани маркёрҳои сирояти TORCH, нишондодҳои биокимиявии зардоби хун, миқдори электролитҳо дар хун, кишти хун ва начосат барои микрофлора) тадқиқи системаи муҳофизати антиоксидантӣ ва оксидантӣ дар кӯдакони навзод гузаронида шуд, ки дар мавриди он ба дараҷаи фаъолияти нишондодҳои ферментӣ ва ғайриферментӣ системаи муҳофизати антиоксидантӣ баҳо дода шуд.

Маводи тадқиқотӣ барои гузаронидани таҳқиқоти мазкур зардоби хуни варида буд. Тадқиқи оксидшавии перекиси чарбҳо ва муҳофизати антиоксидантӣ дар заминаи кафедрои биохимияи МДТ “ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино”, (таҳти роҳбарии профессори кафедрои биохимия, д.и.т., Сабурова А.М.) гузаронида шуд. Миқдори диалдегиди малонӣ бо усули Сталная И.Д. ва ёрии аксуламали пайвакшавӣ бо кислотаи 2-тиобарбитуратӣ муайян карда шуд.

Фаъолияти антиоксиданти ферментӣ - супероксиддисмутаза (СОД) аз рӯи қобилияти боздории барқароршавии аэробии тетразоли кабудро то формазан аз ҷониби ферменти мазкур муайян карда шуд.

Нишондоди антиоксиданти ферментӣ – кислотаи аскорбинӣ, бо усули Соколовский В.В санҷида шуд. Миқдори чузъҳои мембранани ҳуҷайравӣ бо ёрии аксуламали кис-

лотаи тиобарбитуратӣ аниқ карда шуд.

Таҳлили омории натиҷаҳои бадастомада бо истифода аз маҷмӯи барномаҳои Statistica for Windows 8.0 (StatSoft Inc., США, 2008) ва ҳисобкунаки онлайнбарои ҳисоббарории меъёрҳои оморӣ (<http://medstatistic.ru/calculators.html>) гузаронида шуд. Нишондодҳои миқдорӣ бо намуди $M \pm u$ нишон дода шуданд, ки M – нишондоди миёнаи арифметикӣ ва u – тамоюли стандартӣ мебошанд. Барои муқоиса намудани маълумотҳо дар байни ду гурӯҳи новобаста меъёрҳои ғайрипараметрии Манна-Уитни истифода бурда шуд. Муқоисаҳои сершумор барои нишондодҳои вобаста бо меъёри Н-и Крускал-Уоллис гузаронида шуд. Фарқияти байни нишондодҳо дар мавриди $p < 0,05$ будан аз ҷиҳати оморӣ аҳамиятнок ҳисоби шуд.

Натиҷаҳо ва муқоисаи онҳо. Дар модарони кӯдакони навзод анамнези аворизноки акушерӣ, гинекологӣ ва соматикӣ мушоҳида карда шуд. Дар давраҳои барвакти ҳомиладорӣ дар занҳои ҳомиладор хавфи исқоти ҳамли худсарона (83,4%), токсикози ҳомиладорӣ (81,0%), бемориҳои илтиҳобии системаи пешоброно чинсӣ (77,9%) ва гипертензияи шараёнии симптоматикӣ (55,8%) ҷой дошт. Дар охири семоҳаи 2-юм ва 3-юми ҳомиладорӣ нишонаҳои преэклампсияи муътадил (75,4%) ва вазнин (38,4%) бо намуди варами пойҳо (35,3%) ва баландшавии фишори шараёнӣ то нишондодҳои критикӣ (21,4%), қайқунӣ (68,5%) ва дар 2-нафар (8%) зан хуруҷи эклампсия мушоҳида карда шуд.

Дар мавриди таҳлили нишондодҳои эпидемиологӣ оид ба сирояти TORCH дар модарони кӯдакони навзоди зеро назорат титрҳои ташхисӣ нисбат ба сирояти ситомегаловирусӣ (97,3 %), герпесӣ (89,5 %), хламидиозӣ (54,3 %) ва токсоплазмоз (61,5 %) дарёфт гардиданд.

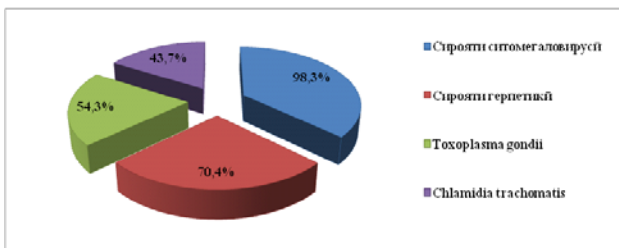
Аз миқдори умумии кӯдакони навзоди зеро назоратбуда 32 (40 %) нафар аз ҳомиладорӣ 1, 28 (35 %) нафар аз ҳомиладорӣ 2 ва 12 (15 %) нафар аз ҳомиладорӣ 3 ё дигар ҳомиладорӣ буданд. Пас аз баҳодихӣ бо ҷадвали Апгар 6-7 балл дода шуд

ба 42 (52,5 %) нафар кӯдаки навзод, 5-4 балл ба 30 (37,5 %) нафар кӯдаки навзод ва 1-3 балл ба 8 (10 %) нафар кӯдаки навзод дода шуд.

Аз миқдори умумии кӯдакони назводи дар шуъба бистаригардида бо ташхиси илтиҳоби шуши дохилибатнии хусусияти омехта - 72 (91,0%), энтероколит - 66 (75,5%), омфалит - 22 (29,5%), менингит ва менингоэнцефалит - 18 (20,4%), номувофиқии вазни бадан бо синни гестационӣ - 68 (19,3%), гипербилрубинемияи навзодони ба муҳолифати гурӯҳиву резусӣ вобаста набуда - 52 (12,2%), пиелонефрит - 8 (21,4%) ва конъюнктивит - 38 (18,3%) ташхисгузори карда шуд. Дар 6 (9,1 %) ҳолат гепатити феталӣ ва дар 1 (1,0%) ҳолат пурпураи тромбоситопенӣ бо донасории геморагӣ дар пӯст ташхисгузори карда шуд. Дар 6 (6,1%) нафар кӯдакони навзоди зери назорат кардита модарзодӣ ташхисгузори карда шуд.

Натиҷаи таҳлили иммуноферментии хун бо нишондодҳои IgM ва IgG дар кӯдакони навзоди зери назорат оид ба сирояти TORCH дар расми 2 нишон дода шудааст.

Расми 2.- Нишондодҳои таҳлили иммуноферментӣ ба сирояти TORCH дар кӯдакони навзод

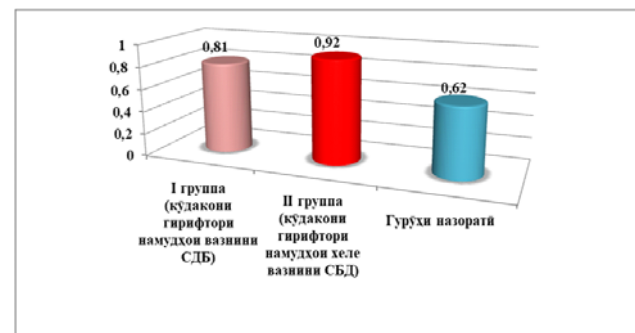


Кӯдакони зери назорат ба шуъбаи бемориҳои кӯдакони навзод дар шабонарӯзи 3 – 28 рӯзи пас аз таваллуд ворид шуда буданд. Дар кӯдакони навзоди зери назорат ҳангоми воридшавӣ нафастангӣ (82,7 %), сианози секунҷаи лабу даҳон (75,3 %) бо тобиши хокистариву сафеди пӯст (46,4 %), акросианози паҳншуда (42,7 %), дасту пой хангоми палмосидан хунук (38,3 %), иштироки мушакҳои ёрирасони нафаскашӣ ва болҳои бинӣ дар раванди нафаскашӣ (35,8 %), кашишхӯрии минтақаҳои фуруҳамидаи қафаси сина дар мавриди нафасгирӣ (35,7 %) ва нафасбарорӣ (28,9 %), дамиши шикам (25,6 %) ва

пастшавии оксигенатсияи пӯст дар мавриди пулсоксиметрия (23,3 %) ворид шуданд.

Чарбҳои полиеновии биомембранаи ҳучайраҳо барои як қатор моддаҳои эндотоксикӣ, аз ҷумла радикалҳои оксигенӣ ва энзимҳои гидролитикии лизосомалӣ, ки дар зери таъсири онҳо сохторҳои чарбӣ ва моддаҳои ниҳоят фаъоли ферментмонанд ҳосил шуда боиси вайроншавии молекулаи биополимерҳо мегарданд, нишон ба ҳисоб мераванд. Дар раванди аксуламалҳои мазкур на танҳо ҳосилаҳои якумини оксидшавии перекисии чарбҳо – конъюгатҳои диенӣ (КД), балки маҳсулоти мобайнии оксидшавии радикалозоди чарбҳо – диалдегиди малонӣ (ДМ) аҳамияти хос доранд.

Расми 3.- Нишондоди диалдегиди малонӣ дар кӯдакони гирифтори сироятҳои дохилибатнӣ



Эзоҳ: p – бузургӣҳои оморӣ фарқияти байни нишондодҳо дар кӯдакони гурӯҳҳои гуногуни тадқиқшаванда ($p < 0,05$) (аз рӯи U-критерия Манн-Уитни);

Тадқиқоти гузаронидаи мо нишон дод, ки оксидшавии перекисии чарбҳо дар кӯдакони навзоди гирифтори сироятҳои дохилибатнӣ хусусиятҳои хос дошта вижагиҳои мазкур дар кӯдакони норасиди гирифтори сироятҳои дохилибатнӣ хеле аён буданд. Нишондоди ДМ дар кӯдакони гурӯҳи якум, бо равиши вазини сироятҳои дохилибатнӣ нисбат ба нишондоди ДМ дар кӯдакони гурӯҳи назорати каме баланд буд ва ҳамзамон нишондоди мазкур дар кӯдакони норасиди гирифтори сироятҳои дохилибатнӣ нисбат ба кӯдакони расида ва кӯдакони гурӯҳи назоратӣ баландтар буд.

Нишондоди ДМ дар кӯдакони навзоди расидаи гурӯҳи дуюм, бо равиши хеле ваз-



нини сироятҳои дохилибатнӣ ба таври қатъӣ баланд буд ва илова бар ин дар кӯдакони норасиди гурӯҳи дуҷум нисбат ба кӯдакони гурӯҳи назоратӣ ва кӯдакони гурӯҳи якум нишондоди ДМ баландтар буд (расми 3).

Дар мавриди тадқиқи нишондодҳои ферментии системаи муҳофизати антиоксидантӣ дар кӯдакони навзоди норасиди гирифтори сироятҳои дохилибатнӣ пастшавии назарраси миқдори СОД, назар ба ҳамин нишондод дар кӯдакони гурӯҳи назоратӣ дида шуд. Ин нишондод дар кӯдакони расидаи гирифтори сироятҳои дохилибатнӣ дараҷаи вазнин нисбат ба кӯдакони гурӯҳи назоратӣ каме пасттар буд.

Таҳлили муқоисавии нишондоди СОД дар кӯдакони расидаи гирифтори намудҳои хеле вазнини сироятҳои дохилибатнӣ пастшавии аёни ин ферментро дар гурӯҳи кӯдакони зикршуда нишон дод ва хеле паст шудани ферменти мазкур дар кӯдакони норасиди гирифтори сироятҳои дохилибатнӣ, ки таҳти таъбири респираторӣ, аз ҷумла СРАР ва оксигени фишораш баланд қарор доштанд мушоҳида карда шуд.

Нишондоди кислотаи аскорбинӣ дар кӯдакони расидаи гурӯҳи якум низ дар муқоиса бо ҳамин нишондод дар кӯдакони гурӯҳи назоратӣ паст буд ва нишондоди пасттари маводи мазкур дар кӯдакони норасиди гирифтори сироятҳои дохилибатнӣ мушоҳида гардид.

Ҷадвали 1.- Нишондодҳои оксидативӣ ва антиоксидативӣ дар зардоби хуни кӯдакони гирифтори сироятҳои дохилибатнӣ ҳос

Нишондод	СОД (ед. мл.шартӣ)	Кислотаи аскорбинӣ (мкмол/мл)	Кислотаи сиалӣ (мкмоль/мл)	P
Гурӯҳи якум	9,1 ±0,02	25,7±0,7	3,1±0,01	<0,001 <0,05 <0,01
Гурӯҳи дуҷум	6,1±0,04	17,1±0,03	3,45±0,2	<0,001 <0,05 <0,01
Гурӯҳи назоратӣ	16,5±0,5	55,3±2,0	1,8±0,01	<0,001 <0,001 <0,001

Эзоҳ: p -бузургӣҳои омори фарқияти байни нишондодҳои гурӯҳи якум дар муқоиса бо гурӯҳи назоратӣ; p_1 - бузургӣҳои омори фарқияти байни нишондодҳои гурӯҳи дуҷум дар муқоиса бо гурӯҳи назоратӣ; p_2 - бузургӣҳои омори фарқияти байни нишондодҳои гурӯҳи якум дар муқоиса бо гурӯҳи дуҷум; (аз рӯи U -критерияи Манна-Уитни ва H -критерияи Крускал-Уоллис);

Тамоюли нисбатан зиёдтари лаборатории нишондодҳои кислотаи аскорбинӣ дар кӯдакони гурӯҳи дуҷум ба назар мерасид ва дар кӯдакони норасиди гурӯҳи мазкур дар муқоиса бо ҳамин нишондоди кӯдакони гурӯҳи якум ва назоратӣ ниҳоят паст буд.

Нишондодҳои лаборатории маводҳои дорои кислотаи сиалӣ дар кӯдакони расида ва норасиди гурӯҳи якум дар муқоиса бо кӯдакони гурӯҳи назоратӣ майл ба афзоиш дошт. Ҳамзамон, нишондоди кислотаи сиалӣ дар кӯдакони расида ва норасиди гирифтори намудҳои хеле вазнини сироятҳои дохилибатнӣ нисбат ба ҳамин нишондоди кӯдакони гурӯҳи назоратӣ ва гурӯҳи якум

хеле баланд буд (ҷадвали №1).

Бо мақсади пурзӯр намудани муҳофизати антиоксидантии организми кӯдакони таҳти назоратбуда ва бартараф намудани норасогии нафас ва гипоксияи ҳуҷайравӣ ба кӯдакон оксигени намноккардашуда бо ёрии ниқобҳои нафасдихӣ (ба кӯдакони гурӯҳи якум) ва найчаҳои назалӣ (барои кӯдакони гурӯҳи дуҷум) таъин карда шуд. Илова бар таъбири анъанавии антибактериалӣ (азитромитсин, метронидазол, приметап-рим), зиддивирӯсӣ (атсикловир, ситотект Нео) ва таъбири иммуномодуляторӣ, бо мақсади бартараф намудани норасогии кислотаи аскорбинӣ дар организми кӯдакони



7. Ремнёва ОВ, Фадеева НИ, Кореновский ЮВ, Колядо ОВ, Предикторы тяжёлой церебральной ишемии у недоношенных новорожденных. *Фундаментальная и клиническая медицина*. 2019;4(3):15-21. Available from: <https://doi.org/10.23946/2500-0764-2019-4-3-15-21>
8. Лоскутова ЕВ, Воронцова ИВ, Вахитов ХМ, Валеева ИХ, Поляков ОИ, Состояние системы липопероксидации у недоношенных новорожденных, перенесших перенатальную гипоксию. *Российский Вестник Перинат. и Педиатрии*. 2018; 63:5.
9. Курчак ХБ, Коржынский ЮС, Микитин ЯМ, Фицала ОМ, Состояние перекисного окисления липидов и системы антиоксидантной защиты у новорожденных, нуждающихся в проведении искусственной вентиляции легких. *Здоровье ребенка*. 2013; 7: 178-181
10. Меджидова Д, Шифман ЕМ, Черкесова АУ, Черкесова ДУ, Окислительно-антиоксидантный статус крови новорожденных после кесарева сечения при программе ускоренного восстановления. *Акушерство и перинат.ия*. 2021; 1: 15-9 Available from: <https://doi.org/10.31550/1727-2378-2021-20-1-45-49>
11. Бадалова ЗА, Додхоев ДжС, Насырджанова ХР, Уровень активных форм кислорода у детей до 5 лет, проживающих в зоне повышенного радиационного фона. *Вестник Авиценны*. 2017; 4: 492- 6.
12. Гаврилова ОА, Особенности процесса перекисного окисления липидов в норме и при некоторых патологических состояниях у детей. *Acta Biomedica Scientifica*. 2017; 4: 15-9
13. Стальная ИД, Метод определения диеновой конъюгации ненасыщенных высших жирных кислот. *Современные методы в биохимии*. 1977; 6 3 — 4.
14. Андреева ЛИ, Кожемякина АА, Кишкун АА, Модификация метода определения перекисей липидов в тесте с тиобарбиталовой кислотой. *Лабораторное дело*. 1988; 11: 41-3.
15. Jauniaux E, Burton GJ, The role of oxidative stress in placental-related diseases of pregnancy. *Gynecology, Obstetrics, Biology and Reproductology*. 2016; 8: 775-785. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.jgyn.2016.02.012>
16. Perez M, Robbins ME, Revhaug C, Saugstad OD, Oxygen radical disease in the newborn, revisited: Oxidative stress and disease in the newborn period. *Free Radical Biology and Medicine*. 2019; 142, 61-72. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.freeradbiomed.2019.03.035>

ОКИСЛИТЕЛЬНО – АНТИОКСИДАНТНЫЙ СТАТУС ОРГАНИЗМА НОВОРОЖДЁННЫХ ДЕТЕЙ ПРИ СПЕЦИФИЧЕСКИХ ВНУТРИУТРОБНЫХ ИНФЕКЦИЯХ

Музаффаров Ш.С., Исмоилов К.И., Давлатова С.Н.,

Кафедра детских болезней №2, ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино», Душанбе

Цель исследования. Изучить состояние свободнорадикального окисления липидов и антиоксидантной защиты (АОЗ) организма доношенных и недоношенных новорожденных детей на фоне специфических внутриутробных инфекций.

Материалы и методы исследования. В исследование были включены 80 новорожденных детей со специфической внутриутробной инфекцией. Состояние больных детей и степень тяжести заболевания у наблюдаемых новорожденных детей, оценивали с использованием модифицированной шкалы NEOMOD и по результатам клинико-лабо-

раторных показателей. Было проведено исследование оксидантной и антиоксидантной защитной системы организма новорожденных детей, при котором была изучена степень активности ферментных и неферментных показателей антиоксидантной защиты организма.

Результаты исследования и их обсуждение. Уровень МДА у доношенных новорожденных детей первой группы, с тяжелым течением ВУИ был несколько выше, чем у детей контрольной группы, но данный показатель среди недоношенных детей этой группы был значительно выше по сравне-

нию с такими же показателями у доношенных детей и детей контрольной группы. При исследовании ферментных показателей АОЗ у недоношенных новорождённых детей с тяжелом течением ВУИ отмечалось значительное снижение уровня СОД по сравнению с этим же значением у детей контрольной группы. Этот показатель у доношенных новорождённых детей с тяжелым течением ВУИ был незначительно снижен по сравнению с нормальным показателем у детей контрольной группы. Сравнительный анализ показателей СОД у доношенных новорождённых с очень тяжелым течением ВУИ показал значительного снижения уровня данного фермента у этих групп детей, а достоверное отклонение от нормальных

значениях данного фермента отмечалось у недоношенных новорождённых детей с ВУИ, которые в респираторную, как СРАР и высокопоточного кислорода.

Выводы. У доношенных и недоношенных детей со специфической внутриутробной инфекцией в зависимости от степени тяжести и течения заболевания отличается интенсификация свободнорадикального окисления и истощение антиоксидантной защитной системы, обусловленных гипоксией и гипоксемией организма.

Ключевые слова: гомеостаз, перекисное окисление липидов, внутриутробные инфекции, антиоксидантная защита, липопероксидация, сукцинат, цикл трёхкарбоновых кислот

OXIDATIVE AND ANTIOXIDANT STATUS OF ORGANISM OF THE NEWBORN BABIES WITH SPECIFIC CONGENITAL INFECTION

Muzaffarov Sh.S., Ismoilov K.I., Davlatova S.N.

Department of Children's Diseases № 2, SIE «ATSMU, Dushanbe

Aim. To study the state of free radical lipid oxidation and antioxidant protection (AOP) of the body of full-term and premature newborns against the background of specific intrauterine infections.

Materials and research methods. The study included 80 newborns with a specific intrauterine infection. The condition of sick children and the severity of the disease in the observed newborns were assessed using the modified NEOMOD scale and according to the results of clinical and laboratory parameters. A study was conducted of the oxidative and antioxidant defense system of the body of newborns, in which the degree of activity of enzymatic and non-enzymatic indicators of the antioxidant defense of the body was studied.

Results of the research and their discussion. The level of MDA in full-term newborns of the first group with severe IUI was slightly higher than in children of the control group, but this indicator among premature children of this group was significantly higher compared to the same indicators in full-term children and children in the control group.

In the study of enzyme parameters of AOD

in premature newborns with severe IUI, there was a significant decrease in the level of SOD compared with the same value in children of the control group. This indicator in full-term newborns with severe IUI was slightly reduced compared to the normal indicator in children of the control group. A comparative analysis of SOD indicators in full-term newborns with a very severe course of IUI showed a significant decrease in the level of this enzyme in these groups of children, and a significant deviation from the normal values of this enzyme was noted in premature newborns with IUI, which in the respiratory, as CPAP and high-flow oxygen.

Conclusion. In full-term and premature infants with a specific intrauterine infection, depending on the severity and course of the disease, the intensification of free radical oxidation and the depletion of the antioxidant defense system due to hypoxia and hypoxemia of the body are different.

Key words: Homeostasis, lipid peroxidation, intrauterine infections, antioxidant protection, lipid peroxidation, succinate, tricarboxylic acid cycle.



Музаффаров Шамшод Сабохиддинович – унвонҷӯи кафедраи бемориҳои кӯдакони №2-и МДТ «Донишгоҳи Давлатии Тиббии Тоҷикистон ба номи Абуалӣ ибни Сино», профессор, ш. Душанбе, к. Сана 3/2, +99293930733, sha.zavr@mail.ru

Исмоилов Комилжон Исроилович – профессори кафедраи бемориҳои кӯдакони №2-и МДТ «Донишгоҳи Давлатии Тиббии Тоҷикистон ба номи Абуалӣ ибни Сино», ш. Душанбе, к. Мехнатобод, ismoilov52@inbox.ru

Давлатова Соҳира Нозировна – мудири кафедраи бемориҳои кӯдакони №2, МДТ «Донишгоҳи Давлатии Тиббии Тоҷикистон ба номи Абуалӣ ибни Сино», ш. Душанбе, sokhira@mail.ru

Музаффаров Шамшод Сабохиддинович - соискатель кафедры детских болезней №2 ГОУ «ТГМУ имени Абуали ибни Сино», город Душанбе, Республика Таджикистан, sha.zavr@mail.ru

Исмоилов Комилжон Исроилович - доктор медицинских наук, профессор кафедры детских болезней №2 ГОУ «ТГМУ имени Абуали ибни Сино», город Душанбе, Республика Таджикистан, ismoilov52@inbox.ru

Давлатова Соҳира Нозировна – кандидат медицинских наук, заведующая кафедрой детских болезней №2, МДТ «ТГМУ имени Абуали ибни Сино», город Душанбе, Республика Таджикистан, sokhira@mail.ru

Muzaffarov Shamshod Sabohiddinovich - Aspirant of the Department of children's diseases №2, SEI "Avicenna Tajik State Medical University", Dushanbe, Tajikistan, sha.zavr@mail.ru

Ismoilov Komiljon Isroilovich - doctor of medical sciences, professor of the department of children's diseases №2 SEI «Avicenna Tajik State Medical University», Dushanbe, Tajikistan, ismoilov52@inbox.ru

Davlatova Sohira Nozirovna - candidate of medical sciences, head of the department of children's diseases №2, SEI «Avicenna Tajik State Medical University», Dushanbe, Tajikistan, sokhira@mail.ru

НИШОНАҲОИ ХОСИ МАСУНИЯТ ДАР КӯДАКОНИ ГИРИФТОРИ ДИАТЕЗҲОИ ГЕМОРРАГ

Муҳаммаднабиева Ф.А., Хоҷаева Н.Н., Давлатова С.Н.

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

Муҳиммият. Диатезҳои геморрагӣ (хунрез) (ДГ) тақрибан нисфи ҳамаи бемориҳои системаи хунофарро ташкил медиҳанд. Дар байни диатезҳои геморрагӣ ҷойи аввал ба пурпураи (гулафшони) тромбоситопеникӣ ПИТ тааллуқ дорад ва баъди он васкулити геморрагӣ (ВГ) қарор дорад. [4]. Бояд қайд намуд, ҳамин гуна ҳолат дар минтақаи Осиёи Миёна, аз ҷумла дар Ҷумҳурии Тоҷикистон низ ошкор карда шуд [3].

Асоси васкулити геморрагиро осеби масунию илтиҳобии ҳалқаи микросиркуляторӣ ташкил медиҳад. Шаклҳои клиникӣ беморӣ вобаста ба мавзӯҳои осебҳои захролудшавии мӯйрағҳои аъзо ва системҳои организм метавонанд, ки гуногун бошанд [1,4,8].

Ҳангоми пурпураи (гулафшони) тромбоситопеникӣ идиопатикӣ - осеби аутоиму-

нии хун сатҳи тромбоситҳо дар натиҷаи ба вучуд омадани антителҳо нисбат ба тромбоситҳои ҳуди бемор ва пеш аз муҳлат хароб гардидани онҳо дар системаи макрофагаливу моноцитарӣ ва бо шакли синдроми геморрагии пӯст ва хунравӣҳои гуногун дар пардаҳои луобӣ зоҳир мешавад [2,5,7].

Мақсад. Омӯхтани вижагиҳои масуниятшиносии ҷараёни васкулити геморрагӣ (ВГ) ва пурпураи идиопатикӣ тромбоситопеникӣ (ПИТ) дар кӯдакон

Мавод ва методҳои таҳқиқот. Бо мақсади ҳаллу фасли масъалаҳои дар матраҳгардида таҳқиқоти маҷмӯии 143 нафар кӯдакони бемори гирифтори ДГ (бо ВГ - 73, бо ПИТ – 70 бемор) - и синну соли 3-14-сола.

Ҳамаи беморони таҳқиқшудаи гирифтори ВГ ва ПИТ вобаста ба шаклҳои клиникӣ

ва чараёни беморӣ ба гурӯҳҳо чудо карда шуданд.

Беморони гирифтори дорои ВГ 73 нафар буданд, ки аз рӯйи шаклҳои раванди патологӣ ба 4 гурӯҳ тақсим карда шуда буданд: гурӯҳи 1-ум аз 11 нафар беморони дорои шакли пӯстии беморӣ иборат буд; гурӯҳи 2-юм аз 14 бемори дорои шакли пӯстӣ-буғумии беморӣ иборат буд; ба гурӯҳи 3-юм 25 нафар кӯдаки гирифтори шакли пӯстӣ - абдоминалӣ; дар гурӯҳи 4-ум 23 нафар кӯдаки гирифтори шакли гурдавии беморӣ дохил карда шуда буданд.

Ҳангоми шакли пӯстии ВГ дар 100%-и ҳолатҳо беморӣ ба доначаҳои геморрагии оғоз меёбад. Бештар аз ҳама доначаҳои геморрагӣ ва ё папулӯзӣ (серпайса) – петихиалӣ (нукта-нукта) – и сурхи равшан ё доначаҳои папулӯзӣ – петихиалӣ баъзан бо зухуроти уртикарӣ, асосан дар андомҳои поёни дар маҳалли сатҳи қатқунӣ дар ҳолати мутаносиб ба назар мерасиданд.

Дар кӯдакони гирифтори шакли пӯстӣ-буғумии беморӣ дар баробари зухуроти пӯстӣ аломати буғумӣ дар шакли полиартритҳои ба таври мунтаносиб кӯчанда, маъмулан дар буғумҳои калон ба назар расид, ки онро дарди гуногундараҷа аз дарди кӯтоҳмуддати устухонҳо, то дарди шадиди беҳаракаткунандаи бемор ҳамроҳӣ мекард. Аксаран, буғумҳои соқу попанҷа дар 34,4%, буғумҳои зону - 6,2% ва 3,8% буғумҳои соиду байни сарпанҷаи даст осеб диданд. Дар 8% - шакли буғумӣ бо варамҳои ангионевротикӣ ҳамроҳ буд.

Дар шакли гурдавии беморӣ зухуроти нефрити капилляротоксикӣ дар 53%-и ҳолатҳо дар шакли аломати маҳдуди пешоб, дар 20%-и беморон дар шакли аломати нефритикӣ ва дар 17%-и ҳолатҳо бо синдроми нефротикӣ зоҳир шуданд.

Беморони гирифтори ПИТ 70 нафар буданд: ба гурӯҳи якум 33 нафар беморони гирифтори манзараи хоси шакли шадиди ПИТ буданд. Гурӯҳи дуюм 37 нафар кӯдакони чараёни бемориашон муттасил такроршаванда ва нисбат ба муолиҷаи қаблӣ рефрактериро дар бар мегирад.

Ба гурӯҳи беморони гирифтори ПИТ-и

шадид бемороне дохил карда шуданд, ки давомнокии бемориашон то 6 моҳ будааст, аз оғози беморӣ ҳангоми муоина дар давоми 4 сол бе такроршавӣ сураат гирифта, дар онҳо дараҷаи тромбосит дар авҷи беморӣ то $70 \times 10^9/\text{л}$ ва аз он камтар коҳиш дошт.

Аломати пӯсту геморрагӣ, ки дар ҳамаи (100%) – и ҳолатҳо боқӣ монда буд, дар бештари беморон (73%) возеҳ буд. Унсурҳои пурпура дар чунин ҳолатҳо зиёд буданд ва дар сару бадан ва андомҳо ҷойгир шуданд. Доначаҳои петехиалӣ дар 95,7%-и беморон дида шуд, аммо петехия дар чеҳраи 65,6%-и беморон ба назар расид. Эҳзимозҳо дар 92,5% -и кӯдакон ба назар расиданд, аммо онҳо дар чеҳра танҳо дар 39,8% -и ҳолатҳо ба қайд гирифта шуданд.

Бо мақсади арзёбии ҳолати ҳалқаи вижаи масуният маркери лимфоситҳои хуни канорӣ, ҳамчунин фраксияи иммуноглобулинҳои зардобӣ дар 73 нафар кӯдакони бемори гирифтори ВГ ва 70 нафар бемори гирифтори пурпураи идиопатии тромбоситопенӣ муайян карда шуданд.

Ҳангоми таҳқиқоти масуниятшиносии хуни канорӣ дар беморони дорои шакли пӯстии ВГ ба қадри назаррас афзоиши нишондиҳандаи миёнаи лимфоситҳои Т бо маркерҳои (CD4) дар муқоиса бо ҳамин гуна нишондиҳандаҳои гурӯҳи назоратӣ ба назар расид, ҳол он ки нишондиҳандаи миёнаи ин ҳучайраҳои масунӣ бо фенотипҳои (CD8) дар муқоиса бо гурӯҳи назоратӣ пойинтар ($p < 0,001$) буд.

Ҳангоми муқоисаи нишондиҳандаи миёнаи Т-лимфоситҳо бо ретсепторҳо (CD4, CD8) дар беморони гирифтори шаклҳои бемориҳои пустию буғумӣ, абдоминалӣ ва гурдавӣ бо нишондиҳандаҳои дахлдори гурӯҳи беморони дорои зухуроти пӯстии чудо-буда фарқияти қобили мулоҳиза ошкор нагардид. Дар айни замон дар беморони гирифтори шаклҳои омехтаи беморӣ, нисбат ба ҳамин гуна нишондиҳанда гурӯҳи назоратӣ ва беморони дорои осебҳои маҳдуди пӯст, ба қадри назаррас афзоиш ёфтани миқдори ҳучайраҳои дорои маркерҳои (CD20, CD25, CD95) ошкор карда шуд (ҷадвали 1)



Чадвали 1. - Таркиби субпопулятсионии лимфоситҳои хуни канорӣ дар беморони гирифтори ВГ

Нишондиҳандаҳо	Гурӯҳи назоратӣ (n=30)	Васкулити геморрагӣ (гурӯҳҳо)				p
		1 (n=11)	2 (n=14)	3 (n=25)	4 (n=23)	
CD 3	40,0±1,7	47,3±2,2 p ₁ >0,05	69,3±0,7 p ₁ <0,001 p ₂ <0,001	47,2±1,2 p ₁ >0,05 p ₂ >0,05 p ₃ <0,05	64,9±3,8 p ₁ <0,001 p ₂ <0,001 p ₃ >0,05 p ₄ >0,05	<0,001
CD4	39,0±0,6	50,6±2,2 p ₁ <0,001	48,4±2,2 p ₁ <0,001 p ₂ >0,05	47,1±1,6 p ₁ >0,05 p ₂ <0,001 p ₃ >0,05	48,3±2,3 p ₁ <0,001 p ₂ >0,05 p ₃ >0,05 p ₄ <0,05	<0,001
CD 8	23,0±0,8	14,9±0,8 p ₁ <0,001	17,5±0,9 p ₁ <0,01 p ₂ >0,05	16,9±0,5 p ₁ <0,001 p ₂ >0,05 p ₃ >0,05	17,5±0,9 p ₁ <0,01 p ₂ >0,05 p ₃ >0,05 p ₄ >0,05	<0,001
CD 20	16,9±1,0	18,7±1,0 p ₁ >0,05	20,7±0,8 p ₁ <0,05 p ₂ >0,05	26,7±0,8 p ₁ >0,05 p ₂ >0,05 p ₃ >0,05	29,7±0,6 p ₁ >0,05 p ₂ >0,05 p ₃ >0,05 p ₄ >0,05	<0,01
CD 95	46,0±0,3	47,2±0,4 p ₁ >0,05	51,2±0,4 p ₁ <0,05 p ₂ >0,05	51,8±0,3 p ₁ <0,01 p ₂ <0,05 p ₃ >0,05	43,2±0,7 p ₁ >0,05 p ₂ >0,05 p ₃ <0,001 p ₄ <0,001	<0,001
CD 71	23,8±0,9	15,7±3,8 p ₁ <0,001	13,0±0,9 p ₁ <0,001 p ₂ >0,05	11,7±0,5 p ₁ <0,001 p ₂ >0,05 p ₃ >0,05	10,9±0,9 p ₁ <0,001 p ₂ >0,05 p ₃ >0,05 p ₄ >0,05	<0,001
CD 16	8,3±0,4	4,4±0,5 p ₁ <0,001	7,5±0,9 p ₁ >0,05 p ₂ >0,05	4,5±0,6 p ₁ <0,001 p ₂ >0,05 p ₃ >0,05	6,6±1,0 p ₁ >0,05 p ₂ >0,05 p ₃ >0,05 p ₄ >0,05	<0,001
CD 25	24,3±0,2	26,3±0,3 p ₁ >0,05	28,4±0,2 p ₁ <0,001 p ₂ >0,05	28,1±0,2 p ₁ <0,01 p ₂ >0,05 p ₃ >0,05	28,2±0,4 p ₁ <0,01 p ₂ >0,05 p ₃ >0,05	<0,001

Эзоҳ: дар ин ҷо ва дар ҷадвалҳои минбаъда: p – қимати омории фарқияти нишондиҳандаҳои ҳангоми муқоисаи бисёрқаратаи ҳамаи гурӯҳҳо (аз рӯйи Н-меъёри Крускал-Уоллис ANOVA); p₁ – ифодаи қимати омории нишондиҳандаҳо дар муқоиса бо ҳамаин гуна нишондиҳандаҳо дар гурӯҳи якум; p₂ – ифодаи қимати омории фарқияти нишондиҳандаҳо дар муқоиса бо ҳамаин гуна нишондиҳандаҳо дар гурӯҳи дуюм; p₃ – ифодаи қимати омории фарқияти нишондиҳандаҳо дар муқоиса бо ҳамаин гуна нишондиҳандаҳо дар гурӯҳи сеюм; p₄ – ифодаи қимати омории нишондиҳандаҳо дар муқоиса бо ҳамаин гуна нишондиҳандаҳо дар гурӯҳи сеюм p₁-p₄ – аз рӯйи U-меъёри Манн-Уитни).

Нишондиҳандаҳои миёнаи Т-лимфоситҳо бо маркерҳои (CD3, CD16) аз ҳамаин гуна нишондиҳанда хеле фарқ доштанд, зеро боэътимод аз гурӯҳи назоратӣ пойинтар буд. Дар гурӯҳи беморони гирифтори шаклҳои пӯстию бугумӣ, абдоминалӣ ва шаклҳои гурдавии васкулити геморрагӣ дар муқоиса бо гурӯҳи кӯдакони солим афзои-

ши назарраси нишондиҳандаҳои Т-лимфоситҳо бо иммунофенотипи (CD4) (p<0,05) ба мушоҳида расид, ки бо болоравии зарроби (CD4/CD8) (p<0,05) ҳамроҳ буд.

Нишондиҳандаҳои миёнаи субпопулятсионии лимфоситҳо дар кӯдакони гирифтори ПИТ дар ҷадвали 2 оварда шудааст, (ҷадвали 2).

Чадвали 2. - Таркиби субпопулятсионии лимфоситҳои хуни канорӣ дар беморони гирифтори чараёни шадид ва музмини пурпураи идиопатикии тромбоситопенӣ

Нишондиҳандаҳо	Гурӯҳи назоратӣ (n=30)	Гурӯҳи I (шадид) (n=33)	Гурӯҳи II (музмин) (n=37)	p
CD 3	50,89±1,51	49,0±4,4 p ₁ <0,01	44,4±1,2 p ₁ <0,001 p ₂ >0,05	<0,001
CD 4	39,0±0,6	28,8±1,5 p ₁ <0,001	29,0±1,2 p ₁ <0,001 p ₂ >0,05	<0,001
CD 8	23,0±0,8	15,0±0,8 p ₁ <0,001	15,7±0,6 p ₁ <0,001 p ₂ >0,05	<0,001
CD 20	16,9±1,0	18,8±1,1	17,8±1,0	>0,05
CD 95	45,0±1,3	46,8±0,34 p ₁ <0,01	56,8±1,56 p ₁ <0,01 p ₂ >0,05	<0,001
CD 71	23,8±0,9	7,5±1,5 p ₁ <0,001	9,5±1,3 p ₁ <0,001 p ₂ >0,05	<0,001
CD 16	8,3±0,4	4,6±0,9 p ₁ <0,01	5,8±0,9 p ₁ <0,01 p ₂ >0,05	<0,001
CD 25	28,8±0,6	46,1±1,2	41,5±1,1	>0,05

Эзоҳ: дар ин ҷо ва дар чадвалҳои минбаъда: p – қимати омории фарқияти нишондиҳандаҳои хангоми муқоисаи бисёрқаратаи ҳамаи гурӯҳҳо (аз рӯйи Н-меъёри Крускал-Уоллис ANOVA); p₁ – ифодаи қимати омории нишондиҳандаҳо дар муқоиса бо ҳамаи гуна нишондиҳандаҳо дар гурӯҳи якум; p₂ – ифодаи қимати омории фарқияти нишондиҳандаҳо дар муқоиса бо ҳамаи гуна нишондиҳандаҳо дар гурӯҳи дуюм; p₃ – ифодаи қимати омории фарқияти нишондиҳандаҳо дар муқоиса бо ҳамаи гуна нишондиҳандаҳо дар гурӯҳи сеюм; p₄ – ифодаи қимати омории нишондиҳандаҳо дар муқоиса бо ҳамаи гуна нишондиҳандаҳо дар гурӯҳи сеюм p₁-p₄ – аз рӯйи U-меъёри Манн-Уитни).

Таҳлили ҳалқаи ҳучайравии масуният дар беморони гирифтори шакли музмини ПИТ пойин будани миқдори умумии Т-лимфоситҳои ҳомили маркёрҳои (CD3)-ро нишон дод. Ҳамин гуна манзараи тағйирот хангоми таҳлили Т-лимфоситҳои, дорои функцияи хелперӣ (CD4) ба назар расид, дар ҳоле ки коҳишёбии ҳучайраҳои ҳомили маркёрҳои (CD8) ошкор гардид.

Ҳайр аз ин, дар кздакони гирифтори чараёни шадид ва музмини ПИТ афзоиш миқдори нисбии Т-лимфоситҳо ва ретсепторҳои IL-II, ретсепторҳои апоптоз, камбудии Т-хелперҳо, шохиси масунияттанзимии коҳишёфта, тамоюл ба болорорагии миқдори В-лимфоситҳо (CD20) ва афзоиши миқдори Т-лимфоситҳои фаъолшуда ба мушоҳида расид. Далели ҷолиби тавачҷуҳ ин сатҳи боэътимод пойини ҳучайраҳои НК хангоми чараёни шадиди ПИТ мебошад.

Номутавозини ошкоргардида дар таносуби субпопулятсияи Т-лимфоситҳо аз ихтило-

ли равандҳои таҳаммулпазирии масуният-шиносӣ бо инкишофи аутосенсibiliзатсия ва тағйирот дар ҷавонаи мегакариоситарии миэлопоэза ва тромбоситҳои хуни канорӣ дар ин гурӯҳи беморон гувоҳӣ медиҳанд.

Натиҷаҳои таҳқиқоти масунияти гуморалӣ дар кӯдакони гирифтори ПИТ дар чадвали 3 оварда шудаанд.

Тавре аз маълумоти дар чадвал овардашуда бармеояд, дар ҳамаи беморони гирифтори шаклҳои клиникаи ВГ таркиби миёнаи IgA, IgG и IgE дар муқоиса бо ҳамаи гуна нишондодҳои кӯдакони солим боэътимод болотар аст. Дар ин ҳол нишондиҳандаи миёнаи IgM аз меъёр фарқ намекунад, аммо тамоюл ба афзоиш дорад.

Муқоисаи нишондиҳандаҳои миёнаи иммуноглобулинҳои зардобии (IgA, M, G, E) дар миёни гурӯҳҳои беморон вобаста ба шаклҳои клиникаи ВГ фарқиятҳои сахт (p>0,05) ба назар нарасид.

Ҳангоми ба гурӯҳҳо аз рӯйи шаклҳои беморӣ тақсим кардани беморон афзоиши на-



Чадвали 3. - Нишондиҳандаҳои иммуноглобулинҳои хун дар кӯдакони гирифтори ВГ

Нишондиҳандаҳо	Гурӯҳи назоратӣ (n=30)	Васкулити геморрагӣ (гурӯҳҳо)				p
		1 (n=11)	2 (n=14)	3 (n=25)	4 (n=23)	
Ig A (г/л)	3,1±0,5	4,9±0,3 p ₁ >0,05	4,8±0,5 p ₁ >0,05 p ₂ <0,01	5,4±0,1 p ₁ >0,05 p ₂ >0,05 p ₃ <0,01	5,1±0,3 p ₁ >0,05 p ₂ <0,001 p ₃ >0,05 p ₄ <0,001	<0,001
Ig M (г/л)	1,9±0,4	2,3±0,4	2,31±0,07	2,30±0,08	2,10±0,06	>0,05
Ig G (г/л)	15,4±1,4	21,2±1,2 p ₁ >0,05	22,0±2,4 p ₁ >0,05 p ₂ >0,05	26,4±4,5 p ₁ <0,01 p ₂ <0,01 p ₃ >0,05	29,3±1,3 p ₁ >0,05 p ₂ >0,05 p ₃ <0,001 p ₄ <0,001	<0,001
Ig E (МЕ/л)	145,8±12,0	226,5±23,0 p ₁ >0,05	207,1±11,1 p ₁ <0,05 p ₂ >0,05	222,8±13,7 p ₁ <0,05 p ₂ >0,05 p ₃ >0,05	230,9±19,3 p ₁ <0,05 p ₂ >0,05 p ₃ >0,05 p ₄ >0,05	<0,01
КГИ (Ед)	0,9±0,1	3,1±0,2 p ₁ <0,001	2,9±0,2 p ₁ <0,001 p ₂ >0,05	3,5±0,2 p ₁ <0,001 p ₂ >0,05 p ₃ >0,05	3,5±0,1 p ₁ <0,001 p ₂ >0,05 p ₃ >0,05 p ₄ >0,05	<0,001

зарраси фарқияти возеҳи КГИ аз рӯи қиматҳои миёна дар ҳамаи гурӯҳҳо (p<0,001) ошкор карда шуд, аммо фарқиятҳои асосии маълумотҳои байни гурӯҳҳои алоҳида муайян карда нашуд.

Натиҷаҳои таҳқиқоти масунияти гуморалӣ дар беморони гирифтори ПИТ дар чадвали 4 пешниҳод гардидааст.

Ҳангоми таҳлили иммуноглобулинҳои синфи М, А, G, E қонуниятҳои зерин ош-

Чадвали 4. - Нишондиҳандаҳои масунияти гуморалӣ дар беморони гирифтори чараёни шадид ва музмини пурпураи идиопатикӣ тромбоситопенӣ

Нишондиҳанда	Гурӯҳи назоратӣ (n=30)	Гурӯҳи I (шадид) (n=33)	Гурӯҳи II (музмин) (n=37)	p
Ig A (г/л)	2,13±0,50	4,03±0,2 p ₁ <0,05	2,9±0,2 p ₁ <0,05 p ₂ >0,05	<0,01
Ig M (г/л)	0,81±0,1	2,8±0,2	1,1±0,2	>0,05
Ig G (г/л)	12,06±0,52	15,9±0,7 p ₁ >0,05 p ₂ >0,05	20,9±1,6 p ₁ >0,05	<0,001
Ig E (МЕ/л)	145,8±12,0	146,7±35,0 p ₁ >0,05	46,1±17,9 p ₁ >0,05 p ₂ <0,05	>0,05
КГИ (Ед)	0,9±0,1	2,1±0,2 p ₁ <0,001	1,5±0,1 p ₁ <0,05 p ₂ >0,05	<0,001

кор карда шуданд. Ғилзати иммуноглобулинҳои синфи М ҳангоми чараёни шадиди ПИТ аз меъёр зиёд буданд (чадвали 4), ки ба андешаи мо ин ҳолат натиҷаи сироятҳои аз сар гузаронидашуда мебошанд. Дарачаи IgA дар кӯдакони гирифтори ПИТ дар муқоиса бо аз нишондиҳандаҳои муодили гурӯҳи назоратӣ афзоиш дошт. i, иматҳои маз-

кор инъикоси қонунии раванди илтиҳобӣ, аксаран бо иштироки пардаҳои луобии чой-гиршавии ҳолати респираторӣ мебошанд.

Хулоса, дар беморони гирифтори ГВ ва ПИТ ихтилоли ҳалқаҳои гуморалӣ ва ҳуҷайравии масуният дида шуд. Ин аз он шаҳо-



дат медихад, ки дар ин гурӯҳи беморон номутаносибии масунӣ дар ҳалқаҳои вижаи масуният ба мушоҳида расида, ҳангоми муолиҷаи патогенетикӣ комилан ҳамтароз

намешавад ки ин, эҳтимолан, дар табобати маҷмӯии ин намуди диатезҳои геморрагӣ истифода кардани доруҳои дорои таъсири иммунокорректориро асоснок менамояд.

Адабиёт

1. Gaskill, N, Recurrent adult Henoch- Schonlein purpura/ N. Gaskill, B. Guido// Rheumatol. Online J. – 2016. – V. 22. -№8 163-169.
2. Epstein O. The spatial homeostasis hypothesis // Symmetry. — 2018. — Vol.10, № 4. — P. 103. doi:10.3390/sym10040103
3. Guo, Y.N. The relationship between children kidney diseases and adult ESRD — an epidemiological investigation of 700 cases/ Y.N. Guo, Z. Wang, J. Lu// Ren. Fail. — 2013. — V. 35. № 10. — P. 1353–1357.
4. Kawasaki, Y. Henoch-Schönlein purpura nephritis in childhood: pathogenesis, prognostic factors and treatment/ Y. Kawasaki, A. Ono, S. Ohara// Fukushima J. Med. Sci. — 2013. — V.59, №1. — P. 15–26.
5. Kamth, V. MYHA – related disorder, a problem May-Haggling anomaly case series/ V.Kamth, Gnanasekaran K.K// Hematol Oncol. – 2016. – V. 9. №4. – P. 137-140.
6. Kuzmenko LM, Polishchuk AA, Usenko SO, Shostia AM, Stoianovskiy VG, Karpovskiy VI, Bilash SM. Prooksydantno-antioksidantnyi Hgomeostaz u tkaninakh matky zalezno vid periodyv vidtvoruvalnogo tsiklu. Svit medicyny i biology. 2018. 2. 198-203. [in Ukrainian].
7. Lardhi, A.A. Henoch-Schonlein purpura in children from the eastern province of Saudi Arabia/ A.A. Lardhi// Saudi Med. J. — 2012. — Vol. 33, № 9. — P. 973–978.
8. Tandon M., Gupta A., Singh P., Subathra GN. Unilateral hemorrhagic maculopathy: An uncommon manifestation of hand, foot, and mouth disease. // Indian. J.Ophthalmol., 2016. - 64(10). – P.772-774.

ПОКАЗАТЕЛИ СПЕЦИФИЧЕСКОГО ИММУНИТЕТА ПРИ ГЕМОМРАГИЧЕСКИХ ДИАТЕЗОВ У ДЕТЕЙ

Мухаммаднабиева Ф.А., Ходжаева Н.Н., Давлатова С.Н.

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

Цель. Изучить иммунологические особенности течения ГВ и ИТП у детей данной категории больных.

Материалы и методы. Для решения поставленных в работе задач было проведено комплексное обследование 143 детей с геморрагическими диатезами. Комплексную оценку функционального состояния иммунной системы осуществляли с использованием иммунодиагностических тестов 1-го и 2-го уровней.

Результаты. Полученные данные говорят о том, что детей с геморрагическими диатезами (ГВ, ИТП), независимо от клинической формы, тяжести и их течения, обнаружено CD20, и нарастание всех IgA, IgM, IgG, и об активации гуморального иммунитета, что говорит об иммунном

дисбалансе у детей с геморрагическими диатезами.

Заключение. Таким образом у детей при ГВ и ИТП было обнаружено иммунный дисбаланс в отношении гуморального и клеточного звена иммунитета. Результаты проведенного исследования свидетельствуют о том, что иммунокорректирующая терапия в лечении детей с геморрагическими диатезами способствует оптимизации показателей всех звеньев специфического иммунитета с нивелированием клинико-гематологических параметров.

Ключевые слова: геморрагический васкулит, идиопатическая тромбоцитопеническая пурпура, тромбоцитопения, клеточный иммунитет, гуморальный, нефротический синдром, макуло-папулезная сыпь, петехии.



IMMUNOLOGICAL PECULIARITIES COURSE OF HEMORRHAGIC DIATHESIS IN CHILDREN

Muhammadnabieva F.A., Khodjaeva N.N., Davlatova S.N.

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

Purpose. To study clinical and immunological peculiarities course of BR and ITP.

Materials and methods. To decide the assigned tasks in this study 143 children were carried out complex examination with hemorrhagic diathesis. Complex assessment of functional condition of immune system were carried out with use of immunodiagnostic tests of the 1st and 2nd levels.

Results. the obtained data say that the children with hemorrhagic diathesis (BF, ITP), irrespective of a clinical form, gravity and their current is revealed CD20, and increase of all of IgA, IgM, IgG, and about activation of humoral immunity that speaks about an

immune imbalance at children with hemorrhagic diathesis.

Conclusions. Thus in children with hemorrhagic thrombocytopenic purpura, an immune imbalance was found in relation to the humoral and cellular immunity. The results of the study indicate that, immunocorrective therapy in the treatment of children with hemorrhagic diathesis contributes to the performance of specific immunity with the leveling of clinical and hematological parameters.

Key words: purpura rheumatica, idiopathic thrombocytopenic purpura, thrombocytopenia, cellular immunity, humoral, nephrotic syndrome, macula-papular eruption, petechias.

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

Муҳаммаднабиева Фарӣшта Абдулрахимовна – н.и.т., ассистент кафедри 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

Хоҷаева 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 кафедри 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 Соҳира Назировна н.и.т., досенти кафедраи бемориҳои кӯдакони №2 МТД «ДДТТ ба номи Абуали ибни Сино»; sokhira@mail.ru

Давлатова Соҳира Назировна к.м.н., доцент кафедри 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

ПАРАЛЛЕЛҲОИ ГЕМАТОЛОГЪ ВА ИММУНОЛОГЪ ДАР КӯДАКОНИ ГИРИФТОРИ КАМХУНИИ НОРАСОИИ ОҲАН

Хочаева Н.Н., Исмоилов К.И., Содиқов Н.М, Ф.А. Мухаммаднабиева.

Кафедраи бемориҳои кӯдакон №2, МДД “ДДТТ ба номи Абуалӣ ибни Сино”,

Муҳиммият. Паҳншавии зиёди камхунӣ дар кӯдакон самти иҷтимоӣ дорад ва фаврӣ муҳим аст. Дар байни ҳама камхунӣ дар кӯдакӣ шакли норасоии оҳанӣ бештар маъмул аст. Мувофиқи маълумоти Ташкилоти умумиҷаҳонии тандурустӣ, дар ҷаҳон қариб 2 миллиард нафар аз камхунии норасоии оҳан азият мекашанд ва 3,6 миллиард нафари дигар норасоии оҳани пинҳонӣ доранд. Басомади норасоии оҳан дар кӯдакон ба ҳисоби миёна дар мактаббачагон 17,5% ва дар кӯдакони хурдсол 30-60% дар давраи пуршиддаттарин равандҳои дифференсиатсияи ниҳонии бофтаҳо, камолоти узвҳо ва системаҳои гуногун, ташаккули системаи марказии асаб мебошад.

Солҳои охир афзоиши бемайлоии норасоии оҳан дар кӯдакон мушоҳида мешавад, ки ин ба мушкилоти иҷтимоиву иқтисодии ҷомеаи муосир вобаста аст. Камхунӣ барои ҳассосияти баланди бадан ба таъсири омилҳои гуногуни экзо- ва эндогенӣ замина фароҳам меорад. Ин пайдоиши бемориҳои гуногунро дар заминаи камхунӣ нишон медиҳад.

Солҳои охир самти муҳимтарини тиб омуختани роли иммунитет дар тамоми бемориҳо мебошад. Дар беморони гирифтори сидеропения, вайроншавии алоқаҳои ғайримуқаррарӣ, гуморалӣ ва ҳуҷайравии масуният мушоҳида мешавад, ки ин аз ташаккули тамоюл дар онҳо ба рушди депрессияи иммунӣ шаҳодат медиҳад.

Ҳадаф. Омӯзиши робитаи байни параметрҳои гематологӣ ва иммунологӣ дар кӯдакони гирифтори камхунии норасоии оҳан.

Усулҳои модӣ ва тадқиқотӣ. Дар шароити шуъбаи гематологияи кӯдакони ММТ ҚТ таҳти назорати мо 53 нафар беморони ИДА буданд. Аз ин шумора 28 нафар духтарон буда, мутаносибан 52% ва 25 нафар писарон 47,2%-ро ташкил карданд. Ба ҳамаи беморон усулҳои умумииклиникии тадқи-

қот гузаронида шуд: гемограмма, санчиши биохимиявии хун бо муайян кардани фраксияи билирубин, оҳани зардоб, аз рӯи нишондодҳо, пунксияи мағзи устухон, ташҳиси морфологии эритроцитҳо гузаронида шуд. Арзёбии ҳамаҷонибаи ҳолати функсионалии системаи иммунӣ бо истифода аз санчишҳои иммунодиагностикии дараҷаи 1 ва 2 антителоҳои моноклоналӣ гузаронида шуд.



Расми 1 Беморони гирифтори КНО.



Натиҷаҳои тадқиқот ва муҳокима. Қайд карда шуд, ки бартариҳои духтарон (52,8%) нисбат ба писарон (47,2%), махсусан дар давраи балоғат, ки бо талафоти хуни музмини пинҳонӣ, асосан аз пайдоиши баҷадон алоқаманд аст.

Дар байни модароне, ки фарзандонашон аз КНО азоб мекашанд, хеле зиёд занони хонашин (59,8 фоиз) дараҷаи маълумоташон паस्त (32,4 фоизи онҳо танҳо синфи 3—7 мактаби миёнаро хатм кардаанд), дар шароити ғайриқаноатбахши моддию маишӣ зиндагӣ мекунанд. Фоизи хеле зиёди кӯдакони бемор, ки дар оилаҳои дорой даромади кам зиндагӣ мекунанд (78,2%) таваҷҷуҳо ба худ ҷалб мекунад. 31,4% кӯдакони гирифтори КНО аз занони серфарзанд таваллуд шудаанд. Қобили зикр аст, ки дар 43,7%-и ҳолатҳо дигар аъзои оила ё ҳешовандон низ гирифтори камхунӣ буданд. Ба бемориҳои шадид ва музмини кӯдакон диққати махсус дода шуд. Дар байни патологияҳои соматикӣ бештар маъмултаринҳо сироятҳои шадиди роҳи нафас (58,9%), энтероколит (45,3%), пневмония (12%) ва таъсири гелминтӣ (8,5%) буданд. Бояд қайд кард, ки 33,1% кӯдакон аз хурдсолӣ аз камхунӣ азият мекашанд.

Дар байни шикоятҳои дар боло зикршуда бештар заифӣ, сустӣ (89,1%), хастагӣ ҳангоми машқ (68,9%), камшавии иштиҳо (68,3%) мебошанд. Аксуламали системаи марказии асаб дар посух ба гипоксияи тӯлонӣ бо асабоният (57,2%), хоболудӣ (48,4%), дар 68,9% ҷарҳ задани сар, бо дилбеҳузурӣ ва дар 27,3% дарди сар зоҳир шудааст.

Ихтилоли трофикӣ бо нарасидани ферментҳои дорой оҳан алоқаманд аст: пӯсти хушк (62,7%), тарқишҳо дар кунҷҳои даҳон (38,1%), сӯзиш ва хӯрдани забон (27,9%), нохунҳо шикаста ва вайроншуда. (31,5%), рехтани мӯй (16,8%), инчунин вайроншавии тамъ ва бӯйхискунӣ (33,7%) (нашъамандӣ ба истифодаи бур, гил, хокаи дандоншӯй, хӯрокҳои хом).

Шикоятҳо аз системаи дилу рағҳо дар кӯдакони гирифтори НКО бо фишори ноҷизи ҷисмонӣ, кӯтоҳ будани нафас (49,8%),

нороҳатӣ дар минтақаи дил (31,3%), тапиши дил (37,7%) зоҳир мешаванд. Дар байни шикоятҳои кӯдакони бемор, дарди шикам ва ихроҷи лоғар (10,1 ва 8,9%) низ бояд қайд карда шавад.

Аз зухуроти субъективии норасоии оҳан, вайроншавии лаззат ва бӯйро бояд қайд кард. Беморон ҷалб ба хӯрокҳои тунд, шӯр, турш доштанд ва макаронҳои хом, ғалладона, чой истеъмол мекарданд. Бисёрҳои бур, оҳак, гил, ангишт меҳурданд. Аксарият аз бӯи ҷанг, асфалти тар, атсетон, оҳак, рангҳои рағванӣ, дуди сигор ва дуди партовҳо лаззат мебурданд.

Вазъи асаб-рӯҳии кӯдакони бемор бо летаргия, бепарвоӣ, кам шудани таваҷҷуҳ ба муҳити зист, сустӣ, сустшавии хотира, асабоният тавсиф карда мешуд.

Синдроми эпителиалӣ бо хушкӣ мӯътадилӣ пӯст (67,2%), пӯстшавӣ (38,2%), мусодира (48,1%) ифода ёфтааст. Ҳангоми муоина 73,4% кӯдакон мӯйҳои борик ва дар 42,2% кунд, 16,8% рехтани мӯи сар дида шудааст. Дар 67,9% кӯдакон лавҳаҳои нохунҳо лоғар буданд, бояд қайд кард, ки дар 28,5% ҳолат ҳамвор шудани пластинҳои нохун (платонихия), чуқуршавии қошуқи онҳо, ки онро «коилонихия» меноманд, мушоҳида мешуд. Глоссит - забони сурхи дурахшон, тобнок, варам, атрофияи папиллярӣ (забони лаккардашуда) дар 38,7% кӯдакон қайд карда шудааст.

Каме калон шудани ҷигар (1 - 2 см) дар 39,2% кӯдакони синни томақтабӣ дида шудааст. Дар 8,4% испурч дар канори камончаи қаъри қафас мушоҳида шудааст. Дар 28,1% ҳолат ба қабзият майл доштани кӯдакони нишон додааст.

Гастритҳои музмини атрофӣ, сироятҳои шадиди вирусии респираторӣ, сироятҳои вирусӣ аз он ҷумла герпес ва тонзиллит дар заминаи НКО метавонанд зухуроти беморӣ ва норасоии масунияти дуҷумдараҷа ҳисобида шаванд.

Аз рӯивазнинивазъи беморон, онҳоро ба 3 гурӯҳтақсим кардем. Гурӯҳи якум 9 нафар бачагони гирифтори камхунӣ сабук буданд. Заифӣ, сустӣ (88,9%), сустшавии иштиҳо (66,7%), асабоният (55,6%) ва каме



сафедшавии пӯст ва луобпардаҳои клиникӣ қайд карда шуданд. Дар гемограмма шумораи эритроцитҳо аз $2,3$ то $3,9 \times 10^{12}$ /л, гемоглобин аз 90 то 110 г/л, индекси ранга $0,7$ то $0,8$ буд. Дар 2 бемор анизотситоз ва пойкилотситозҳои сабук ошкор карда шуд. Параметрҳои боқимондаи хуни периферӣ бетағйир монданд. Сатҳи оҳан дар хун ба $9,9 - 9,0$ мкмол /л баробар буд.

Гуруҳи дуюм аз 19 нафар кӯдакон иборат буд, ки дар онҳо ихтилоли ошкори ҳолати умумӣ: бепарвоии назаррас, бепарвоӣ, заъф, ашқборӣ ва якбора паст шудани иштиҳо буданд. Пӯстхушк ($62,3\%$), мӯйҳо кам, кунд, борик. Забон бо ғубор пӯшида шудааст, атрофияи папилла ($24,8\%$). Набз дар кунҷи дил зуд-зуд ба қайд гирифта шуда, шуриши нарми систоликии функционалӣ шунида мешуд. Дар гемограмма миқдори эритроцитҳо $2,3 - 3,3 \times 10^{12}$ /л, гемоглобин $70 - 89$ г/л, индекси ранга $0,6 - 0,8$. Дар 11 бемор анизо-ва пойкилоситозҳои эритроцитҳои мӯътадил ошкор карда шуданд. Бояд қайд кард, ки зуҳури хучайраҳои чавон ва миелоситҳо дар хуни периферии 3 кӯдак, ки шиддати гемопоэзо нишон медиҳад. Параметрҳои боқимондаи гемограммаи ин категорияи кӯдакон дар ҳудуди муқаррарӣ буданд. Сатҳи оҳан дар хуноба $8,9 - 7,7$ мкмол / л буд.

Гуруҳи сеюм аз 25 нафар беморон иборат буд. Манзараи клиники шадиди НКО дар кӯдакон бо сустшавии шадид, набудани иштиҳо ва қабзият зоҳир мешуд. Кӯдакони калонсол геофагия доштанд – хоҳиши хӯрдани графит, замин, гил ($31,5\%$). Пӯст бо ранги мумии ранга буд. Тағйирот дар нохунҳо ($29,6\%$) (коилонихия, борикшавӣ, стратификасия) ва мӯй (алопесия) ($14,8\%$). Дар кунҷҳои даҳон хурӯҷ пайдо мешавад, забон бошад ҳамвор мешавад. Аз тарафи системаи дилу рағҳо тахикардия, садои систоликии дар кунҷи дил, садои чапакзании оҳанги аввал, варами рағҳои гардан ба мушоҳида мерасид. Аксар вақт варами рӯй ва сустшавии пойҳо, гепатоспленомегалия миёна ба назар мерасид. Дар хуни периферӣ тағйироти зерин мушоҳида карда шуд: миқдори эритроцитҳо $1,7 - 2,7 \times 10^{12}$ /л, гемоглобин $40 - 69$ г/л, индекси ранга $0,5 - 0,6$. Дар акса-

рияи кӯдакон (74%) анизо-ва пойкилоситоз ба таври мӯътадил ва ба таври назаррас ифода карда шудааст. Сатҳи оҳан дар хуноба хеле пасттар аз муқаррарӣ аст ($7,0 - 4,8$ мкмол / л). Омӯзиши морфологии эритроцитҳо тағйироти хосро ошкор намуд: кам шудани миқдори миёнаи гемоглобин дар як эритроцит аз 29 ПГ (дар 21 аз 25 нафар - $83,3\%$), диаметри миёнаи эритроцитҳо аз $6,9$ мкм камтар, инчунин ҳаҷми миёнаи эритроцитҳо (камтар 75 мкм³). Микроситоз аз 19 то 40% , меъёри он 12% буд. Файр аз он, дараҷаи пастшавии ин нишондиҳандаҳо ба шиддатнокии раванди патологӣ мутаносиб буд.

Таҳлили биохимиявии хун ва форезии гемоглобин ягон ихтилолро ошкор накард. Дар вақти омӯхтани протеинограмма тағйироти умумии сафеда ва фраксияи сафеда муҳайё шуд. Гипопротеинемия дар 18 бемор ($72,8\%$) (протеинҳои умумӣ камтар аз 65 г/л), диспротеинемия (камшавии концентратсияи албумин ва зиёдшавии концентратсияи гамма-глобулинҳо) маъмуланд. Омӯзиши нуктаи мағзи устухон гипохромияи эритроцитҳо, гиперплазияи сабзаи сурхро нишон дод ва дар 50% мавридҳо танг шудани сабзаи сафеди гемопоэз қайд карда шуд. Шумораи митозҳои хуни сурх $1,5 - 5\%$ -ро ташкил дод, ки ин аз шиддати гемопоэз шаҳодат медиҳад, ки дар посух ба гипоксияи тӯлонии узвҳо ва бофтаҳо ба амал меояд.

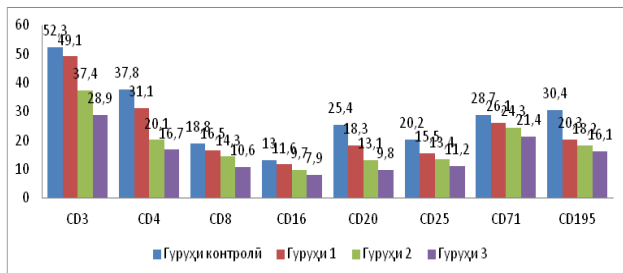
Барои муайян кардани иммунитети хоси кӯдакони гирифтори НКО, мо омӯзиши иммунофенотипи лимфоситҳои хуни перифериро анҷом додем. Индексҳои миёнаи субпопулятсияи лимфоситҳо, ки дар тадқиқоти мо ба даст оварда шудаанд, дар расми 2 нишон дода шудаанд.

Мувофиқи маълумоти дар расм овардашуда, дар беморони гирифтори НКО-и гуруҳи якум, нишондиҳандаҳои хучайраҳои Т ва зерпопулятсияҳои онҳо аз нишондиҳандаҳои гуруҳи назоратӣ ба таври назаррас фарқ намекунанд, балки ба камшавӣ майлдоранд, махсусан бо иммунофенотипҳои CD4.

Дар беморони гирифтори камхунии миёна дар муқоиса бо гуруҳи кӯдакони солим,



коҳиши назарраси нишондиҳандаҳои Т-лимфоситҳо бо маркерҳои гуногуни иммунологӣ (CD4, CD8, CD16) ($p < 0,001$) мушоҳида мешавад (расми 2).



Расми 2.- Миқдори Т-лимфоситҳо ва зерпопулятсияҳои он дар кӯдакони гирифтори НКО

Ҳангоми муқоисаи нишондиҳандаҳои миёнаи зерпопулятсияҳои Т-лимфоситҳо бо маркерҳои CD4, CD8 ва CD16-и ин гурӯҳи беморони дорои нишондиҳандаҳои шабеҳ дар беморони камхунии сабук низ фарқияти назаррас ошкор карда мешавад ($p < 0,001$).

Дар гурӯҳи беморони гирифтори камхунӣ шадид дар муқоиса бо гурӯҳи кӯдакони солим, коҳиши назарраси нишондиҳандаҳои Т-ҳучайраҳо ва субпопулятсияи онҳо мушоҳида шудааст ($p < 0,001$). Ҳангоми муқоисаи нишондиҳандаҳои миёнаи Т-лимфоситҳо бо ретсепторҳои CD4, CD8 ва CD16 дар беморони гурӯҳи 3 бо нишондодҳои мувофиқи кӯдакони гирифтори камхунии сабук ва миёна фарқияти назаррас муайян карда шуд.

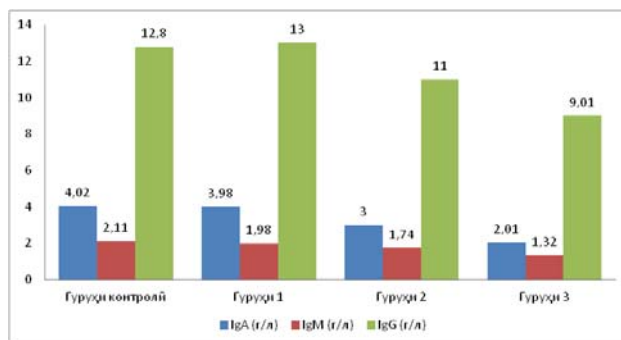
Ҳамин тариқ, дар беморони дорои дараҷаи сабуки НКО, нишондиҳандаҳои Т-лимфоситҳо ва зерпопулятсияҳои онҳо (CD4, CD8 ва CD16) дар доираи муқаррарӣ буданд, дар ҳоле ки дар кӯдакони гирифтори камхунии миёна ва шадид ин нишондиҳандаҳо нисбат ба нишондиҳандаҳои фарзандони солим камхунии миёна ва шадид хеле паст буданд.

Дарачаи камшавии миқдори Т-лимфоситҳо ва субпопулятсияи онҳо аз вазнинии синдроми камхунӣ ва аз таркиби гемоглобин дар хуни периферӣ вобаста аст. Натиҷаҳои таҳлили коррелясионӣ тасдиқи ин факт мебошанд.

Байни таркиби гемоглобин (Hb) ва субпопулятсияи лимфоситҳои хуни периферӣ алоқамандӣ пайдошуд: (Hb бо CD4) $r = 0,71$; (Hb бо CD8) $r = 0,73$; (Hb бо CD16) $r = 0,66$; (Hb бо CD25) $r = 0,59$. Ҳама арзишҳои нишон додандаи коэффисиентҳои коррелятсия хеле эътимодноканд ($p < 0,001$).

Ҳамин тавр, камшавии ошкоршудаи нишондиҳандаи мутлақ ва нисбии Т-лимфоситҳо ва субпопулятсияи онҳо аз фурӯ рафтани қадамаи ёрирасон ва супрессории иммунитети ҳучайравӣ дар кӯдакони гирифтори НКО гувоҳӣ медиҳад.

Натиҷаҳои омӯзиши иммунитети гуморалӣ дар расми 3 оварда шудаанд.



Расми 3.- Иммунитети гуморалӣ дар кӯдакони гирифтори НКО

Чунон ки аз маълумоти дар расми 3 овардашуда бармеояд, дар беморони гирифтори камхунии сабук миқдори миёнаи Ig A, M, G дар зардоби хун амалан аз онҳое, ки дар гурӯҳи назоратӣ буданд, фарқ надошт. Бояд гуфт, ки дар беморони ин гурӯҳ низ мизони гирифторӣ ба бемориҳои дохилӣ аз бемориҳои, ки дар гурӯҳи кӯдакони солим-ҳастанд, фарқ надошт.

Дар баробари ин дар беморони гирифтори камхунии вазнинии миёна дар зардоби хун нисбат ба ҳамин нишондиҳандаҳо дар гуруҳи кӯдакони солим хеле паст шудани нишондиҳандаҳои миёнаи Ig A, M мушоҳида карда шуд. Дар айни замон Ig G миёна аз норма фаркнамекунад, балки ба пастшавӣ майл дорад. Дар ин гурӯҳ касалиҳои хунӣ (дар як сол 5—6 маротиба) зиёдшуд.

Муқоисаи арзишҳои миёнаи Ig A, M, G-и ин гурӯҳи беморони дорои нишондиҳандаҳои шабеҳи кӯдакони гурӯҳи яқум коҳи-



ши назарраси онҳоро ошкор намуд (pV0,001).

Ҳангоми муқоисаи арзишҳои миёнаи Ig A, M, G дар хуни беморони гирифтори НКО шадид бо нишондиҳандаҳои мувофиқи кӯдакони дорои дараҷаи сабук ва мӯътадили НКО, коҳиши назарраси концентратсияи онҳо ошкор карда шуд (pV0,001).

Ҳамин тариқ, арзишҳои миёнаи иммуноглобулинҳо (A, M, G) дар кӯдакони гирифтори НКО-и сабуказонхое, ки дар гурӯҳи назоратӣ буданд, фарқ надоштанд. Дар баробари ин, миқдори фраксияҳои иммуноглобулинҳо дар беморони гирифтори камхунии миёна ва вазнин нисбат ба нишондиҳандаҳои мувофиқ дар кӯдакони солим ба таври назаррас пасттар буданд (pV0,001).

Байни таркиби иммуноглобулинҳои A, M, G ва концентратсияи гемоглобинҳодар хун ($r = 0,61$; $r = 0,74$; $r = 0,69$) таносуби назаррас пайдо шуд.

Ҳамин тариқ, натиҷаҳои мо нишон медиҳанд, ки дар кӯдакони гирифтори камху-

нии миёна ва шадид шумораи ҳуҷайраҳои В - лимфоситҳо (CD20 - $13,1 \pm 0,71$; $9,8 \pm 1,33$ мутаносибан) кам мешавад, ки ин бе-шубҳа сабаби нокифояи посухи гуморалӣ мебошад.

Ҳамин тариқ, масуниятҳои хоҳе, ки мо дар беморони гирифтори КНО анҷом додем, нишон дод, ки дар кӯдакони гирифтори раванди патологияи мӯътадил ва вазнин, коҳиши Т-лимфоситҳо бо иммунофенотипҳои пешбаранда (CD3, CD4, CD8, CD16), ки зуҳури депрессияи чузъи ҳуҷайравии иммунитетии мушаххас мебошад. Дар баробари ин, дар ин категорияи кӯдакон камшавии лимфоситҳо бо маркерҳои В-лимфоситҳо (CD20) ошкор карда шуд, ки он бо камшудани миқдори ҳама фраксияҳои иммуноглобулинҳо (A, M, G) дар хун ҳамроҳ мешавад, ки ин пастшавии иммунитетии гуморалии мушаххасро нишон медиҳад. Ҳамин тариқ, тағироти иммунологӣ аз омӯзиши параметрҳои асосии шиддатнокии синдроми камхунӣ вобастагии мустақим дорад.

Адабиёт

1. Абдрахманова С.Ж., Сейтенова Д.Ж. Влияние орви на развитие жда у детей раннего возраста. Вестник науки. 2019. Т. 3. № 6 (15). С. 497-499.
2. Балашова Е.А., Мазур Л.И., Калинина Е.В. Состояние здоровья детей младшего возраста с железодефицитной анемией. Современные проблемы науки и образования. 2015. № 3. С. 30.
3. Гутник В.В. Патологические аспекты развития железодефицитных анемий у детей раннего возраста В сборнике: Молодые ученые в решении актуальных проблем науки. Материалы X Международной научно-практической конференции. Владикавказ, 2020. С. 57-60.
4. Зубрицкая Г.П., Венская Е.И., Скоробогатова А.С., Климович Н.Н., Лукьяненко Л.М., Козарезова Т.И., Слободжанина Е.И. Изменение элементного статуса крови у детей с железодефицитными анемиями в процессе терапии В сборнике: Биохимические инновации в условиях коррекции техногенеза биосферы. Труды Международного биогеохимического Симпозиума, посвященного 125-летию со дня рождения академика А.П. Виноградова и 90-летию образования Приднестровского университета. В 2-х томах. 2020. С. 284-291.
5. Янгибаева Б.У., Набиев З.Н. Железодефицитная анемия у детей с изучением медико-социальной жизни. Вестник Таджикского национального университета. Серия естественных наук. 2015. № 1-5-2 (188). С. 105-109.
6. Klimov L., Stoyan M., Kuryaninova V., Kashnikov V., Botasheva V., Dolbnya S.V., Asaturova D.V., Kashnikova S.N. The impact of morphological changes in small bowel mucosa on iron metabolism in children with celiac disease. Medical News of North Caucasus. 2016. Т. 11. № 2. С. 169-172.



ГЕМАТОЛОГИЧЕСКИЕ И ИММУНОЛОГИЧЕСКИЕ ПАРАЛЛЕЛИ У ДЕТЕЙ ПРИ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ

Ходжаева Н.Н., Исмоилов К. И., Содиков Н. М., Мухаммаднабиева Ф.А.

Кафедра детских болезней №2, ГОУ ТГМУ им. Абуали ибн Сино

Проведенное нами комплексное обследование 53 детей с железодефицитной анемией (ЖДА) показало, что у детей со средней и тяжелой степенью анемии констатировано снижение показателей всех звеньев иммунитета, которое имело прямую корреляционную зависимость от уровня гемоглобина периферической крови.

Выводы. Таким образом, проведенное нами специфического иммунитета у больных с ЖДА показало, что у детей со средней и тяжелой степенью патологического процесса наблюдалось уменьшение Т-лимфоцитов с ведущими иммунофенотипами (CD3, CD4, CD8, CD16), что является проявлением деп-

рессии клеточного звена специфического иммунитета. Наряду с этим, у указанной категории детей выявлено снижение лимфоцитов с маркерами В-лимфоцитов (CD20), что сочеталось с уменьшением содержания всех фракций иммуноглобулинов (А, М, G) крови, что свидетельствует об угнетении гуморального звена специфического иммунитета. Итак, иммунологические изменения имеют прямую корреляционную зависимость от исследований основных параметров степени тяжести анемического синдрома.

Ключевые слова: железодефицитная анемия, спетсифический иммунитет, неспетсифический иммунитет, гемоглобин

HEMATOLOGICAL AND IMMUNOLOGICAL PARALLELS IN CHILDREN WITH IRON DEFICIENT ANEMIA

N.N. Hojaeva, K.I. Ismoilov, N.M.Sodikov, F.A. Mukhammadnabieva

Department of Childhood Diseases No. 2, TSMU named after Abuali ibn Sino

Our comprehensive examination of 53 children with iron deficiency anemia (IDA) showed that in children with moderate and severe anemia, there was a decrease in the indices of all links of immunity, which had a direct correlation with the level of peripheral blood hemoglobin.

Conclusions. Thus, the specific immunity we carried out in patients with IDA showed that in children with moderate and severe pathological process, there was a decrease in T-lymphocytes with leading immunophenotypes (CD3, CD4, CD8, CD16), which is a manifestation of

depression of the cellular component of specific immunity. Along with this, in this category of children, a decrease in lymphocytes with markers of B-lymphocytes (CD20) was revealed, which was combined with a decrease in the content of all fractions of immunoglobulins (A, M, G) in the blood, which indicates inhibition of the humoral link of specific immunity. So, immunological changes have a direct correlation dependence on the study of the main parameters of the severity of anemic syndrome.

Key words: iron deficiency anemia, specific immunity, non-specific immunity, hemoglobin.

Хочаева Никзан Назарбековна — номзади илмҳои тиб, дотсенти кафедраи бемориҳои кӯдакони № 2 МДД Донишкадаи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абуали ибни Сино. Почтаи электронӣ: khodjaevanikzan@gmail.com, тел: 935-00-20-90

Исмоилов Комилчон Исроилович — доктори илми тиб, профессори кафедраи бемориҳои кӯдакони № 2-и МДД Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абуали ибни Сино. Почтаи электронӣ: ismoilovk@mail.ru, тел: 985-12-78-45

Содиков Наимчон Махмадаминович — духтури бачагони маркази тиббии Форобӣ. Почтаи электронӣ: n.sodikov@gmail.com, тел: 900-00-22-11



Мухаммаднабиева Фаришта Абдулрахимовна – номзади илмҳои тиб, ассистенти кафедраи бемориҳои кӯдакони № 2 МДД Донишкадаи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абуали ибни Сино. Почтаи электронӣ: farista.am.86@mail.ru,

Ходжаева Никзан Назарбековна – к.м.н., дотсент кафедраи детских болезней №2 ГОУ Таджикского государственного медицинского университета им. Абуали ибни Сино. Email: khodjaevanikzan@gmail.com, тел: 935-00-20-90

Исмоилов Комилчон Исроилович – д.м.н., профессор кафедраи детскими болезнями №2 ГОУ Таджикского государственного медицинского университета им. Абуали ибни Сино. Email: ismoilovk@mail.ru, тел: 985-12-78-45

Содиков Наимжон Махмадаминович – врач педиатр Медицинского центра Фараби. Email: n.sodikov@gmail.com, тел: 900-00-22-11

Мухаммаднабиева Фаришта Абдулрахимовна – к.м.н, ассистент кафедраи детскими болезнями №2 ГОУ Таджикского государственного медицинского университета им. Абуали ибни Сино. Email: farista.am.86@mail.ru, тел:

Khodjaeva Nikzan Nazarbekovna - Candidate of Medical Sciences, Associate Professor of the Department of Children's Diseases No. 2 of the Tajik State Medical University named after Abulai ibni Sino. Email: khodjaevanikzan@gmail.com, tel: 935-00-20-90

Ismoilov Komilchon Isroilovich - Doctor of Medical Sciences, Professor of the Department of Childhood Diseases No. 2 of the Tajik State Medical University named after Abulai ibni Sino. Email: ismoilovk@mail.ru, tel: 985-12-78-45

Sodikov Naimzhon Makhmadaminovich - pediatrician of the Farabi Medical Center. Email: n.sodikov@gmail.com, tel: 900-00-22-11

Mukhammadnabieva Farishta Abdulrahimovna - Candidate of Medical Sciences, assistant of the Department of Children's Diseases No. 2 of the Tajik State Medical University named after Abulai ibni Sino. Email: farista.am.86@mail.ru, tel:



БЕМОРИҲОИ СИРОЯТӢ

БЕМОРИҲОИ СИРОЯТӢ ҲАМЧУН ОМИЛИ ХАТАР ҲАНГОМИ ҲОМИЛАГӢ

Ёдгорова ¹М.Қ., Кабирзода ¹Т.Д., Тишкова ²Ф.Х.

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

2. ПИТ ТП ВТ ва ҲИА ҚТ.

Муҳиммият. Ҳифзи модару кӯдак яке аз самтҳои афзалиятноки тибби муосир ба ҳисоб меравад. Дар даҳсолаҳои охир ҳомилагии рушднакунанда дар Ҷумҳурии Тоҷикистон зиёд шуда истодааст. Ҳомилагии рушднакунанда ин маҷмуи симптомҳои патологие мебошанд, ки аз марги дохилибати нии ҷанин (эмбриона), инертсияи патологие миометрия ва ихтилоли системаи гемостаз [3, 7, 8, 9, 10]. Яке аз сабабҳои асосии ҳомилагии рушднакунанда дар муҳлати барвақтими генетикиро медонанд. Фавти эмбрион метавонад, ки дар асари аномалияҳои хромосомӣ, мутатсияҳои генӣ, ихтилолҳои сохторӣ дар барномаи генетикӣ инкишофи плацента ё мавҷуд будани тамоюли иосӣ ба вучуд биояд [1,2,3]. Ҳангоми 15-16 ҳафта будани ҳомилагӣ муҳимтарин сабабҳои ҳомилагии рушднакунанда сироят мебошад. Масъалаи нақши этиологии омилҳои бактериялӣ-вирусӣ мавриди баҳобқӣ менамояд. Як гурӯҳи муҳаққиқон чунин меҳисобанд, ки сироят яке аз муҳимтарин сабабҳои спорадӣ ва давравии ҳомилагии рушднакунанда аст. Дигрон чунин мепиндошанд, ки сироят барои ҳомилагии рушднакунандаи спорадӣ нақши калидӣ дорад, вале барои ҳомилагии рушднакунандаи давравӣ (ҲРН) не [1,2,3].

Дар бештари занҳои ҲРН дар заминаи эндометрити музмин вучуд доштани эндометрия 2-3 ва бештари намудҳои ҳатмӣ-анэробии микроорганизмҳо ва вирусҳо дида мешавад, дар 86,7% ҳолат персистенсияи микроорганизмҳои шартӣ-патогенӣ эндометрия дида мешавад, ки метавонад сабаби фаъолшавии протсессҳои иммунопатологӣ гардад. Ба сироятҳои вирусӣ диққати махсус дода мешавад, ки персистенсияи он дар организм боиси тағйирёбии системаи иммунӣ, рушди ҳолати тромбофилии музмин, бемориҳои аутоиммунӣ мегардад. Персистенсияи омехтати сирояти (вируси гер-

песи оддӣ, вируси папилломаи одам, ситомегаловирус, парвовирус В19, Эпштейн – Барр, энтеровирусҳо) дар беморони дорои ҲРН саҳеҳан зиёд аст, нисбат ба занҳои, ки дорои анамнези муътадили акушерӣ. Нақши сирояти кампилобактерия дар патогенези ҲРН таъкид карда мешавад [1,2,3,4,5,6]. Колонизатсияи бактериялӣ-вирусӣ эндометрия маъмулан, натиҷаи нотавонии системаи иммунӣ ва қувваҳои номахсуси муҳофизати организм аст [3].

Яке аз сабабҳои асосии ҲРН ихтилолҳои гормоналӣ аст, ки рангорангии онҳо дар сатҳи эндометрия бо норасоии фазаи лютеинӣ амалӣ мешавад [1, 2]. Норасоии фазаи лютеинӣ тибқи тести ташхиси функционалӣ дар 85% -и занҳои дорои талафи маъмулии барвақти ҳомилагиро ташкил мекунад [1]. Пайдо шудани норасоии фазаи лютеинӣ якчанд роҳ ва омилҳо пешбинӣ карда мешавад, ки ба протсесс ҷалб карда мешаванд: паст шудани сатҳи сужение урвня гонадотропин-релизинг-гормон, гормони фолликулостимулясионӣ, ки ба сатҳи гормони лютеинизатсионӣ ва ё ихтилоли дастгоҳи ретсептории эндометри мувофиқат намекунад.

Паст шудани сатҳи гормонҳо ҳангоми ҳомилагӣ метавонад дар натиҷаи он пайдо шавад, ки тухми бордоршудаи ноқис (нотукма) организми модарро бо маҳсулоти харурии гормонӣ стимулятсия карда наметавонад [2].

Муқаррар карда шудааст, ки дар сурати ҳомила шудан дар занҳои дорои гиперандрогенияи генезаш гуногун якбора хатарҳои ихтилоли имплантатсияи тухми ҷанин, гардиши номуносиби хун дар бачадон, склерозии рағҳои миометрия ва хорион, порашавии рағҳо, тавлид шудани гематомаҳои ретрохориалӣ, ҷудо шудани хорион, пайдо шудани норасоии истмикӣ-сервикалӣ хеле зиёд мешавад [1, 3].

Мақсади таҳқиқот: омӯхтани сохтори бемориҳои вирусӣ дар занҳои ҳомила ба ҳайси сабаби ҳомилагии инкишофнаёбанда.

Мавод ва усулҳои таҳқиқот. Мо 35 зани ҳомиларо, ки дар анамнезашон ғавти антенаталии чанинро доранд (гурӯҳи I) ва 20 ҳомилаи дорои чараёни физиологии ҳомилагии гурӯҳи назоратӣ (гурӯҳи II). Ҳамаи ҳомилаҳо дар шароити Марказҳои шахрии саломатии №12 ва №13 аз таҳқиқоти пурраи клиникӣ гузаронида шуданд. Ҳамаи беморони муоинашаванда аз таҳқиқоти пурраи клиникӣ-лабораторӣ гузаронида шуданд, ки инҳоро дар бар мегиранд: таҳқиқотҳои умумиклиникӣ, гематологӣ, биохимиявӣ, гормоналӣ, лабораторӣ, ки дар шуъбаи ташхиси клиникиву лаборатории ПИТ ТП ВТ ва ҲИА ҚТ гузаронида шуданд. Чамъоварии маълумотҳои анамнез, (анамнези умумӣ ва махсус, синну сол, хусусияти қор, шароити ҳаёт, гизо, ирсият, бемориҳои аз сар гузаронидашуда дар синну соли кӯдакӣ ва дар давраи балоғати чинсӣ, муайян кардани бемориҳои ирсӣ, гениталӣ ва экстрагениталӣ, аутоиммунӣ, синни менархе (ҳайз), хусусиятҳои функсияи менструалӣ ва генеративӣ бемориҳои гинекологии аз сар гузаронидашуда, миқдори ҳомилашавӣ, чараён ва натиҷаи ҳомилагҳои қаблӣ, чараёни валодатҳои қаблӣ). Таҳқиқоти серологӣ ва гормоналӣ дар ПИТ ТП ВТ ва ҲИА ҚТ гузаронида шуд.

- муоинаи объективӣ (навъи бадан, шохиси массаи бадан, хусусиятҳои ӯ тела, хусусиятҳои рушди мӯйҳо);

- таҳқиқоти махсуси гинекологӣ (хусусиятҳои инкишофи узвҳои чинсӣ, ҳолати лубпардаи маҳбал (вагина), гарданаки бачадон, муайян кардани мавқеъ, андоза, консистенсия, дарднокии бачадон ва изофаҳо, мувофиқат кардани андозаи бачадон бо муҳлати гестатсионӣ тибқи маълумотҳои охиринаи ҳайбинии муътадил, хусусиятҳои ифрозот).

Профили гормоналӣ бо муайян кардани муҳтавои 17β-эстрадиол, прогестерон, тестостерон ва в-гонадотропинини хорионӣ (ГХ), пролактин дар плазмаи хуни канорӣ омӯхта шуд. Хуни варидии барои таҳқиқот гирифташуда аз ҳамаи беморон субҳ, пас аз 8-10

соати охиринаи истеъмоли гизо, гирифта шуд. Дар сурати пайдо шудани шубҳа аз дисфунксияи гадуи сипаршаклсатҳи гормони тиреотропӣ, Т3, Т4 омӯхта шуд. Усулҳои иммуноферментӣ бо истифода аз маҷмуаҳои стандартии тичоратии ширкати «HumanGmbH» (Германия) ба қор бурда шуданд.

Мавҷуд будани TORCH-сироят, ки иборои чинсӣ интиқол мекӯбад (хламидияҳо, уреоплазмаҳо, микоплазмаҳо, вируси герпеси оддӣ, ситомегаловирус, парвовирус В 19, Эпштейн-Барр, аденовирусиҳо) бо натиҷаҳои ошқорсозии антителаҳои синфҳои IgG ва IgM дар хуни канорӣ бо ёрии таҳлили иммуноферментӣ муайян карда шуд. Маълумотҳои ба даст овардашуда имконият доданд, ки дар бораи варианти клиникӣ чараёни сирояти вирусӣ (лаҳзаи аввалияи сирояти аввалия, лаҳзаи аввалияи сирояти такрорӣ, ретсидиви сироят, ҳомилони вирус) сухан гуфта шавад. Мавҷуд будани IgM ба барангезандаҳои зикршуда ҳамчун исботи фаъолшавии сироятҳои дахлдор дар лаҳзаи таҳқиқот баррасӣ мешаванд.

Натиҷаҳо ва баррасии онҳо. Дар гурӯҳи назоратӣ, ба натиҷаҳои манфии таҳлили бактериологӣ ва ПСР нигоҳ накарда, микрофлораи бактериалии шартӣ-патогенӣ ба миқдори 103 КОЕ ё занбурӯғҳои типии Кандида дар 10%-и беморон муайян карда шуд. Дар гурӯҳи аосӣ дар 100%-и ҳолатҳо микрофлорае муайян карда шуд, ки ҳангоми ҲРН, мумкин аст, ки аҳамияти этиологӣ дошта бошад. Ба вай штаммҳои дохил карданд, ки дар ҳар қадам дараҷаи вучуд доштани ва шароити микроорганизмҳои шартӣ-патогенӣ патогенӣ ҳисобида мешуданд, ба миқдори >104 КОЕ меҷабанд, ҳамчунин барангезандаи TORCH-сироят (Герпес, СМВ ва ПВИ В19).

Натиҷаҳои таҳлили бактериологӣ вучуд доштани стафилококки эпидермалиро дар 56%-и занҳо, энтеробактерияро - дар 38%, барангезандаҳои TORCH-ро – дар 100% -и беморон нишон дод, хусусиятҳои омехтаи ҳам вирусӣ-вирусӣ ва ҳам вирусӣ-бактериалӣ дар ҳамаи 100% респондентҳо муайян карда шуданд. Натиҷаҳои таҳқиқот дар қадвали 1 оварда мешавад.



Чадвали 1.

Омилҳои сироятӣ	Гурӯҳи асосӣ n=35	Гурӯҳи муқоисавӣ n=20
ВГО	100%	0
СМВ (ситомегаловирус)	100%	0
Уреоплазма	82%	2.8%
Микоплазма	76%	1.3%
Хламидия	54%	0
Стафилококки эпидермалӣ	56%	1.8%
Энтеробактерия	38%	0
СПВ В19	5.7%	0

Тавре ки дар чадвал дида мешавад, намо-яндаи зиёд дучоршавандаи TORCH–сироят дар респондентҳои гурӯҳи асосӣ инҳо буданд: ВПГ 2 - у 100%, ВГО - дар 100% , уре-аплазма - 82%, микоплазма - 76%, хламидии – дар 54% ва СПВ В19 дар 5.7%-и ҳомилаҳо.

Возеҳии таъсири тератогении действие патогенро ба эътибор гирифта муайян кардани хассосият нисбат ба парвовирусу В19 дар ханҳои ҳомила, ки гурӯҳи хатарро ташкил медиҳанд, муҳим арзёбӣ мешавад. Дар

сурати набудани профилактикаи махсус вучуд доштани IgG-антител ба парвовируси В19 аз бемориҳои қаблан аз сар гузаронидашуда ва вучуд доштани муҳофизат аз сироят дарак медиҳанд.

Аз вучуд доштани IgG-антитела ба PV В19 тести 166 зардоби хуни занҳои ҳомила гузаронида шуд. Натиҷаҳо дар се гурӯҳи синнусолӣ ҷамъбаст карда шуданд: 18–25, 26–35 ва 36–45 –сола, ки дар чадвали 2 оварда мешаванд.

Чадвали 2- муайян кардани IgG-антитела ба PVB19 дар зардоби хуни занҳои ҳомила

Синну сол	Шаҳр	Миқдори зардобҳои таҳқиқшуда	Аз онҳо IgG + Ба PV В19 мик. мутл.
18-25	Душанбе	28	10 (35,7%)
	Хучанд	22	10 (45,5%)
26-35	Душанбе	34	20 (58,8 %)
	Хучанд	36	22 (61%)
36-45	Душанбе	27	13 (48,2%)
	Хучанд	19	14 (73,7)
Ҳамагӣ	Душанбе	89	43 (48.3%)
	Хучанд	77	46 (59,7%)
		166	89 (53,6%)

Дар ш. Душанбе дар синну соли аз 18 то 25-сола танҳо 10 нафар аз 28 нафар, яъне ҳамагӣ 35,7% нафар занҳои муоинашуда нисбат ба парвовируси В19 иммунитет доштанд. Дар гурӯҳи синнусолии 26–35 –сола ин нишондод то 58,8% зиёд шудааст. Андак кам шудани миқдори шахсони серопозитивӣ дар гурӯҳи калони синнусолӣ пас аз гузаштани даҳсолаҳои сироятнокшавӣ ба сустшавии табиӣ имунитет алоқаманд аст.

Дар Хучанд дар гурӯҳи синнусолии 18–25-сола IgG-антител нисбат ба PVB19 дар 10 аз 22 (47,6%) нафар зани таҳқиқшуда муайян карда шуд, дар 36-солагӣ ин нишондиҳанда ба 73,7 % расидааст. Натиҷаҳои ҳосилшуда нишондиҳандаҳои пешакӣ ба ҳисоб мераванд, аммо аз паҳншавии гус-

турдаи сирояти парвовирусӣ дарак медиҳанд.

Паҳншавии сирояти парвовирусиро метавон ҳамчунин аз рӯйи сатҳи иммунитетӣ коллективӣ низ баҳо дод. Гурӯҳи хатарро бар иловаи одамони дорои бемориҳои хун, занҳои гурӯҳи синну соли репродуктивӣ низ ташкил медиҳанд. Вобаста аз ин, иммунитетӣ популятсионӣ нисбат ба парвовируси В19 дар занҳои ҳомилаи сокини ш. Хучанд ва ш. Душанбе дар синну соли аз 18 то 45-сола, новобаста аз муҳлати гестатсия омӯхта шуд. Дар ҳар як гурӯҳи синнусолӣ ҳам серопозитивӣ ва ҳам серонегативӣ нисбат ба PV В19 нафар муайян карда шуд. Дар ин маврид дар ш. Хучанд дар ҳар як категорияи синнусолӣ миқдори нафарони бемор-



шуда ба эритемаи сироятӣ назар ба ш. Душанбе бештар буд. Он далел диққатҷалбкунанда аст, ки мавҷуд будани ҳиссаи занҳои синну соли нисбатан фаъоли репродуктивӣ (18–35 -сола) бар муқобили парвовируса РV В19 муҳофизат нашудаанд.

Хулоса. Таҳқиқот муайян кард, ки ҳамаи 35 зане, ки дар ананмнезашон ҳомилагии рушднакуанда доштанд, сирояти омехтаи вирусӣ итба вирусӣ- бактериалӣ доштанд, аз ҷумла СПВ В19 дар 5.7%-и ҳолатҳо, ки ба эндокринопатия ва ҳамчун натиҷаи таваккуфи рушди дохилибатнӣ ва фавти чанин

оварда мерасонад. Дар ҷанбаи синнусолӣ серопозитивият нисбат ба СПВ В19 дар байни занҳои синну соли таваллудкунанда дар ш. Душанбе 35-50% ва дар ш. Хучанд аз 45 то 74%-ро ташкил доданд.

Ҳамин тавр, таҳқиқот нишон дод, ки ба ҷараёни ҳомилагӣ на танҳо заминаи гормоналӣ, балки солимии соматикӣ низ таъсир мерасонад. Пас, занҳои синну соли репродуктивӣ барои муътадил нигоҳ доштани ҳомилагӣ ва таваллуд кардани насли солим, бояд аз маҷмуи пурраи таҳқиқот ва солимгардонӣ гузарад.

Адабиёт

1. Роль инфекции в развитии неразвивающихся беременности/Е.Г. Гуменюк, Т.Л. Кормикова и др. Москва 2012
2. Ближайшие и отдалённые исходы угрозы прерывания беременности в первом триместре/И.М.Ордянец, А.А. Гашенко и др. Москва 2010
3. Неразвивающаяся беременность: основные причины abortивного исхода//Молодой ученый №3 (241), 2019
4. Матвеев В.А., Прощаева Н.В., Самойлов Е.О., Ермолович М.А. 2008. Клинико-лабораторная характеристика В 19 - парвовирусной инфекции. Инфекционные болезни 6;3, 33-37
5. Савилов Е.Д., Мамонтова Л.М., Астфьев В.А., Жданова Е.Н. 2008. Применение статистических методов в эпидемиологическом анализе. М, МЕДпресс информ:112
6. Brown T, Anand A. 1994. Intrauterine parvovirus infection associated with hydropsfetalis. Lancet 2:1033
7. Chiasaka H, Morita, Yaegashi N, Sugamura K. 2003. Nov-Dek. Parvovirus B19 and the pathogenesis of anaemia. Rev. Med. Virol. 13(6):347-59
8. Cossart YE, Field AM, Cant B, Widdows D, 1975. Parvovirus like particles in human sera. Lancet 72-73
9. De Jong EP, deHaan TR, Kroes AC, et al. 2006. May. Parvovirus B19 infection in pregnancy. J. Clin. Virol. 36(1):1-7
10. Ergaz Z, Ornoy A, 2006. May. Parvovirus B19 infection in pregnancy. Reprod Toxicol. 21(4):421-35

ИНФЕКЦИОННЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ КАК ФАКТОРЫ РИСКА ПРИ БЕРЕМЕННОСТИ

Ёдгорова ¹М.Дж., Кабирзода¹ Т.Д., Тишкова² Ф.Х.

1. Кафедра семейной медицины, ГОУ «ТГМУ имени Абуали ибни Сино»;

2. НИИПМ МЗ и СЗН РТ

Аннотация. В данной статье рассматриваются инфекционные заболевания при беременности. В последнее десятилетие увеличилось число неразвивающихся беременностей в Республике Таджикистан. При сроках беременности более 15-16 недель на первый

план выходят причины неразвивающейся беременности (НБ) инфекционной природы. У большинства женщин с ПНБ на фоне хронического эндометрита отмечено присутствие в эндометрии 2-3 и более видов облигатно-анаэробных микроорганизмов и



вирусов. Авторами было исследовано 35 беременных в анамнезе антенатальной гибели плода и 20 беременных с физиологическим течением беременности. Все наблюдаемые пациентки прошли общеклинические, гематологические, биохимические, гормональные лабораторные исследования.

Исследованиями выявлены, что все 35 женщин имеющих в анамнезе неразвиваю-

щийся беременность, имеют смешанную вирусную и вирусно – бактериальную инфекцию, в том числе ПВИ В19 в 5.7% случаев, которая приводит к эндокринопатиям и как следствие, к задержке внутриутробного развития и гибели плода.

Ключевые слова: Беременность, выкидыши, неразвивающийся беременность, вирусные и бактериальные инфекции.

INFECTIOUS DISEASES AS RISK FACTORS IN PREGNANCY

Yodgorova ¹M.J., Kabirzoda ¹T.D., Tishkova ²F.Kh.

1.Department of Family Medicine, 2.SEI «TSMU named after Abualiibni Sino»

Relevance. This article discusses infectious diseases during pregnancy. In the last decade, the number of non-developing pregnancies in the Republic of Tajikistan has increased. With gestation periods of more than 15-16 weeks, the causes of non-developing pregnancy (NB) of an infectious nature come to the fore. The majority of women with PNB on the background of chronic endometritis have the presence of 2-3 or more types of obligate-anaerobic microorganisms and viruses in the endometrium. The authors studied 35 pregnant women with a history of antenatal fetal death

and 20 pregnant women with a physiological course of pregnancy. All the observed patients underwent general clinical, hematological, biochemical, hormonal laboratory tests.

Studies have revealed that all 35 women with a history of undeveloped pregnancy have a mixed viral and viral – bacterial infection, including PVI B19 in 5.7% of cases, which leads to endocrinopathies and, as a consequence, to intrauterine development delay and fetal death.

Key words: Pregnancy, miscarriage, non-developing pregnancy, viral and bacterial infections.

Ёдгорова Майрамбӣ Чумахоновна - н.и.т., мудири кафедраи тибби оилавии МДТ “ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино”, E.mayram.7002@gmail.com, тел: 915-083-073

Кабирзода Тахминаи Давронҷон-докторанти PhD-ии МДТ “ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино”, E.tahminka9455@gmail.com, тел: 918-54-97-55

Тишкова Фаруда Хаматгалиевна –д.б.н., профессор Донишкадаи илмии тибби- профилактикаи ВТ ва ХИА ЧТ, ftishkova@gmail.com

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

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

Тишкова Фаруда Хаматгалиевна –д.б.н., профессор НИИПМ МЗ и СЗ РТ

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

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

Tishkova Farida Khamatgalievna- Doctor of Biological Sciences, Professor, Scientific Institute and Preventive Medicine Ministry of Health and Social Protection of the Population of the Republic of Tajikistan, E.ftishkova@gmail.com

ОНКОЛОГИЯ

ОРИЗАҲО ВА ТАЪСИРҲОИ ИЛОВАГИИ ТАБОБАТИ ШУОИИ ХИМИЯВӢ ДАР БЕМОРОНИ ДОРОИ САРАТОНИ МАҲАЛЛӢ – ПАҲНШУДАИ ГАРДАНАКИ БАЧАДОН

Каримова Ф.Н., Доутова Л.Р., Туйчибоев Ф.Х., Юлдошев Р.З.

Кафедраи онкология ва ташхиси шуоии МДТ «ДДТТ ба номи Абуалӣ ибни Сино»;
МД «Маркази ҷумҳуриявии илмии онкология» ВТ ва ҚТ.

Саратоии гарданаки бачадон (СГБ) омоси бадсифати пешравияш баланди системаи репродуктивии занон мебошад, ки дар байни бемориҳои онкологӣ ҷойи аввалро ишғол мекунад. Ин саратоии аз ҷиҳати дучоршавӣ ташхисшавандаи бемориҳои онкологӣ ва сабаби сеюми фавт дар байни занони гирифтори бемориҳои онкологӣ дар кишварҳои рушдкунанда ба ҳисоб меравад [1,4,6,7,8,9]. Мувофиқи баҳодиҳии экспертии МАИР ҳамасола дар ҷаҳон ва тибқи маълумоти Globocan дар соли 2020-ум дар 604000 нафар бори нахуст саратоии саратоии гарданаки бачадон ва дар 341000 нафар фавт рост меояд ва дар ин маврид 90%-ин фавтҳо дар кишварҳои сатҳи даромадашон паст ва миёна ба қайд гирифта мешаванд. Афзоиши ҳолатҳои СГБ дар байни популятсияи занони ҷавонтар аз 30-сола ба қайд гирифта мешавад, ки аксар вақт аллакай дорои “шаклҳои кӯҳнашуда” доранд [3,5,6,7,9]. Тибқи пешравии GLOBOCAN дар соли 2005 гирифтورشавӣ ба бемории СГБ то 50% зиёд шуда, зиёда аз 1000000 ҳолати нав дар як сол расид [2,5,7,8].

Ба самаранокии исботшудаи усулҳои муосири табобат, натиҷаҳо ғайри қаноатбахш боқӣ мемонад.

Ғайри қаноатбахш будани табобати МРШРМ ба он фикр водор месозад, ки ҷустуҷӯи комбинатсияи усулҳои эътирофшудаи табобат (химия ва табобати шуоӣ) ва дар табобати ҷарроҳӣ илова карда мешавад. Бо дар назардошти он, ки айни замон мутахассисон барои истифода кардани химиотерапияи неoadъювантивӣ (ҷадид) ва баъзан табобати шуоӣ ё ҷарроҳии радикалӣ ҳангоми СГБ маҳаллӣ-пахншуда, мо самаранокии ин равишҳоро дар беморон дар ҚТ муқоиса намудем. Ситостатика осебҳои шуоии

хучайраҳои омосро аз ҳисоби репаратсияи ДНК, синхронизатсияи ба фазаи дохил шудани хучайраҳои омосӣ ҳассосият нисбат ба таъсиррасонии шуоии сикли хучайраҳо дохил мешаванд. Таъсири зиддиомосиро доро буда, нисбат ба омоси аввалия ва метастазҳои регионалӣ, ситостатика низ метавонад ба метастазҳои дур таъсир расонад.

Ба самаранокии назарраси табобати химиявӣ шуоӣ дар беморони МРШРМ, норасоии муҳимми ин намуди табобат дорои захрнокии баланд аст, ки дар натиҷаи истифода намудани ҳамзамонии ду намуди табобат: химиотерапия ва табобати шуоӣ.

Мақсади таҳқиқот. Баҳо додан ба хусусиятҳо ва басомади оризаҳои табобати муштараки шуоӣ дар беморони дорои СГБ маҳаллӣ-пахншуда.

Мавод ва усулҳои таҳқиқот. Асоси клиникии таҳқиқотро натиҷаҳои муоинаи 48 бемори дорои СГБ маҳаллӣ-пахншуда T2b-a-3Vno-1MO-1 ки табобати анъанавии муштараки табобати шуоӣ гирифтаанд. Дар ин гурӯҳи беморон табобати шуоии муштаракро оид ба схемаи дастгоҳи “TERAGAM”: телегамматерапияи фосилавӣ оид ба методикаи Fletcher дар ду майдони муқобили васеъгаш 14-16 см, баландияш 16-18 см дозаи ҳамасола 2 гр-ро ташкил дод. Ҷазб шудани доза дар марҳалаи аввал то 30гр дозаи умумӣ расонида шуд. Танаффус дар байни табобат 3 ҳафтара ташкил дод. Ҳамзамон бо ин дар беморон химиотерапия дар раҷими ягона давоми 3 ҳафта гузаронида шуд.

Химиотерапия дар монорежим бо ҳамон доза як маротиба дар ҳафта то охири табобат; Шуодармонӣ дар ҳаҷми ТГТ-и фосилавӣ бо дозаи умумии то 40-56гр ва шуодармонии дохилиҷавфӣ бо дозаи якқаратаи лонавӣ бо 5-7 гр, дар маҷмӯъ бо дозаи то 40 гр.



Натиҷаҳо ва баррасии онҳо. Бо мақсади баҳодиҳии объективии самаранокии терапевтии табобат оризаҳои барвақт ва дерӣ шуӣ таҳлил карда шуданд, ки мувофиқи таснифи гурӯҳи радиологии радиотерапевтӣ бо Гурӯҳи Аврупоии Онколгияи Радиотерапевтӣ тибқи таҳқиқот ва табобати саратон (EORTC/RTOE) баҳогузори карда шуд.

Заҳрнокии гематологиро баҳоргузори намуда, дар назардоштан лозим аст, ки ҳангоми муқаррар кардани ташхиси МРШРМ, камхунии дараҷаҳои гуногун дар 24(50,0%) бемор вучуд дошт. Ин бо давомнокии изофати хунолуд аз роҳҳои ҷинсӣ дар анамнез дар давраи то беморхонагӣ вобаста аст. Мувофиқи маълумоти бисёр муаллифон, занҳои бисёрзоянда дар байни беморони гирифтори камхунӣ бештарро—43,4%-ро ташкил медиҳанд. Бештарин беморҳои экстрагениталие, ки дар байни занҳои бисёрзоянда камхунии аз камбуди оҳан пайдошуда мебошад [2].

Ҳомилаҳое, ки зиёд дучор мешаванд, валолат ва лактатсия захираҳои оҳан ва дигар гемопоетинҳоро дар организми занро

коҳиш медиҳад, ва ба пайдошавии камхунии аз камбуди оҳан дараҷаи вазнин оварда мерасонанд. Дар таҳқиқоти мо ҳангоми омӯхтани паритети занҳо бартарӣ доштани занҳои бисёрзоянда муайян карда шуд (68,9%).

Яке аз сабабҳои асосии камхунӣ, ки ба табобати шуофкани иртибот дорад, ин гузаронидани табобати зиддиомосӣ бо истифода аз шуодармонӣ ва химиотерпия мебошад. Зиёда аз 60%-и беморони дорои номияҳои бадсифат аз камхунӣ озор мебинанд, ки натиҷаи гузаронидани химиотерапия ба ҳисоб меравад, дар ин маврид дар табобати режимҳои платиндор дорои омилҳои нохуби пешгӯикунандаи инкишофи он мебошад.

Дар беморони дорои МРШРМ, ки табобати шуоиву химиявӣ гирифтаанд, возеҳтар заҳрнокии гематологӣ буданд: камхунии дараҷаи II дар 45,8%-и беморон муайян карда шуд, дараҷаи III, дар 27,1%, дараҷаи IV - 21,7%-и беморон. Лейкопатия дар 97,9% ҳолатҳо, тромбоситопатия дар 20,8%-и муоина муайян карда шуд (ҷадвали 1). Оризаҳои тибқи шкалаи (EORTC/RTOG) баргузори карда шуд.

Ҷадвали 1.- гурӯҳбандӣ намудани аксуламалҳои шуӣ вобаста аз хусусиятҳо ва вазнинии он (шкалаи RTOG) (n=48), мутлақ (p±m).

Аксуламалҳои шуӣ	Дараҷаи вазнинии оризаҳо					Ҷамагӣ
	I	II	III	IV	V	
Анемия		22 (45,8±7,2)	13 (27,08±6,4)	13 (27,1±6,4)	-	48
Лейкопения	8 (16,7±5,3)	26 (54,2±7,1)	9 (18,8±5,6)	3 (6,3±3,4)	1 (2,1±2,1)	47
Тромбоситопения	6 (12,5±4,7)	3 (6,3±3,4)	-	1 (2,1±2,1)	-	10
Аз тарафи масона	14 (29,2±6,5)	6 (12,5±4,7)	2 (4,2±2,8)		-	22
Аз тарафи маҳбал	2 (4,2±2,8)	30 (62,5±6,9)	2 (4,2±2,8)	2 (4,2±2,8)	-	36
Аз тарафи пӯст	9 (18,8±5,6)	26 (54,2±7,1)	2 (4,2±2,8)	-	-	37
Аз тарафи қисмҳои болоии роҳи ҳозима					-	
Аз тарафи қисмҳои поёнии роҳи ҳозима	5 (10,4±4,4)	18(37,5±6,9%)	1 (2,1±2,1)		-	11

Ҷамаи ин ҷараёни бемориро вазнин месозад ва боиси вайроншавии режими табобат мегардад, беморон сари вақт табобати марҳилавиरो қабул накардаанд. Барои пешгирӣ намудани оризаҳои мазкур дар давоми 10 рӯз то сар кардани табобат ва пас аз

марҳилаи табобати 24 бемор мо доруи Тимферро бо дозаи 1,0мл д/м як маротиба дар як рӯз дар давоми 10 рӯз таъйин кардем.

Дар байни оризаҳои шадид оризаҳои дараҷаҳои I-III бартарӣ доштанд. Ҷамин

тавр системаҳои пас аз шуой дар беморон дар 20 (41,7±7,1%) ҳолат дида шуд. Дар ин маврид аломатҳои асосии оризаҳо, ихтилолҳои дизуриқӣ буданд, дар таҳлили пешоб-микрөгематурия дар 2 (4,2±2,1) ҳолат-зухуроти возеҳи дизуриқӣ бо гематурия (дараҷи III). Атрофияи миёнаи телеангиэнтазия дар заминаи гиперемияи возеҳ, зухкии маҳбал мувофиқи дараҷаи II-и оризаҳо дар 30 (62,5±6,9%)-ибеморон дида шуд. Аксуламали пасазшуой дараҷаи III дар 2 (4,2±2,8%) ҳолат, оризаҳои шуой дар 3 (4,2±2,8%) бемор дида шуд. Эпителияҳои пӯсти чатан ва минтақаи зиҳор асосан дараҷаи сабук дар 35(72,9±6,4%) занҳо дида шуд. Эктероколитҳои дараҷаҳои гуногуни вазнини беморӣ дар 24(5,0±7,2%) беморон мавҷуд буд.

Ҳамзамон истифода кардани химиотерапия ва шуодармонӣ таъсири возеҳи бевосита ва таъхиркардаи токсикиро ба вучуд оварда аст. Оризаҳои дер пас аз гузаронидани табобати шуой дар муҳлати аз 3 то 36 моҳ пайдо шуданд. Медианаи муҳлати пайдо шудани осебҳои дерӣ шуой 6,5 моҳ (4,0-11,2 моҳ)-ро ташкил дод. Зухуроти аз ҳама дерӣ осебҳои шуой баъди 4,5 соли баъди анҷом ёфтани табобати аввалия ташхис карда шуд.

Дар байни оризаҳои дер эпителиитҳои пас аз шуоии маҳбал – дар 28 (71,8%)-и беморон баргарӣ доштанд, онҳо асосан бо хушкии тағйиротҳои атрофикии эпители маҳбал (ҷадвали 2) зоҳир шудаанд. Тағйиротҳои фиброзҳои пӯсти мавқеи зиҳор ва чатан дар 12 (30,8%)-и беморон вучуд доштанд.

Ҷадвали 2. Гурӯҳбандии осебҳои дерӣ шуой вобаста аз хусусиятҳо ва вазнинии онҳо (шкалаи RTOG) (n=48), мутлақ (p±m).

Аксуламалҳои шуой	Дараҷаи вазнинӣ					Ҳамагӣ
	I	II	III	IV	V	
Аз тарафи масона	6(15,4±5,7)		3(7,7±4,3)	-	-	9(23,1±6,7)
Аз тарафи маҳбал	21(53,9±7,9)	7(18,0±6,2)	5(12,8)		-	32(82,1±6,1)
Аз тарафи пӯст		6(15,4±5,7)	6(15,4±5,7)	-	-	12(30,8±6,7)
Хуҷайрабодти зерпӯстӣ		6(15,4±5,7)	2(5,1±3,5)	3(7,7±4,3)		4(10,3±4,8)
Аз тарафи қисмҳои болоии роҳи ҳозима					-	
Аз тарафи қисмҳои поёнии роҳи ҳозима		3(7,7±4,3)	2(5,1±3,5)		2(5,1±3,5)	7(18,0±6,1)

Энтероколитҳо дар байни аксуламалҳои дерӣ шуой дар 7(18,0%)-и беморони ин гурӯҳ нигоҳ дошта шудааст, аз онҳо дар як (2,1%) дараҷаи вазнин, бо хунравӣ аз рострӯда, баъди ин ногузаронандагӣ пайдо шуд. Дар бемор амалиёти ҷарроҳӣ (anus preternaturalis) гузошта шуд) гузаронида шуд. Пайдо шудани носури ректовагинали-

ро мо дар 2(5,1%) ҳолат ба мушоҳида расид.

Хулоса, табобати химиявӣ-шуой ба самаранокии олий нигоҳ накарда дар шакли табобат камбудии зиёд дорад, заҳрнокиаш баланд аст, ки дар натиҷаи ҳамзамон истифода кардани ду намуди табобат: химиотерапия ва табобати шуой.

Адабиёт

1. Смирнова, О.А. Непосредственные результаты неоадьювантной дозоинтенсивной химиотерапии доксорубицином и цисплатином в комбинированном лечении местнораспространенного рака шейки матки / О.А. Смирнова, Н.Э. Бондарев, Н.А. Микая, Е.А. Ульрих, А.Ф. Урманчеева, И.В. Берлев // ДОКТОР.РУ. – 2018. – № 2. – С. 69-74.
2. Умарова, С.Г. Злокачественные новообразования органов репродуктивной системы у многорожавших женщин Таджикистана: автореф. дис... д-ра мед. наук / 14.01.12 / Умарова Саида Гайратовна. - Душанбе, 2014. - 46 с.
3. Arab, M. Comparison of crude and age-specific incidence rates of breast, ovary, endometrium and cervix cancers in Iran, 2005 / M. Arab, G. Noghabaei, S.N. Kazemi // Asian Pac. J. Cancer Prev. – 2014. – Vol. 15, № 6. – P. 2461-2464.



4. Cancer incidence and mortality patterns in Europe: Estimates for 40 countries in 2012 / J. Ferlay [et al.] // Eur. J. Cancer. – 2013. – Vol. 49, № 6. – P. 1374-1403. –56
5. GLOBOCAN 2020; Cancer incidence, mortality and prevalence worldwide. / J. Ferlay [et al.]. // IARC. - Cancer Base № 5. - Version 2.0 -IARC Press, Lion, 2020.
6. Global surveillance of cancer survival 1995-2009: analysis of individual data for 25,676,887 patients from 279 population-based registries in 67 countries (CONCORD-2) / C. Allemani [et al.] // Lancet. – 2015. – Vol. 385. – P. 977-1010—80
7. Nunes de Arruda F, da Costa S, Bonadio R, Dornellas A, Pereira D, de Bock GH, Del Pilar Estevez Diz M. Quality of life of locally advanced cervical cancer patients after neoadjuvant chemotherapy followed by chemoradiation versus chemoradiation alone (CIRCE trial): a randomized phase II trial. IntJGynecolCancer. 2020 Jun;30(6):749-756.
8. Torre, L.A. Global Cancer in Women: Burden and Trends / L.A. Torre // Cancer Epidemiol. Biomarkers Prev. – 2017. – Vol. 26, № 4. – P. 444-457. –139
9. Zola P., Tripodi E., Zanfagnin V., Vaima Poma C., Perotto S., Modaffari P., Martra F., Fuso L. Лечение раннего рака шейки матки: выживаемость, осложнения и экономические аспекты // Сибирский онкологический журнал. 2012. № 3. С. 14–21.

ОСЛОЖНЕНИЯ И ПОБОЧНЫЕ ЭФФЕКТЫ ХИМИОЛУЧЕВОЙ ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ МЕСТНО-РАСПРОСТРАНЕННЫМ РАКОМ ШЕЙКИ МАТКИ.

Ф.Н. Каримова, Доутова Л.Р., Ф.Х. Туйчибоев, Р.З. Юлдошев

Таджикский государственный медицинский университет им. Абуали ибни Сино
ГУ «Республиканский онкологический научный центр» МЗ и СЗ РТ

В приведенной статье проанализированы основные осложнения химиолучевого лечения местно-распространенного рака шейки матки. Показано, что наиболее выраженной была гематологическая токсичность: анемия II степени выявлена у 45,8% больных, III степени - у 27,1%, IV степени - у 27,1% пациенток. Лейкопения была выявлена в 97,9% случаев, тромбоцитопения – в 20,8% наблюдений. Из лучевых осложнений преобладали осложнения I-II степени, соответствующие легким. Так, постлучевые циститы легкой степени присутствовали у больных в 20(41,7±7,1%) случаях. При этом основны-

ми проявлениями осложнений были дизурические расстройства, в анализах мочи – микрогематурия, в 2 (4,2±2,1) случаях – выраженные дизурические явления с гематурией (III степень Постлучевая реакция III степени выявлена в 2 (4,2±2,8%) случаях, лучевые осложнения с изъязвлениями были у 2 (4,2±2,8%) пациенток. Эпителииты кожи промежности и лобковой зоны в основном имели легкую степень - у 35(72,9±6,4%) женщин. Энтероколиты различной степени тяжести были у 24(50,0±7,2%) больных.

Ключевые слова: рак шейки матки, химиолучевая терапия

COMPLICATIONS AND SIDE EFFECTS OF CHEMORADIOTHERAPY THERAPY IN PATIENTS WITH LOCALLY ADVANCED CERVICAL CANCER.

Karimova F. N., Doutova L. R., Tuichiboev F. Kh., Yuldoshev R. Z.

Department of Radiation Diagnostics Oncology, Abuali ibni Sino Tajik State Medical University, State Institution “Republican Cancer Research Center” of the Ministry of Health and Social Protection of the Republic of Tatarstan

This article analyzes the main complications of chemoradiotherapy for locally advanced cervical cancer. It was shown that the most pronounced hematological toxicity was detected: grade II anemia was detected in 45.8% of patients,

grade III - in 27.1%, and grade IV - in 27.1% of patients. Leukopenia was detected in 97.9% of cases, thrombocytopenia – in 20.8% of cases. Among the radiation complications, grade I-II complications corresponding to the lungs



prevailed. Thus, mild post-radiation cystitis was present in 20 (41.7±7.1%) cases. At the same time, the main manifestations of complications were dysuric disorders, in urine tests-microhematuria, in 2 (4.2±2.1) cases – severe dysuric phenomena with hematuria (Grade III Post-radiation reaction of grade III was detected in 2 (4.2±2.8%)

cases, radiation complications with ulceration were in 2 (4.2±2.8%) patients. Perineal and pubic skin epithelitis was mostly mild in 35 (72.9±6.4%) women. Enterocolitis of varying severity was found in 24 (50.0±7.2%) patients.

Keywords: cervical cancer, chemoradiotherapy

Каримова Ф.Н.- д.и.т., дотсенти кафедраи онкология ташхиси шуоӣ ва муолиҷаи шуоии МДТ Донишгоҳи давлатии тибии Тоҷикистон ба номи Абуалӣ ибни Сино, E-mail: firuza.k@mail.ru. тел.918-66-52-61

Туйчибоев Ф. Х.- доктор PhD, кафедраи онкология ташхиси шуоӣ ва муолиҷаи шуоии МДТ Донишгоҳи давлатии тибии Тоҷикистон ба номи Абуалӣ ибни Сино, Тел. 918 63 53 52.

Доутова Л.Р. - кафедраи онкология ташхиси шуоӣ ва муолиҷаи шуоии МДТ Донишгоҳи давлатии тибии Тоҷикистон ба номи Абуалӣ ибни Сино, Тел. 888870084.

Юлдошев Р.З.- д.и.т., мудири кафедраи онкология, ташхиси шуоӣ ва муолиҷаи шуоии МДТ Донишгоҳи давлатии тибии Тоҷикистон ба номи Абуалӣ ибни Сино, Тел: 918679399.

Каримова Ф.Н., -д.м.н, доцент кафедраи онкологии, лучевой диагностики и терапии ГОУ «ТГМУ им. Абуалӣ ибни Сино»; E-mail: firuza.k@mail.ru. тел.918-66-52-61

Туйчибоев Ф. Х.- доктор PhD кафедраи онкологии, лучевой диагностики и терапии ГОУ «ТГМУ им. Абуалӣ ибни Сино»; Тел. 918 63 53 52.

Доутова Л.Р., - аспирант кафедраи онкологии, лучевой диагностики и терапии ГОУ «ТГМУ им. Абуалӣ ибни Сино»; Тел. 888870084.

Юлдошев Р.З.- д.м.н. зав.кафедраи онкологии, лучевой диагностики и лучевой терапии ГОУ “Таджикский государственный медицинский университет имени Абуали ибн Сино”; Тел: 918679399.

Karimova F. N., -Doctor of Medical Sciences, Associate Professor of the Department oncology, radiation diagnostics and therapy State Educational Institution “ TSMU im. Абуалӣ ибни Сино»; E-mail: firuza.k@mail.ru. тел.918-66-52-61.

Tuychiboev F. Kh.- doctor PhD departments Oncology, radiation diagnostics and therapy State Educational Institution “Abyal ibni Sino TSMU”; Phone: 918 63 53 52.

Doutova L. R., - graduate student oncology, radiation diagnostics and therapy State Educational Institution “ TSMU im. Абуалӣ ибни Сино»; Тел. 888870084

Yuldoshev R.Z.- Doctor of Medical Sciences Professor of the Department of Oncology, RadiationDiagnostics and Radiation Therapy of the State Educational Institution “Tajik State Medical University named after Abu Ali Ibni Sino: Tel: 918679399.



ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГИЯ

ИХТИЛОЛИ ШУНОВОЙ ЗИМНИ АНОМАЛИЯҲОИ ГҶШИ ДОХИЛӢ

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

Кафедраи оториноларингологияи МДТ «ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино».

Муҳиммият. Аномалияи гӯши дарунӣ яке аз равандҳои мураккаб буда, то ҳол пурра дарк нашудааст. Дар натиҷаи ин аномалияҳо, бештар пастшунавоӣ ба намуди сенсоневралӣ дида мешавад. Дар шароити муосир афзоиши доимии шумораи беморони гирифтори пастшунавоии сенсоневралӣ (ПСН) идома дорад. Ин тамоюл дар саросари ҷаҳон ва махсусан дар кишвари мо Тоҷикистон [2, 3] идома дорад, дар ҳоле ки ихтилолҳои шунавоӣ ба сифати зиндагии инсон таъсир карда, мутобиқшавии иҷтимоии ӯро халалдор мекунад. Дар сохтори бемориҳои узвҳои шунавоӣ, нуқсонҳои гӯши дарунӣ, ки аз омилҳои ирсӣ ба вучуд омадаанд, ҳиссаи назаррасро ташкил медиҳанд [1,4]. Пастшунавоӣ аксар вақт ҳангоми таъсири сирояти вирусӣ - пеш аз ҳама коронавирус ба вучуд меояд [5, 6].

Сарфи назар аз омӯзиши фаъолонаи проблемаи ихтилоли шунавоӣ, механизмҳои вайроншавии узви таҳлилкунандаи сома пурра омӯхта нашудааст, ки ин зарурати таҳқиқотҳои навро талаб мекунад. Солҳои охир, бино бар рушди томографияи компютерӣ (ТК) ва магнитӣ-резонансӣ (ТМР) таваҷҷӯҳ ба омӯзиши аномалияҳои гӯши дарунӣ дубора афзоиш ёфтааст. Нашриҳо дар ин самт хеле кам дида мешаванд, ва асосан онҳо ба сарчашмаҳои хориҷӣ тааллуқ доранд. Бешубҳа, бояд дар илми ватанӣ чунин таҳқиқотҳо гузаронида шаванд. Дар ин ҷода тадқиқоти аудиоологӣ бо омӯзиши сохторҳои узви шунавоӣ дар сатҳи ҳуҷайраҳои махсусро ишғол мекунад.

Масъалаи корношоямии афзалиятноки ҳуҷайраҳои мӯйякии шунавоии беруна ё нейронҳои спиралӣ дар дохили ҳалзун [7] ва вазнинии зухуроти некротикӣ бо апоптози ҳуҷайраҳо дар ҳолати осеб дидани гӯши дарунӣ баҳснок боқӣ мемонад. Эҳтимол аст, ки бартарияти ихтилоли муайян бо параметрҳои гуногун ва давомнокии таъсири ангезанда алоқаманд бошанд. Муайян кар-

дани патологияи гӯши дарунӣ, хусусан чи гуна тағйиротҳо дар узви шунавоӣ ба амал меоянд, ҷолиби диққати хос мебошанд. Ва аз сабаби дастнорас будани узвҳои спиралӣ, чунин таҳқиқотҳо хеле мушкилии бузург доранд. Бинобар ин, тадқиқоти фундаменталӣ оид ба як қатор тасвирҳои ТК ва ТМР –и сохторҳои ҳалзун аҳамияти махсус дорад.

Омӯзиши патогенези ихтилоли шунавоӣ зимни аномалияҳои гӯши дохилӣ вазифаи ниҳоят муҳиму мураккаб буда, дар шароити афзоиши прогрессивии он хеле актуалӣ аст. Таҷрибаи кам дар ин гуна таҳқиқотҳо, микдори нокифояи адабиёт оид ба ин масъала сабаби татбиқи ин кори илмӣшуд.

Мақсад. Муаррифии муосири таснифоти аномалияҳои гӯши дохилӣ ва ихтилоли шунавоӣ дар чунин беморон.

Мавод ва усулҳои тадқиқот. Дар ЛОР-клиникаи Муассисаи давлатии ММТ «Шифобахш»-и Ҷумҳурии Тоҷикистон ба беморони гирифтори ҳар гуна аномалияҳои гӯши дохилӣ, баъди ТК ва ТМР, санҷиши мукамали аудиоологӣ гузаронида шуд.

Дар таснифоти худ аномалияҳои гӯши дарунӣ дар асоси бозёфтҳои барвақти КТ, R.K. Jackler пешниҳод кард, ки намудҳои гуногуни аномалияҳо дар натиҷаи таъхир ё нуқсон дар рушди гӯши дохилӣ дар марҳилаи муайян ба вучуд меоянд. Ҳамин тариқ, навъҳои нокомии ошкоршуда бо вақти вайроншавӣ мувофиқат мекунанд.

Ҳамин тариқ, бандҳои 1 - 5 категорияҳои А ва В аномалияҳои чудоғонаи рушд мебошанд. Аномалияҳои омехтае, ки ба ҳарду категория дохил мешаванд, бояд ҳамчун категорияи А дар ҳузури оброҳаи васеъшудаи вестибулярӣ тасниф карда шаванд. Ба гуфтаи Р.К. Ҷеклер, С.Кёслинг [4] изҳорот дод, ки аномалияҳои чудоғона на танҳо деформатсияи як воҳиди сохтори гӯши дохилӣ мебошанд, балки метавонанд ҳам бо аномалияҳои каналҳои вестибулӣ ва нимдавравӣ

Чадвали 1.- Таснифи аномалияҳои гӯши дохилӣ мувофиқи R.K. Jackler

	Аплазия ё малформатсияи ҳалзун
Категория А	1.Аплазияи тияи гӯш (аномалияи Michel) 2.Аплазияи ҳалзун, муътадил ё деформатсияшудаи вестибул ва системаи канали нимдоира 3. Гипоплазияи кохлеа, вестибули муътадил ё деформатсияшуда ва системаи каналҳои нимдоира 4. Кохлеаи нопурра, вестибули муқаррарӣ ё деформатсияшуда ва системаи канали нимдонавӣ (аномалияи Мондини) 5. Холии умумӣ: кохлеа ва вестибул бо фазои ягонаи бе меъморӣ дохилӣ, системаи муқаррарӣ ё деформатсияшудаи каналҳои нимдонавӣ ифода карда мешаванд.
	Ҳалзуни муқарарӣ
Категория В	1.Дисплазияи канали нимдонавии вестибул ва паҳлуи, каналҳои муқаррарии пеш ва паси нимдоира 2. Оби васеъшудаи вестибул, вестибули муқаррарӣ ё васеъшуда, системаи муқаррарии канали нимдонавии

ва ҳам бо дисплазияи вестибулярӣ ва оброҳаи васеъшудаи гӯши дохилӣ ҳамроҳ шаванд.

Таснифи Н.Марангос [2] инкишофи нопурра ё абerratсияи гӯши дохилиро дарбар мегирад (Чадвали 2, банди 5).

Чадвали 2.- Таснифи аномалияҳои гӯши дохилӣ мувофиқи N. Marangos

Категория	Зергурӯҳ
Аинкишофи нопурраи чанин	1. Аплазияи пурраи гӯши дарунӣ (аномалияи Мишел) 2. Холии умумӣ (отоциста) 3.Аплазия/гипоплазияи кохлеа (лабиринти муқаррарии "постерӣ") 4. Аплазия/гипоплазияи «лабиринти паси» (кохлеаи муқаррарӣ) 5. Гипоплазияи тамоми лабиринт 6. Дисплазияи Мондини ДАР ғайриоддӣ инкишофи чанин
Винкишофи абerrантии чанин	1. Оби васеъшудаи вестибул 2. Гӯшти шунӣ дохилии танг (диаметри дохили устухон аз 2 мм камтар) 3. Шоаи кундаланг дароз (crista transversa) 4. Гӯшти шунавоии дохилӣ, ки ба 3 қисм тақсим мешавад 5. Чудокунии нопурраи кохлеометалӣ (гушти шунавоии дохилӣ ва кохлеа)
Саномалиҳои ирсии ҷудогона	Пастшунавоии X-алоқаманд
D	Аномалиҳо зимни синдромҳои ирсӣ

Ҳамин тариқ, чор категория (А-Д) аномалияҳои инкишофи гӯши дохилӣ тавсиф карда шудаанд. Агар масофаи байни устухонҳо дар қисми мобайн аз 2 мм зиёд бошад, обраҳаи вестибулиро васеъ мешуморанд, муаллифони дигар ин рақамро то 1,5

мм медиханд.

L. Sennaroglu [3] панҷ гурӯҳи асосиро фарқ мекунад: аномалияҳо дар инкишофи ҳалзун, вестибул, каналҳои нимдавра, гузаргоҳи сомаи дохилӣ ва обраҳаи кохлеа (Чадвали 3).

Чадвали 3.- Гурӯҳҳои асосӣ ва конфигуратсияҳои аномалияҳои кохлеовестибулярӣ мувофиқи L. Sennaroglu

Гурӯҳҳои асосӣ	Шаклҳо
Аномалияҳои ҳалзун	Аномалияи Michel / аплазияи ҳалзун / ковокии умумӣ / тақсимоти нопурра тип I / гипоплазияи ҳалзун / тақсимоти нопурра тип II / ҳалзуни муқаррарӣ
Аномалияҳои вестибулярӣ	Даҳлез: набудан / гипоплазия / васеъшавӣ (аз ҷумла аномалияи Michel ва холигии умумӣ)
Аномалияҳои каналҳои нимдоира	набудан / гипоплазия / васеъшавӣ
Аномалияҳои гузаргоҳи дохилии сома	набудан / тангшавӣ / васеъшавӣ
Аномалияҳои обраҳаи даҳлез ва ҳалзун	Васеъшуда/муқаррарӣ



Норасоихои кохлеарӣ аз ҷониби муаллиф аз рӯи дараҷаи вазнинӣ, вобаста ба вақти вайрон шудани ҷараёни муқаррарии инкишофи ҷанин ба шаш категория тақсим

карда шудааст. Ин таснифоти аномалияҳои инкишофи кохлеарӣ ҷудокунии нопурраи намудҳои I ва II-ро дар бар мегирад (ҷадв.4).

Ҷадвали 4.- Таснифоти аномалияи кохлеа аз рӯи вақти вайрон шудани инкишофи дохилибачадон аз рӯи L. Sennaroglu

Норасоихои кохлеарӣ	Тавсиф
Аномалияи Мишел (ҳафтаи 3)	Набудани пурраи сохторҳои кохлеовестибулярӣ, аксар вақт апластикӣ канали дохилии шунавоӣ, аксар вақт акведукти муқаррарии вестибулярӣ
Аплазияи кохлеарӣ (охири ҳафтаи 3-юм)	Ҳалзун мавҷуд нест, вестибули муқаррарӣ, васеъшуда ё гипопластикӣ ва системаи канали нимдонавӣ, васеъшавии канали шунавоии дохилӣ, аксар вақт акведукти муқаррарии вестибулярӣ
Ковокии умумӣ (ҳафтаи 4-ум)	Кохлеа ва вестибул - фазои ягонаи бе меъморӣ дохилӣ, системаи муқаррарӣ ё деформатсияи каналҳои нимдоира ё набудани он; канали шунавоии дохилӣ назар ба танг бештар васеъ мешавад; аксар вақт - таъминоти муқаррарии обраҳаи даҳлез
Навъи II ҷудошавии нопурра (ҳафтаи 5)	Ҳалзун як ҳолигии ягона буда, меъморӣ дохилӣ надорад; вестибули васеъ; аксар вақт - гӯшти шунавоии дохилӣ; мавҷуд набудани, васеъшуда ё муқаррарии каналҳои нимдоира; обраҳаи даҳлез муътадил.
Гипоплазияи кохлеарӣ (ҳафтаи 6)	Ҷудошавии равшани сохторҳои кохлеарӣ ва вестибулярӣ, кохлеа дар шакли весикулаи хурд; набудани ё гипоплазияи системаи канали vestibule ва нимдона; танг ё муқаррарии канали шунавоии дохилӣ; обраҳаи даҳлез муқарарӣ
Тақсимоти нопурра, навъи II (аномалияи Мондини) (ҳафтаи 7-ум)	Кохлеа бо 1,5 волютаҳо, волютаҳои миёна ва апиқалӣ васеъшавии киставӣ; андозаи кохлеа ба муқаррарӣ наздик аст; вестибули каме васеъшуда; системаи муътадили канали нимдоира, акведукти васеъшудаи вестибул

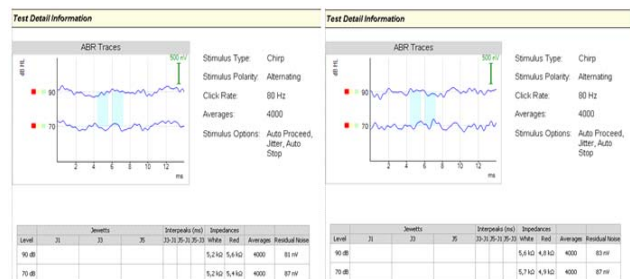
Бо назардошти ақидаҳои муосири дар боло зикршуда дар бораи намудҳои ихтилоли кохлеовестибулярӣ, мо таснифоти Р.К. Ҷеклер ва Л. Сеннароғлу, ҳамчун мувофиқи бозёфтҳое, ки дар амалияи худ пайдо шудаанд. Бо назардошти шумораи ками беморони ҷарроҳӣ, як ҳолати муваффақонаи имплантатсияи кохлеарӣ барои рушди ғайримуқаррарии гӯши дарунӣ оварда шудааст.

Натиҷаи тадқиқот. Моҳи сентябри соли 2016 волидайнӣ бемор С., соли таваллудаш 2011 бо шикаҷаҳои аз безътиноии кӯдак ба садоҳо ва суханронӣ ба ЛОР-клиника муроҷиат кардаанд. Ҳангоми муоина ташхис муайян карда шуд: Пастшунавоии дараҷаи IV дучонибаи модарзодӣ. Ихтилоли дуюмдараҷаи вайроншавии нутқи гуфтугӯӣ. Муайян шуд, ки ин беморӣ дар натиҷаи таъсири оқибатҳои сирояти цитомегаловируси дохили бачадон, осеби дохили бачадонии системаи марказии асаб будааст. Зарари боқимонда-органикӣ системаи марказии асаб.

Тибқи хулосаи раваншиносон, қобилиятҳои маърифатии кӯдак дар доираи меъёри

синусоли қарор доранд, интеллект нигоҳдошта мешавад.

Кӯдак бо асбобҳои шунавоӣ аз санҷиши пурраи аудиологӣ гузаштааст. Тибқи ташхиси аудиологӣ, потенциалҳои кӯтоҳмуддати шунавоии майнаи сар зимни таъсири максималии садо, баробар ба 90 дБ ба қайд гирифта нашуд, эмиссияи отоакустикӣ (ОАЕ) аз ҳарду гӯш ба қайд гирифта нашудааст (расми 1.).



A

B

Расми 1. Нишондиҳандаҳои КСВП (А-гӯши рост, В- гӯши чап) бемор С.

Тавассути томографияи устухонҳои муваққатӣ мавҷудияти аномалияи дучониба дар инкишофи кохлеа дар шакли тақсимо-

ти нопурраи навъи I муайян карда шуд (Чадвали 4). Дар баробари ин, ин изхорот ҳам барои гӯши чап ва ҳам рост аст, сарфи назар аз гуногун, дар назари аввал, расм (расми 2).



Расми 2. Нишондиҳандаҳои ТК –и бемор С.

Эзоҳ: Ҳамин тавр, дар тарафи рост (1) кохлеа бо як холигии хурде тасвир шудааст, ки андозаи максималии он на бештар аз 5 мм аст, каналҳои вестибулӣ ва нимдоира вучуд надоранд. Дар тарафи чап (2) кохлеа бо як холигии бе меъморӣ дохилӣ тасвир шудааст, мавҷудияти вестибули васеъшуда қайд карда мешавад (расми 2); системаи васеъшудаи каналҳои нимдоира (расми 3, тирча).



Расми. 3. Васеъшавии даҳлез аз чап



Расми 4. Системаи васеъ ва деформатсияшудаи маҷроҳҳои нимдоира аз чап

Пас аз муоина дар гӯши чап бемор имплантатсияи кохлеарӣ бо усули классикӣ тавассути антромастоидотомия ва тимпанотомияи пасӣ, бо ворид кардани электрод тавассути кохлеостомия гузаронида шуд. Барои амалиёт электроди махсуси кутоҳкардашуда (Medel, Австрия) истифода шуд, ки дарозии кори электроди фаъол тақрибан 12 мм мебошад, ки махсус барои истифода дар ҳолатҳои аномалияи ҳалзун пешбинӣ шудааст.

Сарфи назар аз солим будани устухонҳои гӯши дохилӣ ва риштаи мушаки стапедиус, дар чараёни чарроҳӣ рефлексҳои акустикӣ аз мушаки стапедиус сабт нашудаанд. Бо вучуди ин, ҳангоми иҷрои телеметрияи ҷавобии асаб, бо ангижиши 7 аз 12 электрод ҷавобҳои равшан ба даст оварда шуданд.

Ҳангоми муоинаи назоратии аудиологӣ 3 моҳи пас аз чарроҳӣ, бемор реаксияхоро дар майдони озоди садо ба садо бо шиддатнокии 15-20 дБ дар фосилаи басомади аз 250 то 4000 Гц нишон дод. Гуфтори бемор бо калимаҳои як ва духичой («модар», «деҳ», «нӯшидан», «китти» ва ғ.), ибораи содда, ки бештар аз ду калимаи як ё ду ҳичо дорад, ифода мешавад. Бо назардошти он, ки синну соли бемор дар вақти муоинаи такрорӣ камтар аз 3 сол буд, натиҷаҳои барқарорсозии шунавоӣ дар ин ҳолат бояд аъло ҳисоб карда шаванд.



Хулоса. Таснифи аномалияҳо дар рушди гӯши дарунӣ натанҳо дар бораи гуногунии чунин этилолият ва вақти пайдоиши нуқсон дар раванди рушди дохилии бачадон тасаввурот медиҳад, балки инчунин барои муайян кардани нишондодҳо барои имплантатсияи кохлеарӣ муфид аст, дар раванди

интихоби тактикаи табобат. Мушоҳидаҳои дар қор овардашуда имкон медиҳанд, ки имкониятҳои имплантатсияи кохлеарӣ ҳамчун воситаи барқарорсозии шунавоӣ дар ҳолатҳои душворбаҳо дода шаванд, фаҳмиши нишондодҳо ва муқобилиятҳои имплантатсияро васеъ мекунад.

АДАБИЁТ

1. Загорянская М.Е., Румянцева М.Г. Значение эпидемиологических методов исследования в профилактике нарушений слуха у детей. Российская оториноларингология. 2003; 3 (6): 79–83.
2. Информационный бюллетень ВОЗ «Глухота и потеря слуха». Март 2019 года. <https://www.who.int/ru/news-room/fact-sheets/detail/deafness-and-hearing-loss>
3. Петрова Н.Н. Сенсоневральная тугоухость: распространенность и основные этиопатогенетические факторы. Медицинский академический журнал. 2010; 10 (3): 122–9.
4. Jackler R.K. The large vestibular aqueduct syndrome//R.K. Jackler, A. De La Cruz/Laryngoscope. – 2009. – Vol. 99, № 10. – P. 1238 – 1243.
5. Marangos N. Dysplasien des Innenohres und inneren Gehörganges//N. Marangos/HNO. – 2007. – Vol. 50, №9. - P. 866 – 881.
6. Sennaroplu L, Demir Bajin M. Classification and Current Management of Inner Ear Malformations. Balkan Med J. 2017 Aug 25. doi: 10.4274/balkanmedj.
7. Stellenwert der MRT bei Verdacht auf Innenohrmissbildung//S. Kцsling, S. Jьttemann, B. Amaya et al. / Fortschr Rцntgenstr. – 2013. – Vol. 175, № 11. – S. 1639 – 1646.

СЛУХОВЫЕ НАРУШЕНИЯ ПРИ АНОМАЛИЯХ ВНУТРЕННЕГО УХА

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

Кафедра оториноларингологии ГОУ «ТГМУ имени Абуали ибни Сино»

Резюме. Аномалия внутреннего уха относится к числу сложных процессов и до сих пор до конца не изучена. В результате этих аномалий чаще встречается нейросенсорная тугоухость. В современных условиях количество больных с нейросенсорной тугоухостью продолжает увеличиваться. Эта тенденция сохраняется во всем мире и особенно в нашей стране в Таджикистане, при этом нарушения слуха влияют на качество жизни человека и нарушают его социальную адаптацию.

Несмотря на активное изучение проблемы нарушений слуха, механизмы расстройства органа слуха до конца не изучены, что требует новых исследований. В последние годы в связи с развитием компьютерной томографии (КТ) и магнитно-резонансной томографии (МРТ) вновь возрос интерес к изучению аномалий внутреннего уха. Публикации в этой области редки, и в основном они принадлежат

зарубежным источникам. Несомненно, такие исследования должны проводиться в отечественной науке. Здесь особое место занимают аудиологические исследования с изучением структур органа слуха на клеточном уровне.

Цель. Современное представление классификации аномалий внутреннего уха и нарушений слуха при данной патологии.

Материалы и методы исследования. В ЛОР-клинике Государственного учреждения НМЦ «Шифобахш» Республики Таджикистан проведено комплексное аудиологическое обследование пациентов с различными аномалиями внутреннего уха, после КТ и МРТ исследований.

В своей классификации аномалий внутреннего уха, основанной на ранних данных КТ, Р.К. Джеклер предположил, что различные виды аномалий обусловлены задержкой или дефектом развития внутреннего уха на определенной стадии. Таким образом, типы



обнаруженных отказов соответствуют времени отказа.

Результаты исследования. После обследования больному выполнена кохлеарная имплантация в левом ухе по классической методике через антростаомидотомию и заднюю тимпанотомию, с введением электрода через кохлеостому. Для операции использовали специальный укороченный электрод (Medel, Австрия), рабочая длина активного электрода около 12 мм, специально разработанный для применения при кохлеарных аномалиях.

Несмотря на интактные кости внутреннего уха и сухожилия стременной мышцы, акустические рефлексы со стременной мышцы во время операции не регистрировались. Однако при выполнении телеметрии нейронных ответов были получены четкие ответы при стимуляции 7 из 12 электродов.

При аудиологическом контрольном обследовании через 3 месяца после операции у больного выявлены ответные реакции в свободном звуковом поле на звуки интенсивностью 15-20 дБ в диапазоне частот от 250 до

4000 Гц. Речь больного выражается одно- и двусложными словами («мама», «дай», «напоить», «кис» и др.), простой фразой, содержащей более двух слов из одного или двух слогов. Учитывая, что возраст больного на момент повторного осмотра был менее 3 лет, результаты слуховой реабилитации в данном случае следует признать отличными.

Выводы. Классификация аномалий развития внутреннего уха не только дает представление о разновидности таких аномалий и времени появления дефекта в процессе внутриутробного развития, но и полезна для определения показаний к кохлеарной имплантации, в процессе выбора тактики лечения. Наблюдения, представленные в работе, позволяют оценить возможности кохлеарной имплантации как средства слуховой реабилитации в сложных случаях, расширяют представление о показаниях и противопоказаниях к имплантации.

Ключевые слова. Сенсоневральная тугоухость, аномалия уха, внутреннее ухо, аудиометрия, эмиссия.

HEARING DISORDERS IN INNER EAR ANOMALIES

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

Department of Otorhinolaryngology, SEI "ATSMU"

Summary. The anomaly of the inner ear is one of the complex processes and is still not fully understood. As a result of these anomalies, sensorineural hearing loss is more common. In modern conditions, the number of patients with neurosensory hearing loss continues to increase. This trend continues all over the world and especially in our country in Tajikistan, while hearing impairment affects the quality of life of a person and disrupts his social adaptation.

Despite the active study of the problem of hearing impairment, the mechanisms of hearing impairment are not fully understood, which requires new research. In recent years, in connection with the development of computed tomography (CT) and magnetic resonance imaging (MRI), interest in the study of anomalies of the inner ear has increased again. Publications in this area are rare, and mostly they belong to foreign sources. Undoubtedly, such studies should be carried out in domestic science.

Here, a special place is occupied by audiological research with the study of the structures of the organ of hearing at the cellular level.

Aim. Modern presentation of the classification of anomalies of the inner ear and hearing impairment in this pathology.

Materials and research methods. In the ENT clinic of the State Institution NMC "Shifobakhsh" of the Republic of Tajikistan, a comprehensive audiological examination of patients with various anomalies of the inner ear was carried out after CT and MRI studies.

In his classification of inner ear anomalies based on early CT data, R.K. Jackler suggested that various types of anomalies are due to a delay or defect in the development of the inner ear at a certain stage. Thus, the types of detected failures correspond to the failure time.

Research results. After the examination, the patient underwent cochlear implantation in the



left ear according to the classical method through antromastoidotomy and posterior tympanotomy, with the introduction of an electrode through the cochleostomy. For the operation, a special shortened electrode (Medel, Austria) was used, the working length of the active electrode was about 12 mm, specially designed for use in cochlear anomalies.

Despite the intact bones of the inner ear and tendon of the stapedius muscle, acoustic reflexes from the stapedius muscle were not recorded during the operation. However, when performing telemetry of neural responses, clear responses were obtained when 7 out of 12 electrodes were stimulated.

During the audiological control examination 3 months after the operation, the patient showed responses in the free sound field to sounds with an intensity of 15-20 dB in the frequency range from 250 to 4000 Hz. The patient's speech is expressed in one- and two-syllable words

("mother", "give", "to drink", "kis", etc.), a simple phrase containing more than two words of one or two syllables. Considering that the age of the patient at the time of the re-examination was less than 3 years, the results of auditory rehabilitation in this case should be recognized as excellent.

Conclusions. The classification of anomalies in the development of the inner ear not only gives an idea of the type of such anomalies and the time of occurrence of the defect in the process of intrauterine development, but is also useful for determining indications for cochlear implantation, in the process of choosing treatment tactics. The observations presented in the paper make it possible to evaluate the possibilities of cochlear implantation as a means of auditory rehabilitation in difficult cases, and expand the understanding of indications and contraindications for implantation.

Keywords. Sensorineural hearing loss, ear anomaly, inner ear, audiometry, emission.

Ахророва Зарина Асроровна - н.и.т., дотсент, мудири кафедраи оториноларингологияи ДДТТ ба номи Абуалӣ 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 Абуалӣ 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 Абуалӣ ибни Сино; E-mail: ismoilova47@inbox.ru, tel: +992-92-700-70-70

Исупова Шахноза Файзулохоновна – ассистенти кафедраи оториноларингологияи ДДТТ ба номи Абуалӣ ибни Сино; E-mail: shaha.13.12.85@mail.ru, tel: +992-00-003-85-85

Ахророва Зарина Асроровна - к.м.н., доцент, 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., доцент кафедры оториноларингологии ТГМУ имени Абуали ибни Сино; E-mail: ismoilova47@inbox.ru, tel: +992-92-700-70-70

Исупова Шахноза 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 Musharrafa 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 Шахноза 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.

СТОМАТОЛОГИЯ

МУНОСИБ КАРДАНИ ЁРИИ СТОМАТОЛОГӢ ВА ЧОРАБИНИҲОИ РЕАБИЛИТАТСИОНӢ ДАР КӢДАКONI ДОРОИ РОӢИ МОДАРЗОДИИ ЛАБ ВА КОМ

Олимов А.М., Абдурахимов А.Ҳ., Чонибекова Р.Н.

Кафедраи ҷарроҳии ҷоғу рӯйи МДТ «ДДТТ ба номи Абуалӣ ибни Сино».

Муҳиммият. Роғи модарзодии лаби боло ва ком (РМЛК) аз ҳама паҳнғаштатарин нуқсони ташакули қисмати ҷоғу рӯй ба ҳисоб меравад. Шиддатнокии бархурдори ин нуқсон дар доираи аз 1:600 то 1:1100 на-взодони қобилияти зистдоштаро дар бар мегирад [Короленкова М.В., 2016; Марданов А.Э., 2016; Надточий Г.А., 2017; Millard D.R. ва диг., 2012].

Аз ибтидо нуқсони номбурда чун мавҷудияти роғи лаб, шоҳаи алвеоларӣ ва ком дар якҷоягӣ бо дигаргунии аввалияи ҷоғи боло аз сабаби гипоплазияи порчаҳои ин қисмат ва ҷойгиршавии нисбатан нодурусти онҳо тавсиф меёбад. Баъдан, дар натиҷаи вайронгардии тамоми функцияҳои қисмати ҷоғу рӯй ва мавҷудияти захмҳо, ки пас аз ҷарроҳии реконструктивии ҳатмӣ пайдо мегарданд, дигаргунии дубораи системаи ҷоғу дандонҳо ва тамоми қисматҳои ҷоғу рӯй назаррас мегардад. Дар натиҷа фенотипи ба худ хоси рӯй мушоҳида карда мешавад [Блохина С.И. ва диг., 2014; Старикова Н.В. ва диг., 2012; L.C. Ford ва диг., 2014].

Реабилитатсияи беморон бо роғи лабу ком ифода мекунад, раванде ки аз таваллуд то ҳаёти калонсоли ба амал меояд, ва гуруҳи мутахассисони гуногунро дар бар мегирад. [Митропанова М.Н., 2018; Богородицкая А. В. ва диг., 2015; Greenhalgh K.I. ва диг., 2013; Peat J.H., 2012].

Бо назардошти дар боло зикршуда бояд қайд кард, ки масъалаи роғи модарзоди лаб ва ком то ҳол мубрам аст. Новобаста аз натиҷаҳои баланд, ки аз тарафи ҷарроҳ-стоматологон барои бартарафкунии нуқсонҳо ба даст оварда шудааст, вале то замони ҳозира саволҳои ёрии стоматологияи муолиҷавӣ пурра ҳал нашудааст. Омӯхтани саволҳои дар боло қайд шуда, ба мо иҷозат медиҳад, таъсири нақшаи табобатӣ-ҳифзқунандаро ислоҳ намоем, ки он ба натиҷаи самарабахши реабилитатсияи

кӯдакони дорои роғи модарзоди лабу ком оварда мерасонад.

Таҳлили сарчашмаҳои адабиёти нишон медиҳад, ки равиши махсус дар муолиҷаи роғи модарзоди лабу ком зарур аст: нақшаи муолиҷаи инфиродӣ марҳилави ортодонти, интиҳоби оқилонаи усул ва маводҳо вобаста аз синну соли беморон, намуди роғ, усули хейло-, уранопластика ва ифодаи шакл дигаркуниҳои ҷойдошта [Иванова М.Д., 2015; Delaire J. Etal., 2015; Liao Y.F. ва диг., 2016].

Новобаста аз миқдори зиёди корҳои илмӣ, ки бо роғи модарзоди лабу ком бахшида шудааст [Соболева, И. В., 2016; Богородицкая А.В., 2015; Delaire J., 2015; Markus A.F. ва диг., 2016], ин масъала до замони ҳозира мубрам боқи мемонад. Ҳамин тавр то ҳол аномалияи системаи ҷоғу дандонҳо асосан ҳангоми роғи модарзоди лабу ком таҳлил нашудааст. Баҳои клиникӣ андозаи потенциали минерализатсионӣ луобӣ даҳон дар кӯдакон бо нуқсонҳои модарзоди минтақаҳои ҷоғу рӯй вобаста аз шиддатнокии кариесӣ дандонҳо гузошта нашудааст. Ахборот аз ҳолати фаъоли гомеостатикӣ луобӣ даҳон дар миёни кӯдакони муоина шуда, вучуд надорад.

Мақсади таҳқиқот. Баланд бардоштани сифати муолиҷаи стоматологӣ ва самарабахшии реабилитатсияи тиббӣ кӯдакон бо нуқсонҳои модарзодӣ минтақаҳои ҷоғу рӯй.

Мавод ва усулҳои таҳқиқот. Дар ин таҳқиқот кӯдакони бо роғи модарзоди лабу ком, ки аз соли 2010 то соли 2022 дар шуъбаи ҷарроҳии ҷоғу рӯйи кӯдакон ва наврасони МД ММТ ҶТ «Шифобахш» дар муолиҷа буданд дохил карда шудаанд. Дар маҷмуъ маълумоти 927 кӯдаки то синни 16 сола таҳқиқот карда шудаанд. Ҳангоми ин патология дар байни писарон 503 (54,3%) ҳолат ва дар духтарон бо роғи модарзоди лаб ва ком 424 (45,7%) бемор ташкил медиҳад (ҷадвали 1).



Цадвали 1. Тақсимоти синну сол ва чинси кӯдакони муоинашудаи бо роғи модарзоди лаб ва ком.

Синну сол, сол	Писарон		Духтарон		Ҳамагӣ	
	мик. мут	%	мик. мут	%	мик. мут	%
1-5	50	5,4	36	3,9	86	9,3
6	47	5,1	41	4,4	88	9,5
7	49	5,3	40	4,3	89	9,6
8	46	5,0	37	4,0	83	8,9
9	47	5,1	35	3,8	82	8,8
10	49	5,3	43	4,6	92	9,9
11	47	5,1	41	4,4	88	9,5
12	44	4,7	41	4,4	85	9,2
13	48	5,2	39	4,2	87	9,4
14	39	4,2	38	4,1	77	8,3
15	37	3,9	33	3,6	70	7,6
Ҳамагӣ	503	54,3	424	45,7	927	100

Барои баҳогузори алоқа байни таркиби минерали луоб ва нишондодҳои шиддати кариеси дандон усули экспресс бо таъсири биохимиявӣ ба эмали дандон истифода шудааст, омӯхтани сохти функционалӣ устувори эмали дандон бо афзоиши шиддати кариеси дандон муайян шудаанд. Нишондодҳои дар боло қайдшуда бо қайди шиддати кариеси дандон омӯхта шудаанд, бо натиҷаи гуруҳҳои муқоисашуда тақсим шудаанд ба: компенсатсияшуда субкомпенсатсияшуда, декомпенсатсияшуда.

Дар кӯдакони бо роғи модарзоди лаб ва ком Ҳангоми муайян намудани зичи дар минтақаҳои бурандаи камони дандон рамз истифода бурда мешавад: 0-набудани зичи, 1-мавҷуд будани зичи. Бо ҳам расиши дандонҳои моляри якуми чоғи боло ва чоғи поён дар ҳолати окклюзия аз ҳар ду тараф дар кӯдакони бо роғи модарзодӣ лаб ва ком бо истифодаи рамз баҳогузори шудааст: 0-мувофиқи меъёр, 1- инхироф дар 0,5 теппача мезиалӣ ё ин ки дисталӣ Ҳангоми муқоиса бо меъёр, 2- инхироф дар тамоми воҳиди теппачаи мезиалӣ ё ин ки дисталӣ Ҳангоми муқоиса бо меъёр.

Бо мақсади омӯзиши алоқа байни роғи модарзоди лабу ком ва аломатҳои клиникӣ вайроншави эмбриогенез аз тарафи мо таҳқиқ шуд 76 кӯдак дар синни аз 6 то 16 сола бо шаклҳои гуногуни патология номбурда ва 42 кӯдак синну соли монанд бидуни иллатҳои шабех. Таҳқиқи фенотипӣ аломатҳои берунаи морфодисплазияро мутобиқат бо картаи маҳсули ташҳиси барои

истифодаи клиникӣ гузаронида шудааст [8,4].

Барои омӯхтани нишондодҳои шиддати ноки ва сатҳи шиддати кариес, инчунин баҳои ҳолати бофтаҳои пародонталӣ дар кӯдакон бо роғи модарзоди лабу ком дар муҳлатҳои гуногун 150 бемор дар синни аз 6 то 15 сола бо ин патология ва 100 кӯдаки солимӣ синну соли монанд таҳқиқот шудаанд.

Сатҳи аввали беҳдошти ковоки даҳон бо роҳи индекси беҳдошти ОНІ-S муайян карда шудааст. Баҳои ҳолати пародонтологиро дар кӯдакон бо роҳи муайян намудани индекси гингивит гузаронида мешавад, ки дараҷаи илтиҳоби милк бо қайди тайгирёби ранг ва сохти он, индекси пародонталӣ Расселя, инчунин Ҳангоми зондзани бо индекси пародонтали Мюлеман- Коуэлла хунрави муайян карда мешавад.

Бо мақсади омӯзиши самараноки барномаи мукаммали пешгири бемориҳои стоматологӣ барои кӯдакони дорои нуқсонҳои модарзоди лаб ва ком 60 нафар кӯдакон ва навраҳои гурӯҳи асоси ва 16 нафар кӯдакони гурӯҳи назорати дар гурӯҳи синну соли 6-16 сола дар омӯзиши клиникӣ дар давоми сол гузаронида шуда ширкат варзидаанд. Дар сатҳи нишонаҳои клиникӣ байни писарон ва духтарон фарқияти оморӣ ($p > 0,05$) муҳим вучуд нашофт. Дар ҳама ҳолат волидони кӯдакони дар таҳқиқоти мо иштирок дошта, розигии шифоии худро додаанд.

Бо мақсади рушди пешгири самарабахши стоматологӣ дар тули 12 моҳ усули асо-

си аввалини патогенетикӣ кариеси дандон дар беморони бо роғи модарзоди лабу ком истифода бурда шудааст. Яке аз чунин усулҳо ин истифодаи пайвастаҳои фтор, маводҳои батартиб андозии масуният ва антиоксидантҳо аз рӯи нақшаи пешниҳодшудаи истифода мешавад. Бо ин мақсад ба кӯдакон курси муолиҷаю-пешгирикунанда аз ҷумла апликатсия ба муддати 3 дақиқа «Глуфторэдом» (дукарата, бо масофа дар 5 рӯз), маводи «Имудон» 6 ҳаб дар 1 рӯз таъин шудааст, ки дар ковоки даҳон ҳал мешавад, бо фосилаи дар 2 соат ба муддати 10 рӯз ва маводи «Мексидол» бо 0,125-0,250 г ҳаррӯз, курс 10-14 рӯз. Курси номбаршударо ҳар 6 моҳ такрор менамоем.

Ҳамаи кӯдакони дар назорати мо буда гурӯҳи асоси (n=60) ба 5 гурӯҳ бо қайди усулҳои аввали пешгирии кариес истифодашуда ҷудо шудаанд. Дар гурӯҳи аввал 12 бемор бо роғи модарзоди лабу ком, ки ба сифати маводҳои пешгирикунанда маводҳои фтордор (Глуфторэд) истифода бурда шудаанд. Дар гурӯҳи дуюм 12 бемор дохил мешавад, ки ба сифати маводҳои пешгирикунанда ва батартиб андозии масуният (Имудон) истифода бурда шудаанд. Дар гурӯҳи сеюм 12 бемор дохил шудаанд, ки бо мақсади пешгирӣ маводи антиоксиданти «Мексидол» истифода бурда шуд. Дар гурӯҳи чорум 12 кӯдак бо мақсади пешгирӣ омехтаи маводҳои батартиб андозии масуният ва антиоксидантҳо истифода шудааст. Дар гурӯҳи панҷум 12 бемор бо роғи модарзоди лабу ком дар пешгирӣ онҳо ба дарун имудон ва мексидол ва маҳалли фторкунӣ бо ёрии апликатсия гузаронида шудааст. Дар гурӯҳи назорати 16 бемор бо роғи модарзодии лабу ком маводҳои пешгирикунанда истифода нашудааст.

Ҳангоми муайян намудани хунрави милк чадвали махсус истифода бурда мешуд: 0-хунрави милк ҳангоми муоинаи бемор мушоҳида нашудааст; 1-хол пайдошави хунрави аз милк баъди 30 сония баъди муоина; 2-хол ҳангоми тадқиқоти зондҳалони ҷуяки милк хунрави аз милк то муҳлати 30 сония; 3-хол пайдошави хунрави ҳангоми хӯрокхӯри ё ҳангоми тозакуни дандонҳо.

Шарҳи натиҷаҳои гирифташуда чунин мебошад: холи миёна аз 0,1 то 1,0 ба дараҷаи сабуки раванди илтиҳоби мувофиқат менамояд; холи миёна аз 1,1 то 2,0 ба дараҷаи миёна вазнини раванди илтиҳоби мувофиқат мекунад; холи миёна аз 2,1 то 3,0 ба дараҷаи вазнини раванди илтиҳоби мувофиқат мекунад.

Натиҷаҳои таҳқиқот ва барасии онҳо. Маълумоти ба даст оварда ҳангоми муоинаи беморон бо роғи модарзоди лабу ком шаҳодат медиҳад, ки дар гуруҳи якум кӯдакони синну соли (аз 1 то 5 сол) бо маълумоти патологияҳо 86 инсон (9,3%) дар гуруҳи дуюм онҳо 88-то инсон (9,5%), дар гуруҳи сеюм онҳо 99 (9,6%)-инсон ва дар гуруҳи чорум онҳо 83 (8,9%)-ро ташкил медиҳанд. Натиҷаҳои дар гуруҳҳои иловагӣ синну соли бо мазмун 82 (8,8%), 92 (9,9%), 88 (9,5%), 85 (9,2%), 87 (9,4%), 77 (8,3%), 70 (7,6%) мувофиқат мекунад.

Байни 927 кӯдакони бо роғи модарзоди лабу ком шакли ҷудо кардашудаи муттаҳидшави лабҳои боло дар 244 (26,3%) ҳолат; шакли омехтаи муттаҳидшудаи лаби боло, шоҳаи алвеоларӣ, коми мулоим ва саҳт дар 311 ҳолат (33,5%); шакли ҷудошудаи роғи модарзоди ком дар 372 (40,1%) ҳолат мушоҳида шудааст.

Байни 244 бемор бо шакли ҷудокардашудаи роғи лаби боло нопурра васлшави 153 кӯдак (бе ё ин ки бо тайғиреби деформасия ва соҳти устухони тағояки бинӣ) ва инчунин 87 (37,5%) кӯдак бо роғи пурра ва 4 (1,6%) кӯдак бо роғи ниҳои бартари доштанд.

Аз 244 кӯдак бо шакли ҷудокардашудаи роғи лаби боло дар 175 ҳолат (71,7%) шакли яктарафаи роғ буд, ҳангоми ин аз тарафи чап 118 (67,4%) ҳолат нисбат ба тарафи рост 57 (32,6%) ҳолат бартари доштанд.

Байни 372 кӯдакони муоинашудаи бо роғи модарзоди ком афзалияти беморони бо роғи коми мулоим ва саҳт 284 ҳолат (76,3%) танҳо роғи коми мулоим дар 54 (14,5%) бемор қайд шудаанд, шакли пурраи роғи коми мулоиму саҳт ва шоҳаи алвеоларӣ дар 25 ҳолат (6,7%) ва дар 9 (2,5%) кӯдак бо роғи шоҳаи алвеоларӣ ва қисми пеши ком дарёфт карда шуд.



Байни 311 бемор бо шаклҳои омехтаи роғ, роғи омехтаи лаби боло, шоҳаи алвеоларӣ, коми сахту мулоим, роғи нопурра дар 218 кӯдак (70,1%) бартари доштанд, роғи пурра бошад дар 63 (20,3%) кӯдак ва иловаги роғи ниҳони дар 30 кӯдак (9,6%) мушоҳида кардем. Инчунин бояд ба қайд гирем, ки дар ин гуруҳ дар 210 (67,5%) ҳолат шакли яктарафаи роғ доштанд дар он вақт, ки роғи дутарафа дар 101 кӯдак (32,5%) мушоҳида шуданд. Миёни кӯдакони бо шакли яктарафаи роғ, роғ аз тарафи чап дар 133 (63,3%) кӯдак мушоҳида шуд, вақте ки миқдори роғ аз тарафи рост 77 (36,7%) ҳолатро ташкил медиҳад мушоҳида намудем.

Мувофиқи маълумоти мо миёни кӯдакони чинси мард шакли омехтаи роғи лаби боло, шоҳаи алвеоларӣ, коми сахт ва мулоим дар 207 (41,2%) ҳолат бартари доранд қайд шуданд. Миёни кӯдакони чинси зан ин шакли патология дар мавқеи дуюм ҷойгир буданд аз 112 (26,4%) ҳолатро ташкил медиҳад. Миёни кӯдакони чинси мард дар мавқеи дуюм аз рӯи басомади пайдоиш шакли ҷудошудаи роғи ком 153 (30,4%) ҳолатро ташкил медиҳад. Дар мавқеи сеюм новобаста аз чинс шакли ҷудошудаи роғи лаби боло, ки дар 142 (28,2%) беморони чинси мард ва дар 100 (23,6%) беморони чинси зан ошкор шуданд.

Хулоса, нишондоди зиёди афзоиши интенсивноки кариеси дандонро миёни беморони роғи модарзоди лабу ком ва сатҳи пасти фаъолноки минерализатсионии моеъи даҳонро нишон додааст. Ин нишондодҳо дар кӯдакони синни 6-7 сола баъди 48 моҳи муоинаи якумбора $0,92 \pm 0,08$ зиёд шудааст, дар гуруҳи кӯдакони 8-9 сола онҳо $0,97 \pm 0,08$, зиёд шудааст, дар гуруҳи кӯдакони 10-11 сола онҳо $0,60 \pm 0,06$, дар гуруҳи кӯдакони 12-13 сола ин нишондод дар миёна $0,90 \pm 0,08$, ва дар гуруҳи кӯдакони 14-15 сола ин нишондод дар ҳамин давра то $0,85 \pm 0,09$ зиёд шудааст.

Ҳангоми дохилкуни маҷмуи ҷорабиноҳои муолиҷаю-пешгирикунандаи хусусияти стоматологӣ дошта дар муҳлатҳои дури назорат, тенденсияи патсшавӣ ҳолати беҳдошти ковоки даҳон ва фаъолноки раванди илтиҳоб дар воҳидҳои соти бофтаи пародонти кӯдакони бо РМЛК ба қайд гирифта шудааст. Натиҷаҳои ба даст омада мутахассисонро иҷозат медиҳад, ки дар минтақаҳои (ноҳияи) стоматология тафриқакунанда усӯли асосӣ илми, асосҳои пешгири патологияҳои стоматологӣ дар беморони бо нуқсонҳои инкишофи минтақаҳои ҷоғу рӯйро интиҳоб намоем.

АДАБИЁТ

1. Александрова Л. И. Комплексная оценка результатов ранней предоперационной ортопедической терапии с учетом динамических стоматологических показателей качества жизни детей с врожденной расщелиной губы и нёба: автореф. дис. ... канд. мед. наук / Л.Е. Александрова. -Пермь, 2018. -23 с.
2. Ашуров Г.Г. Патология полости рта у больных с неблагоприятным соматическим фоном / Г.Г. Ашуров, А.А. Исмоилов, С.М. Каримов. -Душанбе. -2016. -319 с.
3. Митропанова М. Н. Комплексная реабилитация детей с врожденными расщелинами губы и неба на этапах стоматологического лечения / М. Н. Митропанова // Стоматология. -2018. -Т. 97, № 3. -С. 48-53.
4. Надточий Г. А. Ортопедическая составляющая в лечении и реабилитации подростков с расщелиной губы и неба: автореф. дис. ... канд. мед. наук / Г.А. Надточий. -Москва, 2017. -24 с.
5. Соболева И. В. Особенности развития верхней челюсти у пациентов с односторонней расщелиной губы и нёба в зависимости от вида раннего ортопедического и первичного хирургического лечения: автореф. дис. ... канд. мед. наук / И.В. Соболева. -Москва, 2016. -25 с.
6. Andersson E.M. Clefts of the secondary palate referred to the Oslo cleft team: Epidemiology and cleft severity in 944 individuals / E.M. Andersson, A. Frank // Cleft Palate-Craniofac J. - 2013. -Vol. 47, No 4. P. 335-342.



7. Delaire J. Avoidance of the use homering mucosa in primary surgical management of velopalatine clefts / J. Delaire, D. // *Presious Oral Surg.* -2015. -Vol. 60. –P. 589-597.
8. Ford L.C. Otolaryngological manifestations of velocardiofacial syndrome: a retrospective review of 35 patients / L.C. Ford, S.L. Sulprizio, B.M. Rasgon // *Laryngoscope.* – 2014. –Vol. 110, N 3 (Part I). –P. 362-367.
9. Peat J.H. Effects of presurgical oral orthopedics on bilateral complete clefts of the lip and palate / J.H. Peat // *Cleft Palate J.* -2012. –Vol. 19. –P. 100-103.

ОПТИМИЗАЦИЯ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ И РЕАБИЛИТАЦИОННЫХ МЕРОПРИЯТИЙ У ДЕТЕЙ С РАСЩЕЛИНОЙ ГУБЫ И НЁБА

Олимов А.М., Абдурахимов А.Х., Джонибекова Р.Н.

Кафедра челюстно-лицевой хирургии ГОУ «ТГМУ имени Абуали ибни Сино»

Анализ литературных источников показал, что необходим особый подход в лечении врожденной расщелины губы и нёба: индивидуальное планирование поэтапного ортодонтического лечения, выбор рациональных методов и средств в зависимости от возраста больного, вида расщелин, метода хейло-, уранопластики, выраженности имеющихся деформаций [Иванова М.Д., 2015; Delaire J. Etal., 2015; Liao Y.F. etal., 2016].

Несмотря на огромное количество работ, посвящённых изучению врожденных расщелин губы и нёба [Соболева, И. В., 2016; Богородицкая А.В., 2015; Delaire J., 2015; Markus A.F. etal., 2016], эта проблема до сегодняшнего дня остаётся актуальной. Так,

до сих пор не были проанализированы аномалии зубочелюстной системы именно при наличии врожденной расщелины губы и нёба. Не проводилась клиническая оценка исходной величины минерализационного потенциала ротовой жидкости у детей с врожденными пороками челюстно-лицевой области в зависимости от интенсивности кариеса зубов. Отсутствуют сведения о состоянии гомеостатической активной ротовой жидкости среди обследованного контингента детей.

Ключевые слова: врожденная расщелина губы и нёба, врожденные пороки, реабилитация, кариес зубов, аномалия зубов и челюстей.

OPTIMIZATION OF STOMATOLOGICAL HELP AND REHABILITATION ACTIVITIES IN CHILDREN WITH CONGENITAL CLEFT LIP AND PALATE

Olimov A.M., Abdurahimov A. H. Jonibekova R. N.

Department of Maxillofacial Surgery of the State Educational Institution “Abuali Ibni Sino Tajik State Medical University”

Analysis of sources showed, that it is required a special approach in treatment of children with a cleft lip and a palate: individual planning of a step by step orthodontic treatment, choosing rational methods and means, depending on the age of a patient, type of a cleft, methods of cheil-uranoplasty and the severity of deformations. [Ivanova M.D 2015 : Delaire J.ET. al..2015 Liao Y.F et al ..2016].

Despite of the huge number of the works, devoted to the study of a congenital cleft lip and a palate [Soboleva I.V 2016 : Bogoroditskaya A.V/ 2015: Delaire J. /2015: Markus A. F et.al.2016], this problem remains

relevant to these days. Until now it is still not analyzed the anomalies of the dent alveolar system with the presence of a congenital cleft lip and a palate. There is no clinical assessment of the initial value of the mineralization potential of the oral fluid in the children with congenital malformations of the maxillofacial region, depending on the intensity of dental caries. There is no information about the homeostatic active oral fluid among the surveyed contingent of the children.

Key words: congenital cleft lip and palate, congenital malformations, rehabilitation, dental caries, dental and jaw anomalies.



Олимов Акбаршо Махмадшоевич- н.и.т. омӯзгори калони кафедраи ҷарроҳии ҷоғу рӯйи МДТ «Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абуалӣ ибни Сино», Akbarsho_Olimov@mail.ru, тел.: (+992) 918-70-63-20

Абдурахимов Абдуллоҷон Ҳасанович- н.и.т. ассистенти кафедраи ҷарроҳии ҷоғу рӯйи МДТ «Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абуалӣ ибни Сино», тел.: (+992) 777-07-44-90

Ҷонибекова Розия Начмиддиновна-н.и.т., дотсент мудири кафедраи ҷарроҳии ҷоғу рӯйи МДТ «Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абуалӣ ибни Сино», тел.: (+992) 917-52-93-80

Олимов Акбаршо Махмадшоевич- к.м.н. старший преподаватель кафедры челюстно-лицевой хирургии Государственного образовательного учреждения «Таджикский государственный медицинский университет имени Абуали ибни Сино», Akbarsho_Olimov@mail.ru, тел.: (+992) 918-70-63-20

Абдурахимов Абдуллоҷон Ҳасанович- к.м.н. ассистенткафедры челюстно-лицевой хирургии Государственного образовательного учреждения «Таджикский государственный медицинский университет имени Абуали ибни Сино», тел.: (+992) 777-07-44-90

Джонибекова Розия Наджмиддиновна- к.м.н., доцент зав. кафедрой челюстно-лицевой хирургии Государственного образовательного учреждения «Таджикский государственный медицинский университет имени Абуали ибни Сино» тел.: (+992) 917-52-93-80

Olimov Akbarsho Mahmadshevich – the candidate of medical sciences , the head teacher of Department of Oral and Maxillofacial surgery in Tajik State Medical University named after Abuali ibni Sino. Akbarsho-Olimov@mail.ru /phone : (+992)918-70-63-20

Abdurahimov Abdullojon Hasanovich – the candidate of medical sciences , the assistant of Department of Oral and Maxillofacial surgery in Tajik State Medical University named after Abuali ibni Sino, phone: (+992) 77704490 t

Jonibekova Roziya Najmiddinovna –the candidate of medical sciences, the docent and head of Department of Oral and Maxillofacial surgery in Tajik State Medical University named after Abuali ibni Sino , phone:(+992)917529370

ЗАХИРАҶОИ КАДРИИ ХАДАМОТИ СТОМАТОЛОҶИ ДАР ВИЛОЯТИ ХАТЛОН Салимов Б. А.

МД «Пажӯҳишгоҳи илмию клиникии стоматология ва ҷарроҳии ҷоғу рӯй»

Муҳиммият. Хадамоти стоматологӣ дар барбари дигар соҳаҳои махсуси тиб ба яке аз бахшҳои нисбатан зарурии аҳоли дохил мешавад. Ёрии стоматологӣ ҳам дар муассисаҳои (бучетӣ) давлатии сектори нигоҳдории тандурустӣ, ки аз якҷанд қисми таркибӣ, ба монанди стоматологияи терапевтӣ, ортопедӣ, ортодонтӣ иборат аст ваҳам стоматологияи ҷарроҳӣ расонида мешавад. Сохтори ёрии стоматологӣ якҷанд намуди ёрии стоматологиро дар бар мегирад, ба монанди поликлиникаҳои стоматологӣ барои калонсолон, алоҳида барои кӯдакон- поликлиникаҳои кӯдаконаи стоматологӣ, шӯъбаҳои (утоқҳои) стоматологӣ дар марказҳои саломатии шаҳриву ноҳиявӣ, дар айни замон

ёрии стоматологиро ҳамчунин муассисаҳои стоматологии худтаъминкунӣ бо шаклҳои хусусии идоракунӣ низ мерасонанд [1,3,5,8].

Моҳияти ташкил намудани расонидани ёрии аввалияи махсуси стоматологӣ дар сектори нигоҳдории тандурустӣ бо мақсади таъмини тиббии аҳолии калонсол ва кӯдакон аҳамияти авалиндараҷа дорад. Ин далел бо он вобаста аст, ки солҳои охир паҳншавии осебҳои мавзеи ҷоғу рӯй зиёд ба назар мерасад, ки дар оянда метавонандлонаи сирояти одонтогенӣ гарданд ва дар маҷмӯъ барои саломатӣ оқибатҳои ногувор дошта бошанд. Ёрии махсуси тиббиву санитарӣ барои кӯдакон аз тарафи табиб-стоматолог ҳам барои кӯдакон ва ҳам барои калон-



солон дар поликлиникаҳои соҳавии стоматологӣ ва ё хадамоти дахлдор бо назардошти контингенти кӯдакони амбулаторӣ, утокҳои муносиби барои кӯдакон, аз ҷумла хадамоти дахлдор-утокҳо дар мактабҳо анҷом медиҳад. Кумакҳои аввалияи тиббиву санитарӣ (КАТС) ки ба кӯдакон нигаронида шудаанд, ҷиҳати корҳои профилактикӣ, барои муайян кардани бемориҳо ва табобати онҳо комплекси чорабиниҳоро мегузаронанд, бояд ҳаллу фасл кардани масъалаҳои барқарор сохтани функцияҳои адрас-страфта таваҷҷуҳи зарурӣ зоҳир карда шавад, ҳамаи инҳо барои ташаккули саломатии оянда мусоидат мекунад [1,5,9].

Тибқи маълумоти муаллифони дигар, меъёрҳои басти корӣ барои кормандони стоматологӣ дар поликлиникаҳои махсус ҳанӯз ҳам дар асоси маълумотҳои замони Иттиҳоди Шуравӣ мураттаб шудаанд. Тибқи маълумотҳои меъёрии ҳамон замонсарбории табибони дигар соҳаҳо чунин буд: терапевт — 5 бемор дар як соат, сарфи вақт барои як бемор ба ҳисоби миёна 12 дақиқа аст. Барои поликлиникаҳои стоматологӣ, дар нуқтаҳои аҳолинишини доройи зиёда аз 25 ҳазор нафар, миқдори вазифаҳои табиб-стоматолог ва стоматолог-ҷарроҳ аз ҳисоби 4 вазифа барои 10 ҳазор аҳолии калонсоли деҳот муайян карда шудааст, барои аҳолии деҳот ин рақам ба 2, 5/ 10 ҳазор нафари калонсол рост меояд. Бастҳои корӣ барои стоматолог-ортопедҳо аз ҳисоби 1/ 10 ҳазор аҳолии калонсоли шаҳр ва 0, 7/10 ҳазор нафар барои аҳолии деҳот пешбинӣ шудааст, ба ин меъёрҳои вазифаҳои табиб-ортодонт низ дохил мешавад [6,8,10].

Мақсад. Омӯхтани таъминнокии захираҳои кадрӣ стоматологӣ барои аҳолии вилояти Хатлон новобаста аз шаклҳои хусусии муассисаҳои стоматологӣ.

Мавод ва усулҳои таҳқиқот. Таҳлили маълумотҳои расмӣ омури ҳисоботҳои «Ҳисобот оид ба кадрҳои тиббӣ» формаи 17 гузаронида шуд, ки бо фармоиши Агентии омури назди Президенти ҶТ таҳти № 054 аз «11» октябри соли 2013 тасдиқ шудааст. Маълумотҳои давраи солҳои 2017 – 2021, бахши муассисаҳои давлатии тиббӣ,

ки расонидани ёрии стоматологӣ барои кӯдаконро таъмин мекунанд, таҳлил карда шуданд. Истифода карда шуд- ба таври оморӣ муайян кардани нишондиҳандаҳои экстенсивӣ ва интенсивӣ, фарқиятҳои муҳими онҳо бо истифода аз меъёрҳои эътимодноки t (фарқият хангоми $t > 3$ муҳим ҳисобида шуд), таҳлили қатори динамикӣ.

Натиҷаҳо ва баррасии онҳо. Ба он далелнигоҳ накарда, ки стоматология дар байни дигар ихтисосҳои тиббӣ нисбатан бонуфузтар аст ва бо инсабаб на бояд, ки масъалаи камбудии кадрҳо дар он дида шавад ва агар бошад ҳам, бояд ночиз бошад, вале ин мушкилот мавҷуд аст, ки барои баланд шудани сатҳи дастрасӣ ба ёрии стоматологӣ монеа эҷод мекунад [7]. Мушкилоти номутаносиб будани таъминнокӣ бо табибон дар мантиқи мухталиф ҳоло ҳам масъалаи муҳим ҳисобида мешавад [5]. Проблемаи ҷиддӣ ин паст шудани сифати хизматрасонии стоматологӣ мебошад, ки сабабш ба дигар муассисаҳо гузаштани табибон аз муассисаҳои бучетӣ мебошад [4].

Мувофиқи натиҷаҳои бештари таҳқиқотҳои нишон дода шудааст, ки статуси стоматологии аҳоли дар баъзе минтақаҳои ҶР тамоюли бадшавӣ дида мешавад [2, 6, 10]. Муайян карда шудааст, ки кӯдакони то синну соли 19-сола аз кариес азоб мекашанд. Ҳамаи ин, дар самти зиёд намудани таъминнокии аҳолии ҶР бо табибони соҳаи стоматологӣ зарурати бознигарии ҷиддии системаи кадриро ба миён меоварад [9].

Оид ба коркарди стратегияи минбаъда оид ба зарурати зиёд намудани таъминнокии аҳолии ҶТ бо табибони соҳаи стоматологӣ таҳлил гузаронида шуд. Дар мақола натиҷаҳои ин таҳлил баррасӣ карда шудааст.

Таҳлили таъминнокии бастҳои корӣ бо табибоне, ки барои кӯдакон ёрии стоматологӣ мерасонанд, зарурати баҳо додан ба миқдори миёнаи солони аҳолии кӯдакон (0-17-сола) дар ҶТ (ҷадвали 1) талаб карда мешавад. Дар давоми 5 соли охир афзоиши миқдори аҳолии кӯдакон дар ҳама минтақаҳои ҶТ, афзоиши миқдори кӯдакон идар солҳои 2017-2021 $+7,4\%$ -ро ташкил

дод. Таҳлили маълумотҳои омории миқдори миёнаи солони кӯдаконро дар давраи 5 сол гузаронида (ҷавдали 1), муайян карда шуд, ки нишондиҳандаҳои Т/миқдори аҳолии кӯдакон дар ҷумҳурӣ (7,4%) -ро ташкил дод, миқдори мутлақи кӯдакон то 253502 кӯдак зиёд шуд. Дар шаҳри Душанбе (6,3%)

20342, дар вилояти Хатлон то (9,5%) 116650 кӯдак, дар НҶТ – (3,2%) 24 960 буд, дар ВМКБ миқдори кӯдакон ҳамагӣ (4,2%) 4000 кӯдакро ташкил дод. Афзоиши максималӣ дар ду минтақаи ҷумҳурӣ- вилояти Хатлон- ва Суғд (мутаносибан 9,5% ва 8,7%) –ро ташкил дод.

Ҷадвали 1.- Миқдори миёнаи солони аҳолии кӯдакон дар Ҷумҳурии Тоҷикистон синну соли аз 0 то 18-сола.

Минтақаҳо	2017	2018	2019	2020	2021	Т/афзоиш
Ҷумҳурии Тоҷикистон	3146378	3205320	3264440	3340800	3999880	+7,4%
ш. Душанбе	300298	305160	310320	315480	350640	+6,3%
НҶТ	745760	747680	749600	768800	790720	+3,2%
ВМКБ	82900	83960	84840	85720	89600	+4,2%
В. Хатлон	1101110	1130280	1159440	1188600	1317760	+9,5%
В. Суғд.	916310	938240	960240	982200	1094160	+8,7%

Мавҷуд будани маълумотҳо оид ба миқдори миёнаи аҳолии кӯдакон, имконият медиҳад, ки мониторинги нишондиҳандаҳои паҳншавӣ ва беморшавӣ, бемориҳои гуногун дар байни кӯдакони аҳоли гузаронида шавад. Зарурати ҳисоб кардани нишондиҳандаҳои паҳншавӣ ва беморшавии бемории бронху шушҳо ва пневмония, имкони-

ят медиҳад, имконият медиҳад, ки комплекси чорабиниҳои такмил додани чорабиниҳои профилактикӣ дар байни табақаи осебпазири аҳоли анҷом дода шавад.

Миқдори воқеии аҳолии кӯдаконро доништа, имконияти муайян кардани таъминнокии аҳолии стоматологҳо ва ортодонтҳои кӯдакон ба амал меояд.

Ҷадвали № 2.- Динамикаи потенциали кадрӣ табибон – стоматологҳои вилояти Хатлон.

Солҳо	Табиб-стоматологҳои ҳамаи квалитатсияҳои ҶТ	Таркиби миқдории табибон стоматологҳо дар вилояти Хатлон									
		Стоматологҳои калонсолон		Стоматологҳои кӯдакон		Стоматологҳои орто-донт		Дар дехот		Дар дигар идиораҳо	
		мутл.	%	мутл.	%	мутл.	%	мутл.	%	мутл.	%
2021	1943	338	17,5	14	4,1	12	3,5	29	8,5	283	83,7
2020	1921	305	15,6	16	5,2	26	8,5	29	9,5	234	76,7
2019	1915	292	15,7	20	6,8	20	6,8	61	20,8	191	65,4
2018	1847	303	16,4	12	3,9	23	7,5	58	19,1	210	69,3
2017	1855	293	15,3	20	6,8	20	6,8	61	20,8	192	65,5
всего	9481	1531	16,1	82	5,3	101	6,5	238	15,5	1110	72,5
Динамика дар 5 сол											
	+88	+45		-6		-8		-32		+91	
Нишондиҳандаи Т/расид											
Т/пр.	+4,5%	+13,3%		-30%		-40%		-52,6%		+32%	

Эзоҳ: фарқияти нишондиҳандаҳои миқдори табибон мувофиқи ҳамаи ихтисосҳо дар байни солҳои 2017-2021 аз ҷиҳати омории муҳимми эътимоднок ($p < 0,001$) муайян карда шуд.

Таҳлили муқоисавии таркиби миқдории табибон-стоматологҳои (ҷадвали 2) дар вилояти Хатлон ёрии тиббии дахлдорро гузаронида, бо табибон-стоматологҳо таъмин будан дар Ҷумҳурии Тоҷикистон умуман муқаррар

карда шуд, ки дар давоми 5 сол тамоюли муайяни афзоиши миқдори табибон стоматологҳои ҳамаи ихтисосҳо дар кишвар ба чашм мерасад. Миқдори умумии табибон-стоматологҳои ҳамаи ихтисосҳо дар Ҷумҳурии Тоҷи-

кистон дар давоми 5 сол 9481-ро ташкил дод, дар ҳамин лавра дар вилояти Хатлон ҳамагӣ 1531 (16,1%) буд, ки аз миқдори умумии маълумотҳои ҷумҳурӣ 6 маротиба кам буд. Дар соли 2017 2017 табибон-стоматологҳо, ки ба аҳолии калонсоли ин минтақа хизмат мерасониданд, 293 мутахассис, ё 15,3% аз миқдори умумии стоматологҳоро дар кишвар ташкил меод. Тамоюли динамика дар 5 соли таҳлилшуда +45 воҳидро ташкил дод, ки дар ин ҷо ба +13,3% баробар буд. Дар ин давра динамикаи нишондиҳандаи миқдори табибон-стоматологҳо то 2,0% буд.

Миқдори табибон –стоматологҳои кӯдакон дар вилояти Хатлон аз миқдори умумии табибон дар 5 сол ҳамагӣ 82 (5,3%) –ро ташкил дод. Тамоюли динамикаи таркиби миқдори стоматологҳои кӯдакон дар солҳои таҳлилшуда дар 5 соли таҳлилшуда мувозинати манфӣ дошт – 6, нишондиҳанда Т/расид -30% буд.

Агар дар соли 2017 миқдори табибон-стоматологҳо ортодонтҳо дар вилояти Хатлон сқой 20 мутахассисро ташкил дода бошад, дар 2021 низ майл ба камшавии мутахассисони ин соҳа дорад, динамика дар 5 сол – 8, нишондиҳанда Т/расид -40%/ ҳамин гуна тамоюл мувофиқи миқдори табибони дар деҳот фаъолияткунанда буд, динамика дар 5 сол -32, нишондиҳанда Т/расид -52,6%.

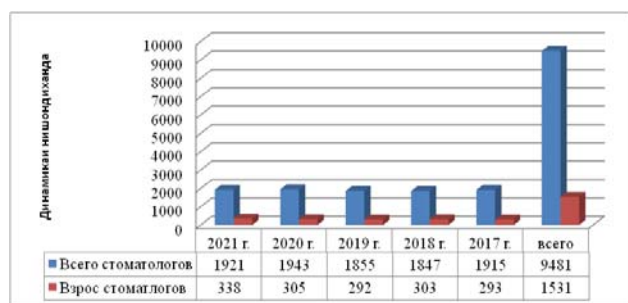
Дар системаи (бучетии) ёрии стоматологӣ дар вилояти Хатлон дар давоми 5 сол 1110 нафар ё 72,5% аз миқдори умумии табибон-стоматологҳои ҳамаи ихтисосҳо буданд. Дар соли 2017 дар ин система 192 табиб машғули кор буданд (65,5%), дар давоми 5 соли оянда миқдори табибон дар ин

сектори нигоҳдории тандурустӣ тақрибан то 1,5 маротиба зиёд шудааст. Динамикаи миқдори табибон дар давоми 5 сол то +91 нафар зиёд шудааст, нишондиҳанда Т/расид +32%

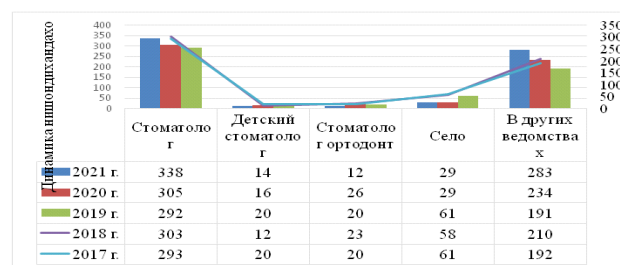
Тамоюли мушаххаси динамикаи нишондиҳандаҳои таркиби миқдори табибон стоматологҳои ҳамаи ихтисосҳо (расми 1), ки дар давоми 5 сол дар вилояти Хатлон кор мекарданд, ба мушоҳида мерасад.

Агар миқдори стоматологҳои дар деҳот коркунанда дар соли 2017 ҳамагӣ 61 (20,8%) –ро ташкил карда бошад, дар давоми 5 сол тамоюли манфии динамикаи миқдори табибон дида шуд, дар соли 2021 дар деҳот ҳамагӣ 29 (8,5%) аз миқдори умумии табибон стоматологҳои ин минтақа кор мекарданд. Динамика дар 5 сол – 32 воҳидро ташкил дод, нишондиҳанда Т/расид - 52,6%.

Аммо, миқдори табибоне, ки системаи давлатии бучетии нигоҳдории тандурустӣ кор намекунанд дар ин давра майли зиёдшавӣ доранд. Аз миқдори умумии 1531 нафари табибон, ки дар вилояти Хатлон ёрии стоматологӣ мерасонанд - 1110 (72,5%) дар хориҷ аз системаи давлатии бучетӣ ёрии стоматологӣ мерасонанд. Агар дигар муассисаҳо дар соли 2017 ҳамагӣ 192 мутахассис кор мекард, дар соли 2021 афзоиши миқдори табибон то 283 ва ё 91 (67,8%) ба қайд гирифта шуд.



Расми 1.- Тағсифи муқоисавии миқдори стоматологҳо дар вилояти Хатлон ва Ҷумҳурии Тоҷикистон.



Расми 2.- Таркиби миқдори ҳамаи табибон стоматологҳо.

Таботати бемориҳои асосии стоматологӣ дар кӯдакон вазифаи ақтуалӣ маҳсуб мешавад. Таҳқиқотҳои донишмандони ватанӣ нишон медиҳанд, ки сатҳи паҳншавии кариеси дандонҳои муваққатӣ (ширӣ) дар кӯдакони то 3-сола то 40%-мерасад. Ҳаҷми асосии ёрии стоматологӣ ба кӯдакон аз та-



рафи табибони дандонсоз ва стоматологҳои соҳаи умумӣ расонида мешавад. Танҳо 12% -и кӯдакон ба муоинаҳои нақшавии профилактикӣ фаро гирифташудаанд, дар байни ниёзмандон 76% -и кӯдакон безарар гардонида шуданд []

Миқдори умумии табибон-стоматологҳои кӯдакон дар давоми 5 сол 82 табибро ташкил дод, ки 5,3% -и миқдори умумии стоматологҳоро ташкил медиҳад. Таҳлил нишон дод, ки аз соли 2017 то 2019 миқдори стоматологҳои кӯдакон 20 нафар ва ё аз ин миқдор каме зиёдтар буд. Дар ҳама солҳои минбаъда миқдори стоматологҳои кӯдакон кам шудааст, дар соли 2021 дар муқоиса аз соли 2017 то 6 табиб кам шудааст, нишондиҳандаи Т/камшавӣ низ – 30%-ро ташкил дод.

Ортодонтия ба он қисми стоматология дохил мешавад, ки дар давоми солҳои охир босуръат рушд мекунад. Ҳар сол ба фаъолияти амалии ортодонтия усулҳои нав, муосиртар ва мукамалтари ислоҳ намудани аномалияҳои мавҷудбудаи системаи чоғу рӯй ворид мешаванд. Соҳаи фаъолияти стоматолог – ортодонт бо гузоштани брекетҳои филизӣ маҳдуд намешавад, ба солоҳияти вай ҳаллу фасл кардани бисёр рӯпроблемаҳои стоматологӣ дохил мешаванд.

Дар вилояти Хатлон дар давоми 5 сол миқдори умумии табибони стоматолог ортодонтҳо 101 мутахассис (6,5%) аз миқдори умумии табибон стоматологҳо буд. Тамоюли динамикаи миқдори ортодонтҳо дар давоми 5 сол -8 нафар буда, динамика Т/камшавӣ ба -40,0% баробар буд. Танҳо дар соли 2018 миқдори табибон- ортодонтҳо дар ин минтақа назар ба дигар минтақаҳои таҳлилшуда зиёд буд. Дар соли 2021 миқдори умумии табибон стоматологҳо ортодонтҳо дар вилояти Хатлон, ки дар ин ҷо миқдори аҳолии кӯдак тақрибан 1,5 млн. нафарро ташкил медод, ҳамагӣ 12 мутахассис буд.

Барои ҳамаи табибон, аз ҷумла ҳамаи квалификацияҳои табибон-стоматологҳо тақмили категория касбӣ ҷузъи муҳими рушди касбӣ маҳсуб мешавад. Стоматология дар марҳалаи муосир бояд ба комплекси маҳсули фарҳангӣ мувофиқат намояд, ки

ҷузъҳои таркибии он иқтисод ва менеҷмент, технологияи олий, усулҳои навтарини психологии ҳамкориҳои мутақобила мебошанд. Нақши стоматолог айни замон дигар ҳамчун мутахассиси таҳасуси маҳдуд доништа намешавад, вай бояд, ки дорои ҷиҳатгирии бештари иҷтимоӣ бошад [3, 7]. Аз мавқеи он, меъёрҳои рафторӣ, амалҳои воқеии он сифати хизматрасониҳои тиббии расонидашуда ва таъмин кардани фаъолияти системаи нигоҳдории тандурустӣ вобастагии зиёд дорад [2, 4], ки вобаста аз ин баҳогузорӣ ба омӯхтани статуси иҷтимоии табиб –стоматолог бояд асоси оптимизатсияи фаъолияти касбии вайро таъмин намояд.

Профессионализи стоматологҳо мувофиқи се системаи зинадор - категория – дуюм, яқум ва олий баҳогузорӣ карда мешавад. Додани категорияи квалификациясӣ аз собиқаи кори стоматолог ва натиҷаҳои аттестатсияи охири он вобаста аст. Барои ин мақсадҳо мутахассис бояд мунтазам сатҳи дониш, малака ва категорияи худро баланд бардорад, ин лаҳзаҳо барои сазовори боварии беморон, эҳтироми ҳамкорон ва маош нақши муайян дорад.

Муайян кардани дараҷаи категорияи квалификациясӣ дар доираи ҳар як касб фарқиятҳои маҳсули худро дорад. Аммо дар робита ба касби стоматолог, аз замони Иттиҳоди Шӯравӣ ҳамагӣ се категория ҷудо карда шудааст: яқум, дуюм, олий. Талабот барои гирифтани категорияи квалификациясӣ дар Ҷумҳурии Тоҷикистон дар асноди ҳуқуқӣ - меъёрӣ бо фармоиши Вазорати тандурустӣ ва ҳифзи иҷтимоии Ҷумҳурии Тоҷикистон муайян карда шудаанд.

Таҳлили муқоисавии миқдори табибон-стоматологҳоро, ки категорияи квалификациясӣ доранд (ҷадвали 3), умуман дар ҷумҳурӣ ва аз ҷумла вилояти Хатлон гузаронида, муайян карда шуд, ки дар байни табибон-стоматологҳои ҷумҳуриявӣ ҳамаи квалификациясӣҳо 37,7% категорияи квалификациясӣ доранд, ин нишондиҳанда дар вилояти Хатлон хеле баланд аст – 50,9%, фарқиятҳо хеле эътимодноқанд.

Ҷадвали 3. - Таркиби миқдории табибон-стоматологҳо, ки категорияи квалификатсионӣ доранд

Солҳо	Табибон стоматологҳои ҳамаи квалификатсияҳои ҚТ	Табибон стоматологҳои ҳамаи квалификатсияҳои вилояти Хатлон	Ҳамаи онҳое, ки категорияи квалификатсионии Тоҷикистонро доранд		Ҳамаи онҳое, ки категорияи квалификатсиониро дар вилояти Хатлон доранд.	
			Мутл.	%	Мутл.	%
2021	1943	390	683	35,1	185	47,4
2020	1921	360	716	37,7	182	50,5
2019	1915	350	738	38,4	180	51,4
2018	1847	345	709	38,3	174	50,4
2017	1855	350	737	39,7	194	55,4
Ҳамагӣ	9481	1795	3583	37,7	915	50,9

Эзоҳ: дар ҳамаи солҳо миқдори табибон-стоматологҳо, ки категорияи квалификатсионӣ доранд аз ҷиҳати оморӣ муҳим ($p < 0,001$) дар вилояти Хатлон баланд буд.

Ҳамин тавр, дар шароити муосир, баҳогузори ва минбаъд таҳлил кардани маълумоти объективӣ, дар замоне, ки дар хизматрасониҳои стоматологӣ муносибатҳои бозорӣ бартарӣ доранд, дар вилояти Хатлон зарурати омӯختани инфрасохтори минтақавии дар минтақа ҷойгиршудаи секторҳои ғайридавлатии хизматрасониҳои стоматологӣ ба миён меояд, ки имконият медиҳад, фарқи байни шаҳр ва деҳоти вилоят муайян карда шаванд.

Хулосаҳо. Таркиби миқдории табибон-стоматологҳои ҳамаи квалификатсияҳо дар

вилояти Хатлон камтар аз 20% -и нишондиҳандаҳои умумии ҷумҳуриро ташкил дод. Дар мавриди афзудани миқдори табибон-стоматологҳои ҳамаи квалификатсияҳо дар ин минтақа динамикаи мушаххаси камшудани миқдори ҷунин табибон-стоматологҳо, ба монанди табибон-стоматологҳо ва ортодонтҳо ба мушоҳида мерасад. Зиёда аз 2,4 маротиба миқдори табибони дар деҳот коркунанда кам шудааст. Аммо, кормандони дар секторҳои ғайридавлатии хизматрасониҳои стоматологӣ машғул 1,4 маротиба зиёд шудааст.

Адабиёт

1. Бутова В.Г., Рабинович И.М., Бойков В.И., Борисенко И.И. Обоснование нормирования труда врачей-стоматологов по условным единицам трудоемкости // Российский стоматологический журнал. 2015. № 5. С. 31—35.
2. Митропанова М.Н., Верапатвелян А.Ф., Гуци-на С.С. Постдипломная подготовка на кафедре детской стоматологии, ортодонтии челюстно-лицевой хирургии // Международный журнал экспериментального образования. 2018. № 4. С. 194—195.
3. Митропанова М.Н., Аюпова Ф.С., Павлов-ская О.А. Совершенствование преподавания ортодонтии для студентов стоматологического факультета // Международный журнал экспериментального образования. 2016. № 4-1. С. 177—179.
4. Токарев И.В., Кипкаева Л.В., Корхова Н.В. Общая ортодонтия: учебно-методическое пособие. Минск: БГМУ, 2019. С. 2—14.
5. Губин М.А. и др. Использование современных средств обучения в переподготовке врачей-стоматологов // Интеграция мед. образования в единое европейское пространство: материалы 2-й науч.-практ. конф. с межд. уч. Воронеж, 2017. С. 208—211.
6. Филимонова О.И., Тюкова А.А. Инновационная методика оценки качества работы врачей стоматологической клиники // Вестник Южно-Уральского государственного университета. 2017. № 7 (224). С. 113—115.
7. Чабан А.В., Капитоненко Н.А. Организация ортодонтической помощи населению на уровне субъекта Федерации (на примере Хабаровского края) // Дальнево-сточный медицинский журнал. 2019. № 2. С. 57—59.



8. Митропанова М.Н., Верапатвелян А.Ф., Гушина С. С. Постдипломная подготовка на кафедре детской стоматологии, ортодонтии челюстно-лицевой хирургии // Международный журнал экспериментального образования. 2018. № 4. С. 194—195.
9. Митропанова М.Н., Аюпова Ф.С., Павловская О. А. Совершенствование преподавания ортодонтии для студентов стоматологического факультета // Международный журнал экспериментального образования. 2016. № 4-1. С. 177—179.
10. Филимонова О. И., Тюкова А. А. Инновационная методика оценки качества работы врачей стоматологической клиники // Вестник Южно-Уральского государственного университета. 2017. № 7 (224). С. 113—115.

КАДРОВЫЕ РЕСУРСЫ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ ХАТЛОНСКОЙ ОБЛАСТИ

Салимов Б. А.

ГУ «КНИ Стоматологии и челюстно лицевой хирургии».

Цель. Изучить обеспеченность кадровыми ресурсами стоматологами жителей Хатлонской области не зависимо от форм собственности стоматологического учреждения.

Материал и методы. Проведен анализ данных официальной статистической отчетности «Ҳисобот оид ба кадрҳои тиббӣ» форма 17, утвержденная приказом Агентства по статистике при Президенте РТ № 054 от “11” октября 2013 г. Анализу были подвергнуты данные за период с 2017 по 2021 гг., по части государственных медицинских организаций, обеспечивающих оказание стоматологической помощи детям. Были использованы – статистические, определение экстенсивных и интенсивных показателей, существенности их различий с использованием критерия достоверности t (существенными признавались различия при $t > 3$), анализ динамических рядов.

Результаты и их обсуждение. Общее число врачей стоматологов всех специальностей в Республике Таджикистан за 5 лет составило 9481, тогда как за этот же период в Хатлонской области работало всего 1531 (16,1%), что в 6 раз меньше чем обще рес-

публиканские данные. В государственной (бюджетной) системе стоматологической помощи в Хатлонской области в течении 5 лет было занято 1110 или 72,5% от общего число врачей-стоматологов всех квалификаций. Среди врачей стоматологов всех квалификаций на страновом уровне имеют квалификационную категорию 37,7%, тогда в Хатлонской области значительно выше – 50,9%, различия статистически достоверны.

Выводы. Численный состав врачей-стоматологов всех квалификаций в Хатлонской области составляет менее 20% от обще республиканских показателей. При общем росте числа врачей-стоматологов всех квалификаций в данном регионе имеет место четкая динамика уменьшения число таких врачей стоматологов как детских так и ортодонт. Более чем в 2,4 раза уменьшилось число врачей работающих на селе. Однако в 1,4 раза возросло число врачей работающих в негосударственном секторе стоматологических услуг.

Ключевые слова: кадры, квалификационная категория, стоматолог, детский стоматолог, ортодонт, Хатлонской область

HUMAN RESOURCES OF THE DENTAL SERVICE OF KHATLON REGION

B. A. Salimov

State Institution “NKI Dentistry and Maxillofacial Surgery”

Aim. To study the provision of human resources by dentists to residents of the Khatlon region, regardless of the form of ownership of the dental institution.



Material and methods. An analysis was made of the data of the official statistical reporting “Hisobotoidbakadrkhoitibbi” form 17, approved by order of the Agency for Statistics under the President of the Republic of Tajikistan No. 054 dated October 11, 2013. Data for the period from 2017 to medical organizations providing dental care to children. Were used - statistical, determination of extensive and intensive indicators, the significance of their differences using the reliability criterion t (differences were recognized as significant at $t > 3$), analysis of time series.

Results. The total number of dentists of all specialties in the Republic of Tajikistan for 5 years amounted to 9481, while during the same period only 1531 (16.1%) worked in the Khatlon region, which is 6 times less than the general republican data. In the state (budgetary) system of dental care in the Khatlon region for 5 years,

1110 or 72.5% of the total number of dentists of all qualifications were employed. Among dentists of all qualifications at the country level, 37.7% have a qualification category, while in Khatlon region it is much higher - 50.9%, the differences are statistically significant.

Conclusions. The number of dentists of all qualifications in the Khatlon region is less than 20% of the total republican indicators.

With a general increase in the number of dentists of all qualifications in this region, there is a clear decrease in the number of such dentists, both pediatric and orthodontists. More than 2.4 times decreased the number of doctors working in the countryside. However, the number of doctors working in the non-state sector of dental services increased by 1.4 times.

Key words: personnel, qualification category, dentist, pediatric dentist, orthodontist, Khatlon region.

Салимов Бахриддин Амонуллоевич – аспирант ИД «Пажӯҳишгоҳи илмию клиникӣи стоматология ва ҷарроҳии ҷоғурӯӣ» Тел. +992 885500101;

Салимов Бахриддин Амонуллоевич – аспирант ГУ КНИ Стоматологии и челюстно лицевой хирургии Тел. +992 885500101;

Salimov Bakhriddin Amonulloevich – post-graduate student of State Institute of Dentistry and Maxillofacial Surgery Тел. +992 885500101;

БАСОМАДИ ПАЙДОШАВИИ РОҒҲОИ МОДАРЗОДИИ ЛАБИ БОЛО ВА КОМ ДАР КҶДАКОНИ ҶУМҲУРИИ ТОҶИКИСТОН Ҷонибекова Р.Н., Абдурахимов А.Ҳ., Раҳимов Н.М.

Кафедраи ҷарроҳии ҷоғу рӯи МДТ ДДТТ ба номи Абуалӣ ибни Сино, ш. Душанбе

Муҳимият. Айни замон яке аз масъалаҳои муҳимтарини тиб ва хусусан ҷарроҳии ҷоғу рӯӣ ин роғҳои модарзодии лаби боло ва ком ба ҳисоб мераванд, ки ин бо нуқсонҳои функционалии узвҳо ва бофтаҳои ковокии даҳон, инчунин бисёр саволҳои ҳалнашуда барои пешгирӣ ва табобати ин бемориҳо восбааста аст. Мушкилиҳои бо нуқсонҳои модарзодии минтақаи ҷоғу рӯӣ вобааста ҳамеша ба худ диққати муҳаққиқонани зиёдро ҷалб мекунад. Инкишофи босуръати генетикаи тиббӣ дар солҳои охир имконият дод, ки ақидаҳои пешинаро нисбат ба этиология ва патогенези бисёр бемориҳои иваз намоем. Хусусан роғҳои модарзодии

лаби боло ва ком қариб 13%-и ҳамаи нуқсонҳои модарзодии инсонро дар бар мегирад. Аз рӯи маълумоти Ташкилоти умумичаҳонии тандурустӣ ин нуқсонҳо 0,6-1,6 ҳолат аз 1000 нафарро ташкил медиҳанд, ки дар байни нуқсонҳои инкишофи модарзодии одамон ҷойи 2-3-юмро ишғол мекунад. [1,4,6]. Роғҳои модарзодии лаби боло ва ком дар инкишофи системаи ҷоғу дандонҳои кӯдак таъсири бениҳоят зиёд мерасонанд. Ҳамасола дар Ҷумҳурии Тоҷикистон 141,579 кӯдак таввалуд мешавад, ки дар байни онҳо бо роғҳои модарзодии лаби боло ва ком таввалудшудагон 230 нафарро ташкил медиҳад. Аз ҳад зиёд таввалудшавии



кӯдакон бо роғҳои модарзодии лаби боло ва ком ба мавҷуд набудани системаи умумии бақайдгирӣ, маълумотдиҳии нопурраи байни табибон ва волидайн ва сари вақт нарасонидани ёрии тиббӣ ба чунин кӯдакон вобастагӣ дорад. Аз 1,2% (1170)-и ҳамаи нуксонҳои инкишофи модарзодӣ, кӯдакони бо ин нуксон таввалудшавада тақрибан 0,06%-ро ташкил медиҳанд (230). Нуксонҳои минтақаи ҷоғу руй дар байни нуксонҳои модарзодӣ ҷойи дувумро ишғол мекунад [2,5].

Мақсад. Омӯзиши басомади пайдошавӣ ва паҳн шудани таваллуди кӯдакон бо роғҳои модарзодии лаби боло ва ком дар Ҷумҳурии Тоҷикистон.

Мавод ва усулҳои таҳқиқот. Аз тарафи мо нишондодҳои таввалудшавии кӯдакон бо роғҳои модарзодии лаби боло ва ком мувофиқи маълумотҳои бистаришавӣ, таърихҳои беморӣ ва мурочиати беморон бо ин нуксонҳо омӯхта шуд. Баҳогузори нисбии паҳншавии нуксонҳои модарзодии минтақаи ҷоғу руй дар минтақаҳои гуногуни Ҷумҳурии Тоҷикистон, таҳлили маълумотҳои оморӣ ҶҶРК ММТ ҚТ “Шифобахш”, МҶКИ “Стоматология”, шубъаи ҷарроҳии ҷоғу руйи беморхонаи вилояти вилояти Суғд, Марказҳои саломатии қудратонаи вилояти Хатлон, ш. Бохтар ва ш. Қуллоб гузаронида шуд. Коркарди оморӣ маълумотҳо бо истифодаи усулҳои стандартӣ омили вариатсионӣ амалӣ карда шуд.

Натиҷаҳои таҳқиқот. Дар асоси таҳлили динамики дар баъзе маҳалҳои ҚТ дар солҳои охир зиёдшавии шумораи беморон бо роғҳои модарзодии лаби боло ва ком мушоҳида мешавад. Дараҷаи пайдошавии роғҳои модарзодии лаби боло ва ком ба 1:700 навазодон баробар аст. Дар баробари ин камтарин адади таввалудшавӣ бо роғҳои модарзодии лабу ком дар соли 2018 буд, ки 1:1200-ро ташкил меод. Маълумотҳо оид ба кӯдакони гирифта ба нуксонҳои модарзодии ҷоғу руй дар муддати омӯхташуда аз 200 то 300 ҳолати қайдшударо дар як сол ташкил доданд, ки дар ин маврид дараҷаи пайдошавӣ 0,06% ҳолат дар 141,579 ҳазор навазодонро ташкил мекунад. Барои муқоиса, дараҷаи пайдошавӣ: вилояти Суғд 1:700,

вилояти Хатлон 1:800, шаҳри Душанбе 1:700.

Аз рӯйи дараҷаи пайдошавӣ дар ҷойи аввал вилояти Хатлон, баъдан вилояти Суғд, шаҳри Душанбе ва ноҳияҳои тобеи марказ мавқеъ гирифтанд. Ин фарқиятҳо дар нишондодҳо ифодагари он аст, ки дар байни занҳои ҳомила як қатор бемориҳо ба назар мерасанд: анемия, бемориҳои шадиди роғҳои нафас, хламидиоз, ситомегаловирус, алоқаҳои хешутаборӣ, ҳолатҳои психозотиони занҳои ҳомила, мавҷудияти ин нуксон дар дигар хешутаборон.

Дар натиҷаи омӯзиш маълум карда шуд, ки дар писарон нисбатан роғи лабҳо зиёдтар (140) ва дар духтарон бошад, роғҳои коми саҳт ва мулоим (90) ба назар мерасад. Аз соли 2019 шумораи беморон бо роғҳои омехтаи лаби боло, шоҳаи алвеолярии ҷоғи боло, коми саҳт ва мулоим зиёд гаштааст ва дар айни ҳол роғҳои алоҳидаи коми саҳт ва мулоим ва ҷойгиршавии он аз тарафи чап 2 маротиба зиёд муайян карда шуд [3,2].

Омӯзиши сохтори инкишофи роғҳои модарзодӣ дар кӯдакони ҚТ нишон дод ки дар модарони онҳо: дар 15% вайроншавии рафти ҳомилагӣ дар шакли токсикоз, 10% мавҷудияти нуксонҳои инкишоф дар байни хешутабори наздик, 12% сину соли волидайн хангоми бордоршавӣ, 18% миқдори фарзандон дар оила, 5% одатҳои бади волидайн, 3% хатари вайроншавии ҳомилагӣ дар асоси алоқаҳои хешутаборӣ, 18% бемориҳои ҳамрадиф ва сироятӣ, 8% муҳити атроф, 10% ташкили ёрии тиббӣ, мушоҳида мешавад. Шумораи асосии беморони таввалудшуда бо нуксонҳои модарзодии минтақаи ҷоғу руй дар ҳомилашавии яқум ба назар мерасад.

Бо мақсади баланд бардоштани самаранокии ёрии тиббӣ ба кӯдакони дорои нуксонҳои модарзодии минтақаи ҷоғу руй бояд таърифи умумӣ бо иштироки мутахассисони зерин гузаронида шавад: ҷарроҳи ҷоғу руй, неонатолог, ортодонт, оториноларинголог, невропатолог, педиатр, логопед, анестезиолог, психолог.

Хулосаҳо. Хангоми омӯзиши омили пайдошавии нуксонҳои модарзодии лаб ва



ком дар солҳои охир аниқ карда шуд, ки миқдори ин гуна бемориҳо зиёд шуда истодааст. Тадқиқотҳо нишон доданд, ки дар занҳои ҳомила таъсири маводҳои захрнок ба организм, бемориҳои камхунӣ, инчунин таъсири баъзе бемориҳои вирусӣ (ситомегаловирус, хламидиоз), бемориҳои шадиди

сироятии роҳҳои нафас, инчунин мавҷуд набудани системаи яғонаи бақайдгирӣ, маълумоти нопурраи табибон ва волидайн ва сари вақт нарасондани ёри тиббӣ ба занҳои ҳомила сабаби пайдошавии нуқсонҳои модарзодии инкишофи роҳҳои модарзодии лаби боло ва ком мегарданд.

Адабиёт:

1. Водолацкий М.П., Водолацкий В.М. клинко-эмбриологические параллели врожденных пороков развития лица, 2004, 80.
2. Васильев Ю.А., Редько А.Н., Гуленко О.В., Удина И.Г. Выявление врожденных расщелин губы и нёба в ходе перинатального УЗИ исследования в Краснодарском крае //Российский стоматологический журнал.-2017.Т.21.№4.С.190-193.
3. Давыдов Б.Н., Бессонов С.Н. Лечение двухсторонних расщелин верхней губы. Стоматология, 2013; 92:2; 60-64
4. Иноятлов А.Ш., Саидова М.А., Шодмонов К.Э. Анализ факторов, способствующих развитию врожденных пороков челюстно-лицевой области //Вестник Совета молодых ученых и специалистов Челябинской области.-2016. -Т.3-. №4.-С.51-55.
5. Курбатова О.Л., Васильев Ю.А., Победоносцева Е.Ю. территориальное распределение частоты врожденных расщелин губы и нёба в Краснодарском крае в связи с загрязнением окружающей среды // Кубанский научный медицинский вестник.-2013.-№6.-С.111-114.
6. Удина И.Г., Васильев Ю.А., Победоносцева Е.Ю. Пространственно-временная динамика частот врожденных расщелин губы и/или нёба в Краснодарском крае //Кубанский научный медицинский вестник.-2013.-№1.-С.171-175.

ЧАСТОТА ВРОЖДЕННЫХ РАСЩЕЛИН ВЕРХНЕЙ ГУБЫ И НЁБА У ДЕТЕЙ В ТАДЖИКСКОЙ РЕСПУБЛИКЕ

Джонибекова Р.Н., Абдурахимов А.Х., Рахимов Н.М.

Кафедра челюстно-лицевой хирургии ГОУ ТГМУ имени Абуали ибни Сино, г.Душанбе

Врожденные пороки челюстно-лицевой области в связи с тяжестью связанных с ними анатомических и функциональных нарушений, а также из-за увеличивающейся их частоты в популяции являются одной из важных проблем современной медицины. В значительной степени рост числа детей с врожденными аномалиями обусловлен увеличением количества тератогенных и генетических факторов, влияющих на состояние здоровья матери и внутриутробное развитие плода. Кроме того, ухудшающаяся экологическая обстановка, быстрая хронизация различных заболеваний, значительные психоэмоциональные нагрузки, как правило отражают на здоровье родителей, приводят к нарушению процесса зачатия, осложнениям в течение беременности и родов, что способствует возникновению различных пороков и аномалий развития [1.2].

В статье приведены статистические и сравнительные оценки из истории болезни и госпитализации больных с врожденными аномалиями челюстно-лицевой области в разных регионах Республики Таджикистан. Проблема лечения детей с врожденной расщелиной губы и нёба остается по-прежнему актуальной в Республике Таджикистан. На основании проведенных исследований в некоторых регионах отмечается тенденция к увеличению числа детей с врожденной расщелиной губы и нёба. Недостаточное оказание помощи детям с врожденной челюстно-лицевой патологией, отсутствуют специализированные центры лечения детей с врожденной расщелиной губы и нёба.

Ключевые слова: расщелина губы и нёба, аномалия, комбинированные, альвеолярный отросток.



THE FREQUENCY OF OCCURRENCE OF CONGENITAL CLEFT OF THE UPPER LIP AND PALATE IN CHILDREN IN THE REPUBLIC OF TAJIKISTAN

Jonibekova R.N., Abdurakhimov A.Kh., Rakhimov N.M.

Department of Oral and Maxillofacial Surgery of SEI ATSMU, Dushanbe

In this article is given statistical and comparative data from the clinical record and hospitalization of patients with congenital anomalies of maxillofacial area in different regions of the Republic of Tajikistan. The problem of treating children with congenital cleft lip and palate remains relevant in the Republic of Tajikistan. Based on the treatment in some regions, there is a tendency to increase the number of children with congenital cleft lip and palate. It is not enough to provide assistance to children with congenital maxillofacial pathology, there are no specialized centers for the treatment of children with congenital cleft lip and palate.

Congenital malformation of the maxillofacial region due to severity associated with anatomical and functional disorders, as

well as their increasing frequency in the population, are one of the important problems of modern medicine. To a large extent, the increase in the number of children is an congenital anomalies conditioned by the increase of number of teragenic and genetic factors that affect the health of the mother and the intrauterine development of the fetus. In addition, the deteriorating environmental situation, the rapid chronization of various diseases, significant psycho-emotional stress, as a rule, affects the health of parents, leads to disruption of the process of conception, complications during pregnancy and childbirth that contributes to the emergence of various defects and anomalies of development.

Keywords: a cleft of a lip and palate, anomaly, combined, alveolar outgrowth

Чонибекова Розия Нажмиддиновна - , н.и.т., дотсент, мудири кафедраи ҷарроҳии ҷоғу рӯйи МДТ ДДТТ ба номи Абуалӣ ибни Сино, тел. 885555169,917529380, E-mail roziya66@.

Абурахимов Абдулло Хасанович - н.и.т. ассистенти кафедраи ҷарроҳии ҷоғу рӯйи МДТ ДДТТ ба номи Абуалӣ ибни Сино, тел.933344568.

Рахимов Нарзуло Мачидович – ассистенти кафедраи ҷарроҳии ҷоғу рӯйи МДТ ДДТТ ба номи Абуалӣ ибни Сино, тел.935036068

Джонибекова Розия Нажмиддиновна - к.м.н., доцент, заведующая кафедрой челюстно-лицевой хирургии ГОУ ТГМУ имени Абуали ибни Сино,тел.885555169, 917529380, E-mail roziya66@.

Абдурахимов Абдулло Хасанович - к.м.н. асситент кафедры челюстно-лицевой хирургии ГОУ ТГМУ имени Абуали ибни Сино,тел. тел.933344568.

Рахимов Нарзуло Маджидович –ассистент кафедры челюстно-лицевой хирургии ГОУ ТГМУ имени Абуали ибни Сино,тел. тел. 935036068.

Jonibekova R.N., - Department of Maxillofacial Surgery, Avicenna Tajik State Medical University, Dushanbe, Republic of Tajikistan, 885555169,917529380, E-mail roziya66@.

Abdurahimov Abdullo Hasanovich- с.в.с. assistant of the department of maxillofacial surgery ATSMU Tel.933344568.

Rahimov Narzullo Majidovich- assistant of the department of maxillofacial surgery ATSMU Tel. 935036068



БЕМОРШАВИИ СТОМАТОЛОГИИ ШАХСОНЕ, КИ ДАР ШАРОИТИ ТАЪСИРОТИ ТТЕХНОГЕНИИ ИСТЕХСОЛИ АЛЮМИНИЙ КОР МЕКУНАНД. Юсупов З.Я.

Пажухишгоҳи илмӣ-таҳқиқотии стоматология ва ҷарроҳии ҷоғу рӯй.

Мухиммият. Дар протсесси рушди бошиддати саноат омӯзиши нақши омилҳои зарарнок ва хатарнок барои ҷанбаи стоматологии саломатӣ омилҳои муҳити истеҳсоли сари-вақтӣ ва хеле муҳим мебошанд. Инро метавон бо ин маънидод кард, ки шароити номусоиди кор барои ташаккул ёфтани протсесҳои матологӣ дар бофтаҳои ковокии даҳон мусоидат мекунад. Таъсири тӯлонии мачмуи омилҳои истеҳсоли, ҳамзамон боб ад шудани саломатии коргарон, аксар вақт ба тағйирҳои патологияи пардаи луобии ковокии даҳон, бемориҳои пародонт ва бофтаҳои саҳти дандонҳо оварда мерасонанд [1-5].

Айни замон саноати алюминий яке аз соҳаҳои асосии иқтисодиёти Ҷумҳурии Тоҷикистон ба ҳисоб меравад. Ин дар навбати худ тавсеа, модернизатсияи истеҳсолоти оянда, ҳамчунин ҷалб кардани контингенти васеи коргаронро талаб мекунад.

Муоинаҳои густурдаи стоматологӣ, ки аз болои коргарон дар шароити истеҳсоли алюминий гузаронида мешаванд, имконият медиҳанд, ки ба андозаи кофии эътимоднокӣ хусусиятҳо ва андозаи таъсири омилҳои техногенӣ ба бемориҳои стоматологӣ муайян карда шаванд. Таъсири комплекси омилҳои техногенӣ истеҳсоли алюминий боиси пеш аз муҳлат маъҷуб шудани дастгоҳи хойиш мегардад.

Мақсади таҳқиқот. Омӯзиши комплекси пайдо шудани бемориҳои дандонҳо, бофтаҳои пародонт ва пардаи луобии ковокии даҳон, ки дар натиҷаи таъсири омилҳои патогенӣ истеҳсоли алюминий пайдо мешаванд ва асоснок кардани роҳҳои оптималии профилактика ва табобати бемориҳои ошкор кардашуда.

Мавод ва усулҳои таҳқиқот. Бо мақсади илман асоснок кардани ташкили муоинаи диспансерӣ ва гузаронидани ҷарабаниҳои табобатӣ-профилактикӣ барои барои коргарони истеҳсолоти алюминий, мо бемориҳои стоматологии одамоне, ки дар соҳаҳои гуногуни протсесси истеҳсоли оид

ба тайёр кардан, бастабандӣ ва нигоҳдории алюминий дар заводи алюминии Тоҷикистонӣ фаъолият мекарданд, мавриди таҳлили амиқ қарор додем.

Ғайр аз ин, ниёзмандии гурӯҳи зикршудаи одамоне ба ҷарабаниҳои асосии тиббӣ-профилактикӣ стоматологӣ ҷиҳати солимгардонии ковокии даҳон, ҳамчунин зарурат ба ёрии ортопедӣ муайян карда шуд.

Коргарони истеҳсолоти алюминий ба 2 гурӯҳ ҷудо карда шуданд: дар гурӯҳи 1-ум 51 нафар дохил карда шуданд, ки дар ҷараёни кори худ бо компонентҳои алюминий бевосита тамос надоштанд, аз онҳо 21 нафар синну соли аз 25 то 30-сола ва 30 нафар аз 36-то 50-сола ва калон; гурӯҳи 2-юм 33 нафар буданд, ки ба тайёр кардан ва нигоҳдории ашёи хом барои тайёр кардани алюминий машғул буданд, аз онҳо 15 нафар дар синну соли аз 25 то 35-сола, 18 нафар аз 36 то 50-сола ва калон буданд; дар гурӯҳи 3-юм 80 буданд, ки бевосита бо истеҳсоли алюминий сари кор доштанд, аз онҳо 22 нафар дар синну соли аз 25 то 35-сола, 58 нафар аз 36 то 50-сола ва калон буданд.

Барои омӯختани бемориҳои узвҳо ва бофтаҳои ковокии даҳон таҳқиқшавандаҳоро бо ёрии оинаи стоматологӣ, зонди стоматологӣ, зонди махсуси нишондори батн барои баҳо додан ба ҳолатҳои бофтаҳои пародонт, ҳамчунин таҳқиқоти рентгенологӣ истифода карда шуд. Шиддатнокии кариес мувофиқи шохиси КПУз, паҳншавии кариес, бемории пародонт ва пардаи луобии ковокии даҳон баҳогузорӣ карда шуд, ҳамчунин зарурати одамоне барои санатсияи ковокии даҳон ва протезгузори нуксонҳои окклюзионӣ бо % ҳисоб карда шуданд.

Маълумоти рақамӣ, ки ҳангоми таҳқиқоти клиникӣ ва функционалии беморон ба даст оварда шудаанд, ба картаҳои таҳишудаи муоинаи ковокии даҳон ворид карда шуданд. Баъдан маводи рақамӣ бо ёрии барномаи махсуси компютерӣ мувофиқи нуктаҳои асосии омори вариатсионӣ коркард карда шуданд.



Натиҷаҳои таҳқиқот ва баррасии онҳо. Натиҷаҳои ба даст овардашуда нишон медиҳанд, ки фаъолияти касбӣ ба узвҳо ва бофтаҳои дастгоҳи хойиш таъсири амиқ мерасонанд. Муқаррар карда шудааст, ки дар байни гурӯҳҳои гунгуни одамоне, ки дар заводи алюминий кор мекунанд, паҳншавии кариеси дандон асосан фарқиятҳои муҳим надоштанд ва аз 96,7% то 100% ва КПУз аз 11,3 то 18,8 воҳиди дандони осебдида ба як таҳқиқшавандаро ташкил доданд. Дар баробари ин, дар одамоне, ки бо компонентҳои алюминий (гурӯҳи 2) ва маҳсулоти тайёр (гурӯҳи 3), раванди каресӣ бошиддат гузашт.

Дар сохтори компонентҳо, ки КПУз-ро ташкил медиҳанд, дар ҳарду гурӯҳи синнусолӣ шаклҳои оризаноки кариеси дандонҳо баратарӣ дошт, ки ба табобат ниёз доштанд

(компоненти «Р») бояд қанда шаванд (компоненти «Х»), ҳамчунин қандани дандонҳо (компоненти «У»), дар он қормандони истеҳсолот, ки бо компонентҳо тамос надоштанд (гурӯҳи 1) дар ҳарду гурӯҳи синнусолӣ шаклҳои беоризаи кариеси дандонҳо баратарӣ дошт (компоненти «К») ва пломбгузори дандонҳо (компоненти «П»). Дар ин гурӯҳи одамон (гурӯҳи 1) 2,6-3,3 маротиба бештар аст аз одамони гурӯҳҳои 2-юм ва 3-юм, шаклҳои гуногуни осебҳои ғайрикариеси дандонҳо (флюорози истеҳсоли, эрозия ва нуқсонҳои фонашакл). Ин, ба андешаи мо, бо он алоқаманд аст, ки шароити истеҳсоли алюминий дар одамони гурӯҳҳои 2 ва 3 ҳангоми бевосита тамос доштан бо оризаҳои ғайрикариес ва босуръат пеш рафтани кариес ро ташхис қардан муяссар нашуд (ҷадвали 1).

Ҷадвали 1. Нишондиҳандаҳои бемориҳои стоматологӣ ва зарурат ва одамоне, ки дар истеҳсоли алюминий кор мекунанд, ба ҷорабиниҳои табобатӣ-профилактикӣ, бо %

Нишондиҳандаҳо	Контингенти таҳқиқшудагон		
	Коргароне, ки бо омилҳои зарарнокӣ истеҳсоли алюминий тамос надоштанд (гурӯҳи 1)	Коргароне, ки бо омилҳои зарарнокӣ истеҳсоли алюминий тамос бевосита доштанд	
		Коргароне, ки ба тайёр қардани ашёи хоми истеҳсоли алюминий машғуланд (гурӯҳи 2)	Коргароне, ки ба истеҳсол, бастабандӣ, нигоҳдорӣ машғуланд (гурӯҳи 3)
Паҳншавии кариес	96,7±3,17 / 97,7±4,08	97,3±4,05 / 98,2±3,43	99,1±5,13 / 100±4,13
Шиддатнокӣ кариес	11,3±0,65 / 12,1±0,72	14,7±0,78 / 15,6±0,85	17,3±0,90 / 18,8±1,12
Паҳншавии осебҳои ғайрикариесӣ	26,8±2,11 / 32,7±2,23	10,12±0,34* / 13,17±0,42*	7,07±0,16* / 9,82±0,42*
Зарурат ба табобати дандонҳо	58,8±4,11 / 62,3±3,85	67,2±4,23* / 73,6±4,67*	81,6±5,13* / 87,2±5,12*
Паҳншавии пардаи луобии ковокии даҳон, забон ва лабҳо	9,65±0,74 / 11,2±0,66	12,3±0,74* / 14,5±0,46*	19,32±0,94** / 25,9±2,14**
Паҳншавии гингивит	49,8±3,23 / 56,2±4,16	57,7±4,23* / 65,3±4,24*	68,8±4,23** / 77,7±4,64**
Зарурат ба нест қардани русуби дандонҳо	17,9±1,11 / 24,4±1,64	25,8±2,33* / 36,6±2,64*	38,6±2,80** / 49,8±3,11**
Паҳншавии пародонтит	14,1±1,08 / 16,5±1,33	19,2±0,98* / 26,5±2,16*	14,4±1,59* / 19,9±1,87*
Зарурат ба табобати пародонтит	7,23±0,56 / 9,07±0,73	12,7±1,48* / 17,5±1,74*	5,14±0,16** / 6,45±0,42**
Паҳншавии пародонтоз	1,15±0,09 / 1,56±0,14	1,62±0,65* / 1,71±0,73*	2,28±0,86* / 2,60±0,94*
Зарурат ба табобати пародонтоз	0,43±0,03 / 0,53±0,05	0,75±0,06* / 0,81±0,06*	0,92±0,08* / 1,11±0,12*
Зарурат ба пртезгузори дандонҳо	16,4±1,83 / 47,4±2,56	32,4±1,95* / 64,2±2,35*	34,4±1,86* / 68,4±3,14*

Эзоҳ: в числителе представлены данные для людей в возрасте 25-35 лет, в знаменателе – от 36 до 50 лет и старше;

* - различия достоверны (при p<0,05) по отношению к 1-й группе в аналогичной возрастной группе;

** - различия достоверны (при p<0,05) между 2-й и 3-й группами в аналогичной возрастной группе

Зарурат ба таботати дандонҳо дар байни коргарони истехсоли алюминий дар ҳарду гурӯҳи синнусолӣ, ки бо алюминий бевосита тамос надоштанд, мутаносибан – 48,4% ва 52,3% кам буд. Одамоне, ки бо алюминий ва компонентҳои он бевосита тамос доштанд (гурӯҳҳои 2 ва 3), асосан ба гузаронидани чорабиниҳои санатсионӣ барои таботати бемориҳои бофтаҳои саҳти дандонҳо ва карисеи оризанок зарурат доранд, маҳз ба: дар

65,7-74,9%-и ҳолатҳо. Сатҳи ёрии стоматологӣ, ки дар ҳарсе гурӯҳҳои таҳқиқшудаи коргарони истехсоли алюминий нишон дод, ки шохиси омӯхташуда танҳо дар одамони гурӯҳи 1-умқ ва одамони чавонтари (25-35 - сола) гурӯҳҳои 2 ва 3 қаноатбахш буд. Ин шохис дар одамони 36-50-сола ва калони гурӯҳҳои 2 ва 3 мутаносибан 48,3% ва 44,7%-ро ташкил медиҳад, сатҳи ёрии стоматологӣ бошад, нокифоя аст (ҷадвали 2).

Ҷадвали №2. Нишондиҳандаҳои шиддатнокии чараёни бемориҳои асосии стоматологӣ, ҳолати гигиенини ковокии даҳон ва сатҳи ёрии стоматологӣ дар байни гурӯҳҳои гуногуни коргарон ва хизматчиёни истехсоли алюминий.

Нишондиҳандаҳо	Контингенти таҳқиқшудагон		
	Коргароне, ки бо омилҳои зарарноки истехсоли алюминий тамос надоштанд (гурӯҳи 1)	Коргароне, ки бо омилҳои зарарноки истехсоли алюминий тамос бевосита доштанд	
		Коргароне, ки ба тайёр кардани ашёи хоми истехсоли алюминий машғуланд (гурӯҳи 2)	Коргароне, ки ба истехсол, бастабандӣ, нигоҳдорӣ машғуланд (гурӯҳи 3)
КПУз:	11,3±0,95 / 12,3±1,13	15,3±1,10* / 16,6±1,12*	17,4±1,25* / 18,8±1,43*
компоненти «К»	1,13±0,08 / 1,22±0,11	1,26±0,10* / 1,30±0,13*	1,34±0,12* / 1,43±0,14*
компоненти «Р»	2,66±0,19 / 3,12±0,17	3,85±0,22* / 4,24±0,19*	4,02±0,26* / 4,45±0,26*
компоненти «Х»	1,65±0,14 / 1,80±0,13	2,71±0,16* / 2,87±0,17*	2,85±0,20* / 2,97±0,23*
компоненти «П»	0,76±0,10 / 0,88±0,12	0,22±0,04* / 0,31±0,06*	0,16±0,02* / 0,22±0,03*
компоненти «У»	5,10±0,44 / 5,28±0,60	7,26±0,58* / 7,88±0,57*	9,03±0,65* / 9,73±0,77*
Миқдори йодии Свраков	2,10±0,18 / 2,13±0,21	2,54±0,11* / 2,84±0,21*	2,65±0,15* / 2,27±0,10*
Шохиси беҳдошти Ю.А. Федоров ва В.В. Володкина	1,94±0,05 / 2,01±0,12	3,17±0,15* / 3,55±0,12*	3,52±0,19* / 3,67±0,17*
Шохиси КПИ	1,71±0,16 / 2,92±0,17	2,31±0,18* / 3,42±0,19*	2,35±0,20* / 3,52±0,18*
Шохиси УСП, %	60,3 / 57,4	52,6 / 48,3	50,4 / 44,7

Эзоҳ: дар ҷадвал маълумотҳо барои одамони синну соли 25-35-сола, дар маҳрач - аз 36 то 50-сола ва калон; * - фарқият дар ҳамин гунна гурӯҳи синнусолӣ нисбат ба нишондиҳандаҳое, ки ҳангоми таҳқиқи сокиноне, ки дар заводи алюминий кор намекунанд, эътимоднок буд.

Тавре ки маълумотҳои ҷадвали 2 нишон медиҳанд, нигоҳубини дандонҳо дар коргароне, ки бевосита бо истехсоли алюминий ва компонентҳои он тамос надоштанд, беҳтар буд (1,94±0,05 - 2,01±0,12), гарчанде мо онро ғайри қаноатбахш меҳисобем. Дар одамоне, ки дар чараёни кори худ бо истехсоли алюминий ва компонентҳои он тамос доштанд, (гурӯҳҳои 2 ва 3), беҳдошти бади

квокии даҳон, шохиси беҳдошт мутаносибан ба 3,17±0,15 ва 3,55±0,12 баробар буд, дар гурӯҳҳои синнусолии 25-35 ва 36-50-сола ва калон дар гурӯҳи 2, мутаносибан ,52±0,19 ва 3,67±0,17 буд.

Нуксонҳои қатори дандонҳо дар ҳама гурӯҳҳои таҳқиқшуда муайян карда шуд. Бештари нафарони ба протези дандонҳо ниёздошта дар гурӯҳҳои 2 ва 3 буданд. Чу-



нинчи, дар гурӯҳи синну соли аз 25 то 35-сола мутаносибан $32,4 \pm 1,95\%$ ва $34,4 \pm 1,86\%$ -и тахқиқшудагон ба протез ниёз доштанд. Дар гурӯҳи 1 ба протези дандонҳо $16,4 \pm 1,83\%$ (25-35 –сола) ва $47,4 \pm 2,56\%$ (36-50 –сола ва калон) ниёз доштанд. Қайд кардан зарур аст, ки муҳлати истифодаи протез дар байни коргарон аз 3 моҳ то 23 сол буд. Конструкцияҳои муосири протезхоро (металлокерамика) мр танҳо дар 2 нафари гурӯҳи 1-ум муайян кардем, ки $3,9\%$ -и ҳамаи тахқиқшудагон ва протез доштангӣхоро (51 нафар) ташкил дод.

Мувофиқи натиҷаҳои таҳлили маълумотҳои стоматологии ба даст овардашуда дар сохтор ва хусусиятҳои ҷараёни клиникии бемориҳои асосии узвҳо ва бофтаҳои ковокии даҳони одамоне, ки дар истехсолоти алюминий кор мекарданд, чунин хулосаҳо баровардан мумкин аст:

Одамоне, ки дар истехсолоти алюминий кор мекунанд, қоидахоро дуруст риоя намекунанд, ҷорабиниҳои нигоҳубини инфиродии беҳдошти ковокии даҳонро муносиб иҷро намекунанд. Дар онҳо бештар русу-

бҳои маъдани боло ва поении млкҳои дандонҳо ба мушоҳида мерасад, ки ҳангоми ҷараёни вазнин доштани бемориҳои илтиҳобии пародонт истифода намудани алгоритми махсус ва методикаи барои гузаронидани беҳдошти касбии ковокии даҳонро, ҳамчунин тарбияи беҳдошт стоматологиро талаб мекунад.

Коргароне, ки дар ҷараёни кори худ бо алюминий ва компонентҳои он тамос доштанд, бештар бемориҳои пардаи луобии ковокии даҳон ва лабҳо дида мешавад, ки масъалаи коркард ва истифодаи усулҳои оддӣ, дастрас ва самараноки профилактикаи пайдошавӣ ва ретсидивҳо ва табобати ин бемориҳо ба миён мегузорад.

Дар одамоне, ки дар истехсолоти алюминий кор мекунанд, сатҳи қаноатбахш (дар гурӯҳи синнусолии 25-35-сола) ва нокифоя (дар гурӯҳи коргарони 36-50-сола ва калон) ёрии стоматологӣ дида шуд, ки вобаста аз хусусиятҳои фаъолияти касбии ин гурӯҳи одамон, такмил додан ва татбиқ намудани ҷорабиниҳои самараноки табобатӣ-профилактикии стоматологиро тақозо мекунанд.

Адабиёт

1. Антонова, А.А., Рябкова, В.А., Таловская, В.С. Наличие экотоксикантов - фактор риска развития стоматологических заболеваний // Стоматология детского возраста и профилактика. 2016. № 3 (4). С. 11-14.
2. Бежина, Л.Н. Совершенствование стоматологической помощи работникам отдельных отраслей промышленности с особо опасными условиями труда: дис.... канд. мед. наук. Москва, 2017. 202 с.
3. Гусейнова, С.Т. Стоматологическая заболеваемость населения, проживающего в экологически неблагоприятном районе Баку // Клиническая стоматология. 2014. № 4 (52). С. 80-82.
4. Macintosh, A.C., Schroth, R.J., Edwards, J. The impact of community workshops on improving early childhood oral health knowledge // *Pediatr Dent*. 2013. Vol. 32, N 2. P. 110-117.
5. Palefsky, J.M., Silverman, S.Jr., Abdel-Salaam, M., Daniels, T.E., Greenspan, J.S. Association between proliferative verrucous leukoplakia and infection with human papillomavirus type 16. // *J Oral Pathol Med*. 2015. Vol. 24, N. 5. P. 47-62.



СТОМАТОЛОГИЧЕСКАЯ ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ ЛИЦ, РАБОТАЮЩИХ В УСЛОВИЯХ ТЕХНОГЕННОГО ВЛИЯНИЯ АЛЮМИНИЕВОГО ПРОИЗВОДСТВА

Юсупов З.Я.

Научно-клинический институт стоматологии и челюстно-лицевой хирургии

Проведен углубленный анализ стоматологической заболеваемости людей, работающих на различных участках производственного процесса по изготовлению, фасовке и хранению алюминия. У людей, которые в процессе своей работы имеют непосредственный контакт с алюминием и его компонентами, практически не встречаются дистрофические поражения пародонта, а воспалительные процессы встречаются практически в 100% случаев, протекают тяжелее, при повышенной крово-

точивости десны, характерной прогрессирующей деструкции периодонта и кости, с гноетечением из зубодесневого кармана и патологической подвижностью естественных зубов, что также указывает на неблагоприятное действие факторов алюминиевого производства на околозубные ткани.

Ключевые слова: стоматологическая заболеваемость, алюминий и его компоненты, воспаления, дистрофия, периодонт, альвеолярный кость, кровоточивость, десна.

DENTISTRY DISEASE OF THE PERSONS, WORKING IN CONDITION OF THE TECHNOGENIC INFLUENCES OF ALUMINUM PRODUCTION

Yusupov Z. Ya.

Scientific-clinical institute of dentistry and maxillofacial surgery, Dushanbe

Organized deep analysis of dentistry diseases of the people, working at different area of the production process on fabrication, packaging and keeping aluminum. Beside people, which in process of its work have a direct contact with aluminum and its component, practically do not meet the dystrophic defeat of parodont, but inflammatory processes meet in 100% events practically, run the hardly, under raised

bleedings of the gums, typical progressing destructive of periodont and bones, with separation of fester from teeth-gum's pocket and pathological mobility of natural teeth that also points to disadvantage action factor aluminum production on nearteeth tissue.

Key words: destrutive disease, aluminum and its components, inflammations, dystrophy, periodont, alveolar bone, bleeding, gum.

Юсупов Зариф Якубчинович – Институти илмӣ-клиникии стоматология ва ҷарроҳии ҷоғу рӯй, номзад иилмҳои тиббӣ, ходими илмӣ. Суроға: 734026, Ҷумҳурии Тоҷикистон, шаҳри Душанбе, кӯчаи Хучандӣ, 13. Телефон: (992) 919177239; e-mail:zarif-75@mail.ru

Юсупов Зариф Якубджанович – Научно-клинический институт стоматологии и челюстно-лицевой хирургии, к.м.н., научный сотрудник. Адрес: 734026, Республика Таджикистан, г. Душанбе, ул. Худжанди, 13. Телефон: (992) 919177239; e-mail:zarif-75@mail.ru

Yusupov Zarif Yakubdzhanovich – Scientific clinical institute of dentistry and maxillofacial surgery, Candidate of Medical Sciences, scientific employee. Address: 734019, Republic of Tajikistan, Dushanbe, 13Khudjandist. Phone: (992) 919177239; e-mail: zarif-75@mail.ru



ТИББИ СУДӢ

КАНДИДОЗИ ОРОФАРИНГЕАЛИИ ПАРДАИ ЛУОБИИ КОВОКИИ ДАҲОН ДАР БЕМОРОНИ ГИРИФТОРИ ВИРУСИ НОРАСОИИ МАСУНИЯТИ ОДАМ

Қурбонова И.Ш., Шарипов Ҳ.Ю., Имомов Б.Д., Диловаршои Б., Мавлонов М.А.

Кафедраи тибби судии МДТ “ДДТТ ба номи Абуалӣ ибни Сино, Тоҷикистон

Мухимият. Яке аз проблемаҳои глобалӣ дар ҷаҳони имрӯза, ин табобат ва мубориза бар зидди вируси норасоии масунияти одам (ВНМО) мебошад. Дар тамоми ҷаҳон то соли 2021, 38,4 млн одамон бо ВНМО умр ба сар мебуданд. Миқдори беморони нав ба қайд гирифташуда дар ин сол 1,5 млнро ташкил медед, миқдори фавтидагон танҳо дар инсол 650000 ташкил намуд. Агар миқдори умумии сироятшудагноро аз оғози эпидемия гирем, он вақт ин миқдор ба 84,2 млн мерасад. Аз ВНМО 40,1 млн нафар фавтидаанд[3]. Дар умум, қудакони то 14 солаи гирифтори ВНМО 1,7 млн нафар мебошад. Аз ҷиҳати иқтисодӣ бошад, ин як талафоти бузурге аст. Танҳо дар соли 2021 барои мубориза бар зидди ВНМО 21,4 миллиард доллар ҷудо карда шуда буд [1,2].

Дар Ҷумҳурии Тоҷикистон дар таърихи 31 декабри соли 2019 бо ВНМО 8756 нафар умр ба сар мебуданд ва аз он бохабар буданд, аз ин қудакон (0-14 сола) – 1022 нафар, калонсолон (мардон ва занон) – 7734 нафарро ташкил медеданд.

Дар оғози соли 2020 миқдори одамоне, ки гирифтори ВНМО дар ҶТ зиндагӣ менамоянд 8756 нафарро ташкил намуд. Дар ҷумҳурӣ якҷанд барнома ва қарорҳои оиди мубориза бар зидди ВНМО, табобат ва пешгирии он аз тарафи ҳукумат қабул шудааст[4,5] Аз дигар тараф, аксари табибони званои аввалин ва дармонгоҳҳо ҳангоми муроҷиати беморон, хусусан стоматологҳо ва духтурони гушу гулӯ бинӣ ба ташхиси аввалиндараҷаи ВНМО диққати махсус намедиханд, ки ин дар шароити имрӯза муҳим мебошад.

Мақсад. Омӯختани моҳияти тағйиротҳои морфологӣ пардаи луобии ковокии даҳон дар ташхиси беморони гирифтори ВНМО дар Ҷумҳурии Тоҷикистон.

Мавод ва усулҳои таҳқиқот. Дар рафти таҳқиқот биоптати 25 беморе, ки гирифто-

ри ВНМО буда дар тахти назорати диспансерӣ дар Маркази шаҳрии омӯзиши сирояти ВНМО ва дар зери табобат дар беморхонаи сироятии шаҳри қарор доштанд, муоина карда шуд. Синну соли беморон аз 21 то 43 солро ташкил медед, қисми зиёди онро беморони 37-39 сола ташкил медеданд. Мардон 16 (64,0%) ва занон 9 (36,0%) нафарро ташкил медеданд. Дар аксар маврид роҳи гузариши сироят ин тавассути алоқаи ҷинсӣ буд ва дар анамнези беморон қисми зиёди онҳо (n=19) дар Федератсияи Руссия қор ва зиндагӣ мекарданд.

Бо мақсади бурдани қори таҳқиқотӣ ҳамаи беморон аз муоинаи духтури гушу гулӯ ва бинӣ гузаштанд. Дар 16 маврид таҳқиқотҳои морфологӣ пардаи луобии даҳон ва бодомакҳо гузаронида шуд. Маводҳои биопсионӣ бо розигии пешакии ҳуди беморон гирифта шуд. Баъд аз муоинаи объективонаи зоҳирӣ молишаки луоб ва биопсияи пардаи луобӣ гирифта шуд. Биопсия аз пардаи луобии лунҷ, забон, милки дандонҳо, бодомакҳо гирифта шуд. Баъди мустақамкунии маводҳои биопсионӣ дар маҳлули формалини 10% бетараф, парафин рехташуда, бурришҳои ғафсияшон 5-6мм омода карда шуданд. Рангкунӣ бо гематоксилин ва эозин, метенамини нуқра гузаронида шуд. Таҳқиқотҳои микроскопӣ бо маҷмӯи компютери «Leirmicrosystem», дар зери микроскопи Olympus CX 21 Fs 1, бо камераи Digital Microscope Camera Specification MC – DO 48 U (E) бо минбаъд микроаксбарлдории рақамӣ бо калонкунии 20,40,100 гузаронида шуд.

Натиҷаҳои таҳқиқот ва баррасии онҳо. Қайд кардан зарур аст, ки беморон дар марҳилаҳои гуногуни сирояти ВНМО қарор доштанд. Дар марҳилаи якуми ВНМО 5 нафар (20,0%), марҳилаи дуум- 11 нафар (44,0%), марҳилаи сеюм- бонафар (24,0%) ва дар марҳилаи чорум, яъне синдроми пайдо-

шудаи норасои масуният (СПНМ-СПИД) 3(12,0%) нафар қайд карда шуданд. Кандидози орофарингеали асосан дар марҳилаи сеюм ва чорум мушоҳида карда мешуд. Дар марҳилаи якум бисёртар тағйиротҳо ба монанди стоматити оддӣ, лейкоплакияи пардаи луобии милки дандонҳо, забон ва фарингит мушоҳида карда шуд. Дар марҳилаи дуюм бошад ғайр аз лимфаденопатия дар беморон тағйиротҳо аз тарафи дигар узвҳо дида мешуд. Пеш аз ҳама алаоматҳои стоматит барало гашта, намуди афтозӣ ва гингивит ба қайд гифта шуд. Дар бодомакҳо тонзиллии лакунарӣ мушоҳида гашт. Дар марҳилаи сеюм тағйиротҳо вазнинтар мегузаштан, аз сабаби паст шудани масуният авҷгирии микрофлораи оппортунистӣ инчунин замбуруғҳо мушоҳида карда мешуд. Дар пардаи луобии лабҳо, коовкии даҳон, забон аломатҳои сиририи он барало буд. Дар бодомакҳо, дар ҳалқ дар пардаи луобӣ ҳалолати (налёт) сафеду хокистаранг пайдо мешавад (расми 1).

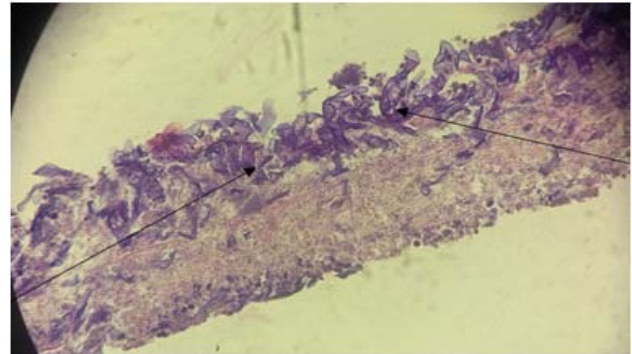
Дар се ҳолат дар марҳилаи чорум яъне ҳангоми СПИД, дар якҷоягии кандидоз боз нишонаҳои омосҳои бадсифат ба монанди саркомаи Капоши дида мешуд. Саркомаи Капоши дар ин гуруҳ на танҳо дар андомҳои поён, инчунин дар мавқеъи ковокии даҳон низ қайд карда шуд.



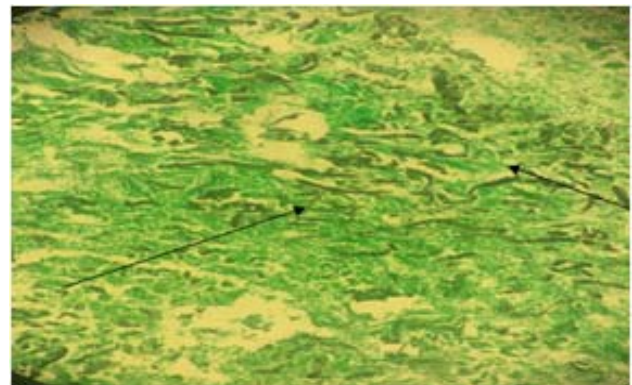
Расми 1. Кандидози орофарингеалии пардаи луобӣ ҳангоми ВНМО

Дар ҳолати дарёфт кардани кандидози пардаи луобии ковокии даҳон ва мавқеъи

ҳалқ дар зери микроскоп дар қатори варам, деструксияи қабаи луобӣ, инчунин худи замбуруғҳо ҷойгир буданд, ки дар зери микроскоп ҳангоми рангкунӣ бо гематоксилин –эозин ва метенамиеи нуқра намудор мешавад (расми 2 ва 3)



Расми 2. Кандидози пардаи луобӣ. Организмҳои тасмамонанди нумураттаб шохаронда (замбуруғи навъи мукормикоз)возеҳ дида мешаванд. Рангкунӣ бо гематоксилин –эозин. Калонкунӣ х20



Расми 3. Кандидози(нишон дода шудааст) пардаи луобии ковокии даҳон дар беморони гирифтори ВНМО. Рангкунӣ махсус бо метенамни нуқра. Калонкунӣ х40

Ҳангоми саркомаи Капоши манзараи микроскопӣ дар биоптатҳо чунин буд: капиллярҳои вензи ва артериалӣ васеъ шуда, пурхунӣ ва таҳшиншавии гемосидерин дида мешуд. Рағҳои лимфатикии хурд низ васеъ буданд, ҳуҷайраҳои сохти ядрояшон гуногуни атипикӣ ба назар мерасиданд.

Хулоса. Ҳамин тавр дар беморони гирифтори ВНМО тағйиротҳо дар қатори дигар узвҳо, дар ковокии даҳон, пеш аз ҳама дар пардаи луобӣ ба монанди стоматит, гингивит, кандидоз ва омосҳои бадсифат (саркомаи Капоши) аён мегардад.



Ба табибони звенои аввалиндараҷа, дар-монгоҳҳо, стоматологҳо ҳангоми мурочи-ати беморон ва дар ҳолати пайдо намудани

тағйиротҳо аз тарафи пардаи луобии даҳон ва ҳалқ бояд онҳо барои инкор кардани ВНМО муоина карда шаванд.

Адабиёт

1. Информационный бюллетень. - Глобальная статистика по ВИЧ. 2021г
2. Глобальный мониторинг эпидемии СПИДа 2020г.
3. Global Health Observatory data. – URL: <https://www.who.int/gho/hiv/en/>; Воронин Е.Е., 2020
4. Рузиев М.М. /Медико-организационные основы противодействия ВИЧ-инфекции в Республике Таджикистан //Дисс...док. мед.наук –Москва.-2019. -С. 372
5. Турсунов Р.А. /Эпидемиологические особенности ВИЧ-инфекции и совершенствованные эпиднадзора в Республике Таджикистан // Автореф. дисс...канд. мед. наук-Москва.-2017. -С.27

ОРОФАРИНГЕАЛЬНЫЙ КАНДИДОЗ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА У БОЛЬНЫХ С ВИРУСОМ ИММУНОДЕФИЦИТА ЧЕЛОВЕКА

Курбонова И.Ш., Шарипов Х.Ю., Имомов Б.Д., Диловаршои Б., Мавлонов М.А.

Кафедра судебной медицины ГОУ “ТГМУ им Абуали ибни Сино”.

В статье приведены результаты исследования, которые показывают морфологические и микробиологические изменения в слизистой оболочке полости рта и глотки у больных с ВИЧ-инфекцией. Приведенные данные дают возможность семейным врачам, стоматологам, ЛОР-врачам своевременно диагностировать ВИЧ инфекции при

появлении первых клинических признаков. Морфологические изменения в зависимости от стадии ВИЧ –инфекции бывают различными (стоматиты, гингивиты, лейкоплакия, кандидоз и саркома Капоши), на что надо обратить внимание.

Ключевые слова: Слизистая оболочка, ВИЧ, кандидоз, СПИД, саркома Капоши.

OROPHARYNGEAL CANDIDIASIS OF THE ORAL MUCOSA IN PATIENTS WITH HUMAN IMMUNODEFICIENCY VIRUS

Kurbonova N. G., Sharipov. Kh. Yu., Imomov A.D. Dilovarshoi B, Mavlonov M. A.

Department of Forensic Medicine “ and “ LAW “of the Abuali Ibni Sino State Medical University.

The article presents the results of a study that show morphological and microbiological changes in the mucous membrane of the oral cavity and pharynx in patients with HIV infection. Given data enable family doctors, dentists, ENT doctors to diagnose HIV infection in a timely manner when the first

clinical signs appear. Morphological changes depending on the stage of HIV infection are different (stomatitis, gingivitis, leukoplakia, candidosis and Kaposi’s sarcoma), which should be noted.

Key words: Mucous membrane, HIV, candidiasis, AIDS, Kaposi’s sarcoma.

Курбонова Ибодат Шеровна-муаллимаи кафедраи тибби судӣ МДТ Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абуалӣ ибни Сино, унвонҷӯй. E.mail:45@tajmedun.tj, тел:+992 918 24 01 42

Шарипов Ҳамдам Юлдашевич- н.и.т., мудири кафедраи тибби судӣ МДТ Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абуалӣ ибни Сино, E.mail:dr.sharipov@mail.ru тел:+992 919 13 00 15



Имомов Бекназар Додарҷонович-муаллими калони кафедраи тибби судӣ МДТ Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абуалӣ ибни Сино, E.mail:45@tajmedun.tj, тел:+992 93 720 40 00

Диловаршои Бобоҳонзода - докторанти PhD, кафедраи анатомияи патологӣ МДТ Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абуалӣ ибни Сино, E.mail:shohdilovar@mail.com, тел:+992 93 333 17 13

Мавлонов Меҳрубон Акбарҷонович-муаллими кафедраи тибби судӣ МДТ Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абуалӣ ибни Сино, E.mail:45@tajmedun.tj, тел:+992 55 558 80 03

Курбонова Ибодат Шеровна-ассистент кафедраи судебной медицины ГОУ ТГМУ им Абуали ибни Сино, соискатель. E.mail:45@tajmedun.tj, тел:+992 918 24 01 42

Шарипов Хамдам Юлдашевич- к.м.н., зав. кафедрой судебной медицины ГОУ ТГМУ им Абуали ибни Сино, E.mail:dr.sharipov@mail.ru тел:+992 919 13 00 15

Имомов Бекназар Додарҷонович-старший преподаватель кафедры судебной медицины ГОУ ТГМУ им Абуали ибни Сино, E.mail:45@tajmedun.tj, тел:+992 93 720 40 00

Диловаршои Бобоҳонзода - докторант PhD, кафедраи патологической анатомии ГОУ ТГМУ им Абуали ибни Сино, E.mail:shohdilovar@mail.com, тел:+992 93 333 17 13

Мавлонов Меҳрубон Акбарҷонович-ассистент кафедраи судебной медицины ГОУ ТГМУ им Абуали ибни Сино, E.mail:45@tajmedun.tj, тел:+992 55 558 80 03

Kurbonova Ibodat Sherovna-assistant of the Department of Forensic Medicine of the State Educational Institution of ATSMU named after Abuali ibn Sino, applicant. E.mail:45@tajmedun.tj, tel:+992 918 24 01 42

Sharipov Khamdam Yuldashevich - Candidate of Medical Sciences, Head. Department of Forensic Medicine, State Educational Institution TSMU named after Abuali Ibni Sino, E.mail: dr.sharipov@mail.ru tel: +992 919 13 00 15

Imomov Beknazar Dodarjonovich - Senior Lecturer of the Department of Forensic Medicine of the State Educational Institution TSMU named after Abuali Ibni Sino, E.mail: 45@tajmedun.tj, tel: +992 93 720 40 00

Dilovarshoi Bobokhonzoda - PhD student, Department of Pathological Anatomy, State Educational Institution TSMU named after Abuali Ibni Sino, E.mail: shohdilovar@mail.com, tel: +992 93 333 17 13

Mavlonov Mehrubon Akbarjonovich - Assistant of the Department of Forensic Medicine of the State Educational Institution TSMU named after Abuali Ibni Sino, E.mail: 45@tajmedun.tj, tel: +992 55 558 80 03



ҚАРРОҲӢ

ОИД БА МАСЪАЛАИ ИСТИФОДАБАРИИ ТАБОБАТ ТАВАССУТИ БОФТАҲО ҲАНГОМИ НЕФРОЛИТИАЗИ ДУҶОНИБАИ БИСӢРҶОЯИ МАРҶОНШАКЛ ДАР ЗАМИНАИ ПИЕЛОНЕФРИТИ КАЛКУЛӢЗӢИ ВА БЕМОРИИ МУЗМИНИ ГУРДАҲО ДАР КӢДАКОН

Азизов А.А.^{1,2}, Шарипов А.М.^{1,2}, Бадалов Ш.А.^{1,2}, Магзумов Д.Р.³, Азизов Б.А.⁴.

1. Кафедраи ҷарроҳии кӯдакони МДТ ДДТТ ба номи Абуалӣ ибни Сино;
2. МД “Маркази ҷумҳуриявии илмию клиникии педиатрӣ ва ҷарроҳии кӯдакони”;
3. Маркази ташхисию табобатии «Шифои Раҳмон».
4. ҶДМК «Табиати солим».

Мубрамият. Асри ХХ, асри рушди бо-суръати аллопластика дар ҷарроҳӣ мебошад. Дар замони муосир дар соҳаи ҷарроҳӣ, травматология, ҷарроҳии асаб, урология, гинекология, офталмология, оториноларингология аз пластмасса, бофтаҳои устухон ва металлҳо васеъ истифода мешавад ва ин бешубҳа дастоварди бузурги тиб аст.

Дар ҳама клиникаҳои ҷарроҳӣ истифодаи полимерҳо бо суръати бесобиқа инкишоф ёфтааст. Дар ин бобат дар СССР ва дар хориҷа таҷрибаи калон чамъ карда шудааст.

Истифодаи (дастрас будани) як қатор материалҳои синтетикӣ имконият дод, ки онҳо дар амалияи ҷарроҳӣ истифода бурда шаванд.

Истифодаи бофтаҳои гуногуни ба бадан бегона дар ҷарроҳӣ таърихи муҳим дорад [1].

Агар ба ҷисми бегона шаклҳои зарурӣ дода шавад, метавон ба рушди капсулаи бофтаи пайвасткунанда, ки ба минтақаи мавҷудаи бадан мувофиқ аст, умед бастан мумкин аст [2].

Ҳолати мураккаби дисплазияи паренхимаи гурда, ки бо ҷараёни шадиди пиелонефрити калкулёзӣ бо инкишофи барвакти тағйироти сохторӣ ҳамроҳӣ мекунад, бо пажмурдашавии гурда анҷом меёбад [3].

Ҷараёни шадиди пиелонефрити обструктивӣ фасодӣ, ки дар натиҷаи ҳолати ибтидоӣ (қабл аз ба вуқӯъ омадани беморӣ) ва норасоии масунӣ ба вучуд омадааст, нишондиҳандаи асосии хавфи СП мебошад. Ба онҳо дохил мешаванд: 1. Хомӣ ва норасоии бофтаҳои паренхимаи гурда. 2. Рушди пиелонефритҳои интерстициалӣ, нефролитиаз, калсификатсияи гурдаҳо, ки бо пажмурдашавии гурда анҷом меёбад.

Табобати комплекси пас аз ҷарроҳӣ аксар вақт аз сабаби ҳолати бараъло зоҳиргаштаи норасоии масунӣ бесамар аст. Дар ҷунин ҳолатҳо тавсия дода мешавад [4,5].

Стимуляторҳои биогенӣ, ки ба бадан ворид карда мешаванд (имплантатсияи бофтаи устухон, ксенотрансплантатсия - трансплантатсияи бофтаҳо ё узвҳои аз дигар намуди биологӣ гирифташуда) равандҳои ҳаётро дар он фаъол намуда, мубодилаи моддаҳои афзоиш медиҳанд ва ба ин васила функсияҳои физиологии организмро зиёд мекунад ва аз ин рӯ, хосиятҳои барқароркуниро зиёд мекунад, ки ба барқароршавӣ (**шифоёбӣ**) мусоидат мекунад [6,7].

Регенератсияи аллотрансплантати устухонӣ ҳангоми пайвандкунии устухон аз сохтори он, бо хун таъмин шудани мавҷеи трансплантатсия ва навъи пайванд (ауто- ё аллотрансплантат, трансплантати спонгиозӣ исфанҷӣ ё кортикалӣ) вобаста аст [8].

Ҳар як пайвандкунии устухон бо чамъшавии хун байни мавҷеи трансплантатсия ва пайванд сафарбарӣ мешавад, ки тадриҷан резорбсияи хуни чамъшуда ва регенератсия бо унсурҳои ҷавони бофтаи пайвасткунанда ба монанди фибробластҳо ба миён меояд [9].

Дар баробари пайдо шудан ва зиёд шудани шумораи онҳо дар матритсаи калсификатсияшудаи пайванд, равандҳои ташаккули элементҳои бофтаи пайвасткунанда бо фибробластҳо, ки бо рағҳои хун сабзида мешаванд, оғоз мешаванд. Реваскуляризацияи аллотрансплантати устухонӣ нисбатан дер ба амал меояд, ки дастрасии лимфоситҳои иммуниро ба ҳуҷайраҳои пайвандак суғурта мекунад [10,11].

Нишондод барои пайванд намудани устухон пешрафти раванди пажмурдашавии гурдаҳо дар заминаи норасоии шадиди масуният буд, ки он ба ҳолати мураккаби диспластикӣ ва норасоии масуният вобаста аст.

Назорати динамикаи таҷдиди равандҳое, ки пас аз истифодаи стимуляторҳои биогенӣ рух медиҳанд, аз таъобати комплекси мақсаднок дар давраи таъобати метафилактикии барқарорсозӣ иборат аст.

Дар асоси таҷрибаи истифодаи стимуляторҳои биогенӣ дар нефролитиаз мо натиҷаҳои самаранокии стимуляторҳои биогениро, ки равандҳои ҳаётан муҳимро фаъол мекунад, татбиқ намудем ва омӯхтаем. Баланд бардоштани мубодилаи моддаҳо, ба ин васила ба пурқувват намудани функцияҳои физиологии бадан, муқовимати бадан ва хосиятҳои барқароркунондаи он мусоидат менамояд.

Бо дарназардошти он, ки уролитиаз дар аснои ҳолати диспластикӣ ба вучуд омадааст, он бо оризаҳои пиелонефрити калкулёзӣ бо оқибати пажмурдашавии гурда анҷом меёбад. Стимуляторҳои биогенӣ хатари пажмурдашавии гурдаро тавассути баланд бардоштани масунияти кӯдакони бемори гирифтори уролитиаз пешгирӣ мекунад.

Мақсади омӯзиш. Натиҷаи таъобати реабилитационии нефролитиази дутарафа, ПК, БМГ-ро тавассути истифодаи стимуляторҳои биогенӣ беҳтар карда, пажмурашавии минбаъдаи гурдаҳо қатъ карда шавад.

Мавод ва усулҳои тадқиқот. Дар давраи солҳои 2017-2022 дар 78 кӯдаки гирифтори нефролитиази дутарафа (зиёду марҷоншакл) бо ПК II-III дараҷа, БМГ калкулёзии III дараҷа дар заминаи дисплазияи гурда дар кӯдакон стимуляторҳои биогенӣ истифода шуданд.

Синну соли кӯдакон: аз 3 то 5 сола 8 бемор, аз 6 то 8 сола 15 бемор, аз 9 то 11 сола 25 бемор, аз 12 то 18 сола 30 бемор буданд. Аз онҳо 45 нафар писарбача ва 33 нафар духтарон буданд. Динамикаи рафти беморӣ аз собиқаи нефролитиаз бо чараёни шадиди обструктивию фассодии ПК вобаста аст. Дар ҳамаи 78 кӯдак норасоии полиорганӣ

ҷой дошт, ки бо аломатҳои зерин зоҳир мешуд: ҳароратбаландӣ, олигоанурия, тавозуни ноустувори кислотаю асос ва тавозуни электролитҳо, креатинин, нитрогени боқимонда, Hb, Ht, ALT, AST, норасоии масуният.

Дар дараҷаи вазнини токсикоз дар баробари стимуляторҳои биогенӣ таъобат бо контрикал (5000-10000 воҳид/кг) ё гордокс (5000-10000 воҳид/кг) гузаронида шуд, ки онҳо бо бастании ферментҳои протеолиз ба ҳучайра таъсири муҳофизатӣ мерасонанд, мембранаҳои ҳучайраҳоро ҳифз менамоянд ва равандҳои катаболизмро суст мекунад. А.А. Азизов бо муаллиф (2014). Гузаронидани таъобати десинсибилизатсионӣ низ ҳатмӣ буд.

Сангҳои гирифташуда дар модели аз фенпласт пешниҳод гашта, сангҳои сершумор ва марҷоншакли аз системаи ҳавзаку холиб дар ҳолати нефролитиази билатералӣ, ПК, ХБД дар кӯдакон рафъ кардашуда насб гаштаанд.



Дар давраи пас аз чарроҳӣ хангоми муоинаи диспансерӣ норасоии масунияти устувор дар заминаи пиелонефрити музмини калкулёзӣ муқаррар карда шуд.

Барои боздоштани пажмурашавии минбаъдаи гурдаҳо дар баробари таъобати мураккаби алоимӣ стимуляторҳои биогенӣ – «пайвандкунии устухон» истифода мешуд.

Истифодаи терапияи комплексӣ бо илова кардани стимуляторҳои биогенӣ ҳамчун таъобати бофтаҳо ҳолати иммунии беморони гирифтори пиелонефрити музмини калкулёзӣ ва БМГ-ро баланд мекунад.

Натиҷаҳо. Дар муолиҷа тадбирҳо ба кам кардани захролудшавӣ, рафъи тавозуни электролит ва кислотаю асос, ба эътидол овардани ҳарорати бадан, беҳтар намуда-



ни хосиятҳои реологии хун нигаронида шудаанд.

Табобат тавассути воридкунии дохили-варидии маҷмӯи витаминҳои А, В, С, доруҳои калий, доруҳои гепатотропӣ, агентҳои зидди тромбоситҳо (реополиглюкин, геланитол, гемодез), АТФ, кокарбоксилаза, антигистаминҳо, гормонҳои анаболикӣ гузаронида шуданд. Табобати иммуномодуляторӣ тавассути Т-активин, сиклоферон, аевит ва пайвандкунии бофтаи (бофтаи устухон) иҷро шуд. Ҳамин тариқ, ба мо муяссар гашт, ки фаъолияти узвҳо барқарор ва раванди пажмурашавии гурдари қатъ карда намоем.

Беморон таҳти назорати диспансерӣ қарор доранд. Таҳқиқоти назоратӣ ва табобати барқарорсозӣ ҳар сол гузаронида мешаванд. Дар баробари ин ба нишондиҳандаҳои гомеостаз, уродинамика ва системаи иммунӣ диққати махсус дода мешавад.

Ҳама марҳилаҳои табобати барқарорсозӣ ба эътидол овардани иммунитет ва уродинамика нигаронида шудаанд.

Сарфи назар аз мураккабии ин равандҳо, норасоии масуният ва синдроми пешоб: пиурия, албуминурия, намакҳо ва синдроми дард устувор мемонанд. Бо дарназардошти гуфтаҳои боло, барои пешгирии пажмурдашавии минбаъдаи гурда, стимуляторҳои биогенӣ, «пайванди устухон» истифода бурда шуд. Мавод аз устухони қабургаи ҳайво-

нот сохта шудааст, ки лиофилизатсия ва сипас стерилизатсия карда мешавад:

Пайванди устухон дар амалиётхона анҷом дода мешавад. Майдони пайванди устухон бо хурдтарин ташаккули анатомӣ девори пешу паҳлӯи шикам дар тарафи рости ноф, қад-қади канори паҳлӯи мушаки рости шикам мебошад. Ин минтақа бо камтарин ҳосилаҳои анатомӣ, яъне пӯст ва бофтаи зерӣ пӯст фарқ мекунад. Бевосита дар зерӣ пӯст печишҳои хурди венозӣ ва рағҳои хурд ҷойгиранд. Сипас, фассияи сатҳӣ, ки дар зерӣ он стимулятори биогенӣ (бофтаи устухон) насб карда мешавад, яъне дар зерӣ фассияи болои апоневрози мушакҳои кунҷи шикам.

Зери анестезияи мавқеӣ бо новокаини 2% дар пӯст, насби зерӣ пӯст ва фассияи сатҳӣ бурриш карда, сипас бандҳои апоневротикиро ба таври кунд васеъ намуда, трансплантатсияи порчаи бофтаи устухонро гузаронида, чарроҳат қабат ба қабат дӯхта мешавад. Дар давраи пас аз чарроҳӣ, мониторинги динамикии гемоуродинамика, параметрҳои биохимиявӣ ва иммунологӣ бурда мешавад.

Назорати гемодинамика, уродинамика ва тағироти иммунологие, ки аз стимулятори биогенӣ ба амал омадаанд, дар чадвал оварда шудаанд. Нишондиҳандаҳои пеш аз ва баъд аз истифодаи стимуляторҳои биогенӣ пешниҳод гаштаанд.

Динамикаи натиҷаҳои тадқиқоти иммунологӣ дар давраи табобати барқарорсозӣ.

№	Номи нишондиҳандаҳои ҳолати иммунӣ	Меъёр	Вақти гирифтани таҳсис		
			То амалиёт	Баъди як моҳи гузаронидани трансплантатсия	Баъди шаш моҳи гузаронидани трансплантатсия
1.	Иммунитети ҳучайравӣ				
А.	CD ₃ (Т-лимфоситҳо)	55-69%	30-37%	36%	67%
Б.	CD ₄ (Т-хелперҳо)	55-69%	27%	24%	64%
В.	CD ₈ (Т-супрессорҳо)	55-69%	10%	12%	55%
Г.	CD ₂₀ (В-лимфоцитҳо)	55-69%	15%	17%	58%
Д.	CD ₉₅ (апоптоз)	55-69%	18%	19%	61%
Е.	Фагоситоз	100%	75%	86%	98%
2.	Иммунитети гуморалӣ				
А.	Имуноглобулин - А	197±24 мг%	134 мг%	148 мг%	195 мг%
Б.	Имуноглобулин - М	105±9 мг%	0,79 мг%	0,93 мг%	103 мг%
В.	Имуноглобулин - G	1320±119мг%	889 мг%	949 мг%	1300мг%

Тавре ки аз ин чадвал дида мешавад, дар давраи пеш аз чарроҳӣ параметрҳои ҳола-

ти иммунӣ (ҳучайравӣ ва гуморалӣ) якбора паст мешаванд. Пас аз пайвандкунии усту-



хонҳо, нишондиҳандаҳои ҳолати иммунӣ ба ҳолати муқаррарӣ баргаштанд.

Бо дарназардошти он, ки реваскуляризация дер рух медиҳад ва дастрасии лимфоситҳои иммунӣ ба ҳучайраҳои пайванд суст мешавад, мо пайванди устухонҳоро дар беморони гирифтори сангҳои бисёру марҷоншакли дутарафаи гурда, **БМГ** дар марҳилаи терминалӣ, дар давраи табобати барқарорсозӣ анҷом медиҳем.

Ҳамин тариқ, аз ҳисоби ангиизиши бадан бо стимуляторҳои биогенӣ муяссар мегардад, ки раванди илтиҳобӣ қатъ карда шавад, мақоми иммунӣ баланд шавад ва ба ин васила фаъолияти раванди пажмурдашавии гурдаҳоро бозошта шавад.

Мисолеро пешниҳод менамоем. Бемор Н.- 22-сола. Бо шикоятҳо аз дарди доимии кундзехн дар минтақаи камари чап ва сустии умумӣ қабул карда шуд. Аз анамнез маълум шуд, ки дар синни 5 солагӣ бо ташҳиси “нефролитиази дутарафа, ПК дараҷаи II-III, **БМГ** дараҷаи I “ ба ӯ амалиёти ҷарроҳӣ гузаронида шудааст.

Амалиёти «Нефрутерэктомия аз тарафи рост» бинобар марғи гурда аз пионефрози калкулезӣ анҷом дода шудааст. Дар тӯли чанд соли охир табобати алоимӣ гирифта беҳшавӣ надодааст.

Аломатҳои норасоии узвҳои сершумор (уремия, нафаскашии уремикӣ, камхунӣ, дарунравии уремикӣ ва ғ.) меафзуданд. Бемор ду маротиба бо беҳбудии кӯтоҳмуддат диализ гирифт. Бад шудани ахвол сангҳои бисёру марҷонмонанди гурдаи ягонаи чап, пиелонефрити калкулёзӣю обструктивӣ (ПКО) ва бемории музмини гурда (**БМГ**) вобаста аст. Бо дарназардошти гуфтаҳои боло, тасмим гирифта шуд, ки “амалиёти хатарнок”

анҷом дода шавад: декомпрессию санатсионӣ бо хориҷ кардани сангҳо, нефроуретеролиз ва дериватсияи пешоб.

Бозёфти оперативӣ: Дар баробари раванди обструктивӣ ва нефросклерози шадид, фибролипоматоз бо бандшавии лимфа ва хуни варидҳо ба назар мерасад. Пас аз хориҷ кардани сангҳо, нефроуретеролиз ва озод кардани рағҳои асосии гурда аз часпишои илтиҳобӣ анҷом дода шуд. Сипас дренажгузори ҳавзаку ҳолиб гузаронида шуд.

Дар давраи баъдиамалиётӣ сар карда аз рӯзи дуюм пешоб 100 мл пайдо шуд, дар рӯзҳои минбаъда диурез тадриҷан зиёд ва барқарор шуд, азотемия кам шуд. Дар охири моҳи якум параметрҳои уро- ва гемодинамикӣ ба ҳолати муқаррарӣ баргаштанд. Бемор тахти назорати уролог барои табобати диспансерӣ ҷавоб дода шуд. Дар давоми 2 соли мушоҳида бадшавии ҳолат мушоҳида намешавад, вале сустии умумӣ, иштиҳо суст, хуручи пиелонефрит ба назар мерасад. Ба ин муносибат қарор дода шуд, ки ба табобати реабилитационӣ «Пайванди устухон» бо усули Филатов (1953) стимулятории биогенӣ илова карда шавад. Бо ин мақсад бемор дар беморхона бистарӣ карда шуда, муоинаи пурраи клиникаю лабораторӣ ва иммунологӣ гузаронида шуд.

Хулоса. Ҳамин тариқ, дар давраи тӯлонии пас аз истифодаи стимуляторҳои биогенӣ (бофтаи устухон) аломатҳои норасоии полиоргани барқарор мешаванд. Унсурҳои тамоми қисмҳои системаи иммунӣ махсусан ба таври назаррас ба эътидол меоянд. Дар натиҷа, марғи гурда пешгирӣ карда мешавад, яъне. уро- ва гемодинамикаи кӯдакони бемори гирифтори нефролитиази дутарафаи мураккаб беҳтар мешавад.

Адабиёт

1. Литман И. «Оперативная хирургия». Издательство Академии наук Венгрия-Будапешт-1981. Стр.315-335.
2. Ю.И. Лопухин., В.С. Савельев. «Хирургия». Москва-1997. Стр.111-113.
3. Филатов В.П. Тканевая терапия (учение о биогенных стимуляторах): Стенограмма двух публичных лекций, прочит. для врачей / Герой Соц. Труда лауреат Сталинских премий акад. В.П. Филатов. (2-е изд.). М.: Знание, 1953. 48 с.
4. Филатов В.П. Тканевая терапия (Лечение биогенными стимуляторами). Ташкент: Госиздат УзССР, 1948 (тип. №1). 208 с.



5. Брук А.М., Вилянский М.П. Лечение способом подсадки тканей. Челябинск: Челяб. обл. гос. изд-во, 1952. 47 с.
6. Айвазян А.В. Тканевая терапия при урологических заболеваниях // Клиническая медицина. 1951. №3. С.70-72.
7. Коган Е.С. Опыт лечения бронхиальной астмы тканевыми препаратами // Врачебное дело. 1948. №7. С.629-630.
8. Venediktova K.P. Experience of tissue therapy in dermatology: Ph.D. dis. Rostov n / D., 1954. 10 p.
9. N.Z. Monakov. Alloplasty in surgery and traumatology. Proceedings of the VIII Plenum of the Boards of the All-Union Society of Surgeons. Leningrad - 12-14, 1964.
10. A.P. Koveshnikov. Alloplasty for recurrent inguinal hernias. 1965. P. 205.
11. R.V. Bekiev. Use of a porcupine needle for fractures of tubular bones. Candidate's abstract. honey. Sciences. 1968.

К ВОПРОСУ О ПРИМЕНЕНИИ ТКАНЕВОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ДВУСТОРОННЕМ МНОЖЕСТВЕННОМ КОРАЛЛОВОМ НЕФРОЛИТИАЗЕ НА ФОНЕ КАЛЬКУЛЕЗНОГО ПИЕЛОНЕФРИТА И ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ПОЧЕК У ДЕТЕЙ

Азизов А.А.^{1,2}, Шарипов А.М.^{1,2}, Бадалов Ш.А.^{1,2}, Магзумов Д.Р.³, Азизов Б.А.⁴

¹Кафедра детской хирургии ТГМУ имени Абуали ибн Сино. ²Государственное учреждение Республиканский научно-клинический центр педиатрии и детской хирургии. ³Медико-диагностический центр «Шифой Рахмон». ⁴ROS «Tabiati solim».

Одним из популярных методов лечения с древних времен является использование препаратов, полученных из костной ткани животных. В статье представлены результаты анализа метода тканевой терапии академика В.П. Филатова по использованию костной ткани. Приведены данные об основных клинических эффектах тканевых препаратов в современном информационном поле по тканевой терапии, что позволяет сделать вывод: - история развития научных и клинических исследований известного с древних времен метода лечения, полученного из тканей животных, особенно из костной ткани животных (ксентотрансплантат - костный трансплантат, взя-

тый от теленка человеку), указывает на эффективность, доступность и безопасность этих методик при всех хирургических патологиях, в частности при двустороннем нефролитиазе, хроническом заболевании почек.

Таким образом, имеет смысл задуматься о необходимости использования забытых официальной медициной популярных методов терапии и профилактики заболеваний, одним из которых является тканевая терапия.

Ключевые слова: двусторонние концентрические и множественные конкременты, ДЦП, ХБП, фибролипоз почек, биогенные стимуляторы, костная пластика.

TO THE QUESTION OF THE APPLICATION OF TISSUE THERAPY IN BILATERAL MULTIPLE CORAL NEPHROLITIASIS ON THE BACKGROUND OF CALCULOUS PYELONEPHRITIS AND CHRONIC KIDNEY DISEASE IN CHILDREN

Azizov A.A.^{1,2}, A.M. Sharipov^{1,2}, Badalov SH.A.^{1,2}, Magzumov D.R.³, Azizov B.A.⁴

¹Department of Pediatric Surgery, Tajik State Medical University named after Abuali ibn Sino. ²State Institution Republican Scientific Clinical Center of Pediatrics and Pediatric Surgery. ³Medical diagnostic center «Shifoi Rahmon». ⁴ROS «Tabiati solim».

One of the popular methods of treatment since ancient times is the use of derivative preparations from animal bone tissue. The article presents the

results of the analysis of the tissue therapy method of Academician V.P. Filatov on the use of bone tissue. Data are given on the main



clinical effects of tissue preparations in the modern information field on tissue therapy, which allows us to conclude: - the history of the development of scientific and clinical research of a treatment method known from ancient times, derived from animal tissues, especially animal bone tissue (xentograft - bone graft taken from a calf to a human) indicates the effectiveness, availability and safety of these techniques in all

surgical pathologies, in particular in bilateral nephrolithiasis, chronic kidney disease.

Thus, it makes sense to think about the need to use the forgotten official medical - popular methods of therapy and prevention of diseases, one of which is tissue therapy.

Key words: bilateral staghorn and multiple concrements, CP, CKD, renal fibrolipomatosis, biogenic stimulants, bone grafting.

Азизов Азам Азизович, д.и.т. профессори кафедраи ҷарроҳии кӯдакони МДТ «ДДТТ ба номи Абуалӣ ибни Сино»; Тел: 918-64-41-51

Шарипов Асламхон Махмудович, д.и.т., мудири профессори кафедраи ҷарроҳии кӯдакони МДТ «ДДТТ ба номи Абуалӣ ибни Сино»; E-mail: aslam72@mail.ru Тел: 907-70-82-50

Бадалов Шамсиддин Алиевич, ассистенти профессори кафедраи ҷарроҳии кӯдакони МДТ «ДДТТ ба номи Абуалӣ ибни Сино»; E-mail: shamsiddin.1985b@gmail.com Тел: 918-33-26-73; 887-00-33-85

Мағзумов Дилшод Раҳмонходжаевич, директори Маркази таобтӣ-ташҳисии «Шифои Раҳмон»; -mail: magzumov1971@mail.ru Тел: 918-91-15-00

Азизов Бахтиёр Азамович, директори ЧМД «Табиати солим». Тел: 907-07-97-55; 919-39-27-02

Азизов Азам Азизович, д.м.н., профессор кафедри детскои хирургии ГОУ «ТГМУ имени Абуали ибни Сино»; Тел: 918-64-41-51

Шарипов Асламхон Махмудович, заведующий кафедрой детский хирургии ГОУ «ТГМУ имени Абуали ибни Сино»; E-mail: aslam72@mail.ru Тел: 907-70-82-50

Бадалов Шамсиддин Алиевич, ассистент кафедры детскои хирургии ГОУ «ТГМУ имени Абуали ибни Сино»; E-mail: shamsiddin.1985b@gmail.com Тел: 918-33-26-73; 887-00-33-85

Мағзумов Дилшод Раҳмонходжаевич, директор Лечебно-диагностический центр «Шифо-и Раҳмон»; -mail: magzumov1971@mail.ru Тел: 918-91-15-00

Азизов Бахтиёр Азамович, директор ООО «Табиати солим». Тел: 907-07-97-55; 919-39-27-02

Azizov Azam Azizovich, Doctor of Historical Sciences, Professor of the Department of Pediatric Surgery, State Medical University named after Abuali Ibni Sino; Tel: 918-64-41-51

Sharipov aslamkhon makhmudovich, Head of the Department of Pediatric Surgery, Abuali Ibni Sino State Medical University; E-mail: aslam72@mail.ru Phone: 907-70-82-50

Badalov Shamsiddinalievich, Assistant of the Department of Pediatric Surgery, State Medical University named after Abuali Ibni Sino; E-mail: shamsiddin.1985b@gmail.com Phone: 918-33-26-73; 887-00-33-85

Dilshod Magzumov, Director Medical and Diagnostic Center; -mail: magzumov1971@mail.ru Phone: 918-91-15-00

Азизов Бахтиёр Азамович, директор ООО «Табиати солим». Phone: 907-07-97-55; 919-39-27-02



СИНДРОМИ ДЕФЕКАТСИЯИ ОБСТРУКТИВӢ ДАР БЕМОРОНИ ДОРОИ БЕМОРИҲОИ МУЗМИНИ ЧАРРОҲИИ КАНАЛИ МАҚЪАД

Аннаев М.Б.

Кафедраи чарроҳии умумии №1 ба номи профессор А.Н. Қаҳҳоров
МДТ “ДДТТ ба номи Абуалӣ ибни Сино”, Тоҷикистон

Муҳимият. Айни замон, омӯзиши адабиёти илмӣ муайян кардааст, ки 7% -и аҳолии калонсол 10-60%-и беморони қабзияти музмин дорои симптомҳои дефексияи обструктивӣ (иснсидодӣ) мебошанд: душворшавии дефекасия, ки онро зӯр задан, тенезмҳои такроршаванда, эҳсосоти пурра холи нашудани роstrӯда, истифода намудани даст барои холи кардани роstrӯда, истифода намудани доруҳои таскиндиҳанда ва ё имола, нороҳатӣ ва дард дар қисмҳои поёнии шикам [1, 3, 6].

Қабзияти функционалӣ маъмулан ба қабзияти охистагузаранда ва қабзияти ҳамроҳ бо ихтилоли амали дефекасия тасниф мешавад [7]. Муаллифон таъкид мекунанд, ки беморони дорои синдроми дефекасияи обструктивӣ (ДОС) ҳамеша транзити муътадили мухтавои дохили рӯдаи ғафсро доранд, бо таваққуфи сегменти ректосигмоидии рӯдаи ғафс [8]. Муқарар карда шудааст, ки тақрибан 20% -и занҳои болиғ аз ДОС озор мебинанд [9, 10], аз ҷумла бо ректоселе то 48,2% -и ҳолатҳо [5].

Таҳлили адабиёти илмӣ нишон медиҳад, ки сабаби ДОС гуногун аст, натиҷаи ҳамбастагии сабабҳои зиёди функционалӣ ва анатомӣ аст, ки ба механизмҳои тахлияи ҳангоми дефекасия таъсир мерасонад [2, 9]. Айни замон «стандартҳои тиллоӣ»-и табобати чарроҳии ДОС мавҷуд нест, мушкили он интихоби дурусти усулҳои консервативӣ ва чарроҳии табобат ва яққоя истифода кардани онҳо аст [4]. Дар робита бо гуфтаҳои боло, омӯхтани хусусиятҳои синдроми дефекасияи обструктивӣ дар беморони дорои бемориҳои музмини чарроҳии канали мақъад мубрам мебошад.

Мақсади таҳқиқот. Омӯхтани басомади дучоршавӣ ва хусусиятҳои зухуроти клиникӣ синдроми дефекасияи обструктивӣ дар беморони дорои бемориҳои музмини чарроҳии канали мақъад иебошад.

Мавод ва усулҳои таҳқиқот. Мо таҳлили ретроспективии таърихи бемории 3822 беморро гузаронидем, ки дар шӯъбаи колопроктологияи МД МТШ №2 ш. Душанбе аз соли 2017 то 2022 бистарӣ буданд. Синну соли миёнаи беморон $49,2 \pm 15$ солро ташкил дод. Аломатҳои асосии синдроми дефекасияи обструктивӣ мушкилии дефекасия ва эҳсосоти нопурраи холи шудани роstrӯда мебошанд. Дарднокӣ ҳангоми дефекасия, ки яке аз симптомҳои ДОС дар беморони дорои ХХПАК ҳастанд, мувофиқи шкалаи визуалӣ-аналогӣ (ВАШ) аз 0 то 100% буд. Хусусиятҳои шиддатнокии дард мувофиқи ВАШ дар 5 дараҷа зоҳир шуд: аз набудани дард то дарди тоқатнопазир.

Барои бемориҳои чарроҳишавандаи музмини канали мақъад (БЧМҚМ) аз усулҳои инструменталии таҳқиқот истифода карда шуд: таҳқиқот бо ангуштон, ано- ва ректоскопия, зондгузорӣ дар роҳҳои носурҳо, ТУС-и сфинктери мақъад, фистулография ва манометрияи аноректалӣ. Бояд қайд кард, ки мавҷуд будани зонди борики мақъад дар дастгоҳи «Гастро Скан-СФ» барои мо имконият дод, ки онро дар беморони дорои тангшавии пасазчарроҳии канали мақъад истифода намоем. Ҳамчунин дар ҳамаи беморон пурсишномаро, ки дар Маркази давлатии илмии колопроктология (МДИК) таҳия карда шудааст (соли 1993) ва баҳогузориҳои функсияи холишавӣ бо балл, ҳамчунин функсияи нигоҳ доштан бо ёрии шкалаи баҳогузорӣ ба дараҷаи инконтиненсия (Шкалаи Векснер) ба қор бурданд. Барои муайян кардани басомади дучоршавӣ ва хусусиятҳои синдроми обструктивӣ (иснсидоди) дефекасия дар байни беморони дорои БЧМҚМ ҳамаи беморон ба 4 гурӯҳ ҷудо карда шуданд: гурӯҳи I – аз 1954 бемори дорои геморройи музмин; дар гурӯҳи II – 1356 бемори дорои носурҳои рӯдаи рост; дар гурӯҳи III – 452 бемори дорои қафида-

гии музмини мақбад ва 60 бемори дорои тангшавии пасазчарроҳии канали мақбад ба гурӯҳи IV – дохитл шуданд.

Коркарди омории натиҷаҳо бо ёрии бастаи стандартии барномаҳои амалии Statistica 10.0 (StatSoftInc., ИМА) анҷом дода шуд. Бузургҳои миқдорӣ дар шакли кимати миёна ва ғалтҳои стандартии он ($M \pm m$) тавсиф карда шуданд. Бо мақсади муайян кардани басомади қиматҳои нишондиҳандаҳои сифатии байни гурӯҳҳо ва баҳоидиҳӣ ба қиматҳои омории аз критерияи χ^2 истифода карда шуд. Фарқият хангоми аз ҷиҳати омории муҳим будани сатҳи $p < 0,05$ муҳим шуморида шуд.

Натиҷаҳои таҳқиқот. Ҳаёти синнусолӣ-чинсии беморони дорои ДОС дар заминаи БҶМКМ нишон дод, ки чинси мард бартарӣ дошт ва 2837 (74,2%), занҳо - 985 (25,8%) -ро ташкил доданд, яъне се маротиба кам буданд, ки ин дар натиҷаи фарқиятҳои хусусиятҳои

анатомӣ-физиологӣ чатан ва канали мақбад дар мардҳо ба вучуд омадааст. Қисми бештари мардҳо (37,2%) беморони синну соли 40-59-сола ташкил доданд, ки ба синну соли қобилияти қорӣ тааллуқдоранд. Дар байни занҳо бошад, бартариро (14,8%) беморони синну соли 20-29-сола ташкил доданд.

Дар байни беморони дорои БҶ МКМ беморони дорои БМ 1954 (51,1%) ҳолат; дорои носури рӯдаи рост (НРР) - 1356 (35,5%); бо кафидагии музмини рӯда (КМР) - 452 (11,8%) беморонро ташкил доданд ва 60 (1,6%) дорои стенози пасазчарроҳии канали мақбад (СПКМ) (ҷадвали 1) буданд. Ҳамин тавр, беморони дорои бавосири музмин, дар байни беморони дорои БҶМКМ мавқеи асосиро касб мекарданд, дар ҷои дуюм – носури рӯдаи рост (НРР) меистад. Дар ин таҳқиқот беморони дорои стенози пасазчарроҳии канали мақбад (60 (1,6%) ҳолатро ташкил дод (дар 5 сол).

Ҷадвали 1. – Сохтори бемориҳо дар байни беморони дорои бемориҳои ҷарроҳишавандаи музмини канали мақбад (БҶМКМ).

БҶМКМ	Мутл. (%)
Носури музмин (НМ)	1954(51,1%)
Носури рӯдаи рост (НРР)	1356(35,5%)
Кафидагии музмини мақбад (КМР)	452(11,8%)
Стенози пасазчарроҳии канали мақбад (СПКМ)	60(1,6%)
Ҳамагӣ:	3822(100,0%)

Тибқи маълумоти ҷадвали 1, дар байни шикоятҳои беморони ҳама гурӯҳҳои таҳқиқшаванда пешниҳод кардаанд, душворӣ ва зӯрзани аз ҳад зиёд хангоми де-

флексия, ҳамчунин дарозшавии муҳлати онҳо дар 100,0% -и ҳолатҳо (60), дар беморони дорои СПКМ дида шуд. Дар ҷои дуюм симптомҳои зикршуда дар беморо-

Ҷадвали 2.- Шикоятҳои беморони дорои бемориҳои ҷарроҳишавандаи музмини канали мақбад.

Шикоятҳо \ Гурӯҳ	I n=1954 (%)	II n=1356 (%)	III n=452 (%)	IV n=60 (%)	Ҳамагӣ: n=3822 (%)
Душворӣ ва аз ҳад зиёд зӯр задан хангоми дефекация	204 (10,4%)	99 (7,3%)	287 (63,5%)	60 (100,0%)	650 (17,0%)
Увеличение длительности дефекации	62 (3,2%)	81 (6,0%)	359 (79,4%)	60 (100,0%)	562 (14,7%)
Ощущение неполного опорожнения	70 (3,6%)	78 (5,7%)	233 (51,5%)	47 (78,3%)	428 (11,2%)
Болезненность дефекации	45 (2,3%)	64 (4,7%)	452 (100,0%)	34 (56,7%)	595 (15,6%)
Ректальное кровотечение	1187 (60,7%)	14 (1,0%)	94 (20,8%)	19 (31,7%)	1314 (42,2%)
Ручное пособие при стуле	7 (0,4%)	17 (1,2%)	-	12 (20,0%)	36 (0,9%)

Эзоҳ: $p < 0,05$ хангоми муқоиса кардани байни гурӯҳҳо (тибқи критерияи χ^2)



ни дорои КММ дида шуд, ки мутаносибан 65,3 ва 74,9% -ро ташкил дод. Шикоятҳо аз хусуси пурра холӣ нашудаи дар 428 (11,2%) бемор аз ҳамаи беморони таҳқиқшуда дида шуд, ки дар байни онҳо мавқеи асосиро беморони гурӯҳи IV дар СПКМ – 47 (78,3%) муоинаҳо ба назар расид. Дарднокӣ ҳангоми дефекаатсия дар байни беморони ҳамаи гурӯҳҳо 595(15,6%) ҳолатро ташкил дод, аз онҳо 452(100,0%) аз тарафи беморони гурӯҳи III – и дорои КММ дида шуд. Басомади муайян кардани симптомҳои хоси ДОС дар беморони ҳама

гурӯҳҳои таҳқиқшуда дар чадвали 2 оварда шудааст.

Аломатҳои ДОС (се ва зиёда симптомҳо) дар беморони дорои БЧМКМ дар 747 (19,5%) ҳолат дида шуд (чадвали 3): дар 301 (15,4%) ҳолат дар беморони гурӯҳи I –и дорои носури музмин, дар 84 (6,2%) беморони гурӯҳи II бо носури рӯдаи рост, дар 307 (67,9%) ҳолат дар беморони гурӯҳи III дорои кафидагии музмини мақъад ва дар 55 (91,7%) ҳолат ҳангоми тангшавии пасазчарроҳии канали мақъад дар байни беморони гурӯҳи IV ба мушоҳида расид.

Чадвали 3.- Басомади дучоршавии ДОС дар байни беморони дорои бемориҳои музмини канали мақъад.

Гурӯҳ	I (n=1954)	II (n=1356)	III (n=452)	IV (n=60)	Всего: (n=3822)
Басомади ДОС, мулт. (%)	301 (15,4%)	84 (6,2%)	307 (67,9%)	55 (91,7%)	747 (19,5%)

Эзоҳ: $p < 0,05$ ҳангоми муқоиса кардани байни гурӯҳҳо (тибқи критерияи χ^2)

Дарачаи I-и шиддатнокии дард мувофиқи шкалаи ВАШ танҳо дар байни беморони дорои КММ дида нашуд, аммо дар байни ҳамаи беморони ин гурӯҳ дараҷаҳои гуногуни шиддатнокии дард ба қайд гирифта шуд. Дарди саҳт, яъне дараҷаи III-и шиддатнокии дард дар байни беморони дорои КММ-и сатҳӣ дида шуд (19,7% аз 89 муоина) ва СПКМ дар яқҷоягӣ бо охирин (11,7% дар байни 60 бемор). Дарди тоқатнопазир (дараҷаи V – баҳодихии шиддатнокии синдроми дард мувофиқи шкалаи ВАШ) дар 17 нафари беморони дорои КММ-и амиқ буд. (Дар ҳолатҳои боқимондадарди суст ва миёна (304 (51,1%) ва 178 (29,9%) мутаносибан дар байни 595) дард дар беморони дорои ДОС дар заминаи БЧМКМ дида шуд.

Дар байни ҳамаи беморони таҳқиқшуда 36 (0,9%) -и беморон ҳангоми дефекаатсия ба усулҳои дастӣ рӯ оварданд: 7 (0,4%) ҳолат дар беморони дорои бавосири музмин; 17 (1,2%) – бо НРР ва 12 (20,0%) – бо СПКМ. Қайд кардан зарур аст, ки беморони дорои бавосири музмин ҳангоми дефекаатсия бинобар ректосели ҳамроҳшуда ба усулҳои дастӣ рӯ оварданд. Дар натиҷаи дарднокӣ ягон бемори дорои КММ ҳангоми дефекаатсия ба усулҳои дастӣ рӯ наоварданд.

Қайд кардан зарур аст, ки қисми бештари ДОС дар байни беморони дорои бемориҳои канали мақъадро беморони дорои тангшавии пасазчарроҳии канали мақъад ташкил дод, ки 91,2%-и ҳолатҳоро ташкил до два дорои хусусиятҳои органикӣ буд, ки ислоҳи ин беморӣ дар ин категорияи беморон бо роҳи амалиёти ҷарроҳӣ амалӣ кардан лозим аст. Дар 5 муоина(аз 60 нафари дорои СПКМ беморони дорои дараҷаи I-и тангшавӣ танҳо аз мавҷуд будани дард ҳангоми дефекаатсия шикоят доштанд. Дар ҷои дуюм аз ҷиҳати микдори дучоршавии ДОС дар беморони дорои кафидагии канали мақъад (КАМ) меистод, ки 67,9%-и ҳолатҳоро ташкил дод. Қисми ками ДОС-ро беморони дорои носурҳои рӯдаи рост ташкил медоданд, ки Наименьшую часть СОД составили больные со свищами прямой кишки, 6,2% -и ҳолат буданд. Сабабҳои асосии ДОС дар ин беморон танҳо ҳангоми носурҳои мураккаби параректалӣ бо пектенози канали мақъад ба мушоҳида расид.

Дар беморони гурӯҳи I-и дорои носури музмин қисми асосии ДОС дар беморони дорои ректосели ҳамроҳшуда ба мушоҳида расид, ки дар 213 (70,8%) бемор мавҷуд буд ва тибқи маълумоти манометрияи анорек-

талӣ хусусияти омехта дошт. Дар байни беморони чинси марди гурӯҳи I –и дорои бавосири музмин (БМ) ва дар беморони ҳарду чинси гурӯҳи II бо роғи музмини мақъад (РММ) бартарӣ доштани хусусиятҳои функционалии синдроми дефекасияи инсидодӣ (СДИ) ба мушоҳида мерасад. Бояд қайд кард, ки омӯзиши басомадҳои дучоршавии беморӣ дар байни БМЧҚМ дар беморони дорои СПКМ ҳиссаи камтаринро (1,6%) ташкил дод, аммо дар онҳо СДИ дар байни ҳама беморони дорои бемориҳои КМ бисёртар буд, ки ин дар колопроктология хеле актуалӣ буда, танҳо табобати ҷаррохиро талаб мекунад.

Беморони дорои БМЧҚМ дар маҷмӯъ аз нигоҳ дошта натавонистани носури мақъадии (НМ) рострӯда шикоят мекунанд, ки 15,9%-и ҳолатҳоро ташкил дод (ҷадвали 4). Шикоятҳои зиёдтарро беморони дорои БМ (гурӯҳи I) баён доштанд, ки 21,1%-и муоинаҳоро ташкил доданд. Ягон ҳодисаи нигоҳ

дошта натавонистани муҳтавои рӯдаҳо дар беморони дорои РММ (гурӯҳи III) дида нашуд, ки дар ин беморон аз спазми доимии НМ вобаста буда, мувофиқи шкалаи Векснер басифр баробар буд. Дар байни беморони дорои СПКМ (гурӯҳи IV) он танҳо дар 3 ҳолат (5,0%) пас аз буридани НРР дида шуд. Тибқи маълумотҳои натиҷаҳои манометрияи аноректалӣ фишор дар канали мақъад (КМ) дар ҳолат оромӣ дар ҳама гурӯҳҳои таҳқиқшавандаи беморон $50 \pm 5,8$ мм.сут. сим. –ро ташкил дод, нишондиҳандаи камтарин дар беморони дорои бавосири музмин (БМ) - $43 \pm 4,4$ ба қайд гирифта шуд. Баръакс, нишондиҳандаҳои баланди фишор да КМ ($59 \pm 3,2$) нишондиҳандаҳои камтарини фишор ҳангоми бо хости худ кашиш додани НМ рострӯда ($104,8 \pm 27,7$) ба назар расид, дар манометрияи аноректалӣ дар байни беморони дорои РММ дард ва спазми доимӣ муайян карда шуд, ки аз хусусияти функционалии он дарак медиҳад.

Ҷадвали 4. Хусусиятҳои функсияи нигоҳ доштани сфинктери мақъад да беморони дорои бемориҳои ҷаррохишавандаи музмини НМ.

Параметрҳо	Гурӯҳ	I n=1954	II n=1356	III n=452	IV n=60	Ҳамагӣ: n=3822
Шикоятҳо аз нигоҳ дошта натавонистани муҳтавои рӯдаҳо		412 (21,1%)	179 (13,2%)	0,0	3 (5,0%)	594 (15,9%)
Фишор дар канали мақъад (КМ) дар оромӣ, мм.сут.сим. (N - $52,0 \pm 5,6$)		$43 \pm 4,4$	$48 \pm 4,9$	$59 \pm 3,2$	$52 \pm 2,8$	$50 \pm 5,8$
Фишор ҳангоми бо ирода кашиш додани он, мм.сут. сим. (N - $144,0 \pm 17,4$)		$136,7 \pm 22,4$	$140,6 \pm 19,2$	$104,8 \pm 27,7$	$142,8 \pm 4,4$	$142,9 \pm 19,2$
Баҳодихӣ тибқи шкалаи Векснер (M±n)		$3,4 \pm 1,8$	$2,2 \pm 1,6$	0,0	$1,8 \pm 1,2$	$3,2 \pm 1,4$

Эзоҳ: $p < 0,05$ ҳангоми муқоиса кардани гурӯҳҳо (тибқи критерияи χ^2)

Ченкунии манометрии ҳамаи беморони дорои СПКМ бинобар танг будани хусусиятҳои органикӣ ва имконнопазирии гузоштани дастгоҳи зонд дар КМ гузаронида нашуд, балки дар беморон танҳо ҳангоми тангшавии дараҷаи I АК иҷро карда шуд, ки 8 (11,1%) ҳолатро ташкил дод (дараҷаи II СПКМ - 53 (73,6%) ҳолат ва дараҷаи III - 11 (15,3%)) ва дар онҳо роғи КМ дида нашуд. Дар ин маврид нишондиҳандаҳои ин таҳқиқот дар ҳудуди меъёр қарор доштанд (фишор дар КМ дар ҳолати оромӣ - $52,0 \pm 2,8$ мм.сут. сим. Ва фишор ҳангоми кашишхӯрии ихтиёрӣ - $142,8 \pm 4,4$ мм. сут. сим.). Па-

раметрҳои дар боло зикршудаи манометрияи аноректалӣ дар беморони дорои НРР ба ҳисоби миёна мутаносибан $48 \pm 4,9$ ва $140,6 \pm 19,2$ мм. сут. сим. –ро нишон доданд. Сабаби душворӣ ва дарднокии дефекасияи дар беморони гурӯҳи II, яъне дорои НРР пектенози сфинктери мақъад дар ноҳияи сӯроҳии дарунии носур ба ҳисоб меравад. Хунравӣ аз канали мақъад (КМ) дар беморони дорои бемориҳои музмини ҷаррохишавандаи канали мақъад дар маҷмӯъ дар 1314 (42,2%) ба мушоҳида расид. Аз онҳо аз чихати микдор бартарӣ доштани ҳолатҳои хунравӣ дар беморони гурӯҳи I –



и дорои бавосири музмин дида шуд, ки 60,7% -и муоинаро ташкил дод. Аломатҳои СДИ пас аз хомӯш шудани синдроми дард дар канали мақъад дар беморони дорои РММ (роғи музмини мақъад) нест шуданд, ки транзитор ва хусусияти функциональии синдроми дар боло зикршуда ба ҳисоб мераванд. Хусусияти функционалии ин синдром дар беморони дорои РММ бинобар дарди хангоми дефекация пайдошуда ва спазми доимии сфинктери мақъад бартарӣ дорад.

Хулоса. Синдроми дефекацияи обструк-

тивӣ дар беморони дорои бемориҳои музмини чарроҳишавандаи канали мақъад дар 19,5% ҳолат ба қайд гирифта шуданд. Дар байни онҳо беморони дорои тангшавии пасазчарроҳии канали мақъад бартарӣ дошта, сдар 67,9% ҳолат дида шуданд ва хусусияти функционалдоранд. Хусусиятҳои синдроми дефекацияи функционалӣ дар беморони дорои бавосири музмин омехта мебошанд, дар ин маврид қисми органикиро дар занҳо ректосели ҳамроҳшуда ташкил мекунад.

Адабиёт

1. Волобуев А.И. и др. Руководство по лучевой диагностике в гинекологии. СПб., 2008.
2. Деринов А.А, и др. Тактика обследования и лечения женщин с дисцензией тазового дна в колопроктологической практике / Материалы всероссийского форума «Пироговская хирургическая неделя». — 2010. — С. 381—82.
3. Орлова Л.П. и др. Особенности лучевой диагностики ректоцеле // Медицинская визуализация. — 2006. — № 1. — С. 98—102.
4. Перов Ю.В. Синдром обструктивной дефекации / Ю.В. Перов, И.С. Попова, И.А. Михайлов // Новости хирургии Том 24, №4, 2016. Стр. 394-400.
5. Фоменко О.Ю., Состояние функции эвакуации и держания у пациенток с синдромом обструктивной дефекации / О.Ю. Фоменко и др. // Материалы Всероссийской научно-практической конференции с международным участием «Актуальные вопросы колопроктологии». Колопроктология, 2017, №3 (61), стр. 84.
4. 6 Andromanakos N, Skandalakis P, Troupis T, Filippou D. Constipation of anorectal outlet obstruction: pathophysiology, evaluation and management. J GastroenterolHepatol. 2006 Apr;21(4):638-46.
7. Zbar AP, Wexner SD. Coloproctology. SpringerVerlag Specialist Surgery Series. London, UK: Springer-Verlag London Limited; 2010. 221 p.
8. Steele SR, Mellgren A. Constipation and Obstructed Defecation. Clin Colon Rectal Surg. 2007 May; 20(2): 110-17. doi: 10.1055/s-2007-977489.
9. Travaglio E, Lemma M, Cuccia F, Tondo M, Giannini I, Di Lena M, et al. Prevalence of constipation in a tertiary referral Italian Colorectal Unit. Ann ItalChir. 2014 May-Jun;85(3):287-91.
10. Tack J. Current and future therapies for chronic constipation // Best Pract. Res. Clin. Gastroenterol. — 2011. — 25(1). — P. 151—58.

СИНДРОМ ОБСТРУКТИВНОЙ ДЕФЕКАЦИИ У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКИМИ ХИРУРГИЧЕСКИМИ ПАТОЛОГИЯМИ АНАЛЬНОГО КАНАЛА

Аннаев Максид Баходирович

Кафедра общей хирургии №1 им. профессора А.Н. Каххоров ТГМУ им. Абуали ибни Сино, Таджикистан

В данной работе изучена частота встречаемости и характер клинического проявления синдрома обструктивной дефекации у больных с хроническими хирургическими

патологиями анального канала, а также проведён проспективный анализ историй болезни 3822 больных. В данном исследовании все пациенты были разделены на 4 группы: I — ю



группу составили с хроническим геморроем; во II –ю группу вошли больные со свищами прямой кишки; III –ю группу составили пациенты с хронической анальной трещиной, а больные с постоперационным сужением анального канала были включены в IV – ю группу. Больные с хроническим геморроем занимали доминирующую позицию (51,1%) среди пациентов с хроническими хирургическими патологиями анального канала, а больные с постоперационным стенозом анального канала составили наименьшее количество (1,6%). Признаки синдрома обструктивной дефекации среди больных с хроническими хи-

рургическими патологиями анального канала, отмечались в 747 (19,5%) случаях и высокая частота выявлена у больных (91,7%) с постоперационным сужением анального канала у 91,2% пациентов из них имеют органический характер. Наименьшую часть вышеуказанного синдрома составили больные со свищами прямой кишки, которые составили 6,2% случаев.

Ключевые слова: синдром обструктивной дефекации, постоперационное сужение анального канала, хроническая анальная трещина, хронический геморрой, свищи прямой кишки.

OBSTRUCTIVE DEFECATION SYNDROME IN PATIENTS WITH CHRONIC SURGICAL PATHOLOGIES OF THE ANAL CANAL

Annayev Maksad Bakhodirovich

Department of General Surgery No. 1 named after Professor A. N. Kakhkhorov, Abuali ibni Sino State Medical University, Tajikistan

In this paper, we studied the frequency of occurrence and the nature of the clinical manifestation of obstructive bowel movement syndrome in patients with chronic surgical pathologies of the anal canal, as well as a prospective analysis of the medical records of 3822 patients. In this study, all patients were divided into 4 groups: Group consisted of patients with chronic hemorrhoids; group included patients with rectal fistulas; group consisted of patients with chronic anal fissure, and patients with postoperative narrowing of the anal canal were included in group . Patients with chronic hemorrhoids occupied the dominant position (51.1%) among patients with chronic surgical

pathologies of the anal canal, and patients with postoperative anal stenosis accounted for the smallest number (1.6%). Signs of obstructive defecation syndrome among patients with chronic surgical pathologies of the anal canal noted in 747 (19.5%) cases, and a high frequency was detected in postoperative narrowing of the anal canal, and 91.2% of them are organic in nature. The smallest part of the above-mentioned syndrome was made up of patients with rectal fistulas, which accounted for 6.2% of cases.

Key words: obstructive bowel movement syndrome, postoperative narrowing of the anal canal, chronic anal fissure, chronic hemorrhoids, rectal fistulas.

Аннаев Максод Баходирович- докторант PhD кафедраи ҷарроҳии умумии №1 ба номи Қаҳҳоров А.Н. МДТ «ДДТТ ба номи Абуали ибни Сино», шаҳри Душанбе. E-mail: E-mail: annaev.94@inbox.ru. Тел: 931 32-60-05.

Аннаев Максод Баходирович- докторант PhD кафедраи умумии ҷарроҳии №1 им. Кахорова А.Н. ТГМУ имену Абуали ибни Сино, город Душанбе. E-mail: annaev.94@inbox.ru. Тел: 931 32-60-05.

Annayev-Maksad Bahodirovich- Department of General Surgery No. 1 named after the Doctor of Internal Medicine. Kakhorova A. N. Abuali ibni Sino State Medical University, Dushanbe. E-mail: annaev.94@inbox.ru. Phone: 931 32-60-05.



ТАШХИС ВА ХУСУСИЯТҲОИ ТАБОБАТИ ҶАРРОҲИИ НЕФРОЛИТИАЗИ ОРИЗАНОКИ КӮДАКОН.

Маҳмадҷонов Д.М.

Кафедраи ҷарроҳии кӯдаконаи МДТ «ДДТТ ба номи Абуалӣ ибни Сино».

Муҳиммияти мазуъ. Бемории санги пешоб ҳамчун яке аз масъалаҳои мубрами урологияи муосири педиатрӣ боқӣ мемонад. Дар даҳсолаи охир афзоиши бемайлони гирифторшавӣ ба бемории уrolитиаз мушоҳида мешавад, ки дар кишварҳои саноатӣ 5-15 фоизи шумораи умумии бемориҳоро ташкил медиҳад ва дар баъзе кишварҳои аҳоли ба 40 фоиз мерасад (1-3). Дар байни бемориҳои урологӣ қисми зиёди бемории санги пешоб (аз 40 то 68,6%), вазнинии ҷараёни он ва рушди нисбатан босуръати оризаҳо, пиелонефрити калкулёзӣ аз 86,6% то 100% (4,6,7), гидронефрози калкулёзӣ дар 71 %, равандҳои обструктивӣ дар 35-41%, норасоии музмини гурда 14-21% (1, 2, 3, 4), ташхиси муфассал ва саривақтии кӯдаки бемор ва интиҳоби оқилонатарин, табобатро талаб мекунад.(4-5). Муваффақиятҳои наватарини рушди технологияи тиббӣ ба васеъ ҷорӣ намудани усулҳои эндоскопии кам-инвазивӣ барои चुнин бемориҳои маъмул, монанди уrolитиаз мусоидат карданд. Табобати нефролитиази кӯдакон дар солҳои охир аз ҳисоби усулҳои муосири табобати ҷарроҳӣ (нефролитотрипсиyaи перкутанӣ, литотрипсиyaи беруна), инчунин усулҳои нави бартараф кардани сангҳо тавассути усулҳои эндоскопӣ рушдкарда истодааст. Ба ақидаи бисёре аз муаллифон, беш аз 80-90% сангҳоро метавон бо истифода аз усулҳои инноватсионӣ (литотрипсиyaи экстракорпоралӣ) ё табобати минималии инвазивӣ (эндоскопӣ) хориҷ кард. Тибқи сарчашмаҳо ва адабиёти мо дар беморони гирифтори нефролитиаз, нуқсонҳои узвҳои болоии пешоб аз 35 то

62%, пиелонефрити фасоди калкулёзӣ (ПФК) аз 6 то 19,8% мушоҳида мешавад(1,2,3,5). Истифодаи васеи технологияи нави пешрафта дар кӯдакони хурдсол маҳсусан, усулҳои эндоскопӣ ва литотрипсиyaи экстракорпоралӣ маҳдудиятҳо дорад. Маълум карда шудааст, ки усулҳои дар боло номбаршуда аз таъсири манфии номатлуб комилан ҳолӣ нестанд: аз байн бурдани сангҳо бо усули эндоскопӣ дар кӯдакони хурдсол метавонад ба осеби роҳи пешоб оварда расонад. Усули литотрипсиyaи экстракорпоралӣ бо истифода аз мавҷи зарба метавонад боиси ҳалалдор шудани фаъолияти гурда гардад, илова барин, дар айни замон наҳама муассисаҳои тиббӣ бо таҷҳизоти ҳозиразамони эндоскопӣ ва литотрипсиyaи таъмин карда шудаанд.

Мақсади таҷқиқот. Ҳадафи ин гузориш тақмили ташхиси нефролитиази оризанок дар кӯдакон, инчунин беҳтар кардани натиҷаҳои амалиёти ҷарроҳии кушод барои нефролитиази оризаноки кӯдакон мебошад.

Мавод ва усулҳои таҷқиқот: Мақолаи мазкур дар асоси таҳлили мушоҳидаҳои 226 нафар беморони гирифтори нефролитиази оризаноки аз 1 то 15 сола, ки дар клиникаи ҷарроҳии кӯдаконаи МДТ ДДТТ ба номи Абуалӣ ибни Сино дар заминаи Маркази миллии тиббии Ҷумҳурии Тоҷикистон дар солҳои 2000-2022 ҷарроҳӣ шудаанд, асос ёфта барраси шудааст. Дар ин ҷо 86 кӯдаки то 5-сола, 77 нафар аз 6 то 10-сола, ва 38 нафар аз 11 то 16-сола будаанд. Кӯдакон дар 63,6% ҳолатҳо аз мавзъҳои эндимикии кишвар бистарӣ шуда буданд.

Ҷадвали №1.- Тақсимоти беморон бо синну сол, ҷинс, ҷойгиршавии сангҳо.

Синну сол	Ҳамагӣ	Ҷинс		Ҷойгиршавии сангҳо		
		М	З	Гурдаи рост	Гурдаи чап	Ҷойгиршавии дутарафа
1-5 сол	86	50	36	50	30	6
6-10сол	77	49	28	40	34	3
11-16	38	23	15	21	15	2
Ҳамагӣ	201	122	79	111	79	11
Ҷоиз (%)	100	60,6	39,4	55,2	39,3	5,5



Ҳангоми омуктани анамнез, шароити зиндагӣ, саломатии модар пеш аз ҳомиладорӣ ва ҳангоми ҳомиладорӣ маълум гардид, ки дар 17,6% (40) ҳолатҳо аз никоҳи хешутаборӣ, 38,9 фоиз (88) ҳолатҳо аз модарони серфарзанд пайдо шудаанд. Дар 30,5% маврид патологияи экстрагинетали муқаррар шудааст (69) ҳолат, аз ҷумла камхунӣ дар 18,5% (42), камвазнӣ дар 15,9% (36), чоғари эндемикӣ дар 13,7% (31), бемориҳои илтиҳобии гурда ва узвҳои пешоб дар 9,7% (22) ҳолат..

Дар 87,1%-и кӯдакони бемор омилҳои муҳталифе, ки бемории асосиро авҷ мебахшанд, муайян карда шудаанд. Онҳо метавонанд ҳангоми чарроҳӣ ба ҳаёти кӯдак хатар эҷод кунанд. Аксари онҳо кӯдакони то 3-сола буданд. Зиёда аз нисфи беморон камғизоӣ, камхунии гипохромӣ, илтиҳоби шадиди шушҳо, сирояти шадиди роҳҳои нафас, рахит, чурра доштанд. Дар се соли аввали ҳаёт, вазнинии ҳолати умумии беморон, асосан, аз патологияи соматикӣ буд ва дар кӯдакони калонсол тағирот дар системаи пешоб ҳукмфармо буд.

Ҷадвали №2.- Сабабҳои эҳтимолии пайдошавии сангҳо дар беморон.

№	Сабабҳои пайдоиши санг	Шумораи умумӣ	%
1	БСП дар ҳешони наздики бемор	125	62
2	Истикомат дар ноҳияҳои экологӣ ташвишвар	162	80,6
3	Ҷойи доштани нуксонҳои инкишофи роҳҳои пешоб дар беморон	63	31,3
4	Издивочи хешутаборӣ	33	16,4
5	Ҳомила дар заминаи токсикоз	169	84
6	Таваллуди тифл бо гипотрофия, норасидӣ, садамаи асаб ҳангоми таваллуд	172	85,6
7	Гирифтор шудан ба бемориҳои соматикӣ (илтиҳоби шушҳо, бемориҳои шадиди роҳҳои нафас ва узвҳои ҳозима, сурхакон, обилаи пуст)	84	41,8

Дар ташҳиси нефролитиаз дар кӯдакони хурдсол маҷмуаи усулҳои клиникӣ, лабораторӣ ва рентгенологии тадқиқот (рентгенографияи одӣ, урографияи экскреторӣ, цистография) пешсаф аст, мувофиқи нишондодҳои қатъӣ ангиография, ретрогради уретеропелография ва томографияи компютерӣ таъин карда мешаванд. Инчунин бо мақсади ташҳис аз ултрасадои гурда ва роҳҳои пешоб васеъ истифода мешавад. Ултрасадо инчунин барои мониторинги динамикаи ҳолати гурдаи зарардида ва гурдаи муқобил аҳамияти калон дошт.

Дар ҳамаи беморон усулҳои клиникӣ лабораторӣ, бактериологии тадқиқотро истифода бурдашуда, кори умумии гурдаҳо омукта шуд. Маълумоти рентгенӣ ва усулҳои тадқиқоти сонографӣ таҳлил карда шуданд. Параметрҳои морфологии гурдаи зарардида низ омукта шуданд.

Натиҷа ва баррасӣ: Муоинаи ҳамаҷонибаи беморон имкон дод, ки намуд, шумора ва маҳалли ҷойгиршавии сангҳо, намуди сохтори ҳавзак ва косачаҳо, мавҷудияти оризаҳои нефролитиаз, баҳодихии вазнинии

ҳолати умумӣ бо назардошти беморӣ ва нуксонҳои ҳамроҳшаванда муайян карда шаванд. Дар инкишофи узвҳои пешоб муайян кардани шиддат ва марҳилаи фаъолияти пиелонефрити калкулёзӣ, дараҷаи норасогии гурда ва коркарда баромадани принципҳои ташҳис ва марҳилаҳои гидронефрози калкулёзи бо назардошти давра ва фаъолияти пиелонефрити калкулёзӣ ва норасогии музмини гурдазарур мебошад. Омӯзиши нишондиҳандаҳои гомеостаз нишон дод, ки гомеостаз дар нефролитиаз дигаргуниҳои калон ба амал меорад. Ҳамин тариқ, муайян гардид, ки дар 176 (78%) кӯдакони баландшавии суръати такшиншавии эритроцитҳо (ТСЭ), лейкоцитоз ва камхунӣ доштанд. Миқдори гемоглобин аз $80,0 \pm 12,4$ то $110,0 \pm 12,6$ г/л фарқ мекард. Дар 77 нафар (34%) зиёдшавии сатҳи азоти боқимонда, креатинин муайян карда шуд, ки ин ҷилавгирӣ аз функсияи ихроҷи азоти боқимонда аз гурдаҳо нишон медиҳад.

Дар ҳамаи беморон урографияи ихроҷӣ узаронида шуд. Дар 87 кӯдак (38,5%) функсияи ихроҷии гурдаи зарардида вайрон



нашуда буд, дар 90 нафар (39,8%) –суст, дар 35 нафар (15,5%) –якбора сустшуда, дар 14 нафар (6,2%) тамоман набуд.

Дар натиҷаи тадқиқот аз 201 нафар кӯдакон дар 119 нафар (55%) сангҳои тоқа, 30 нафар (15,4%) бисёр ва марҷоншакл, дар 10 нафар (7,5%) марҷоншакл, дар 30 нафар (15%) шохадор ва бисёр ва дар 12 нафарашон сангҳои бисёрҷоя мушоҳида карда шуд (7%). Нуқсонҳои инкишофи роҳҳои пешоб дар 41, тангшудани сегменти ҳавзакии ҳолиб дар 15, тангшудани сегменти масонавии ҳолиб дар 8, аксулҷараёни масонаву ҳолиб дар 4, гардиши нопурраи гурда дар 7, танг шудани ҳолиб дар қисми сеяки миёна дар 6 ҳолат, ки боиси ташаккули сангҳои дуҷумдараҷа шудааст муайян гардид. Дар 39 (17,2%) беморон, аксаран дар кӯдакони то 2-сола мушоҳида шуд, ки сангҳои гурдаҳо гайриконтрастӣ пайдо шудаанд.

Дар байни оризаҳои нефролитиаз пиелонефрити калкулёзӣ (ПК) дар ҷои аввал буда, ғоизи шаклҳои ғаёли он ба 81,7% мерасад. Пиелонефрити калкулёзӣ, махсусан дар кӯдакони хурдсол, аксар вақт бо равандҳои босуръати фасодиву обструктивӣ хос буда, баъзан боиси пионефроз ва паранефрит мегардад. Аз шумораи умумии кӯдаконе, ки мо мушоҳида кардем, дар 67 нафар (29,6,7%) протсесҳои обструктивӣ дида шуд, аз ҷумла норасоии шадиди гурда (НШГ) дар 14 нафар, пиелонефрити обструктивӣ-калкулёзӣ (ПОК) дар 40 нафар ва пионефроз дар 13 нафар ташхис шудааст. Дуюм мушқилии маъмултарини нефролитиаз, ки дар натиҷаи вайрон шудани уродинамика ва монетаи системаи косачаҳо ҳавзаки (СКХ) ба вучуд омадааст, гидронефрози калкулёзӣ (ГК) мебошад, ки дар ҳар кӯдаки дуюм (49,3%) мушоҳида мешавад.

Зухуроти клиникӣ нефролитиаз вобаста ба синну соли кӯдакон гуногун буданд. Ҳамин тариқ, дар кӯдакони то ду-сола, клиникаи беморӣ аз изтиробӣ кӯдак, гипертермия, захролудшавии шадиди умумӣ, гематурияи шадид ва кам вазн ба вучуд омадааст. Дар кӯдакони аз 3 сола боло ҳарорати субфебрилӣ, гематурияи умумӣ ва дард дар минтақаи миён қайд

карда шуд. Муайян карда шуд, ки дар кӯдакони хурдсол дар 86,1% ҳолатҳо нефролитиаз дар заминаи беморихоӣ гуногуни соматикӣ ва урологӣ мушоҳида мешавад. Онҳо ҳангоми гузаронидани амалиёти ҷарроҳӣ бешубҳа хатар ба ҳаёти кӯдак шуда метавонанд. Муолиҷаи нефролитиазро дар кӯдакон бе баҳодиҳии аниқӣ ҳолати функционалӣ ва морфологияи гурдаҳо пеш аз ҷарроҳӣ тасаввур кардан мумкин нест. Аз ин рӯ, дар баробари усулҳои умумии ташхиси клиникӣ усулҳои тадқиқоти рентгенӣ, морфологияи аҳамияти аввалиндараҷа доранд. Омӯзиши маълумот дар бораи тағйирёбии рентгенӣ дар гурдаҳо дар муқоиса бо биопсияи ҳангоми гузаронидани амалиёти ҷарроҳӣ имкон медиҳад, ки осеби якҷояи гурдаҳо тавассути равандҳои гидро- ва пиелонефритӣ меъёрҳои ташхис муайян карда шаванд. Тадқиқотҳои рентгенӣ дар нефролитиаз дар кӯдакони хурдсол нишон медиҳанд, ки равандҳои обструктивӣ бо рушди босуръати тағйироти пиелонефротикӣ дар паренхима, агар дар синни то ду-солагӣ зухуроти варами интерстициалӣ бартарӣ дошта бошанд, пас дар синни 3-4 солагӣ тағйироти склеротикӣ бо кам шудани андозаи гурда ва лаҳмии он қайд карда мешаванд. Ҳодисаи баланди ҷойгиршавии дохилигурдавии ҳавзак (69%), инчунин ғоизи зиёди сангҳои шохадор ва биёр дар якҷоягӣ босангҳои сершумори гурда (77,6%) зарурати дастрасии хуб ба гурдаро барои хориҷ кардани санг ба вучуд меорад. Чунин дастрасӣ тавассути нефротомия таъмин карда мешавад. Дар клиника усули нефротомии ба пешниҳоди А.Т. Пулотов солҳои зиёд гузаронида мешавад. Нефролитотомия дар ҳама ҳолатҳо бо усули камсадамави гузаронида мешавад, ки ҷаҳор марҳиларо дар бар мегирад: сафарбаркунии гурда ва роҳҳои болоии пешоб; нефротомия, хориҷ кардани сангҳо аз системаи косачаҳо ва ҳавзак (СКХ); биопсияи гурда, дӯхтани захми гурда, шустани лахтаҳои хун ва дренажгузори СКХ; устувор кардани гурда ва дӯхтани захми ҷарроҳӣ.

Қадвали №3.- Намудҳои амалиётҳои ҷарроҳии дар беморони гирифтори нефролитиаз

№	Намудҳои амалиётҳои ҷарроҳӣ	Миқдори беморон	
		N	%
1	Нефролитостомия	30	16,5
2	Нефролитотамия бо нефростомия	39	21,5
3	Пиелолитотамия	98	54,2
4	Коликолитотамия	10	5,5
5	Нефруретерэктомия	4	2,3
Ҳамагӣ		181	100

Аксар вақт, нефролитотомия дар кӯдакони дорои сангҳои марҷоншакл, дар якҷоягӣ бо сангҳои хурди сершумор анҷом дода мешавад. Дар синни 7-солагӣ дар кӯдакони дорои намуди дохилигурдавии ҳавзак ва омехтасохтори омехта доштани он, бо ҳама намуди сангҳои нефролитотомия гузаронида шуд. Дар кӯдакони аз 7-сола боло нефролитотомия аксар вақт ҳангоми навъи дохилигурдави ҷойгиршавии ҳавзак, вақте ки андозаи қисми дохилигурдаи санг аз 1,7 то 3,1 ($2,3 \pm 0,01$) см ва андозаи қисми берунагурдаи ҳавзак аз 0,8 то 1,1 ($0,9 \pm 0,02$) см бошад анҷом дода мешавад.

Дар сангҳои марҷоншакл нишондодҳои барои нефролитотомия дар кӯдакони дорои навъи омехтаи ҳавзак боназардошти баландии қисми дохили гурдаи ва қисми берун аз СКҲ тавассути урограммаҳои экскреторӣ муайян карда мешаванд. Дар баробари ин, баландии қисми дохилигурдавии санг аз 2,0 то 3,2 ($2,5 \pm 0,1$) см, баландии қисми берун аз гурда аз 1,0 то 1,6 ($1,2 \pm 0,06$) см, фарқи қисми дохилигурдаи санг ва ҳавзак 1,0-1,8 ($1,5 \pm 0,08$) см аст, дар 34 бемор нефролитотомия ва дар 10 бемор каликолитотомия гузаронида шуд.

Пиелолитотомия аз рӯи нишондодҳои 98 нафар беморон барои ба назар гирифтани навъи санг, андозаи он, намуди сохтори ҳавзак ва синну соли беморон гузаронида шуд. Дар 82 нафар пиелолитотомияи паси ва дар 16 бемор аз пеш истифода шудааст.

Дар сурати пайдо шудани сангҳои шохадор ва марҷоншакл дар якҷоягӣ бо сангҳои сершумор, пиелолитотомия танҳо дар кӯдаконе, ки пиелоектазия дар заминаи ҳавзаки берун аз гурда доштанд, гузаронида шуд. Дар кӯдакони то 7-сола пиелолитотомия асосан бо сангҳои собитшудаи ҳавзак, сан-

гҳои ҳаракаткунандаи косачаҳо, ки метавонистанд аз коса ба ҳавзак фуруварда шаванд, анҷом дода мешуданд. Дар баробари ин, сангҳои дараҷаи I-II яқранг ва марҷоншакл буданд. Нишондодҳои барои пиелолитотомия барои сангҳои шохадор дар беморони дорои навъи омехтаи ҳавзак вобаста ба андозаи қисми дохилигурдавии санг ва қисми берун аз гурда муайян карда шуданд. Дар ин мавридҳои баландии қисми дохилигурдавии санг аз 1,4 то 2,1 ($1,7 \pm 0,07$) см ва қисми берун аз гурда аз 0,9 то 1,7 ($1,3 \pm 0,08$) см буд.

Дар табобати ҷарроҳии нефролитиаз дар 37% ҳолатҳои хориҷ кардани санг бо ҷарроҳии пластикӣ якҷоя иҷро карда мешавад, ки барои барқарор кардани гузариши роҳҳои пешоб нигаронида шудааст. Дар байни ҷарроҳии пластикӣ, ки бо амалиёти хориҷ кардани сангҳои (пиелолитотомия, нефролитотомия, коликотомия) якҷоя карда мешуданд, бештар уретеролиз гузаронида мешуд (57 бемор). Мо “уретеролиз”-ро танҳо дар он ҳолатҳои номидани будем, ки раванди илтиҳоби дар минтақаи сегменти пешобӣ боиси танг шудани қисми ҳавзакии ҳолиб шуда буд ва бештар аз нисфи диаметри онро фаро мегирифт.

Дар он ҳолатҳои, ки часпишҳои зиёд дар атрофии гурда ва дарвозаи он мушоҳида шаванд, пас нефролиз ва ҷудо кардани сегменти ҳолибу ҳавзаки марҳилаи асосии ҷарроҳӣ ҳисоб мешавад. Пас аз нефролиз, уретеролиз ва хориҷ кардани санг ҳолибро бо найчаи тунуки полиэтиленӣ диаметраш то 4 мм интубатсия мекунад. Системаи косачаҳо ва ҳавзак бо найчаи дуҷои полиэтиленӣ диаметраш калон (5—6 мм) дренаж карда мешавад. Солҳои охир стентҳои васеъ истифода мешаванд.



Дар клиникаи равандҳои обструктивӣ дар гардани косоҳо самаранокии калико-каликостомия таҳия ва исбот карда шудааст. Техникаи он аз дӯхтани гардани ҷудошудаи косоҳо ҳангоми нефротомия иборат аст. Ин имкон дод, ки уродинамикаи роҳҳои болоии пешоб беҳтар карда шавад ва ҳаҷми СКХ дар муқоиса бо бемороне, ки онро аз сар нагузаронидаанд, кам карда шавад.

Бо равандҳои илтиҳобӣ-сикатриалӣ дар минтақаи сегменти ҳавзакии ҳолиб, ки боиси танг ё норасоии функционалии он гардид, 16 нафар беморон дар баробари хорич кардани сангҳо, амалиёти ҷарроҳӣ бо усули Андерсон-Хейнс-Кучер, неопиелуретероанастомоз гузаронида шуд. Ҳангоми ҷарроҳии сангҳои дуюминдараҷа, ки дар натиҷаи нуқсонҳои модарзодии гурда ба вучуд омадаанд, дар баробари бартараф кардани сангҳо дар ҳар як ҳолати мушаххас нуқсонҳо ислоҳ карда мешуданд. Барои шустани СКХ ду найчаи полиэтиленӣ гузошта мешавад. 17 нафар беморон бо усули дар боло зикршуда ҷарроҳӣ карда шуданд.

Барои ноил шудан ба натиҷаҳои хуби табобати ҷарроҳӣ, идоракунии дурусти давраи пас аз ҷарроҳӣ аҳамияти кам надорад. Беҳтар кардани ҷараёни давраи пас аз ҷарроҳӣ тавассути усуле, ки дар клиника барои шустани қатрагии бисёррӯзаи СКХ бо маҳлули гарми антисептикҳо таҳия шудааст, мусоидат мекунад. Истифодаи ин усул ба зуд тоза кардани СКХ аз лахтаҳои хун ва фибрин, инчунин ба беҳтар шудани гардиши хун дар гурда мусоидат мекунад. Ҳангоми истифодаи ин усули шустани СКХ дар ягон ҳолат дар давоми тамоми давраи пас аз ҷарроҳӣ шадидшавии (хуруҷи) ПК ба вучуд наомадааст. Дар баробари ин дар бистар мондани бемор ба ҳисоби миёна 3—4 рӯз кам мешавад. Дренажии СКХ дар давраи пас аз ҷарроҳӣ ба раванди ҳамвор, пешгирии авҷгирии пиелонефрити музмин ва коҳиш додани ташаккули такрорӣ санг дар давраи пайгирии дарозмуддат мусоидат мекунад.

Табобати дорувории нефролитиаз дар кӯдакон амалҳои зеринро дар бар мегирад: ошкор ва ислоҳи ихтилоли мубодилаи мод-

даҳо; гузаронидани терапияи зиддиилтиҳобӣ, таъсир расонидан ба гемодинамикаи узвҳо ва баланд бардоштани муқовимати бадани кӯдаки бемор, табобати бемориҳои ҳамроҳ, назорати доимии динамикаи кӯдакон бо ислоҳи минбаъдаи табобат. Табобати консервативии гузаронидашуда танҳо дар 20 беморони гирифтори сангҳои хурди гурда самаранок буд.

Хулосаҳо: 1. Ташхиси нефролитиаз дар кӯдакон мушқил аст. Беморӣ дар заминаи нишонаҳои умумӣ зоҳир мешавад, ки аксар вақт бемориҳои соматикиро тақлид мекунад. Шубҳаи нефролитиаз, одатан, дар ҳузури синдроми пешоб пайдо мешавад. Дар асоси таҳлили тадқиқотҳои, ки дар кӯдакони гирифтори нефролитиаз гузаронида шудаанд, метавон ба хулосае омад, ки саривақт эътирофи раванди патологӣ (шиддати ПК, ГК, НМГ), саривақт рафъи монешавии роҳҳои пешоб, ки на танҳо аз сангҳо, балки модарзодӣ низ ба амал омадаанд патологияҳои ба дастамада, табобати раванди илтиҳобӣ ва бемориҳои ҳамроҳ шартӣ зарури натиҷаи хуби табобати ҷарроҳӣ мебошад.

2. Бармаҳал эътирофи раванди патологӣ (сахтии ПК, ГК, НМГ) ба саривақт бартараф кардани монешавии роҳи пешоб мусоидат мекунад, ки на танҳо аз ҳисоби сангҳо, балки аз нуқсонҳои модарзодӣ ва ба даст омадан низ ба вучуд омадаанд. Табобати раванди илтиҳобӣ ва бемориҳои ҳамроҳ шартӣ ҳатмӣ барои натиҷаи хуби табобати ҷарроҳӣ мебошад.

3. Нефролитотомия дар кӯдакон барои сангҳои марҷоншакл, шохадор ва сершумор, ки СКХ гурдаро пур мекунад, вақте ки андозаи қисми дохилигурдаи санг аз қисми берун аз гурда калонтар аст, таъин карда мешавад.

4. Пиелолитотомия дар сангҳои тоқа, сангҳои шохадор, ки дар ҳавзаки навъи берун аз гурда ё навъи омехтаи ҳавзаки гурда мавҷуданд истифода бурда мешавад.

5. Гирифтани сангҳои гурда дар 37% ҳолат бо ҷарроҳии реконструктивӣ, ки ба барқарорсозии уродинамика нигаронида шудааст, гузаронида мешавад.



6. Дар сурати мавҷудияти пиелонефрити шадиди обструктивӣ-фасодии сангӣ (ПОФ), ки дар заминаи нефролитиаз инкишоф меёбад, ба усули радикалии нефролитотомияи ибтидоӣ бо нефростомия гузаронидан лозим аст, ки барқароршавии оп-

тималии уродинамикаи вайроншударо таъмин мекунад.

7. Пас аз ҷарроҳии кушодаи санг, муоинаи мунтазами беморон зарур аст: соли аввал як маротиба дар се моҳ, сипас як маротиба дар шаш моҳ.

Адабиёт

- 1.Аляев Ю. Г. Современные аспекты диагностики и лечения мочекаменной болезни / Руденко В.И. и др./ Урология. 2006. №2. с.6-11.
2. Азизов А.А., Махмаджонов Д.М. Вопросы диагностики и лечения острых обструкции при нефролитиазе у детей. Мат. Респ.научно-практич.конф. Осложнения уролитиаза у детей, Душанбе, 1998, с. 362.
- 2.Дзеранов Н.К. Отдаленные результаты лечения детей с камнями почек и мочеточника дистанционной литотрипсией /Пугачев А.Г., Романов Г.В./Урология. 2002. № 5. с.13-18.
3. Дасаева Л.А, Вермель А.Е, Шилов Е.М, Петриченко С.И. Возрастные особенности мочекаменной болезни - распространенность и факторы риска.Ж. Профилактика заболеваний и укрепление здоровья. 1. 2005. с.31-34.
- 4.Малкоч А. В. Мочекаменная болезнь у детей /Бельмер С.В./ Журнал «ЛЕЧАЩИЙ ВРАЧ». №7. 2005.
- 5.Мартов А.Г. Современные методы оперативного лечения мочекаменной болезни у детей /Ергаков Д.В., Лисенок А.А./ Урология 2006. 6. с. 51-56.
- 6.Пулатов А.Т. Уролитиаз у детей. Л. Медицины .1990.208 с

ДИАГНОСТИКА И ОСОБЕННОСТИ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ОСЛОЖНЕННОГО НЕФРОЛИТИАЗА У ДЕТЕЙ.

Махмаджонов Д.М.

ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино», кафедра детской хирургии.

Цель. Улучшение результатов диагностики, лечения осложненного нефролитиаза у детей.

Материалы и методы. Под наблюдением авторов находился 201 больной с нефролитиазом в возрасте от 1 до 16 лет. Факторы риска развития мочекаменной болезни у детей были: у ближайших родственников развитие урологических заболеваний, которые сопровождались метаболическими нарушениями в 68,5%. Аномалии развития мочевыводящих путей выявлены в 37%. Информативными оказались возраст матерей, которые в 43,3% случаев были, старше 40 лет. В 16,7% случаев дети родились от родственников браков.

Результаты. Проводимое консервативное лечение оказалось эффективным только у 20 больных с небольшими камнями в почках, в остальных 181 случае производи-

лось открытое хирургическое удаление камней. Пиелолитотомия произведена 98 больным. Щадящая нефролитотомия произведена 69 больным, а каликолитотомия 10 больным. Нефруретерэктомии при калькулёзном пионефрозе применялись у 4 больных, которые составили 1,9%. При обструктивно-гнойном калькулёзном пиелонефрите (ОГКП) применялась радикальная методика первичной нефролитотомии с нефростомией. С целью метафилактики детей, страдающих мочекаменной болезнью после выписки из стационара проводились систематические наблюдения детей в условиях поликлиники.

Заключение. Таким образом, диагностика осложненного нефролитиаза у детей сложна. Лечение воспалительного процесса и сопутствующих заболеваний является необходимым условием хорошего успеха хи-



рургического лечения. Нефролитотомия показана, когда размеры интратенальной части камня больше, чем внепочечная часть лоханки. Пиелолитотомия показана при одиночных камнях расположенных в лохан-

ке смещенного или внепочечного типа.

Ключевые слова: мочекаменная болезнь, профилактика, оперативное лечение, нефролитотомия, пиелолитотомия, консервативное лечение.

THE PROBLEMS OF NEPHROLITHIASIS IN CHILDREN IN ENDEMIC FOCUS OF UROLITHIASIS.

Mahmadjonov D.M

Pediatric surgery department, Avicenna Tajik State Medical University, Dushanbe

Objective. Improvement of diagnostic and complex treatment results of nephrolithiasis in children.

Material and methods. 201 patients with nephrolithiasis at the age of 1 to 16 were under the observations of the authors. The risk factors of urolithiasis in children were: in next of kin development of urological diseases, which were followed by metabolic disorders in 68%. Abnormality development of urinary tracts was revealed in 37%. In 43.3% of cases, mothers more than 40 years old seemed to be informative. In 16.7% of cases, children were born from related marriages.

Results. The carried out conservative treatment appeared effective only for 14 patients with small stones in the kidneys, in the rest of 181 cases was performed open surgical extraction of stones. Pyelolithotomy was performed in 98 patients. Sparing nephrolithotomy was performed in 69 patients, and calicolithotomy in

10 patients. Nephroretectomy on calculous pyonephrosis was used in four patients that composed 1.9%. On obstructive-purulent calculous pyonephrosis (OPCP) were used a radical method of primary nephrolithotomy with nephrostomy. For the aim of metaphylactic of children suffering from urolithiasis after discharge from the hospital were carried out systemic observations of the children at the polyclinic conditions.

Conclusion. So main level of metaphylactic stone formation and treatment of children suffering from urolithiasis in outpatient stage must be directed to sanitation of urinary tracts and normalization of pH urine significant, correction of metabolic disorders, treatment of accompanying somatic diseases.

Keywords: urolithiasis, prevention, prophylaxis, nephrolithiasis. Pyelolithotomy, nephrolithotomy, calicolithotomy, nephroretectomy

Махмадҷонов Додарҷон Махмадҷович – н.и.т., дотсенти кафедраи ҷарроҳии кӯдакони МДТ ДДТТ ба номи Абуали ибни Сино; Тел: (+992) 985 17 70 58. E-mail: dodarjon_1953@mail.ru

Махмадҷонов Додарҷон Махмадҷонович – к.м.н., доц. кафедраи детской хирургии ТГМУ им. Абуали ибни Сино, Тел: (+992) 985 17 70 58. E-mail: dodarjon_1953@mail.ru

Mahmadjonov Dodarjon Mahmadjonovich, Candidate of Medical Sciences, Associate Professor of the Department of Pediatric surgery at Avicenna Tajik State Medical University; Тел: (+992) 985 17 70 58. E-mail: dodarjon_1953@mail.ru



УСУЛҲОИ БЕҲТАРНАМОИИ БАРҚАРОРГАРДИИ ҲОЛАТИ ВАЗОИФИИ РҶДА ДАР МАРҲИЛАИ БАРВАКТИИ БАЪДИЧАРРОҲӢ ЗИМНИ ЧОӢ ДОШТАНИ НОГУЗАРОГИИ ШАДИДИ РҶДАҲО

Назаров Ҳ.Ш.

Кафедраи бемориҳои ҷарроҳии №1 ба номи академик Қурбонов К.М.,
МДТ “ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино”

Муҳиммият. То кунун ногузарогии шадидаи рӯдаҳо яке аз бемориҳои зиёд мушоҳидашаванда дар тиб ба ҳисоб рафта, тибқи маълумоти адабиёти ҷойдошта аз 100 ҳазор аҳоли 5 нафарро ташкил менамояд [4;5]. Масъалаи ташхисгузорӣ ва табобати беморони гирифтори НШР то ба ҳол пурра ҳали худро наёфта, балки яке аз суолҳои ҳалталаб дар ҷарроҳияи таъҷили боқӣ мемонад. Навобаста аз пешравии назаррасии тибби муосир дар самти ҷарроҳия ва пайдошавии усулҳои нави ташхисгузорӣ ва табобатнамоии ин гурӯҳи беморон нишондоди аворизи баъдиҷарроҳӣ ва фавти баъдиҷарроҳӣ баланд буда, тибқи баъзе сарчашмаҳои илмӣ то ба 60% мерасад [1;7].

Месазад қайд намоем, ки яке аз омилҳои муҳими вазнин гардидани ҳолати умумии беморон ва зиёд гардидани аворизи баъдиҷарроҳию фавти онҳо ин вайроншавии сохти девораи ҳалқаи рӯдаи осебдида мебошад, ки мимбаъд метавонад манбаи паҳншавии сироят ва дигар омилҳои захрнок аз дохили рӯда ба ковокии шикам ва рағҳои хунгард гардад [3;6].

Дар натиҷаи бозистирии варидии хунгардиш баландшавии фишор дар рағҳои девораи рӯда ба амал меояд, ки он ба вайроншавии ҷаббиши ҳаво аз рӯда оварда, сабабгори баландшавии фишори дохилирӯдави ва боз ҳам зиёдтар фишор ёфтани рағҳои девораи рӯда ва вайронтар гардидани хунгардиш дар ин мавзӯи ҳалқаи рӯда мегардад. Бояд қайд намуд, ки дар аввал тағйиротҳои патологӣ аз қабати луобӣ оғоз гардида, сипас бо зиёдтар авҷ гирифтани беморӣ ба дигар қабатҳо мегузарад, ки ин нуқта бояд зимни гузаронидани табобати беморони гирифтори НШР ба назар гирифта шавад [2; 3;5].

Ҳолатҳои дар боло зикаргардида аз муҳиммияти беҳтарнамоии ҳолати хунгарди-

ши мавзӯӣ ва беҳтарсозии ҷараёни барқароргардиҳои ҳолати эътидолии мавзӯи девораи қисмати осебдидаи рӯда дар беморони гирифтори НШР шаҳодат медиҳанд.

Мақсад: беҳтаргардонии натиҷаи табобати ҷарроҳии беморони гирифтори НШР.

Мавод ва усулҳои тадқиқот. Тадқиқоти гузаронида натиҷаи ташхисгузорӣ ва табобати 113 (100%) бемореро дар бар мегирад, ки тайи солҳои 2019 то марти 2023 бо ташхиси НШР дар шӯъбаҳои ҷарроҳии МД МШ ЁТТ бистарӣ гардида, табобати лозимаро гирифтаанд. Миёни ин беморон 63 (55,8%) ҳолатро мардон ва боқимонда 50 (44,2%) ҳолати боқимондаро бошад занон ташкил намуданд, ки синну соли онҳо аз 21 то 74 соларо ташкил мебуд. Давомнокии беморӣ аз замони оғози аввалин аломатҳои беморӣ то гузаронидани амалҳои ҷарроҳӣ аз 2,5 соат то 36 соатро дар бар мегирифт. Дар 91 (80,5%) ҳолат сабаби НШР и мавҷудияти ҳадшаҳо дар дохили батн, дар 18 (15,9%) фишурдашавии ҷурраи вентралӣ ва дар боқимонда 4 (3,5%) ҳолат бошад маҳкам гардидани равзанаи рӯда бо сангҳои фазлави ва ё фитобезоар ба ҳисоб рафтанд.

Бо мақсади баҳогузориҳои дуруст ба натиҷанокии усулҳои пешниҳодгардидаи табобатӣ вобаста ба роҳҳои гузаронидани ҷарроҳии хоси пешгирикунандаи аворизи баъдиҷарроҳӣ ҳамаи беморон ба ду гурӯҳ тақсимбандӣ гардиданд. Ба гурӯҳи I-ум (асосӣ) 72 (63,7%) беморе шомил буданд, ки дар ҳамаи онҳо бо мақсади беҳтар сохтани хунгардиши мавзӯи девораи осебдидаи рӯда усули беҳтарнамоии дохилиҷарроҳии микросиркулятсияи ин қисмати рӯда гузаронида шуда, бо мақсади беҳтар сохтани ҳолати эътидолии луобпардаи ин ҳалқаи рӯда дар марҳилаи барвактии баъдиҷарроҳӣ табобати хоса таъин карда шуданд. Ба гурӯҳи беморони муқоисавӣ бошад 41 (36,3%) бемо-



ре шоимл буданд, ки амалёти чарроҳӣ та-
нҳо бо усулҳои анъанавӣ ба итмом расони-
да шуд.

Маҳакҳои асосии интиҳобнамоии дуру-
сти беморон баро гузаронидани тадқиқот
дар ҳарду гурӯҳ як буда, он аз вучуд надош-
тани аломатҳои мавти ҳалқаи рӯда, ки гу-
заронидани қисматбурии рӯдаро талаб ме-
намояд, набудани перитонити фасодии паҳ-
нғашта, ҷой надоштани фибринҳои зиёд дар
девори рӯда, набудани бемориҳои ҳамра-
дифи вазнин, ки бевосита ба ҳолати умумии
беморон ва натиҷаи таъсири муҳим
мегузоранд.

Бо назардошти тарзи инкишофёбии но-
гузарогии рӯдаҳо ва хатари оқибатҳои но-
хуши он дар 72 (63,7%) бемор баъд аз бар-
тараф сохтани сабаби ногузарогии рӯда ва
барқарор намудни гузаронандагии он, бо
мақсади камнамоии ҷараёни илтиҳобӣ ва
беҳтарсозии хунгардиш дар қисмати осеб-
дидаи ҳалқаи рӯда ин мавзё тавассути ма-
тоҷчаи дар маҳлули қаблан то 40-45°C гар-
мкарда тарқардашуда, ки хосатан бо ин
мақсад тайёр карда шуда аст муддати 4-5
дақиқа руйпӯш карда мешавад (расми 1).



**Расми № 1. А- мавзёи осебдидаи В-
гармнамоии ҳалқаи рӯдаи ҳалқаи рӯдаи
борик осебдида бо матоҷчаи дар маҳлул
тарқардашуда**

Маҳлули мазкур аз 200,0 мл реополиглю-
кина ва 4 мг дексаметазон иборат буда, ху-
суситяи кам намудани ҷараёни илтиҳобӣ ва
беҳтар сохтани микросиркулятсияро дар ра-
ғҳои хурди девораи рӯда дорад.

Дар марҳилаи барвақтии баъдичарроҳӣ
бо мақсади беҳтар нигоҳ доштани ҳолати
хунгардиши узвҳо, алалхусус дар девораи
ҳалқаи осебдидаи рӯда тазриқи дохиливари-
дии маҳлули реополиглюкин 200-400 мл
ҳамарӯза ба муддати 3-5 шабонарӯз (вобас-

та ба бозёфти чарроҳӣ ва дараҷаи осеб-
нии ҳалқаи рӯда) гузаронида шуда, бо мақ-
сади беҳтар сохтани ҷараёни барқароргар-
дии ҳолати эътидолии луобпардаи ин қис-
мати рӯда истеъмоли доруи «Ребагит» ба
миқдори 1т 3 маротиба ба мӯҳлати 10-15
шабонарӯз тавсия дода шуд.

Бояд гуфт, ки дар ҳама ҳолат қисмати
асосии амалёти чарроҳиро бартарафна-
моии монетаи ҷойдошта ва барқарорна-
моии гузаронандагии рӯда бо тоза ва заҳ-
кашнамоии ковокии батн ташкил дода, бе
амалӣ сохтани қисматбурии мавзёи осеб-
дидаи рӯда чарроҳӣ ба анҷом расонида шуд.

Қорқарднамоии омории маводи пешни-
ходгардида тавассути барномаи омории
Statistica 10.0 (Statsoft, USA) дар компюте-
ри Pentium IV гузаронида шуд. Бузургии
миқдорӣ дар шакли нишондиҳандаи миёна
ва хатогиҳои стандартӣ пешниҳод гардида,
бузургиҳои сифатӣ бошад дар шакли ни-
шондиҳандаи мутлақ ва фоизи онҳо пешни-
ход гардидаанд. Бо мақсади муқоисанамоии
гурӯҳҳо U-маҳаки Манна-Уитни ва Т-кри-
терий Вилкоксон мавриди истифода қарор
дода шуд. Зимни муқоисанамоии бузур-
гиҳои нисбӣ маҳаки Фишер истифода гар-
дид. Фарқияти оморӣ ба $p < 0,05$ баробар
омад.

Натиҷаҳо ва баррасии онҳо. Баҳогузурӣ
ба дараҷаи таъсиринокии усулҳои гузарони-
дашудаи пешгиринамоии дохиличарроҳӣ ва
баъдазчарроҳии аворизи баъдичарроҳӣ дар
марҳалаи барвақтии баъдичарроҳӣ ҳамеша
аз муаяннамоии аломатҳои сарирӣ оғоз гар-
диданд (нақша), ки воқеан нишондоди хубе
барои хулосабарорӣ ва интиҳоби тактикаи
мимбаъдаи таъсири таъбирӣ ба ҳисоб мераванд.

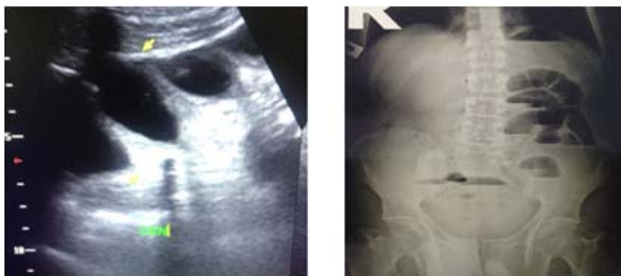
Бо мақсади ташхисгузурӣ ва гузаронида-
ни назорати динамикии ҳолати функцио-
налии рӯдаҳо ва баҳогузурӣ ба натиҷаи таъ-
сиринокии таъсири таъбирӣ дар баро-
бари баҳогузурӣ ба аломатҳои сарирӣ усу-
лҳои ташхисгузурӣ дастгоҳӣ низ мавриди
истифодаи васеъ қарор гирифтанд, ки миё-
ни онҳо ТУС (дар ҳама ҳолати баъдичар-
роҳӣ) ва ташхиси рентгенологӣ (вобаста ба
нишондод) мавқеи махсусро доро мебо-
шанд.

Хусусиятҳои аломатҳои сарири дар марҳилаи барвақтии баъдичарроҳӣ вобаста ба усулҳои истифодашудаи табобат (n=113)

Аломатҳои сарири	Гурӯҳи асосӣ (n=72)		Гурӯҳи муқоисавӣ (n=41)	
	шабонарӯз	p	шабонарӯз	p
Хушкии даҳон	1,2±0,3***	<0,001	1,5±0,3***	<0,001
Дилбеҳузурӣ ва қайқунӣ	1,3±0,3	>0,05	1,4±0,3	>0,05
Зардаҷӯш	1,0±0,4	>0,05	1,2±0,3	>0,05
Дамиши шикам	1,7±0,4	>0,05	1,8±0,5	>0,05
Дард дар шикам	1,6±0,5***	<0,001	1,8±0,7***	<0,001
Баромадани бод	1,5±0,6	>0,05	1,8±0,5	>0,05
Наҷосатнамоӣ	2,4±0,5	>0,05	3,2±0,6	>0,05

Эзоҳ: p – аҳамияти омомрии фарқияти нишондиҳандаҳо дар гурӯҳҳо бо усули Т-маҳаки Вилкоксон *p<0,05, ***p<0,001 – зимни муқоисанамоӣ бо усули U-маҳаки Манна-Уитни

Зимни гузаронидани ТУС динамикӣ дар беморони гурӯҳи асосӣ нисбатан барвақтар ба эътидол омадани рӯда ва барқароргардии ҳолати вазоифии он (меъёрӣ гардидани ғафсии девораи рӯда ва қутри он, пайдошавии ҳаракатанокӣ рӯда) ба мушоҳида расиданд (расми 2 А), дар ҳоле, ки ин аломатҳои ултрасадоӣ дар беморони гурӯҳи муқоисавӣ дертар ба мушоҳида расиданд. Давраи барқароргардии ҳолати вазоифии рӯда дар беморони гурӯҳи асосӣ ба ҳисоби миёна 18-32 соатро дар бар гирифт, дар ҳоле ин давра дар беморони гурӯҳи муқоисавӣ ба ҳисоби миёна 24-46 соатро ташкил намуд. Инчунин дар марҳилаи барвақтии баъдичарроҳӣ бо мақсади аниқнамоии ташхис ва баҳогузурӣ ба ҳолати рӯдаҳо дар бемороне, ки ба фалаҷи вазнини рӯдаҳо гирифтор буданд ташхиси рентгенологӣ гузаронида шуд (расми 2 Б).



Расми 1 А Васеъшавии ҳалқаи рӯда **Расми 1 Б** Мавҷудияти аломатҳои ва ғафсшавии девораи он дар ТУС рентгенологии фалаҷи рӯдаҳо зимни ҷой доштани фалаҷи рӯдаҳо

Мебояд қайд намуд, ки гарчанде гузаронидани ташхис рентгенологӣ дар беморони гирифтори НШР яке аз усулҳои баландмаъ-

лумот ба ҳисоб меравад, зимни ҷой доштани фалаҷи вазнини рӯдаҳо дар бархе аз ҳолатҳо бартаарафгардии аломатҳои рентгенологӣ дар муқоиса ба аломатҳои саририи беморӣ дертар бартаараф мегарданд, ки ин ҳолат бояд зимни ҳулосабарорӣ ба натиҷаи таъсирнокии табобати гузаронида ва интиҳоби тактикаи мимбаъдаи табобат ба назар гирифта шавад.

Дар чунин мавридҳо гарчанде аломатҳои саририи беморӣ беҳбудии ҳолати рӯдаҳо ва ҳолати умумии беморро нишон медиҳанд, дар навори такрорӣ рентгенологӣ то кунун ҷой доштани фалаҷи рӯдаҳо бараъло намудор мебошад, набояд нишондод барои гузаронидани табобати такрорӣ чарроҳӣ бошад. Чунин беморон бояд дар зери назорати динамикӣ қарор дошта табобати консервативии лозима бурда шавад.

Чигунае, ки аз маълумотҳои дар боло пешниҳодгардида бар меояд, ҳам аломатҳои сарири ва ҳам натиҷаҳои ТУС аз бартарияти таъсирнокии усулҳои пешниҳодгардидаи беҳтарнамоии ҳолати вазоифии рӯдаҳо зимни ҷой доштани НШР дар марҳилаи барвақтии баъдичарроҳӣ шаҳодат медиҳанд.

Инчунин маҳаки дигари баҳогузурӣ муқоисавӣ байни гурӯҳҳои беморон ин басомад ва хусусияти аворизи барвақтии баъдичарроҳӣ ба ҳисоб меравад, ки зимни чунин баҳогузурӣ низ бартарияти таъсирнокии усулҳои пешниҳодгардида ба мушоҳида расид. Дар миёни беморони гурӯҳи асосӣ (n=72) аворизи баъдичарроҳӣ дар 2 (2,8%) ҳолат ба мушоҳида расид, ки аз онҳо дар 1 (1,4%) ҳолат фасодгирии захми баъдичар-



роҳӣ ва дар 1 (1,4%) ҳолати дигар фалаҷи вазнини рӯдаҳоро ташкил намуд. Дар ин бемор дамиши зиёди шикам, тахикардия, хушкии даҳон, набудни садои лаппиши рӯдаҳо, набудани боду наҷосат ба мушоҳида расид, ки зимни гузаронидани ТУС ва рентгенографияи умумии шикам мавҷудияти аломатҳои ногузароғии динамикии рӯдаҳо (фалаҷи рӯдаҳо) тасдиқ карда шуд.

Миёни беморони гурӯҳи муқоисавӣ бошад чунин оризаҳо дар 3 (7,3%) ҳолат ба мушоҳида расид, ки аз онҳо дар 2 (4,9%) ҳолат фалаҷи вазнини рӯдаҳоро ва дар 1 (2,4%) фасодгирии захми баъдичарроҳиро ташкил доданд.

Ба беморони гирифтори фалаҷи вазнини рӯдаҳо табобати лозимаи консервативӣ (аз ҷумла илова намудани беҳисгардонии спиналӣ) таъин карда шуд, ки натиҷаи мусбӣ ба бор овард.

Мавриди зикр аст, ки дар ҳама 3 (2,7%) ҳолати ҷой доштани фалаҷи вазнини рӯдаҳо дар марҳилаи барвақтии баъдичарроҳӣ давомнокии беморӣ аз 2 шабонарӯз зиёдтар буда, дар ковокии шикам ҳадшаҳои зиёди

висеро-висералӣ ва висеропариеталӣ ҷой доштанд. Инчунин аломатҳои зиёд будани ҷараёни илтиҳобӣ дар ҳалқаҳои осебдидаи рӯда ба назар расид.

Ҳама беморон дар ҳолати қаноатбахш аз беморхона руҳсатӣ гардиданд. Давомнокии мӯҳлати бистаригардии беморон дар беморхона аз 6 то 11 шабонарӯзро дар бар гирифт. Ҳолати фавт дар ин беморон ба мушоҳида нарасид.

Хулоса. Вайроншавии хунгардиш дар девораи рӯда зимни НШР яке аз зинаҳои асосии инкишофёбии ҷараёнҳои патологӣ дар ин беморӣ ба ҳисоб рафта, гузаронидани ҷораҳои беҳтарнамоии хунгардиши мавзеи қисмати осебдидаи девораи рӯда ҷузъи муҳими табобати ин гурӯҳи беморон ба ҳисоб меравад. Истифоданамоии усули дохилиҷарроҳии беҳтарсозии хунгардиши мавзёӣ ва кумакрасонӣ ба ҷараёни барқароргардии ҳолати эътидолии қисмати осебдидаи девораи рӯда боиси беҳтар гардидани ҳолати вазоифии рӯда ва камтар гардидани басомади аворизи барвақтии баъдичарроҳӣ дар беморони гирифтори НШР мегардад.

Адабиёт

1. Земляной В.П. Профилактические мероприятия как обязательный компонент в лечении пациентов с острой спаечной кишечной непроходимостью / В.П. Земляной [и др.]// Новости хирургии.-2021, Т. 29.- №6.-С.680-689
2. Курбонов К.М. Интубация тонкой кишки как компонент лечения острой странгуляционной тонкокишечной непроходимости /К.М. Курбонов, К.Р. Назирбоев, Н.М. Даминова// Вестник авиценны.-2018.-Том.20.-№4.-С.436-441
3. Родин А.В. Интраоперационная оценка жизнеспособности кишки при острой кишечной непроходимости / А.В. Родин, В.Г. Плешков// Вестник Смоленской государственной медицинской академии.-2016.-Т. 15.-№1.-С.75-82
4. Хаджибаев А.М. Результаты применения видеолапароскопии у больных с острой кишечной непроходимостью /А.М. Хаджибаев, Б.И. Шукуров, Д.Т. Пулатов, Т.Т. Мансуров// Вестник экстренной медицины.-2022.-Том 15.-№1.-С.5-11
5. Bargaje P. Acute intestinal obstruction in adults: etiology, clinical presentation, investigations and management: a longitudinal study / P. Bargaje, N. Wasnik// International Surgery Journal.-2021.- Jan;8(1).-P.170-175
6. Behman R. Hospital-level Variation in the Management and Outcomes of Patients With Adhesive Small Bowel Obstruction: A Population-Based Analysis. / R. Behman, P.J. Karanicolas, A. Nathens, D. Gomez // Ann Surg. 2021; 274(6):e1063-e1070. doi: 10.1097/SLA.0000000000003739.
7. Shivakumar CR. A clinical study of etiology and management of acute intestinal obstruction / CR. Shivakumar, MF Shoeb, AP Reddy, S. Patil// Int Surg J. -2018.-5(9).-P.3072-7.



СПОСОБЫ УЛУЩЕНИЯ ВОСТАНОВЛЕНИЯ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ КИШЕЧНИКА ПРИ ОСТРОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ

Назаров Х.Ш.

Кафедра хирургических болезней №1 имени академика Курбонова К.М.,
ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино»

Цель. Улучшить результаты хирургического лечения больных с острой кишечной непроходимостью (ОКН).

Материал и методы исследования. Представлены результаты наблюдения и лечения 113 (100%) больных с острой кишечной непроходимостью в возрасте от 21 до 74 лет. Наиболее частой причиной развития ОКН являлась спаечная кишечная непроходимость. В основную группу включены 72 (63,7%) больных, в контрольную - 41 (36,3%).

С целью диагностики заболевания и динамической оценки результатов проведенного лечения помимо оценки общеклинических проявлений во всех случаях проводились общеклинические и биохимические исследования крови, ЭКГ, УЗИ и обзорная рентгенография грудной клетки и брюшной полости, а также рентгеноконтрастное исследование кишечника по показаниям.

Результаты исследований и обсуждение. Установлено, что более раннее восстановление функционального состояния кишечника наблюдается у больных основной группы, у которых интраоперационно проводились мероприятия по улучшению местного кровотока в пораженном участке петля кишечника и улучшению процессов нормализации состояния пораженного участка кишки в раннем послеоперационном периоде по предложенной в клинике методике. Об эффективности предложенными способами свидетельствует ранняя нормализация об-

щеклинических, лабораторных и инструментальных показателей в послеоперационном периоде по сравнению с больными контрольной группы, у которых операция проводилась обычными традиционными методами.

В раннем послеоперационном периоде у больных основной группы только в 2 (2,8%) случаях (от общего числа больных в группе) наблюдались осложнения, среди которых в 1 (1,4%) случае оказалось нагноение послеоперационной раны и в 1 (1,4%) случае выраженный парез кишечника, в то время как у больных контрольной группы развитие осложнений отмечалось в 3 (7,3%) случаях (от общего числа больных в группе), из них в 2 (4,9%) случаях отмечалось развитие выраженного пареза кишечника и в 1 (2,4%) случае - нагноение послеоперационной раны.

Заключение. Интраоперационное улучшение местного кровотока в пораженном участке стенки кишечника и улучшение процессов нормализации состояния кишечника в раннем послеоперационном периоде у больных с ОКН является эффективным методом раннего восстановления функционального состояния кишечника и улучшения результатов хирургического лечения этого контингента больных.

Ключевые слова: острая кишечная непроходимость, местное кровообращение, функциональное состояние кишечника.

METHODS FOR IMPROVING RECOVERY OF INTESTINAL FUNCTIONAL CONDITIONS IN EARLY POSTOPERATION IN CASE OF ACUTE INTESTINAL OBSTRUCTION

Nazarov H.Sh.

Chair of surgical illnesses №1 named after academic Kurbonov K.M.,
SEI «TSMU named after Abuali ibni Sino»

Purpose. Improve the results of surgical treatment of patients with acute intestinal obstruction (AIO).

Research material and methods. The results of observation and treatment of 113 (100%) patients with acute intestinal obstruction aged



21 to 74 years are presented. The most common cause of OCN was adhesive intestinal obstruction. 72 (63.7%) patients were included in the main group, 41 (36.3%) were included in the control group.

In order to diagnose the disease and dynamically evaluate the results of the treatment performed by past assessment, general clinical manifestations in all cases were used general clinical and biochemical blood tests, electrocardiography, ultrasound, chest and abdominal X-ray, as well as X-ray contrast examination of the intestines by indication.

Research findings and discussion. It was established that more earlier restoration of the functional state of the intestine is observed in patients of the main group, an intraoperative procedure was carried out to improve local blood flow to the affected areas of the intestinal loop and to improve the process of restoring the normalization of the affected areas of the intestine in the early postoperative period according to the methods proposed in the clinic. Early normalization of general clinical, laboratory and instrumental indicators in the postoperative period in comparison with

patients of the control group, in whom the operation was carried out according to the usual traditional methods, testifies to the effectiveness of the proposed methods.

In the early postoperative period in patients with the main group only in 2 (2.8%)-x cases (from the total number of groups) there were complications, among which in 1 (1.4%) the case turned out to be suppuration of the postoperative wound and in 1 (1.4%) case pronounced intestinal paresis, while in patients with the control group such complications were established in 3 (7.3%)-x cases (from the total number of groups), that in 2 (4.9%) cases there was a pronounced intestinal paresis and in 1 (2.4%) case a suppuration of a postoperative wound.

Conclusion. Intraoperative improvement of local blood flow in affected section of intestinal wall and improvement of process of intestinal state normalization in early postoperative period in patients with AIO is effective method of early restoration of functional intestinal state and improvement of result of surgical treatment of this contingent of patients.

Key words: acute intestinal obstruction, local circulation, functional state of intestine.

Назаров Хилолиддин Шарофович – н.и.т., дотсенти кафедраи бемориҳои ҷарроҳии №1 мик Қурбонов К.М., МДТ «ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино».

Назаров Хилолиддин Шарофович – к.м.н., доцент кафедраи хирургических болезней №1 имени академика Курбонова К.М., ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино».

Nazarov Hiloliddin Sharofovich - Ph.D., associate professor of the Department of Surgical Diseases No. 1 named after Academician Kurbonov K.M., SEI “TSMU named after Abuali ibni Sino.”

БАРТАРАФ НАМУДАНИ КОНТРАКТУРАҲО ВА ДЕФОРМАТСИЯҲОИ ПАС АЗ ОСЕБИ АНДОМИ ПОЁНӢ

Хайдаров М.М.

Кафедраи бемориҳои ҷарроҳии № 2 МДТ “ДДТТ ба номи Абуалӣ ибни Сино”.

Муҳиммият. Афзоиши теъдоди беморон дар солҳои охир бо намудҳои гуногуни контрактураҳои дараҷаи вазнини ангуштон ва панҷаи пой, решҳои трофикии пас аз осебӣ, дефекти бофтаҳои мулоим бо ворид намудани таҷҳизотҳои навтарин дар истехсолот, афзудани ҳолатҳои садамаи автомобилӣ пайваस्ताгии зиёд дорад [1]. Дар баробари ин яке аз омилҳои асосии пайдоиши контрактураҳо ва деформатсияи андоми поён

сӯхтани андом аз ҳисоби об ва рағғани сӯзон, алалхусус дар кӯдакон ва таҷҳизотҳои гармидиҳанда мебошад [2-3].

Таҳлили адабиёти муосир нишон медиҳад, ки дар бештари мавридҳо осебҳо, ки дар натиҷаи истифодабарии таҷҳизотҳои дар истехсолот истифода бурда мешуда ва садамаи автомобилӣ ба вуқӯъ омадаанд, хусусияти омехта дошта, сабаби тағйиротҳои вазнин дар буғумҳо ва дигар структураҳои

андомҳо мегарданд [4].

Дар бештари мавридҳо дар беморон вобаста аз омили осебӣ ҷароҳатнокшавии тору асабҳои андом, тендонҳо, шикасти устухонҳо дида мешавад, дар бархе аз осебдидагон дефекти бофтаҳои руйпушкунанда ба вучуд меояд [1,5].

Бинобар хусусияти омехта доштан ва дар баробари он мавҷуд будани дефекти бофтаҳои руйпушкунанда ҳолати бемор вазнин ва дараҷаи ҷароҳат мураккаб ҳисобида мешавад [6]. Муаллифон дар чунин ақидаанд, ки ҳангоми аз об ва ё рағани сӯзон осебдидани андом на танҳо бофтаҳои руйпушкунанда, балки шараёнҳо ва торҳои асаб, тендонҳо ва мушакҳои андом низ ба таъғиротҳои ҷиддӣ дучор мегарданд [7-9]. Дар адабиёт маълумотҳо низ ҷой доранд, ки дар онҳо оварда шудааст, ки сӯхтагиҳо ҳатто ба қанда шудани ангуштон ва панҷаи пой оварда мерасонанд [10].

Проблемаи табобати ҷарроҳии бартараф намудани контрактура ва деформатсияи андоми поёни яке аз равишҳои мумбрами соҳаҳои осебшиносӣ ва микроҷарроҳии реконструктивӣ ба ҳисоб маравад, ки то ҳол бархе аз равишҳои он ба таври комил ҳалли худро наёфтаанд. Айни замон бо мақсади бартараф намудани контрактураҳо ва деформатсияҳои андом намудҳои анъанавӣ ва муосири ҷарроҳӣ истифода бурда мешаванд, ки дар асоси усулҳои Z-пластика биноёфтаанд [11].

Дар ҳолатҳое, ки ҳаҷми дефекти бофтаҳои руйпушкунанда бузург аст ва имкониятҳои захиравии бофтаҳои гирду атрофи патология имконияти пушидани дефектро надоранд комплекси бофтаҳои дигар мавзъҳои бемор дар пояҷаи рағҳои хунгард истифода бурда мешавад.

Ҳамин тариқ аз омӯзиши адабиёти муосир бармеояд, ки то ҳол бештари равишҳои табобати ҷарроҳии контрактураҳо, деформатсия ва дефектҳои андоми поён ҳалли худро наёфтаанд. Новобаста аз ташаккули усулҳои анъанавии ҷарроҳӣ, ба таври васеъ истифода бурдани тарзҳои муосири он натиҷаҳои амалиётҳои барқарорсозӣ на танҳо беморон, балки табибонро низ қаноатманд

намекунанд. Пайдо гардидани душвориҳо дар аснои иҷрои ҷарроҳӣ, нисбатан кам будани натиҷаҳои дилхоҳ пас аз амалиёт аз таъғиротҳои пахнфӯтаи бофтаҳои осебдида, дер мурочиат намудани беморон ба беморхона вобастагии қалон дорад. Таъғиротҳои ҷойдошта дар бештари мавридҳо аз омили осебдиҳанда вобаста буда интихоби тарзи ҷарроҳӣ ба таври адекватӣ баҳо додани дараҷаи вазнинии патологияро бо бартарафии ин ва ё он компоненти ҷароҳат талаб менамояд.

Мақсади таҳқиқот бехтар намудани натиҷаҳои амалиётҳои ҷарроҳӣ ҳангоми контрактураҳо, деформатсияҳо ва дефектҳои бофтаҳои мулоими андоми поёни мебошад.

Мавод ва усулҳои таҳқиқот. Амалиётҳои гуногуни реконструктивӣ ба 54 нафар беморон, ки дар онҳо контрактура, деформатсияи дараҷаи вазнини ангуштон ва панҷаи пой, дефекти бофтаҳои руйпушкунандаи панҷа, соқ ва рон ҷой дошт, иҷро карда шудаанд. Бинобар ҷой доштани деформатсияи дараҷаи вазнини контрактураҳои кӯхнашудаи ангуштон дар беморон маҳдудият ва ё ба пуррагӣ набудани ҳаракатҳо дар андоми поёни ҷой дошт. Дар баробари мавҷуд будани контрактура ва деформатсияи дефекти бофтаҳои руйпушкунанда низ дида мешуд.

Марҳилаи муоина, ташҳис ва иҷрои амалиётҳои ҷарроҳӣ солҳои 2000-2023-ро дарбар мегирад. Ба беморон амалиётҳои ҷарроҳӣ дар шӯъбаи микроҷарроҳии реконструктивӣ ва пластикии Маркази ҷумҳуриявии ҷарроҳии дилу рағҳо иҷро карда шуданд.

Ҳамагӣ 31 нафар мардон ва 23 нафар занҳо муоина ва ҷарроҳӣ карда шуданд. Дар бештари мавридҳо (72,2%) контрактура ва деформатсияҳо дар кӯдакон ҷой дошт. Муҳлати мурочиати беморон ба шӯъба аз 6 моҳ то 13 сол буд.

Бо мақсади пурра намудани таҳлил ва интихоби тарзи ҷарроҳӣ омилҳо, ки сабаби ҷароҳати аввалидараҷа гаштаанд, омӯхта шуданд. Муайян гардид, ки дар 32 бемор сабаби пайдоиши патология сӯхтани андом аз об ва рағани сӯзон ба амал омадааст.



Дар 13 ҳолат сабаби патология таҷҳизотҳои гармидиҳанда (9) ва сандалӣ (4) буданд. Контрактура паз аз садамаи автомобилӣ (5) ва осебҳои кунд (4) дар 9 нафар бемор пайдо гардидааст.

Нисбат ба дигар омилҳои осебдиҳанда дараҷаи контрактура ва деформатсияи андом ҳангоми сӯхтан аз об, равшани сӯзон ва садамаи автомобилӣ вазнинтар буд ва дар баъзе мавридҳо дефект ва контрактура то ба соки пой ва рон паҳн гардида буданд. Муайян гардид, ки вазнинии таъғиротҳо аз муҳлатҳои мурочиати беморон низ вобастагӣ дорад. Дар бемороне, ки пас аз як соли гирифтани осеб мурочиат намуданд дараҷаи вазнини патология ҷой дошт (Расмҳои 1,2).



Расми 2. Акси рентгени деформатсияи ангуштон



Расми 1. Деформатсияи дараҷаи вазнини пойҳо

Натиҷаҳои таҳқиқот ва баррасии онҳо.

Дар ҳама мавридҳо ҳангоми иҷрои ҷароҳатҳои гуногун калонкунии оптикӣ истифода бурда шуд. Мақсад аз истифодабарии он идентификатсияи пурраи торҳои асаб ва рағҳои хунгард, ба таври пурра бе осебдихӣ ҷудо кардани флешҳо буд.

Яке аз амалиётҳои маъмул, ки то ҳол ҳангоми контрактура ва деформатсияҳои андомҳо бештар истифода бурда мешавад тарзи бартарафкунии патология бо усули Z-пластика[12] мебошад, ки мо низ онро дар 27 нафар беморон дар аснои контрактураҳои локалӣ истифода бурдем (Расмҳои 3,4,5).



Расми 3. Контрактураи локалии ангуштони IV-V



Расми 4. Нақшаи Z-пластика

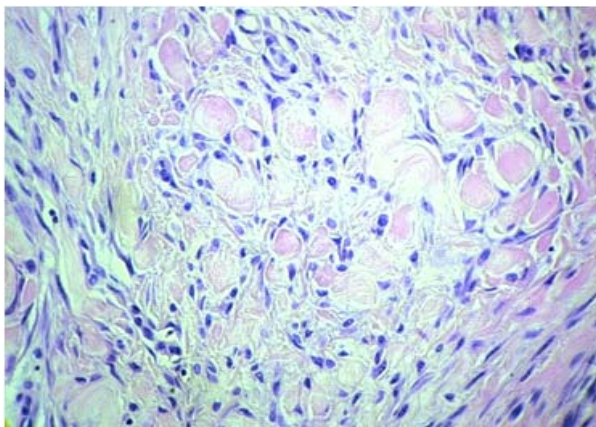


Расми 5. Бартараф намудани контрактура

Аз шумораи дар боло овардашуда намудҳои Z-пластика ҳангоми контрактураи ангуштон дар 15 ва панҷаи пой дар 12 нафар беморон ба ҷой оварда шуданд. Аммо дар ҳолатҳое, ки дар беморон деформатсияҳои вазнин, дефектҳои паҳншудаи пуст мавҷуд буданд, намудҳои ғайристандартӣ амалиётҳои ҷарроҳӣ истифода бурда шуданд. Дар адабиёти муосир оварда шудааст, ки дар аснои деформатсияҳои вазнин истифода аз флепҳои озоди бо хун таъминшуда истифода бурда мешавад [13,14].

Дар 12 нафар беморон бо деформатсияи вазнини ангуштон ва панҷаи пой намуди таъғирдодашудаи ҷарроҳӣ аз бофтаҳои солими гирду атрофи патология бо пӯшонидани дефект аз ҳисоби пусти бутунқабата ба ҷой оварда шуд.

Ҳангоми дефектҳои паҳншуда ба ду ва ё бештар буғуми пой ба инобат гирифтани тарзи интиҳоби ҷарроҳӣ ва марҳилаҳои иҷроиши он аҳамияти калон доштанд. Дар як марҳила иҷро намудани ҳама этапҳои ҷарроҳӣ дар 7 нафар бемор ба ҷой оварда шуд. Дар аснои ҷой доштани захми трофикӣ дар болои пусти таъғирёфта амалиёти ҷарроҳӣ танҳо пас аз омӯзиши патогистологии захм ба ҷой оварда шуд (Расми 6). Дар ду нафар бемор ҳангоми ин омӯзиш хучайраҳои атипикӣ ёфт гардиданд, бинобар ин онҳо ба Маркази саратоншиносӣ равона карда шуданд.



Расми 6. Гистограмаи қитъаи пусти таъғирёфта

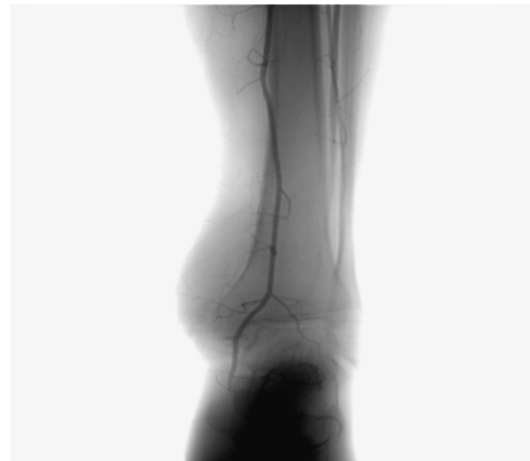
Омӯзиши натиҷаи биопсия тағйиротҳои назарраси дегенеративии қитъаи осебдидаи

пӯстро нишон дод. Аз ҷумла таҳқиқот нишон дод, ки дар марҳилаи баъди осебӣ атрофияи назарраси мавзиеи бофтаҳои пусти ва мушакӣ ба амал омада, онҳо бо қитъаҳои бофтаи шахшӯли фиброзӣ ва ҷамъшавии барзиёди лейкоцитҳо иваз мешаванд.

Дар 16 бемор хучайраҳои атипикӣ ёфт нагардиданд ва пас аз омӯзиш ба онҳо намудҳои реконструктивии ҷарроҳӣ ба ҷой оварда шуданд.

Қобили қайд аст, ки ба ҳисоб гирифтани чуқурии таъғироти бофтаҳо, ба таври адекватӣ ҷудо намудани флепҳои зерӣ калонкунии оптикӣ, ки пешгирии захмдоршавии ятрогении флепҳо ва рағҳои хунгузарро таъмин менамояд, аҳамияти хоса дорад.

Дар аснои дефектҳои дурушт ва паҳнгардидаи андом (8) зарурият ба иҷрои ангиография ба пеш омад. Мақсад аз он омӯзиши ҳолати рағҳои хунгарди андом, эҳтимолияти кучати озоди комплекси бофтаҳо дар пояҷаи рағҳои хунгард буд. Дар ҳамаи беморон дар ангиография тағйиротҳои назарраси патологӣ дида намешаванд. (Расми 7).



Расми 7. Ангиографияи шараёнҳои соқ ва панҷаи пой.

Дар 8 нафар бемор, ки дефекти паҳншудаи бофтаҳои ҷой доштанд дар ҳолати сахт дар андом бинобар фишурдашавии торҳои асаб ҷой доштанд ва дар аснои иҷрои ҷарроҳӣ фишурдашавии торҳои асаб мушоҳида шуд, невролиз ба ҷой оварда шуд. Дар ин беморон маҳдудияти ҳаракатҳо дар буғуми пойпанча низ ҷой дошт ва пас аз ба пуррагӣ ҷудол намудани флепҳо ва озод намудани шараён ва торҳои асаб



Расми 8. Номутаносибии поячаи флеп бо андозаҳои он



Расми 9. Некрози нугҳои флепҳои кучонидашуда

дефекти боқимонда бо пусти бутунқабата пушида шуд. Таҳлили адабиёт низ нишон медиҳад, ки истифодаи пусти бутунқабата дар чунин ҳолатҳо натиҷаҳои дилхоҳ медиҳад [15].

Натиҷаҳои ҷарроҳӣ дар марҳилаҳои наздик ва дурр омӯхта шуданд. Дар шабонарӯзи ҷорум ва панҷум пас аз ҷарроҳӣ фасодгирии захм дар 3 нафар, муриши нопурраи нугҳои пусти флепҳо дар 5 нафар ҷарроҳишудагон ба амал омад. Танҳо дар як ҳолати фасодгирии захм дар марҳилаҳои дури пас аз ҷарроҳӣ бемор такроран ҷарроҳӣ карда шуд. Дигар ҳолатҳои фасодгирӣ ва муриши пусти ба натиҷаи амалиётҳо таъсири манфӣ нарасониданд.

Омӯзиши аворизҳо нишон дод, ки сабаби некрози нугҳои флепҳои кучонидашуда номутаносибии поячаи бо хун таъминкунандаи флеп ба андозаҳои он, яъне аз меъёр зиёд бардоштани онҳо мебошад (Расмҳои 8,9).

Хулоса. Қайд кардан зарур аст, ки дар солҳои охир теъдоди беморон бо контрактураҳо, деформатсияҳо ва дефекти бофтаҳои руйпушкунанда зиёд гардида истодааст. Бештар шудани теъдоди беморон аз истифодабарии таҷхизотҳои навтарин дар истеҳсолот, ҷароҳатнокшавии андом аз об ва рағфани сӯзон, зиёд гардидани садамаҳои автомобилӣ вобаста аст. Дар бештари мавридҳо ин омилҳои осебдиҳанда сабаби ҷароҳатҳои омехтаи вазнин мегарданд. Интиҳоби тарзи ҷарроҳӣ бошад аз вазнинии патология, мӯҳлатҳои мурочиати беморон ба шӯъбаҳои махсусгардонидашуда вобастагӣ дошта, истифодабарии калонкунии оптикӣ дар аснои иҷрои ҷарроҳӣ ҷароҳатҳои ятрогении рағҳои хунгард ва торҳои асабро пешгирӣ намуда ба натиҷаҳои ҷарроҳӣ манфиати хуб мебахшад.

Адабиёт

1. Назаров Х.Н., Линник С.А., Мирзоев Р.Р. Профилактика и лечение посттравматической контрактуры, анкилозов и артрозов суставов при сочетанных и множественных травмах нижней конечностей. /Ж. Вестник Академии медицинских наук Таджикистана. – 2018.- Том 8, - №3 – стр.341-348.
2. Nikhil Panse, Parag Sahasrabudhe, Yogesh Bhatt. Use of local perforator flaps for post burn reconstruction. /www.wjps.ir -2012. – Vol. 1. - № 1. p. 22-29.
3. Mir Yasir, Adil Hafeez Wani, Haroon Rashid Zangar. Ergonomics and biogeometry of perforator/propeller flaps in the lower limb reconstruction. /Letter to Editor. -2017. – Vol.6. - №2 – p. 238-242.
4. Kai-xuan Dong, Yong-qing Xu, Xin-yu Fan, Long-jiang Xu, Xi-xiong Su et al. Perforator pedicled propeller flaps for soft tissue coverage of lower leg and foot defects./J. Orthopaedic surgery. – 2014., - Vol. 6, -№1. – p. 42-46.
5. Шибаев Е.Ю., Иванов П.А., Неведров А.В., Лазарев М.П., Власов А.П. Тактика лечения посттравматических дефектов мягких тканей конечностей. /Ж. Неотложной медицины имени Склифосовского. – 2018. – 7 (1). – стр. 37-43.



6. Ибрагимов Э.К, Давлатов А.А, Маликов М.Х, Хайдаров М.Р, Хамидов Н.Х, Махмад-кулова Н.А. Хирургическое лечение послеожоговых рубцовых разгибательных контрактур пальцев стопы. Вестник Авиценны. 2022 №2, том 24, с. 244-253.
7. Madhumita Gupta, Ashwin A. Pai, Ravi R Setty, Raghavendra Sawarappa, Bijay Kumar Majumdar, Tibar Banerjee, Aditya Ranoi, Abhimanyu Bhattacharya. Perforator plus asciocutaneous flaps in the reconstruction of post-burn flexion contractures of the knee joint. /J. Clinical and Diagnostic Research. – 2013. – Vol. 7(5). – p. 896-901.
8. Alipour J., Mehdipour Y., Karimi A. Epidemiology and outcome analysis of 3030 burn patients with an ICD-10 approach. /Annals of Burns and fire Disasters. – 2020. - vol. 33. № 1. – p. 3-13.
9. Kim JH, Choi JM, Chung CM, Park MC. Reconstruction of post burn scar contracture of the sole using the medialis pedis free flap. J. Korean Burn Soc. 2021;24:74-6.
10. Colleen N. Bartley, Kenisha Atwell, Laura Purcell, Bruce Cairns, Anthony Charles. Amputation following burn injury. /Journal of Burn Care and Research. – 2019. – Vol. 40, - № 4,- p. 430-436.
11. Шакиров Б.М, Исмати О.Ф, Ахтамов Ж.А. Пластические операции при послеожоговых контрактурах и деформациях голеностопного сустава. Анналы пластической, реконструктивной и эстетической хирургии. 2010, №1, с.74-79.
12. Sang Hyun Lee, Sung Jin An, Nu Ri Kim, Um Ji Kim, Jeungil Kim. Reconstruction of post burn contracture of the forefoot using the anterolateral thigh flap./Clinics orthopedic surgery. – 2016. – vol.8, -№4. – p.444-451.
13. Галич С.П, Петах А.Л, Дабижа А.Ю, Фурманов А.Ю, Резников А.В, Гребень Н.И. Свободная пересадка мышечных и комбинированных перфорантных лоскутов как метод выбора при закрытии дефектов тканей дистальных отделов конечностей. Анналы пластической, реконструктивной и эстетической хирургии. 2006, № 1, с. 40-47.
14. Andreas Gravvanis, Antonios Kyriakopoulos, Konstantinos Kateros, Dimosthenis Tsoutsos. Flap reconstruction of the knee; a review of current concepts and a proposed algorithm./World J. Orthopedics. – 2014. – Vol. 5, № 18, - Issue 5. – p. 603-613.
15. Богданов С.Б, Бабичев Р.Г. Хирургические аспекты лечения детей с глубокими ожогами тыльной поверхности кистей и стоп. Российский Вестник 2016. Том VI, №1, с. 57-62.

УСТРАНЕНИЕ КОНТРАКТУРЫ И ПОСТТРАВМАТИЧЕСКИХ ДЕФОРМАЦИЙ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТИ

Хайдаров Мехроч Маъмурович-

Кафедра хирургической болезней № 2 им. академика Усмонова Н.У

ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино

Цель исследования: улучшить результаты оперативных вмешательств при контрактурах, деформациях и дефектах мягких тканей нижней конечности.

Материалы и методы: Различные реконструктивные операции выполнены 54 больным с контрактурами, выраженными деформациями пальцев и стопы с дефектами покровных тканей стопы, бедра. В связи с наличием выраженной деформации и застарелых контрактур пальцев у больных отмечалось ограничение или полное отсутствие движений в нижней конечности. Наряду с наличи-

ем контрактуры и деформации также наблюдались дефекты покровных тканей.

Результаты исследования. Оптическое увеличение использовалось во всех случаях при проведении различных оперативных вмешательств. Целью его использования была полная идентификация нервных волокон и сосудов, полное отделение лоскутов без травм.

Одной из наиболее распространенных операций, которая до сих пор применяется при контрактурах и деформациях конечностей, является метод устранения патологии



методом Z-пластики который мы также применили у 27 больных с локальными контрактурами.

Ключевые слова: контрактура, посттравматическая деформация стопы, дефект мягких тканей.

ELIMINATION OF CONTRACTURE AND POST-TRAUMATIC DEFORMITIES OF THE LOWER LIMBS

Khaydarov Mehroch Ma'murovich

Department of Surgical Diseases № 2 named after Academician Usmonov N.U
GOU TSMU named after A.I. Abuali ibn Sino

Purpose of the study: to improve the results of surgical interventions for contractures, deformities and soft tissue defects of the lower limb.

Materials and methods: Various reconstructive surgeries were performed in 54 patients with contractures, severe deformities of the toes and foot, and defects in the integumentary tissues of the foot and thigh. Due

to the presence of severe deformity and chronic contractures of the fingers, patients had limited or complete absence of movements in the lower limb. Along with the presence of contractures and deformities, defects in the integumentary tissues were also observed.

Key words: contracture, post-traumatic foot deformity, soft tissue defect.

Хайдаров Мехроҷ Маъмурович- унвонҷӯи кафедраи бемориҳои ҷарроҳии №2 ба номи академик Усмонов Н.У МДТ ДДТТ ба номи Абуали ибни Сино ш. Душанбе. Тел: 985 80 17 38.

Хайдаров Мехроҷ Маъмурович-соискатель кафедры хирургической болезни №2 им. Академика Усманова Н.У ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. г. Душанбе. Тел: 985 80 17 38.

Khaydarov Mehroch Ma'murovich-applicant of the Department of Surgical Disease No. 2 named after Academician Usmonov N.U GOU TSMU named after Abuali ibn Sino. Dushanbe. Tel: 985 80 17 38.

ТАШХИС ВА МУОЛИЧАИ ҶАРРОҲИИ ҶУРРАҲОИ ВЕНТРАЛИ

Ҳомидов И.Т.

Кафедраи бемориҳои ҷарроҳии № 2 ба номи акад. Н.У.Усмонов МДТ
“Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абуали ибни Сино”. МЧИЧДР

Муҳиммият. Муолиҷаи ҷарроҳии ҷурраҳои вентралӣ калон ва гиганти то имрӯз яке аз проблемаҳои то ба охир ҳалнашуда ва муҳим ҳисобида мешавад [1-2]. Афзудани шумораи беморон бо ҷурраҳои вентралӣ, алалхусус бештар дар байни ҷавонони қобили меҳнат нисбат ба аҳамияти муҳими тиббӣ ва иҷтимоии ин проблема гувоҳи медуҳад. Тақрибан 60 фоизи беморони дорои ҷурраҳои девораи пеши шикам дар синну соли аз 20 то 50 қарор доранд [3].

Аз таҳлили нишондодҳои адабиёти солҳои охир бармеояд, ки ба таври васеъ истифода бурдани таҷхизотҳои таҷхисии муосир хангоми бемориҳои гуногуни шикам ва фазои пасисифок дар баробари бештар на-

мудани сифати таҷхис сабаби зиёд гардидани шумораи ҷарроҳии гардидааст, ки он дар навбати худ микдори беморонро бо ҷурраҳои девораҳои пеш ва паҳлугии шикам афзудаанд [4-5]. Аз маълумоти баъзе аз муаллифон бармеояд, ки басомади амалиётҳои ҷарроҳиянгоми ҷурраҳои девораи пеши шикам дар як сол аз 20 фоиз зиёд буда [3,6], аз рӯи дигар маълумотҳо пас аз лапаротомия дар 28 фоизи беморон ҷурраҳои пас аз ҷарроҳии пайдо мегарданд [7-9].

Басомади ҷурраҳои девораҳои шикам аз рӯи нишондодҳои адабиёти муосир аз 10 то 49 фоизро таҷхил медуҳад [10-11] ва новобаста аз дастовардҳои соҳаи герниология ва истифодабарии тарзҳои гайрикаши-

шии тармими чурраҳалта басомади ретсидиви бемори афзуда истодааст, ки бештар аз 50 фоизро ташкил медиҳад [12-13].

Оид ба сабабҳои пайдоиши чурраҳо, ретсидиви онҳо то ҳол байни муҳаккикон бахшо давом доранд. Омӯзиши адабиёт нишон медиҳад, ки яке аз сабабҳои пайдоиши чурра ва ретсидиви он омилҳои баамаловаранда ба ҳисоб мераванд. Кам гардидани ретсидиви бемори баъзе муаллифон бо ворид намудани тарзҳои гайрикашиши тармими девораҳои чурра [14-15], дигарон бо тақмили усулҳои пешинаи чарроҳи алокаманд менамоянд [16-17], ба ақидаи сеюмин бошад ретсидиви бемори аз намуди чарроҳи вобастаги надорад [18-19]. Баъзе аз олимон чунин мешуморанд, ки бемори сабаби генетики дошта, новобаста аз тарзи чарроҳи эҳтимолияти аз нав пайдо гардидани он зиёд аст [20-21].

Дар адабиёти солҳои охир яке аз сабабҳои асосии пайдоиши чурра ва ретсидиви он дисплазияи бофтаи васлкунанда ба шумор меравад. Оварда мешавад, ки таъғир ёфтани таносуби коллагенҳо дар бофтаи васлкунанда бо вайроншавии вазифаи охири сабаби пайдоиши чурра ва такроршавии он мегардад [22-24].

Хулоса, омӯзиши адабиёти муосир нишон медиҳад, ки то ҳол сабабҳои қонекунандаи пайдоиши чурраҳои вентралӣ ва ретсидиви онҳо исбот карда нашудаанд. Оид ба сабабҳои пайдоиши чурраҳо, тарзҳои анъанавӣ ва муосири бартараф намудани онҳо бахсу мунозираҳо давом доранд. Новобаста аз фоизи баландро ишғол намудани ретсидиви бемори тарзҳои анъанавӣ чарроҳӣ то ҳол аҳамияти ҳудро гум накарда, дар баробари он ворид намудани тарзҳои гайрикашиш ва эндоскопии чуррабури афзуда истодаанд. Ба таври васеъ истифода бурдани тарзҳои муосири тармими девораҳои чурраҳалта ва пайдоиши бархе аз аворизҳои сабаби ба танзим даровардани тарзи гузоштани турҳои полипропилени гардиданд ва сониян таҳлилҳо нишон додаанд, ки такроршавии бемори аз тарзи гузоштани турҳо вобастаги надорад. Дар баробари ин имкониятҳои истифодабарии бофтаҳои гирду

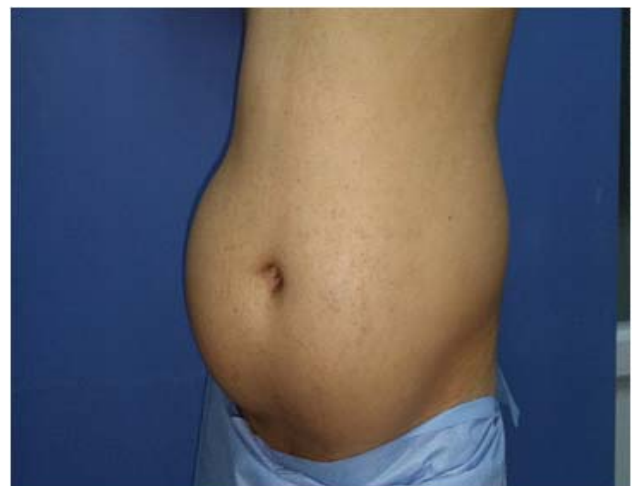
атрофии чурра, ки бештар хангоми чурраҳои ҳаҷман хурд истифода бурда мешаванд дар аснои чурраҳои калон ва ретсидиви маҳдуд гардидааст.

Мақсади таҳқиқот: муқаммал намудани таҳхис ва беҳтарсозии натиҷаҳои чарроҳии чурраҳои девораҳои пеш ва паҳлуи шикам бо усулҳои анъанавӣ ва муосир.

Мавод ва усулҳои таҳқиқот. Намудҳои гуногуни чарроҳии тармими ба 157 нафар бемор бо чурраҳои девори пеш ва паҳлуи шикам (Расмҳои 1, 2) ба ҷой оварда шудаанд. Таҳқиқот солҳои 2000 то 2020-ро дар бар мегирад.



Расми 1. Чурраи гигантии девори пешии шикам



Расми 2. Чурраи паҳлуи шикам

Беморон дар шӯъбаҳои микрочарроҳӣ ва эндочарроҳии Маркази ҷумҳуриявии илмӣ чарроҳӣ дилу рағҳо бистари гардидаанд. Намудҳои ибтидоии чурра дар 57 (36,4%),



пас аз чаррохи- дарб2 (39,4%) ва ретсидиви – дар 38(24,2%) бемор мушохида карда шуданд. Дар бештари мавридҳо чурра дар занҳо дида шуд (127), ки басомади он ба 80,8% баробар буд.

Бояд кайд намуд, ки дар солҳои охир муручиати беморон бо чурраҳои гуногуни девораҳои шикам афзуда истодааст. Агар дар солҳои 2000 то 2010 ба 55 (35%) беморон амалиёти чуррабури иҷрошуда бошад, пас аз солҳои 2011 то 2021 ин шумора то ба 102(65%) афзудааст.

Аз микдори умумии беморон 102 (65%) нафар дар синну соли коршоёми қарор доштанд. Хангоми чурраҳои пас аз чаррохи (62) ва ретсидиви (38) андозаҳои дарвозаи чурра аз 10 см зиёд буд. Ретсидиви бемори пас аз амалиёти герниопластика бо усулҳои анъанави(29),гайрикашиши (6) ва омехта (3) пайдо гардида буд.

Дар бештари мавридҳо чурраҳои пас аз чаррохи пас аз амалиёти холесистэктомияи традисионӣ (51%) ва ампутатсияи бачадон (17%) пайдо гардида буданд.

Дар марҳилаи пеш аз чаррохиба беморон вазифаи нафаскашии беруна бо бастанӣ шикам ва бе бандаж муайян карда шуд ва ба таври васеъ тадқиқоти ултрасадои истифода карда. Мақсад аз истифодабарии ин тарзи таҳхис муайян намудани ҳаҷми дарвозаи чурра, узви дар вориди чурраҳалта ҷойдошта ва аниқ намудани дигар бемориҳои узвҳои вориди шикам буд.

Истифодабарии томографияи компютеридар ҳолатҳои душвор ва чурраҳои қалон, ҳамзамон дар мавридҳои, ки дефекти бофтаҳои мулоим ва яраҳо дар онҳо ҷой доштанд, инчунин дар асноичҷой доштани носурҳои риштаги истифода бурда шуд.

Дар бештари мавридҳо барои омӯзиши ҳолати мушаки ва апоневротикӣ гирду атрофии чурра дар ҳаҷми муайяни онҳо бурида ва барои омӯзиши патогистологи равона карда.

Натиҷаҳои таҳқиқот ва баррасии онҳо. Хангоми ҷой доштани бемориҳои ҳамсафар ба монанди синдроми метаболики, диабетиканд, бемории ишемиявӣ дил ва гайраомодаи беморон ба амалиёти чаррохи марҳи-

лаи зиёдро талаб менамуд. Ин беморон та-нҳо пас аз коррексияи нишонаҳои бемории асосӣ ва ба даст овардани натиҷаҳои хуби табобат (ба танзим омадани вазни бемор, ба меъёр ҷавобгӯӣ будани қанди хун, ба танзим омадани нафаскашии бемор) ба амалиёти чаррохи омода карда шуданд. Омӯзиши градиенти фишори дохили шикам хангоми иҷрои амалиёт яке аз равишҳои асосиичаррохи шуморида шуд. Градиенти фишори дохили шикам роҳбалрад ба интиҳоби тарзи герниопластика буд[7] ва дар ҳолати градиент ба 24-25 мм найчаи оби баробар будан тарзи гайрикашиши тармими чурра интиҳоб карда шуд [25].

Омузиши маводҳои патогистологичӣ доштани таъгиротҳо бо намуди атрофияи локалӣ ва дегенеративӣ дар апоневрози атрофи чурраҳалта ва пардаи сифокро нишон дод. Дар баробари ин хангоми чурраҳои ретсидивиба бофтаи фибрози мубаддал гардидани рағҳои хунгузар дар тамоми сатҳи чурраҳалта ва қитъаҳои некробиоз, инфилтратсияи лимфоситари мушохида карда шуданд (Расми 3).

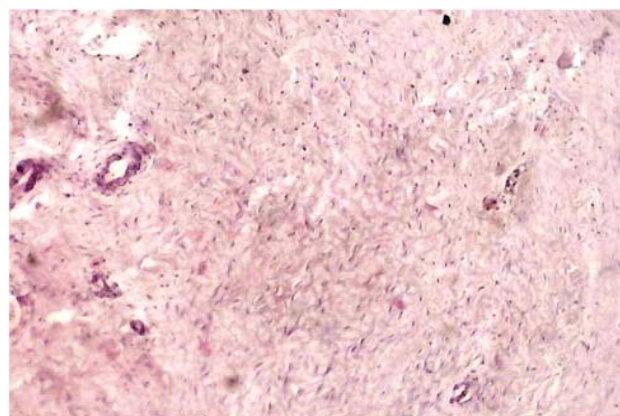


Рисунок 3. Гистограммаи чурраҳалта бо қалонкунии Х 40 маротиба

Рангдихи бо гематоксилин ва эозин.

Эзоҳ: ба тавр хаотикӣҷойгиршавии элементҳои хун, облитератсияи рағҳои хунгард, пурхунӣ рағҳо, дуруштшавии девораи рағҳои хунгард, чамъшавии лимфомакрофағали, ноҳамвории сатҳи эндотелии рағи хунгард

Ба беморон герниопластикаи анъанавӣ (82), гайрикашиши (27) ва омехта (48) ба ҷой оварда шуд.

Ба 57 нафар бемор бо чурраи ибтидои бинобар таъгиротҳои кулли надоштани квати апоневротики ва мушакии гирду атрофи чурраҳалта дар бештари мавридҳо (66,5%) намудҳои анъанавии герниопластика иҷро карда шуданд. Аз байни 38 бемор бо чурраҳои ретсидиви дар 80% мавридҳои герниопластикаи гайрикашиши ва омехта иҷро карда шуд. Хангоми чурраҳои пас аз чарроҳии ба 28(45,8%) беморон герниопластикаи анъанавӣ, ба 14(22%) – гайрикашиши ва ба 20 (32,2%) бемор амалиёти тармимии омехта ба ҷой оварда шуд.

Турҳои полипропиленхангоми герниопластикаи гайрикашиши ва омехта дар 84 (53,5%) бемор истифода бурда шуданд. Мустваккам намудани тури полипропилен ба тарзи onlay ба 57, sublay – ба 15 ва inlay – ба 12 бемор иҷро карда шуд. Дар 12 бемор бинобар ҳаҷми калон доштани девораи чурра ва дефекти калони пардаи сифокури пропилен ба тарзи inlay гузошта шуд. Дар ин мавридҳои истифодабарии турҳои махсус бо мақсади муҳофизати рӯдаҳои варианти оптималии тармим ба ҳисоб меравад [26].

Дар 47 бемор амалиётҳои симултани дар амсоли холесистэктомия (21), эхиноккокэктомия аз ҷиғар (3) систэктомия хангоми кистаҳои тухмдон (14), ампутатсияи болоимаҳбалии бачадон (9) иҷро карда шуданд. Хангоми дурушт будани чарбуи калон дар баъзе мавридҳои резексияи он ба ҷой оварда шуд. Дар марҳилаи пас аз чарроҳии ба беморон тадқиқоти ултрасадои бо мақсади гиррифтани дренажҳо, ҷой доштани моеъ дар ковокиҳои шикам ва ҳамзамон дар болои турҳои полипропилен иҷро карда шуд.

Аз нишондодҳои муаллифон басомади аворизҳои фасоди-илтиҳобии захм пас аз иҷрои герниопластика аз 1,1% то 4,2% таъкил медиҳад [14,24]. Таҳлили амалиётҳои чарроҳии мо нишон дод, ки пас аз истифодабарии тарзҳои гайрикашии герниопластика басомади ин авориз ба 4,3% ва хангоми намудҳои анъанавии тармими чурра ин нишондод ба 6,2% баробар буд.

Басомади аворизҳои ҳамзамон вобаста аз тарзҳои гузоштани турҳои синтетикӣ омӯхта шуданд. Байни 57 бемор, ки тур ба та-

риқи onlay гузошта шуда буд дар 4 нафар фасоднокшавии захм ба вучуд омад, ки ба 7% баробар буд. Аз рӯи нишондоди муаллифон хангоми ба тарзи onlay гузоштани турҳои басомади фасоднокӣ захм ба 14,5% [3] ва нишондодҳои диғарон ба 1,1% [14] баробар аст.

Аз рӯи нишондодҳои адабиёти муосир бармеояд, ки хангоми бо тариқи sublay гузоштани турҳои аворизҳои захми дар 17 фоизи мавридҳои дида мешаванд [9].

Хангоми фасоднокшавии захм зарурият ба иҷрои амалиёти чароҳии такрори пайдо нагардид, ҷорабинҳои консервативӣ натиҷаи хуб бахшиданд, турҳои синтетикӣ ба-дар карда нашуданд.

Басомади ретсидиви бемори дар марҳилаҳои гуногуни дурдаст омӯхта шуд. Аз шумораи умумии беморон аз нав такроршавии чурра дар 6 нафар бемор мушоҳида карда шуд, ки 3,8 фоизро таъкил дод. Дар 4 нафар бемор ретсидив пас аз амалиётҳои чуррабурии анъанавӣ ва дар 2 нафари диғар пас аз амалиёти гайрикашиши ба амал омад. Омӯзиши адабиёт нишон медиҳад, ки басомади ретсидиви чурра пас аз амалиётҳои гайрикашиши аз 6 то 8,8% [25-26], аз нишондодҳои диғар муаллифон ҷунин окибат пас аз амалиётҳои чуррабурии анъанавӣ аз 2,8% то 54 фоизро таъкил медиҳад [10,14].

Аз байни 6 нафар бемор, ки ретсидив пайдо гардида буд амалиёти такрори ба 5 нафар иҷро карда шуд. Аз ин миқдор намудҳои гайрикашиши чуррабурии ба 4 ва анъанавӣ ба як нафар бемор иҷро карда шуд. Дар як маврид бемор аз амалиёти чарроҳии такрори худдори намуд.

Хулоса. Натиҷаҳои функционалии хуб дар мавриди таъоботи чурраҳои аввалиндарачаи начандон калон ва ҳолати хуби апоневроз ва мушакҳои гирду атрофии чурра ба даст оварда мешаванд. Намудҳои ретсидивии чурра ва чурраҳои калонҳаҷм истифодабарии тарзҳои герниопластикаи гайрикашиширо талаб менамоянд. Дар мавриди чурраҳои калонҳаҷм ва дефекти калони сифокури парда ба тариқи inlay гузоштани тури пропилен ба тарзи оптималии реконструксия



хисобижа мешавад. Ҳангоми ҷой доштани хатари аз нав пайдошавии ҷурра иҷро намудани герниопластикаи омехта бо истифода аз ресурсҳои гирду атрофи ҷурра тарзи конъюкунандаи амалиёти ҷарроҳӣ шуморида мешавад.

Адабиёт

1. Айдемиров А.Н, Вафин А.З, Чемянов Г.С, Мнацакян Э.Г, Лайпанов Р.М, Чумаков П.И. Новые технологии в диагностике и лечении больших и гигантских ventральных грыж. Медицинский Вестник Северного Кавказа, № 1, 2012, с. 38-42;
2. Slater N.J, Montgomery A, Berrevoet F, Carbonell A.M, Chang A, Franclin M. et al. Criteria for definition of a complex abdominal wall hernia. Hernia, 2014, 18:7-17;
3. Шестаков А.Л, Инакова А.Г, Цховребов А.Т. Результаты различных вариантов пластики передней брюшной стенки у больных с ventральными грыжами и факторы, оказывающие на них влияние. Научные ведомости Белгородского государственного университета 2017; 19:98-108;
4. Tanaka E.Y, Yoo J.H, Rodrigues A.J, Utiyama E.M, Birolini D, Rasslan S. A computerized tomography scan method for calculating the hernia sac and abdominal cavity volume in complex large incisional hernia with loss of domain. Hernia (2010) 14:63-69;
5. Beck C.W, Holzman D, Sharp W.K, Nealon H.W, Dupont D.W, Poulouse K.B. Comparative effectiveness of hernia vs computed tomography in the diagnosis of incisional hernia. J Am Coll Surg. 2013, Vol. 216, № 3, p.447-453;
6. Тимофеев С.И, Минаев С.В, Исаева А.В, Павленко И.В, Болотов Ю.Н. Синдром недифференцированной дисплазии соединительной ткани у детей скостно-мышечной патологией. Медицинский Вестник Северного Кавказа. 2-13, Т.8. №4, с. 31-34;
7. Чарышкин А.Л, Флоров А.А. Проблемы герниопластики у больных с послеоперационными ventральными грыжами. Ульяновский медико-биологический журнал. 2015, № 2, с. 39-46;
8. Толкачёв К.С, Щербатых А.В, Соколова С.В, Шмаков Д.А. Визуализация тканей передней брюшной стенки при послеоперационных ventральных грыжах. Сибирское медицинское обозрение, 2017, № 3, с. 89-94;
9. Pauli E.M, Wang J, Petro C.C, Juza R.M, Nonitsky Y.W, Rosen M.J. Posterior component separation with transversus abdominal release successfully addresses recurrent ventral hernias following anterior component separation. Hernia (2015) 19:285-291;
10. Лаврешин П.М, Ефимова А.В, Гобеджишвили В.К, Жерносенко А.О, Гобеджишвили В.В, Юсупова Т.А. Послеоперационные ventральные грыжи: выбор пластики грыжевых ворот. Вестник Национального медико-хирургического Центра им. Н.И.Пирогова. 2015, т.10, № 2, с. 61-64;
11. Скворцов М.Б. Локальная пластика рецидивной послеоперационной грыжи передней брюшной стенки (длительные клиничко-анатомические наблюдения). Сибирский медицинский журнал, 2013, №3, с. 113-117;
12. Langer C, Schaper A, Liersch T. Prognosis factors in incisional hernia surgery: 25 years of experience. Hernia. 2005; 9(1):16-21;
13. Eriksson A, Rosenberg J, Bisgaard T. Surgical treatment for giant incisional hernia: a qualitative systematic review. Hernia 2014; 18(1): 31-38;
14. Паршиков В.В, Логинов В.И. Техника разделения компонентов брюшной стенки в лечении пациентов с ventральными и послеоперационными грыжами (обзор). СМТ. 2016-том 8, № 1, с.183-194;
15. Ponten J.E.H, Somers K.Y.A, Nienhuijs. Pathogenesis of the epigastric hernia. Hernia (2012) 16:627-633;



16. Rosen M.J, Fatima J, Sarr M.G/ Repair of abdominal wall hernia with restoration of abdominal wall function. *J.Gastrointestsurg* (2010) 14:175-185;
17. Jensen K.K, Henriksen N.A, Jorgensen L.N. Abdominal wall hernia and pregnancy: systematic review. *Hernia* 2015 *VOI* 10.1007/s 10029-015-1373-6;
18. Алишев О.Т, Шаймарданов Р.Ш. Современное состояние и проблемы лечения больших послеоперационных вентральных грыж. *Практическая медицина*. 2013, №2 (67), с. 16-21;
19. Lauscher J.C., Loh J.C., Rieck S., Buhr H.J. Ritz J.P. Long-term follow-up after incisional hernia repair: are there only benefits for symptomatic patients? *Hernia* 2013; 17: 203-209.
20. Иванов И.С., Лазаренко В.А., Иванов С.В., Горяинова Г.Н., Иванов А.В., Тарабрин Д.В., Литвякова М.И. Соотношение коллагена I и 3 типов в коже и апоневрозе у пациентов с вентральными грыжами. *Ж. Новости хирургии*. 2013; 3: 33-36.
21. Calaluce R., Davis J.W., Bachman S.L. Incisional hernia recurrence through genomic profiling: a pilot study. *Hernia* 2013; 17(2): 193-202.
22. Щербатых А.В, Соколова С.В, Шевченко К.В. Современное состояние проблемы хирургического лечения послеоперационных вентральных грыж. *Сибирский медицинский журнал*, 2010, № 4, с. 11-16;
23. Велигоцкий Н.Н. и др. Хирургическое лечение грыж на фоне дисплазии соединительной ткани / Велигоцкий Н.Н. и др.// *Украинский хирургический журнал*. – 2011. - №3. –С. 236-239;
24. Абалян А.К, Айдемиров А.Н, Вафин А.З, Машурова Е.В, Айдемирова Э.А, Наш опыт лечения послеоперационных вентральных грыж. *Медицинский вестник Северного Кавказа*. 2019, Т.14, № 1.1. с. 19-21;
25. Белоконов В.И, Волова Л.Т, Пономарева Ю.В, Вавилов А.В. Клинико-морфологическое обоснование выбора способа операции у больных с послеоперационными переднебоковыми и боковыми грыжами живота. *Хирургия им. Н.И.Пирогова*, 2011, № 9, с.60-61;
26. Лембас А.Н, Тампей И.И, Иванченко В.В, Баулин А.В, Зюлкин Г.А. О лечении послеоперационных вентральных грыж. *Медицинские науки. Клиническая медицина*. 2010, №1(13), с.56-67.

ДИАГНОСТИКА И ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ВЕНТРАЛЬНЫХ ГРЫЖ

Хамидов И.Т.

Кафедра хирургических болезней № 2 им. акад. Н.У.Усманова
ГОУ “ТГМУ имени Абуали ибни Сино”. РНЦССХ

Цель: улучшение результатов хирургического лечения вентральных грыж.

Материал и методы: работа основана на опыте хирургического лечения 157 пациентов с большими и гигантскими грыжами передней брюшной стенки, которым были использованы различные варианты герниопластики. Первичные грыжи имели место у 57 (36,4%), послеоперационные – у 62(39,4%) и рецидивные – у 38(24,2%) пациентов. Среди оперированных больных преобладали женщины – 127(80,8%). Большие размеры имели послеоперационные (62) и рецидивные (38) грыжи. Рецидивные грыжи

развивались после традиционных (29), ненапряжных (6) и комбинированных способов (3) герниопластики, послеоперационные явились последствием традиционной холецистэктомии (51%), ампутации матки (17%), а также после лапаротомии по поводу различных хирургических патологий органов брюшной полости (32%).

Результаты: традиционная герниопластика была выполнена 72, ненапряжная - 33 и комбинированный способ – 52 пациентам. Выбор метода операции зависел от объема грыжевых ворот, состояние мышечно-апоневротического слоя передней брюшной



стенки. Размещение трансплантата по способу onlay осуществили 61, sublay – 14 и inlay - 10 пациентам.

В послеоперационном периоде нагноение ран после традиционной герниопластики было отмечено у 3, после ненатяжных способов операции – у 5 пациентов. Рецидив

грыжи был отмечен в одном наблюдении.

Заключение. Адекватная предоперационная подготовка пациентов с большими и гигантскими вентральными грыжами предупреждает развития ряда не желаемых, порою грозных осложнений в послеоперационном периоде.

DIAGNOSIS AND SURGICAL TREATMENT OF VENTRAL HERNIAS

Khamidov I.T.

Department of Surgical Diseases № 2 named after acad. N.U.Usmanov
State Educational Institution “Avicenna Tajik State Medical University”.

SI Republican scientific center of cardiovascular surgery

Objective: to improve the results of surgical treatment of ventral hernias.

Material and methods: the work is based on the experience of surgical treatment of 157 patients with large and giant hernias of the anterior abdominal wall, who underwent various hernioplasty options. Primary hernias occurred in 57 (36.4%) patients, postoperative in 62 (39.4%) and recurrent hernias in 38 (24.2%) patients. Among the operated patients, women predominated - 127 (80.8%). Postoperative (62) and recurrent (38) hernias had large sizes. Recurrent hernias developed after traditional (29), tension-free (6) and combined methods (3) hernioplasty, postoperative hernias were the result of traditional cholecystectomy (51%), amputation of the uterus (17%), as well as after laparotomy for various surgical pathologies of the abdominal organs (32%).

Results: traditional hernioplasty was performed in 72 patients, tension-free - in 33 and combined method - in 52 patients. The choice of the operation method depended on the volume of the hernial orifice, the state of

the muscular-aponeurotic layer of the anterior abdominal wall. The graft placement by the onlay method was performed in 61 patients, sublay - in 14 and inlay - in 10 patients.

In the postoperative period, suppuration of wounds after traditional hernioplasty was noted in 3 patients, after tension-free methods of surgery - in 5 patients. Hernia recurrence was noted in one observation.

Conclusion: Adequate preoperative preparation of patients with large and giant ventral hernias prevents the development of a number of undesirable, sometimes severe complications in the postoperative period. Achieving satisfactory functional results after hernioplasty largely depends on the adequate choice of surgery, the condition of the muscular-aponeurotic layer of the anterior abdominal wall. Large hernial orifices, especially recurrent types of pathology, require the use of tension-free methods of surgery.

Key words: ventral hernias, anterior abdominal wall, hernioplasty, tension-free methods of surgery.

Хомидов Илхомиддин Тоирович-докторант PhD кафедраи беморихои чаррохии №2 МДТ ДДТТ ба номи Абуали ибни Сино. Тел(+992)900-67-54-54. E-mail: Khamidov.1991@list.ru.
Хомидов Илхомиддин Тоирович-докторант PhD кафедраи хирургической болезней №2 имени академика Усманова Н.У ГОУ «ТГМУ имени Абуали ибни Сино».Тел(+992)900-67-54-54. E-mail:Khamidov.1991@list.ru.

Khamidov Ilkhomidin Toirovich-PhD Student, Department of Surgical Diseases №2 named after Academician N.U.Usmonov, Avicenna Tajik State Medical University/. Tel(+992)900-67-54-54. E-mail:Khamidov.1991@list.ru.

**ЧАРРОҲИИ ЧУРРАҲОИ ВЕНТРАЛИИ ҲАЧМАН КАЛОН****Худойодов О.М.**

Кафедраи бемориҳои чарроҳии №2 ба номи академик Усманов Н.У.

МДТ “ДДТТ ба номи АбуалӣбниСино”.

Муҳимият. Дар солҳои охир бештар гардидани шумораи беморон бо чурраҳои вентралиии ҳаҷман калон бо хубтар гардидани сатҳи таҳшис бинобар истифодабарии таҷҳизотҳои муосир ва вобаста аз он зиёд гардидани басомади чарроҳиҳо дар узвҳои воридаи шикам вобастагии калон дорад [1,2].

Аз нишондодҳои адабиёти тибби муосир бармеояд, ки басомади чурраҳои вентралиии ҳаҷман калон то ба 50 фоиз мерасад. То ҳол амалиётҳои анъанавӣҳангоми чурраҳо аҳамияти хоси худро гум накардаанд ва бештари чарроҳон аз онҳо истифодабарӣ менамоянд. Бинобар ин омӯроҳи гувоҳӣ медиҳанд, ки бештар чурраҳо пас аз иҷрои ин амалиётҳо пайдо мегарданд [3].

Дар баробари амалиётҳои анъанавӣ дар солҳои охир герниопластика бо усулҳои муосир, аз он ҷумла герниопластикаи ғайрикашишӣ ва эндоскопӣ низ ташаккул ёфта истодаанд. Вале дар баробари тағйирёбии амалиётҳои анъанавӣ, бештар истифодабарии усулҳои муосири чуррабури бештари равишҳои ин проблема ҳалли худро наёфта истодаанд. Аз он ҷумла то ҳол ба пуррагӣсабабҳои пайдоиши чурра, ретсидивӣ он, таъсири манфии турҳои композитии полипропиленӣ аниқ қарда нашудаанд. То ҳол басомади ретсидивӣ чурра пас аз иҷрои амалиётҳои анъанавӣ аз 60% поён нагардида истодааст 63% [4], дар баробари ин баландравии басомади ретсидив пас аз амалиётҳои ғайрикашишӣ низ давом ёфта истодааст [5].

Оид ба сабабҳои аз навапайдошавии чурра бархе аз муаллифон дар ақидаанд, ки дисплазияи бофтаи васлкунанда роли муҳимро мебозад [6,7], дигарон дар маълумотҳои худ сабаби такроршавии бемориро бо бемориҳои ҳамсафар алоқаманд мекунанд, аз он ҷумла онҳо қайд мекунанд, ки синдроми метаболикӣ, баландшавии фишори дохилишикам, фарбеҳӣ, бемориҳои дилурағҳо ва бемориҳои музмини шушҳо ба пайдошавии ретсидивӣ чурра мусоидат мекунанд [8,9].

Айни замон бо мақсади бартарафнамудани чурраҳои вентралиӣ амалиётҳои зиёд ба ҷойи варда мешаванд. Лекин новобаста аз ин то ҳол бештари равишҳои бартарафнамудани чурраҳо баҳсноқ мекунанд [10]. Амалиётҳои чуррабури такрорӣ ва баъзан сершумор сабаби ҳаҷман калоншавии дефёкҳои чурраҳалта гардида сабабгори часпиши рӯдаҳо ва чарбуи калон мегарданд, ки ин дар навбати худ хатари осебнокшавии рӯдахоро ҳангоми амалиёти такрорӣ зиёд мегардонад. Бинобар ин омодаسازی мукамали беморон ба чарроҳӣ, бартарафнамудани бемориҳои ҳамсафар, интиҳоби тарзи оптималии чарроҳӣ ва ҳатман истифодабарии калонкунии оптикӣ бо техникаи претсизионӣ ҳангоми иҷрои чарроҳӣ ба ноилгардидани натиҷаҳои хуби функционалӣ мусоидат мекунанд [11].

Ҳамин тариқ новобаста аз омӯзиши мукамали сабабҳои пайдоиши беморӣ, тарзҳои муолиҷаи он, пешгирии ивориз то ҳол мушкилотҳо оид ба интиҳоби тарзи чарроҳӣ пайдо мегарданд. Тарзҳои чарроҳи-анъанавӣ мукамалгардида дар баробари он усулҳои ҳозиразамон бештар истифода бурда мешаванд. Баҳсноқ нисбат ба тарзи гузоштани турҳои синтетикӣ давом дорад. Новобаста аз ҳамаи инҳо басомади ретсидивӣ беморӣ, пайдоиши аворизи гуногун дар марҳилаҳои наздик ва дури пас аз чарроҳӣ ҷой дорад ва мушкилот то ба охир ҳалли худро наёфта аз муҳаққиқон талаби бозёфти тарзҳои алтернативии табобатро талаб менамояд.

Мавод ва усулҳои таҳқиқот. Дар Маркази ҷумҳуриявӣ илмӣ чарроҳии дилурағҳо ба 45 нафар маризон бо чурраҳои ретсидивӣ девораҳои пеш ва паҳлугии шикам, ки аз рӯи таснифи Chewrel J.P, Rats A.M. (SWR, 1992) мувофиқ ба W 3 (10-15 см) ва W4 (бештар аз 15 см) буданд, амалиётҳои гуногуни чарроҳӣ ба ҷой оварда шуданд. Ҳангоми муоина маълум гардид, ки дар 29 нафар бе-



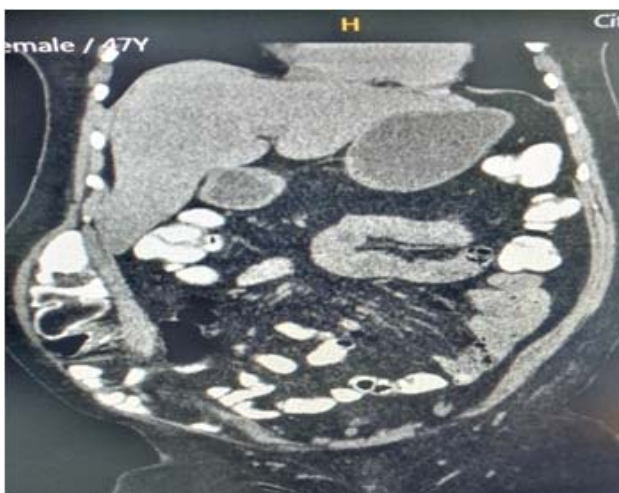
морон чурраҳо дар девораи пеши шикам ва дар 16 нафари дигар дар пахлуҳои шикам ҷойгир шуда буданд. Бештари беморонро (36) занҳо ташкил доданд. Дар синну соли коршоямӣ 37 нафар қарор доштанд, ки ба 82,2% баробар буд.

Қобили қайдаст, ки танҳо дар 2 нафар бемор ретсидив пас аз иҷрои амалиёт дар Маркази мазкур пайдо гардида, дар боқимонда 43 нафар бемор такроршавии беморӣ пас аз амалиётҳои ҷарроҳӣ, ки дар дигар муассисаҳои ҷумҳурӣ ба ҷой овардашуда буданд, мушоҳида карда шуд.

Аз шумораи умумии беморон (45) дар 16 нафар басомади ретсидив аз ду маротиба бештар буд, дар як нафар ретсидив 6 ва дар 2 нафар амалиётҳо оид ба чурра 7 маротиба иҷрогардидабуданд.



Расми 2. Ҳалқаҳои рӯда дар чурраҳалта



Расми 1. Дефекти дарвозаҳои чурраи калон

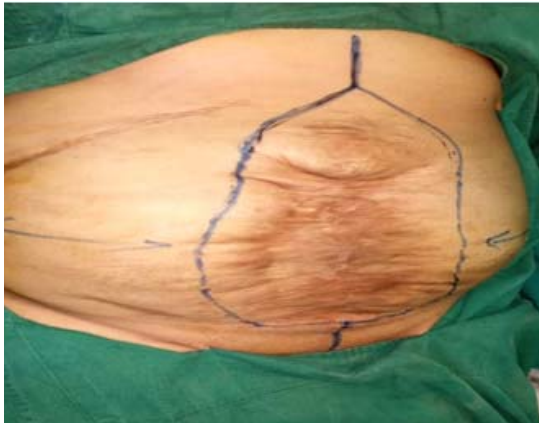
Ҳангоми муоина чурраҳои калон (W 3) дар 30 вагигантӣ (W4) дар 15 нафар беморон мушоҳида карда шуданд. Ҳаҷми миёнаи дефекти девораҳои чурраҳои калон ба $11,3 \pm 1,2$ см ва чурраҳои гигантӣ ба $15,8 \pm 1,1$ см баробар буд. Ҳангоми чурраҳои вориднашаванда душворихо нисбат ба муайян намудани дефекти аслии дарвозаҳои чурра ҷой доштанд, вале истифодабарии тарзҳои иловагии таҳсис бахусус таҳқиқоти фавқуссадоӣ (Расми 1) ва томографияи компютерӣ (Расми 2) ҳалли ин мушкилотро осон намуданд.

Зарурият ба муайян намудани дефекти аслии девораҳои чурра ба интиҳоби тарзи дурусти ҷарроҳӣ (анъанавӣ ва ё гузоштани турҳои синтетикӣ) вобастагӣ дошт. Бо истифодабарии таҳқиқоти фавқуссадоӣ ва томографияи компютерӣ андозаҳои дефекти апоневроз, узвҳои дохили чурраҳалта, беморҳои ҳамсафари шикам ва фазои паси сифок муайян карда шуданд, ки ҳангоми интиҳоби тарзи ҷарроҳӣ аҳамияти хоса дошт. Дар 9 нафар беморҳои ҳамсафар, аз он ҷумла миоамаи бачадон (3), кистаҳои тухмдони занона (2), гидросалпинкс (2) ва сангҳои гурда (2) муайян карда шуданд, ки иҷрои амалиёти симултанро талаб мекарданд.

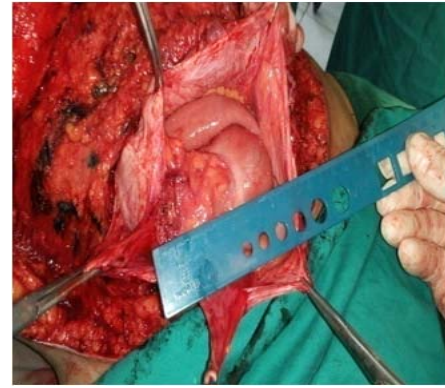
Ҳангоми чурраҳои ретсидивии девораҳои пахлугии шикам (Расми 3) асимметрияи назаррас ва чурраҳои девораи пеши шикам (Расми 4) дар баъзе мавридҳо бинобар иҷрои ҷарроҳӣҳои сершумор ва ё фасоднокшавии захми пас аз ҷарроҳитағйиротҳои пӯст ҷой дошт.



Расми 3. Чурраи девораи пахлуи шикам



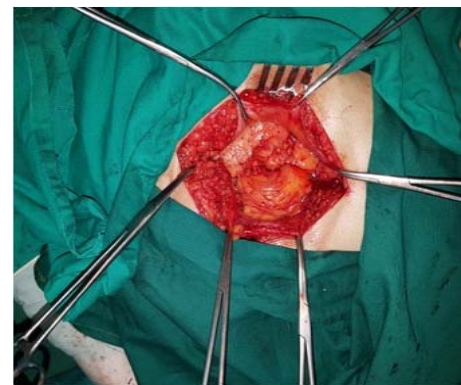
Расми 4. Чурраи девораи пеши шикам



Расми 5. Мобилизатсияи чурраи калон



Расми 6. Тармими мушакӣ-апоневротикии дефект



Расми 7. Чурраи вентралии ҳаҷман калон



Расми 8. Герниопластикаи комбинатсионӣ

Натиҷаҳои таҳқиқот ва муҳокимаи онҳо. Бинобар калон ва гигантӣ будани ҳаҷми чурраҳо, ретсидиви чандинкарата ва бо назардошти пайдо гардидани синдроми гипертензиони абдоминалӣ дар марҳилаи наздики пас аз ҷарроҳӣ мӯҳлати оmodасозии беморон ба ҷарроҳӣ аз 3 то 6 моҳро ишғол намуд. Дар ҳама мавридҳо нишондодҳои фишори дохили шикам дар аснои иҷрои ҷарроҳӣ бо гузоштани найча ба пешобдон чен карда шуд. Баъзе муаллифон низ оид ба зарурияти пешбинии синдроми гипертензиони абдоминалӣ дар мақолаҳои худ ёдовар мешаванд [12].

Тарзи интихоби ҷарроҳӣ аз қаратнокии ретсидив, ҳаҷми девораҳои чурраҳалта, ҳолати мушакӣ-апоневротикӣ дар гируду атрофи он вобастагии калон дошт. Бинобар ин амалиётҳои анъанавӣ ба 7, ғайрикашишӣ ба 4 ва комбинатсионӣ ба 34 бемор ба ҷой оварда шуданд. Қайд намудан зарур аст, ки ҳамаи амалиётҳои анъанавӣ ба бемороне иҷро карда шудаанд, ки ретсидиви беморӣ як маротиба, андозаи дефекти чурра мутобиқ ба W 3 буд ва ин тактикаро дигар муаллифон низ тарафдорӣ менамоянд [13,14].

Дар чунин мавридҳо рӯдаҳо бо пардаи сифоқи чурраҳалта ихота карда шуданд ва пас аз он тармими мушакӣ-апоневротикии дефекти чурра ба ҷой оварда шуд (Расмҳои 5,6).

Дар мавридҳои, ки андозаи чурра калон буд, ҳолати мушакӣ-апоневротикии гируду атрофи он барои тармим қаноатманд набуд ва ҳамзамон эҳтимолияти хатари аз нав пайдо гардидани беморӣ ҷой дошт усули комбинатсионии герниопластика ба нақша гирифта шуд (Расмҳои 7,8).



Дар адабиёти муосирбештари муаллифон дар ақидаи онанд, ки тармими дарвозаҳои чурра бо турҳои синтетикӣ полипропиленӣ интихоби дурусти тактикаи ҷарроҳӣ буда ба таври васеъ истифодабарии онҳо сабаби паст гардидани аворизҳо ва ретсидиви беморӣ мегардад [15-17].

Чи тавре, ки дар боло дарҷ гардид дар 4 нафар бемор ҷурраҳои гигантӣ бо дефекти паҳнғаштаи апоневроз ва пардаи сифокҷой доштанд (Расми 9). Часпиши рӯдаҳо бевосята ба пӯст хатари зиёди захмёбии онҳоро мусоидат карда буд ва истифодабарии калонкунии оптикӣ ва техникаи претсизионӣ дар ҳама мавридҳо ин хатарро бартараф намуд. Дар ин мавридҳо ягона тактикаи оптималӣ гузоштани протези композитии Parietex Medtronic ба тарзи in lay (Расми 10) мақсаднок ҳисобида шуд.



Расми 9. Дефекти паҳнғаштаи апоневроз



Расми 10. Бо усули in lay гузоштани протези синтетикӣ

Омӯзиши адабиётҳои муосир низ нишон медиҳад, ки тарзи дурусти интихоби тармими девораҳои ҷурраҳои калон ва гигантӣ, алаҳхусус ҷурраҳои такроршуда истифода аз протезҳои синтетикӣ мебошад, ки солҳои охир бештари ҷарроҳон аз онҳо ба таври васеъ истифода мебаранд [17,18].

Ҳамин тариқ, дар бештари мавридҳо (75,5%) мо тактикаи комбинатсионии герниопластикаро истифода бурдем ва он тарзи оптималии бартараф намудани ҷурраҳо ҳисобида мешавад.

Дар марҳилаи наздики пас аз ҷарроҳӣ аворизҳои илтиҳобии захмӣ ба 13,3% баробар буданд. Чамъшавии моеъ (серома) дар як мавриди тармими анъанавӣ ва 3 мавриди гузоштани тури синтетикӣ ба вуқӯъ омад. Бинобар некрози канораҳои пӯсти девораи пеши шикам ва сипас фасоднокшавии захм дар як бемор дефекти бофтаҳои мулоими поён аз ноф ба амал омад ва сониян сабаби пайдоиши ретсидиви беморӣ гардид. Басомади аворизҳои пас аз ҷарроҳӣ, ки дар беморони мо ба амал омадан, ба нишондодҳои адабиёт мувофиқ мебошанд. Нишондодҳои баъзе аз муаллифон аз 7,3% то ба 12% баробар мебошанд [19].

Дар марҳилаи дури пас аз ҷарроҳӣ ретсидив пас аз амалиётҳои анъанавӣ мушоҳида карда нашуд, лекин пас аз гузоштани тури синтетикӣ дар 3 нафар бемор ретсидив мушоҳида карда шуд, ки он аз шумораи умумии беморон (45) ба 6,6% баробар буд. Ин нишондод аз микдори умумии усулҳои ғайрикашиши герниопластика (38) ба 7,8% баробар мебошад.

Хулоса. Мушкилоти ҷурраҳои вентралӣ новобаста аз ҳаҷми онҳо то ҳол ба пуррагӣ ҳалли ҳудро наёфтааст. Баҳсҳо оид ба сабабҳои пайдоиши беморӣ, сабабҳои ретсидиви он, истифодаи намудҳои ҷарроҳӣ байни муҳаққиқон давом доранд. Новобаста аз таҷаккулёбии намудҳои анъанавии ҷарроҳӣ, ба таври васеъ истифодабарии амалиётҳои муосир басомади ретсидивӣ беморӣ зиёд аст, ки ба сифати ҳаётии беморон таъсири манфӣ мерасонад.

Адабиёт

1. Tanaka E.Y, Yoo J.H, Rodrigues A.J, Utiyama E.M, Birolini D, Rasslan S.A computerized tomography scan method for calculating the hernia sac and abdominal cavity volume in complex large incisional hernia with loss of domain. /Hernia. 2010;14:63-69.
2. Beck C.W, Holzman D, Sharp W.K, Nealon H.W, Dupont D.W, Poulouze K.B. Comparative effectiveness of hernia vs computed tomography in the diagnosis of incisional hernia. /J Am Coll Surg. 2013; 216(3):447-453.
3. Скворцов М.Б. Локальная пластика рецидивной послеоперационной грыжи передней брюшной стенки (длительные клинико-анатомические наблюдения)./Сибирский медицинский журнал. 2013;3:113-117.
4. Vorts A.L, Kautzanis C, Carbonell A.M, Franz M.G, Evolution advances in laparoscopic ventral and incisional hernia repair. /World J. GastrointestSurg. 2015;(11):293-305.
5. Мухтаров З.М, Малков И.С, Алишев О.Т. Профилактика раневых послеоперационных осложнений у больных с послеоперационными грыжами. / Ж. Практическая медицина. 2014;5:106-109.
6. Велигоцкий Н.Н. Хирургическое лечение грыж на фоне дисплазии соединительной ткани. /Украинский хирургический журнал. 2011;3:236-239.
7. Абалян А.К, Айдемиров А.Н, Вафин З, Машурова Е.В, Айдемирова Э.А. Наш опыт лечения послеоперационных вентральных грыж./ Медицинский вестник Северного Кавказа. 2019;14(1):19-21.
8. Rosen M.J, Fatima J, Sarr M.G. Repair of abdominal wall hernia with restoration of abdominal wall function. J. GastrointestSurg. 2010;14:175-85;
9. Алиев С.А. Синдром интраабдоминальной гипертензии. Хирургия.-2013.- №5. – с.63-67.
10. Eriksson A, Rosenberg J, Bisgaard T. Surgical treatment for giant incisional hernia: a qualitative systematic review. /Hernia. 2014; 18(1):31-38.
11. Маликов М.Х, Бокиев Ф.Б, Худойодов О.М, Хомидов И.Т, Хомидов Ф.М, Махмад-кулова Н.А. Хирургическая тактика при гигантских грыжах передней брюшной стенки. Вестник Авиценны. 2021, Т.23, №2. С.251-261.
12. Beltran M, Villar R, Cruces Ks. Abdominal compartment syndrome in patients with strangulated hernia. Hernia. 2008; 12(6):613-20.
13. Алишев О.Т, Шаймарданов Р.Ш. Современное состояние и проблемы лечения больших послеоперационных вентральных грыж. Практическая медицина. 2013; 2:16-21.
14. Jensen K.K, Henriksen N.A, Jorgensen L.N. Abdominal wall hernia and pregnancy: a systematic review. /Hernia. 2015; DOI 10.1007/s10029-015-1373-6.
15. Silvio Alen Canton, Claudio Pasquali. “Slim-Mesh” technique for giant ventral hernia. / JSLS. 2022. – Vol. 26, Issue 1, p. 1-9.
16. Dietz U.A, Wichelmann C, Wunder C, Kauszok J, Spor L, Straub A. et al. Early repair of open abdomen with a tailored two-component mesh and conditioning vacuum packing: a safe alternative to the planned giant ventral hernia. /Hernia. -2012. 16:451-460.
17. Clay L, Stark B, Gunnarsson U, Strigard K. Full-thickness skin graft vs. synthetic mesh in the repair of giant incisional hernia: a randomized controlled multicenter study. /Hernia. – 2018. 22:325-332.
18. Steve Halligan, Sam G. Parker, Andrew A Plumb, Alastair C.J. Windsor. Imaging complex ventral hernias, their surgical repair, and their complications. /European Radiology. – 2018. 28:3560-3569.
19. Song Z, Dong W, Yang D, Yang J, Wu J, Wang Y, Gu Y. Application of 3D visualization technology in complex abdominal wall defects. /International journal General Medicine. -2021. 14:2449-2457.



ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬШИХ РЕЦИДИВНЫХ ВЕНТРАЛЬНЫХ ГРЫЖ

Худойдодов О.М.

Кафедра хирургических болезней №2 имени академика Усманова Н.У. ГОУ “ТГМУ имени Абуалиибни Сино”. Республиканский научный центр сердечно-сосудистой хирургии

Цель: улучшить результаты хирургического лечения больших и гигантских рецидивных вентральных грыж.

Материал и методы: 45 пациентам с рецидивными большими и гигантскими вентральными грыжами осуществлены различные варианты герниопластики. У 29 пациентов патология локализовалась в переднюю брюшную стенку, а у остальных 16 пациентов имели места грыжи боковых отделов живота. Патология преимущественно (36) встречалась у женщин. В абсолютном большинстве случаев грыжей страдали люди трудоспособного возраста. Сопутствующие патологии, требующие выполнению симультанных операций, были выявлены в 9 наблюдениях.

Результаты: При изучении качественных и количественных показателей кровотока в яичковой артерии у больных с большими невправыми паховыми грыжами была выявлена статистически значимая разница ЛСК здоровой и противоположной стороны. Традиционная герниопластика была вы-

полнена 7, ненатяжная 4 и комбинированный способ герниопластики 34 пациентам. Традиционная пластика ворот была осуществлена при однократном рецидиве патологии, когда были сохранены местно-пластические ресурсы и дефекты соответствовали W 3. После традиционной пластики серома встречалась в 1, при ненатяжной пластике – у 3 больных. Нагноение раны (2) отмечалось после размещения протеза по способу onlay, что составило 5,2% среди общего числа использованных сетчатых протезов.

Заключение: независимо от усовершенствования способов пластики грыжевых ворот частота рецидива остаётся высокой, многие направления данной проблемы остаются не изученными. Учащения частоты рецидива патологии, снижение качества жизни пациентов наряду с выбора оптимального способа операции требует поиска путей улучшения проблемы.

Ключевые слова: рецидивные большие вентральные грыжи, герниопластика, сетчатые протезы.

SURGICAL TREATMENT OF LARGE RECURRENT VENTRAL HERNIAS

Khudoydodov O.M.

Department of Surgical Diseases №2 named after academician Usmanov N.U. State Educational Institution “TSMU named after Abualiibn Sino”. Republican Scientific Center for Cardiovascular Surgery

Purpose: to improve the results of surgical treatment of large and giant recurrent ventral hernias.

Material and methods: 45 patients with recurrent large and giant ventral hernias underwent various types of hernioplasty. In 29 patients the pathology was localized in the anterior abdominal wall, and in the remaining 16 patients- in lateral sections of the abdomen. Pathology predominantly (36) occurred in women. In the absolute majority of cases, people of working age suffered from hernia.

Concomitant pathologies requiring simultaneous operations were identified in 9 cases.

Results: Traditional hernioplasty was performed - in 7, tension-free 4 and combined method of hernioplasty - in 34 patients. Traditional hilum plasty was performed with a single recurrence of the pathology, when local plastic resources were preserved and defects corresponded to W 3. After traditional plasty, seroma occurred in 1, with tension-free plasty - in 3 patients. Wound suppuration (2) was noted



after placing the mesh byonlay method, which amounted to 5.2% of the total number of used mesh prostheses.

Conclusion: regardless of the improvement in hernia repair methods, the recurrence rate remains high, many areas of this problem remain unexplored. The increase in the

frequency of recurrence of the pathology, the decrease in the quality of life of patients, along with the choice of the optimal method of surgery, requires the search for ways to improve the problem.

Key words: recurrent large ventral hernias, hernioplasty, mesh prostheses.



ФАРМАКОЛОГИЯ

ОПТИМИЗАТСИЧЯИ УСУЛИ МУАЙЯНСОЗИИ ТАРКИБИ ХОЛЕСТОРОЛИ ЗАРДОБИ ХУН БО УСУЛИ ХГМ (ХРОМАТОГРАФИЯИ ГАЗУ МОЕЪ)

Рачабов Г.О., Сафарзода Р. Ш.

Кафедраи фармакогнозия ва ТИФ ва кафедраи технологияи фармасевтии ДДТТ ба номи Абуалӣ ибни Сино

Муҳиммият. Мушкилоти табобати бемории санги сафро яке аз вазифаҳои муҳимтарини тиб маҳсуб меёбад, ки ҳалли он таваассути назорати доимии тағйирёбии таркиби кислотаҳои сафро дар талхадон ва зардоби хун дар баробари дигар унсурҳо ва ҳамзамон тағйир додани таркиби ин кислотаҳо дар бадан имконпазир мебошад.

Ақидаҳои гуногун вучуд доранд, ки дар этиологияи бемории санги сафро вайроншавии мубодилаи муқаррарии холестерин ва ба кислотаҳои сафро табдил додани он нақши ҳалкунанда мебозанд. Аз дигар тараф, ҳамон кислотаҳо ва ҳамгунаҳои онҳо дар баъзе ҳолатҳо метавонанд ҳамчун воситаҳои самараноки табобати бемории санги сафро хизмат кунанд.

Ҳамаи ин дурнамои умедбахши рушди тадқиқотҳои ҳаматарафа оид ба ошкор кардани робитаи мавҷудаи байни химияи холестерин, кислотаҳои сафро ва дигар унсурҳои сафро, аз ҷумла табдилёбӣ ва усулҳои муайянкунии онҳоро исбот менамояд.

Чунин қабул гардидааст, ки эритроситҳои хун одатан ҳамчун як намуди биопунксияи бофта ҳисобида шаванд. Ба хусусиятҳои хоси сохтори мембранаҳои онҳо нигоҳ накарда таркиби липидҳои эритроситҳо бо таркиби ҳуҷайраҳои дигар узвҳои паренхимӣ, пеш аз ҳама дил ва чигар, умумияти зиёд доранд. Аз ин рӯ, бо таваҷҷуҳ ба тағйиротҳои таркиби липидҳои эритроситҳо оид ба тағйиротҳои ба ин монанд дар ҳуҷайраҳои дигар бофтаҳо тасаввурот пайдо намудан мумкин аст.

Кислотаҳои сафро дар байни доираи ваҷеи стероидҳои аз ҷиҳати физиологӣ фаъолҳои муҳимро ишғол мекунанд. Маҳсусан, кислотаҳои асосии ибтидоӣ ва дуюмдараҷа, аз қабилҳои кислотаҳои холӣ, хенодезоксиколӣ, дезоксиколӣ, литохолӣ ва дегидрохोलӣ, ки ҷузъҳои асосии сафро ва зардоби

хун мебошанд, таваҷҷуҳи маҳсусро ба худ ҷалб менамоянд. Ҳама кислотаҳои сафро аз холестерин дар гепатоситҳо ташаккул меёбанд.

Ҳадафи таҳқиқот. Вобаста ба ин, муайянкунии миқдории холестерин ва кислотаҳои сафро дар зардоби хун барои ташхис ва арзёбии самараноки табобат, инчунин дида баромадани тағйиротҳои таркиби ҷузъҳои дар боло зикршуда дар бадан зерӣ таъсири доруҳои гуногун аҳамияти муҳим пайдо мекунад.

Мавод ва усулҳои таҳқиқот. Паҳншавии назаррасии бемориҳои чигар ва душвории шинохти онҳо моро водор мекунад, ки усулҳои ташхиси боэътимод ва ба қадри кофӣ иттилоотнокро ҷустуҷӯ намоем. Вобаста ба ин, муайянкунии миқдории кислотаҳои сафро, холестерин ва дигар ҷузъҳои сафро ва зардоби хун барои ташхис ва арзёбии самараноки табобат, инчунин омӯзиши тағйироти таркиби ин стероидҳо дар бадан зерӣ таъсири маводҳои гуногуни доругӣ аҳамияти калон пайдо мекунад.

Тавре ки мо қайд кардем, хроматографияи газ то ҳол муҳимтарин усули хроматографияи таҳлили миқдории стероидҳо (масалан, холестерин ва кислотаҳои сафро) мебошад. Сабабҳои инро метавон ба таври зерин шарҳ дод:

1. Аввалан, стеринҳо ҳатто ҳангоми ҳарорати баланд пайвастагиҳои нисбатан устувор мебошанд, бинобар ин онҳоро ҳам дар шакли аввала ва ҳам дар шакли ҳосилаҳо ба осонӣ хроматография кардан мумкин аст;

2. Баъдан, қобилияти иҷозадиҳии хроматографи газ барои ҷудо кардани ҳатто стероидҳои аз ҷиҳати сохтор якхела ва ҷуфтҳои эпимерии онҳо (ба истисноии баъзе «ҷуфтҳои душвор») кифоя аст;

3. Пеш аз гузаронидани таҳлил бо усули хроматографияи газ ба гузаронидани ама-



лиёти душвори ҷудокунӣ ва тозакунӣ зарурат пеш намеояд.

Қайд кардан лозим аст, ки барои гузарондани тадқиқотҳои биологӣ як қатор доруҳои нав ҷиҳати омӯзиши қобилияти онҳо дар ҳалли сангҳои холестерин, таркиби кислотаҳои сафро, холестерол ва дигар унсурҳои сафро ва зардоби хунро тавассути хроматографияи моеъгиву газӣ аниқ кардан лозим аст. Муайянкунии таркиби холестерол, кислотаҳои сафро ва дигар ҷузъҳои сафро ва зардоби хун оид ба хусусияти беморӣ дар беморони гирифтори патологияҳои гуногуни ҷигар ва системаи талхарон маълумоти дақиқ медиҳад.

Усули нави муайян кардани миқдори холестерол дар зардоби хун, ки мо таҳия кардем, ба соҳаи ташҳиси лаборатории клиникӣ ва биохимиявӣ тааллуқ дорад ва метавонад ба сифати тести пешгӯӣ дар табобати самараноки бемориҳои гуногун истифода шавад.

Барои муайян кардани таркиби холестерол дар зардоби хун мо усули навро бо ёрии хроматографии газу моеъгӣ кор карда баромадем.

Усули асосии таҳлилӣ ҳангоми таҳлили объекти биологӣ дар ин ҷо хроматографияи газу моеъ мебошад, ки детектори ҳассоси он метавонад дар муддати кӯтоҳ миқдори ками холестеринро дар хун муайян кунад.

Усули муайян кардани холестерол як усули нави аст, ки дар адабиётҳо ҳанӯз зикр нагардида, дар байни дигар усулҳои шабеҳи муайян кардани холестерин хуноба, ки бо санҷишҳои анъанавии клиникӣ силсилави алоқаманд мебошанд, тавсиф нашудааст.

То имрӯз, як қатор усулҳои муайян кардани миқдори холестерол дар зардоби хун маълуманд, ки нуқсонҳои худро доранд. Танҳо усули маълуми муайян кардани холестерол бо истифода аз хроматографияи газӣ маълум мебошад, ки аз ҷиҳати тартиб ба усули нави таҳияшуда монанд аст. Ин усули муайянкунии холестерол аз он иборат аст, ки муаллифон холестеролро дар шакли эфири метил муайян кардаанд ва инчунин холестероли ҳосилавии силлиро истифода бурдаанд. Ҳангоми истифодаи ин усул вақти зиёдро талаб карда мешавад ва

он ҳангоми ташҳиси клиникӣ самаранок набуда, ҳангоми истифодаи ин усул миқдори зиёди реактивҳо сарф карда мешаванд.

Усули дигари марбут ба ин соҳаи ташҳис ба усули мо наздиктар аст. Моҳияти усули маълуми муайян кардани миқдори холестерини хун дар он аст, ки барои муайянкунии миқдори холестерол стеринҳо (холестерол) ба эфирҳои триметилсиллил табдил меёбанд. Масалан, намуна бевосита дар омехтаи гексаметилендизилозан-триметилхлоросилан-пиридин (12:5:2) ғудохта мешавад ва ба гарм кардан ба хроматографияи газ ҷиворид карда мешавад.

Усули нави муайян кардани таркиби холестерин дар зардоби хун аз илова кардани 0,125 мг/мл маҳлули кориитрикозан ба сифати стандарти дохилӣ ба 0,25 мл зардоби хун ва истихроҷи холестерин ва эфирҳои алоқаманд бо 5 мл хлороформ иборат аст. Баъди он пасмондари бо 0,5 мл маҳлули гидроксиди натрийи 4 N то ба вучуд омадани холестероли озод гидролиз мекунад. Баъд аз ин, миқдори холестерол бо усули хроматографияи газ муайян карда мешавад.

Барои ҳисоб кардани коэффисиенти нисбии ислоҳи холестерин, ба намунаи зардоби хун таҳлилшуда миқдори дақиқи стандартӣ илова карда шуд. Ба сифати стандарти дохилӣ Trikolan истифода бурда шуд. Сипас, як қатор омехтаҳои сунбӣи холестероли омӯхташуда бо стандарт таҳлил карда шуда, як қатор хроматограммаҳо дар речаҳои дастгоҳ гирифта шуданд ва барои муайян кардани консентратҳои таносуби майдони қуллаи баландтарин ҳисоб карда шуд.

Коэффисиенти ислоҳии нисбӣ бо формулаи зерин ҳисоб карда шуд:

$$K = \frac{C_i \cdot S_{ct}}{S_{ct} \cdot S_i}$$

ки дар ин ҷо:

K – коэффисиенти ислоҳии нисбӣ

C_i – консентратсияи холестерол

S_{ct} – майдони қуллаи баландтарини стандарт

S_{ct} – консентратсияи стандарт

S_i – майдони қуллаи баландтарини холестерол



Таркиби фоизии холестерол дар зардоби хун аз рӯи формулаи зерин арзёбӣ карда шуд:

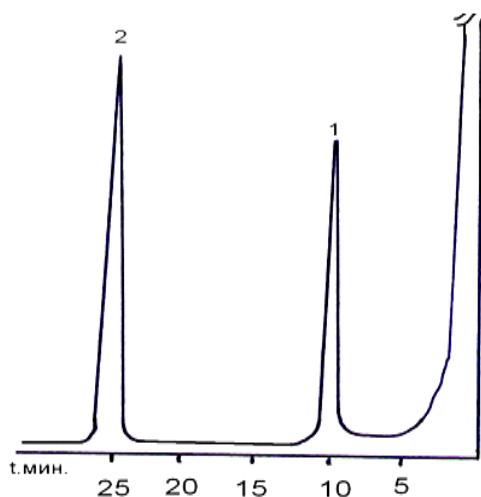
$$X - H = \frac{Si \cdot M \cdot K \cdot 100}{Kst \cdot Sct \cdot a}$$

ки дар ин чо:

M – массаи стандарт

a – миқдори намунаҳои таҳлилшуда мебошанд.

Дар расм хроматограммаи намунаи назоратии эталонии холестерол ва стандарти дохилии трикосан оварда шудааст.



Сутунчаи шишагии 1,26 м x 0,3 см, ки бо 3% SE-30 дар хроматрон N-AW (0,16 - 0,20 мм) пур карда шудааст; t термостат - 185-240°C ҳангоми барномарезии ҳарорат дар 10°C/дақиқа; t детектор - 280°C; t бухоркунанда - 290°C.

Хулоса. Усули нави муайянкунии таркиби холестероли зардоби хун аз илова кардани 0,125 мг/мл маҳлули кории трикозан ба сифати стандарти дохилӣ ба 0,25 мл зардоби хун ва истихроҷи холестирол ва эфирҳои алоқаманд бо 5 мл хлороформ иборат аст. Баъди ин пасмондари бо 0,5 мл маҳлули гидроксиди натрийи 4 N то ба вучуд омадани холестироли озод гидролиз мекунад, ки сипас миқдори холестирин бо усули хроматографии газӣ муайян карда мешавад.

Усули нави таҳияшудаи муайянкунии таркиби холестироли зардоби хунро дар тибби амалӣ барои ҳалли мушкилоти ташхис ва табобати самарабахши беморихоӣ гуногун истифода бурдан мумкин аст.

Хроматограммаи омехтаи намунаи эталонии холестирол ва стандарти дохилии трикозан (1 - трикосан; 2 - холестирол)

Адабиёт

1. Ильченко, А.А. Функциональные нарушения при билиарной патологии и их медикаментозная коррекция: Качество жизни. Медицина / А.А. Ильченко. Болезни органов пищеварения. – 2004. - № 2. 46-52 с.
2. Ильченко, А.А. Эффективность урсодезоксихолевой кислоты при холестерозе желчного пузыря А.А. Ильченко, Ю.Н. Орлова // Тер. арх. – 2003. - № 2. – С. 59-63.
3. Кадыров, А.Х. Исследование содержания желчных кислот в сыворотке крови здоровых лиц и больных со стеатозом печени и стеатогепатитом А.Х. Кадыров, Г.О. Раджабов, А.А. Кодыров и др. // В кн.: Вопросы питания и регуляция гомеостаза. Душанбе. ГНИИП, 2010. - Вып. 10. - С. 138-143.
4. Кадыров, А.Х. Глицериновый эфир 3б-7б-дигидроксихолановой кислоты для растворения холестериновых камней / А.Х.Кадыров, А.Х. Хайдаров, З.Д. Назарова // ДокладАН РТ. – 1997. - Т. 15, № 1 – 2. - С. 72-75.
5. Кадыров А.Х., Хайдаров К.Х., Назарова З.Д. Назарова В.А. Глицериновый эфир 3б-7б-дигидроксихолановой кислоты, способ его получения и его применение в качестве лекарственного препарата. - Патент РТ № Т. 237. - 2000.
6. Кадыров, А.Х. Исследование некоторых реакций хлорангидрида 3б, 7б, 12б-трикетохолановой кислоты / А.Х. Кадыров, М.Р. Суриев// Мат. VIНумановских чтений. – Душанбе. - 2009. - С. 84-89.



ОПТИМИЗАЦИЯ СПОСОБА ОПРЕДЕЛЕНИЯ СОДЕРЖАНИЯ СЫВОРОТОЧНОГО ХОЛЕСТЕРОЛА МЕТОДОМ ГЖХ (ГАЗОЖИДКОСТНАЯ ХРОМАТОГРАФИЯ)

Раджабов Г.О., Сафарзода Р.Ш.

Кафедра фармакогнозии и ОЭФ и кафедра фармацевтической технологии ТГМУ им. Абуали ибни Сино

Проблема лечения желчнокаменной болезни стала одной из важнейших задач в медицине, которая может быть решена путем постоянного контроля за изменением содержания желчных кислот в желчи и сыворотке крови наряду с другими компонентами, и одновременно, изменением состава этих кислот в организме.

Существуют различные мнения о том, что решающее значение в этиологии желчнокаменной болезни имеют нарушения нормального метаболизма холестерина и его

трансформации в желчные кислоты. С другой стороны, те же самые кислоты и их аналоги в ряде случаев могут служить эффективными средствами для лечения желчнокаменной болезни.

Все это доказывает перспективность развития всесторонних исследований по выявлению существующей связи между химией холестерина, желчных кислот и других компонентов желчи, включая их трансформацию и методы определения. **Ключевые слова:** желчнокаменная болезнь, холестерин, кислоты.

OPTIMIZATION OF THE METHOD FOR DETERMINING THE CONTENT OF SERUM CHOLESTEROL BY GLC (GAS-LIQUID CHROMATOGRAPHY)

Radjabov G.O., Safarzoda R.Sh.

Department of Pharmacognosy and Organization of Pharmacy Economics and Department of Pharmaceutical Technology, Avicenna Tajik State Medical University

The problem of treating cholelithiasis has become one of the most important tasks in medicine, which can be solved by constantly monitoring changes in the content of bile acids in bile and blood serum along with other components, and at the same time, changing the composition of these acids in the body.

There are various opinions that disorders of normal cholesterol metabolism and its transformation into bile acids are crucial in the

etiology of cholelithiasis. On the other hand, the same acids and their analogues in some cases can serve as effective means for the treatment of cholelithiasis.

All this proves the prospects for the development of comprehensive studies to identify the existing relationship between the chemistry of cholesterol, bile acids and other components of bile, including their transformation and methods of determination.

Key: cholelithiasis, cholesterol, acids.

Раджабов Гадомад Одинаевич - мудири кафедраи фармакогнозия ва ТИФ-и Донишгохи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абуали ибни Сино, E.mail: rgadomad@mail.ru, тел: 901111848

Сафарзода Рамазон Шарофиддин - мудири кафедраи технологияи фармасевтии Донишгохи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абуали ибни Сино, E.mail: safarzoda90@mail.ru, тел: 902444711

Раджабов Гадомад Одинаевич - заведующей кафедры фармакогнозия и ОЭФ Таджикского государственного медицинского университета им. Абуали ибни Сино, E. mail: rgadjmad@mail.ru, тел: 901111848

Сафарзода Рамазон Шарофиддин - заведующей кафедры фармацевтической технологии Таджикского государственного медицинского университета им. Абуали ибни Сино, E. mail: safarzoda90@mail.ru, тел: 902444711



Rajabov Gadamad Odinaevich - Head of the Department of Pharmacognosy and Organization of Pharmacy Economics, Avicenna Tajik State Medical University, E.mail: rgadjmad@mail.ru, tel: 901111848

Safarzoda Ramazon Sharofiddin - Head of the Department of Pharmaceutical Technology, Avicenna Tajik State Medical University, E.mail: safarzoda90@mail.ru, тел: 902444711

ТАДҚИҚИ ХОСИЯТҲОИ АНТИОКСИДАНТИИ МАЧМУИ ФЛАВАНОИДҲО, ПРОПОЛИС ВА МУМИЁИ ДОРУГӢ БО УСУЛИ РЭП

Султонов Р.А., Раҷабов У.Р., Юсуфӣ С.Ҷ., Раҳимӣ Ф.

Кафедраи кимиёи фарматсевтӣ ва захршиносӣ МДТ «ДДТТ ба номи Абуалӣ ибни Сино», МД «Маркази илмӣ-тадқиқотии фарматсевтии Вазорати тандурустӣ ва ҳифзи иҷтимоии аҳолии Ҷумҳурии Тоҷикистон», Донишкадаи тиббӣ иҷтимоии Тоҷикистон, Институти-физикаю техникаи ба номи С.У. Умарови АМИТ

Муҳимияти кор. Дар тариқаҳои муосирӣ стандартизатсияи моддаҳои 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]. Прополис моддаи катронист, ки ранги зард-сабз, қаҳваранг ё сурхи сиёҳтоб дорад. Дар ҳарорати пасттар аз 15°C саҳту 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.

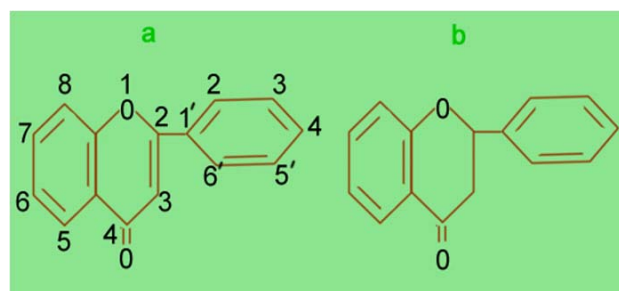
Мақсади кор омӯхтани хосиятҳои спектралӣ, биологӣ ва фармакологии маҷмӯи флавоноидҳо, прополис ва мумиё бо усули РЭП мебошад.

Материал ва тариқаи таҳқиқ. Таҳқиқот дар кафедраи химияи фарматсевтӣ ва захршиносӣ, Муассисаи давлатии таълимии «Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абуалӣ ибни Сино», Муассисаи давлатии «Маркази илмию тадқиқотии фарматсевтии Вазорати тандурустӣ ва ҳифзи иҷтимоии аҳолии Ҷумҳурии Тоҷикистон» ва лабораторияи спектроскопияи молекулавии Институти физикаю техникаи ба номи С.У.Умарови АМИТгузаронида шуд.

Натиҷа ва муҳокимаҳо Масъалаи такмил додани таҳлили фармакопоявии маводҳои доруворӣ прополис, ки стандартизатсияи онҳо ба тариқаҳои муосирӣ 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[1,2].

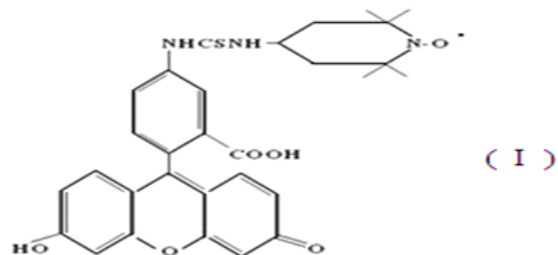
Флавоноидҳои прополис



Ислоҳот (1969,1975) дар муайян кардани бисёр флавоноидҳои прополис бо истифода аз усулҳои муосирӣ чудақунӣ, таҳлил ва омӯзиши физикӣ-химиявӣ саҳми махсусан калон гузошт. Прополис дорои флавоноидҳои гуногун аст ва меъёри онҳо аз 1 то 4%- ро ташкил мекунад. Таҳқиқот нишон дод, ки бисёре аз ҷузъҳои прополис дар таркиби моддаҳои қатрондори навдаи Берч ва сафедор мавҷуданд. Бо назардошти он, ки хашарот дастгоҳи биосинтетикӣ, ки қобилияти синтез кардани флавоноидҳоро доршта бошанд, надорад аз ин рӯ, ба ҳулосае омадан мумкин аст, ки қисми асосии ширеши занбӯри асал аз растани аст. Аммо агар флавоноидҳо дар растаниҳо дар шакли гликозидҳо бошанд, пас дар ширеши онҳо дар ҳолати озод мавҷуданд. Маҳз дар зери таъсири ферментҳои занбӯри асал аз флавоноидҳои растани бояд боқимондаҳои қандчудо шаванд дар ин маврид флавоноидҳои озодчудо мешаванд. Таркиби флавоноидҳо

дар прополис аз навъи растание, ки аз он чамъоварӣ шудааст, вобаста аст [2]. Барои ба ин масъала равшанӣ андохтан тариқаи РЭП бо нишонаи спинӣ истифода шуд. Тариқаи нишонаҳои спинӣ [3,7-10] яке аз усулҳои самараноки омӯзиши тағирёбии динамикии молекулави объектҳои биологӣ, химиявӣ, тиббӣ ва биофизикӣ буда, ба ҳаракатнокии макромолекулаҳовобаста аст. Моҳияти усули нишонаҳои спинӣ дар он аст, ки ба матритсаи намунаи тадқиқшаванда радикали устувори нитроксиди ворид карда мешавад, ки дар натиҷа ҷарҳзании конформатсионии макромолекула дар намуди (штрихдифрактограммаҳо) спектри РЭП ба қайд гирифта мешавад.

Таҷрибаҳо ба омӯзиши ҷарҳзанимакромолекулаҳои флавоноидҳо (ФЛ), прополис (Р-2), ки аз решаи тиллоии Помир-Олай ва мумиёи табиӣ ҷудо карда шудааст, бо истифода аз усули нишонаҳои спинӣ рағбона карда шудааст. Мумиё комплекси табию органикӣ буда, дорои зиёда аз 30 элементҳои химиявӣ ва на камтар аз макро ва микроэлементҳо, аминокислотаҳо, инчунин асаби занбӯри асал ва қариб ҳама рағбанҳои эфирӣ ва витаминҳои иборат аст [6]. Дар таҳлил радикали нитроксид (I) бо формулаи зерин ҳамчун нишонаҳои спинӣ истифода шудааст:



Тадқиқот ба тариқи зайл анҷом дода шуд: 0,1 мл маҳлули намунаҳои омӯхташуда дар ампула омехта карда шуд ва 0,05 мл радикали нитроксид дар маҳлули спиртӣ ва концентратсияи $4 \cdot 10^{-3}$ мол/л илова карда шуд [4,5,9].

Дар ҷадвали 1 параметрҳои спектрҳои РЭП-и нишонаҳои спинӣ флавоноидҳо (ФЛ), прополис (П-2), мумиёи табиӣ ва вақти коррелятсия (τ_c) дар ҳарорати ҳонагӣ нишон дода шудаанд. Ҷи тавре, ки мушоҳидаҳо нишон дод вобаста ба вақти коррелятсия ҷарҳзании молекулаҳои радикал (ϕ) 10 то 15 маротиба зиёд мешавад ва ин аз хосияти антиоксиданти доштани маводи таҳқиқшавандаи таркиби прополис гувоҳӣ медиҳад. Параметрҳои спектрҳои РЭП дар ҷадвали 1 дар ҳарорати ҳона ва намии атмосфера 760 мм сут. сим. оварда шудааст (дар решава сутунҳо).

Ҷадвали 1. Параметрҳои спектри РЭП аз маҷмӯи флавоноидҳо (ФЛ), прополис (П-2) ва мумиёи табиӣ

№	Намунаҳои корӣ	Спектрҳои параметрӣ							
		J_{+1} , мм	J_{-1} , мм	J_0 / J_{-1}	J_0 , Мм	ΔH_{+1} , Гс	ΔH_{-1} , Гс	ΔH_0 , Гс	$\tau_c \cdot 10^{-8}$ сек.
1	Радикали нитроксиди	185	113	1.5	175	0.7	0.8	0.8	0.1
2	Маҷмуи флавоноидҳо (ФЛ)	60	38	1.5	57	7.2	7.27	6.0	1.32
3	Прополис (П-2)	26	16	1.5	24	6.0	6.0	6.0	1.85
4	Мумиёи табиӣ	84	47	1.75	82	4.8	4.8	6.0	1.18

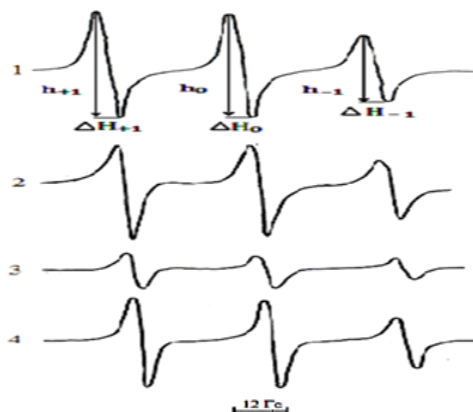
Вақти коррелятсияи гардиши нишонаҳои спинӣ намунаҳои омӯхташуда бо формулаи [7-10] муайян карда шудааст:

$$\frac{1}{\tau_c} = \frac{3,64 \cdot 10^9}{\left(\sqrt{\frac{h_0}{h_{-1}}} - 1 \right) \Delta H_0}$$

дар ин ҷо, ΔH_0 паҳнои ҷузъи марказӣ, h_0/h_{-1} параметрҳои нисбии ҷузъҳои марказӣ ва

майдони баланди спектри РЭП ва $n = 1/4$ қиматест, ки шартан “басомади гардиш”-и радикалро нишон медиҳад.

Дар расми 1 спектрҳои РЭП-и нишонаҳои спинӣ нишон дода шудаанд ҷи тавре, ки дида мешавад параметрҳои спектралӣ диффузияи гардиш тағйир ёфта, вақти коррелятсияи (ϕ) нишонаҳои спинӣ кам мешавад. Ин маънои онро дорад, ки сигнали РЭП кам шуда ҳаракатнокии нишонаи нитроксидӣ зиёд мешавад.



Расми 1. Спектрҳои РЭП-и радикали нитроксил (I) дар маҳлули этанол дар концентратсияи $4 \cdot 10^{-3}$ мол/л – 1; spin - маҷмӯи флаваноидҳо (FL) -2, прополис (P-2) - 3 ва мумиёи табиӣ - 4

Ҳамин тариқ, дар асоси натиҷаи бадас-томада, ҳулосаҳои зерин бароварда шуд:

- дар ҳарорати хона дар спектрҳои РЭП монешавӣ ва тангшавии спектр камтар мушоҳида мешавад, яъне камшавии баъзе параметрҳои спектралӣ ба монанди DN_0 , DN_{+1} , DN_{-1} - паҳноии марказии майдони пастро ифода мекунад ва чузӯҳои баландии майдони спектр мутаносибан h_0 , h_{+1} , h_{-1} – шиддатнокии чузӯҳои спектр бо $M=0, +1, -1$ ва вақти коррелятсияи (ϕ_c) аломатҳои спинӣ мушоҳида мешавад;

- ҳангоми 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., 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. Kholova Sh.A., Dzuraev Ky.Sh., Yusupov I. Kh., Lichtenstein G. I. Interaction of chenodeoxycholic acid with cholesterol in a model system studied by spin label probe method International Journal Biomolecules and Biomedicine. Vol.4. №1, p.1-6, 2014.
8. Yusupov Izatullo Kh., Likhtenshtein Gertz I. Study of Microstructure and Molecular Dynamics of Cotton and Cellulose Fibers by Methods of Physical Labels. International Research Journal of Pure and Applied Chemistry. 5(1):XX-XX. 2015.
9. Юсупов И.Х., Холова Ш.А., Джураев Х.Ш., Азонов Д.А. Исследование молекулярной структуры холестерина методом спиновых меток при погружении в жизненно важные органические кислоты. Здоровоохранение Таджикистана- 2012. №1, с.57- 62.
10. Юсупов И.Х., Бахдавлатов А.Д., Марупов Р., Шукуров Т. Молекулярная динамика родиолы холодной (RHODIOLAGELIDASCHENK) по данным метода спиновых меток. Известия АН РТ, 2013, т.151, №2, с. 70-78.



**ИССЛЕДОВАНИЕ АНТИОКСИДАНТНЫХ СВОЙСТВА СУММА
ФЛАВАНОИДОВ, ПРОПОЛИС И МУМИЁ ЛЕКАРСТВЕННОГО МЕТОДОМ ЭПР**
Султонов Р.А., Раджабов У.Р., академик НАН Таджикистана Юсуфи С.Дж., академик
НАН Таджикистана Рахими Ф.

ГОУ «ТГМУ имени Абуали ибни Сино», ГУ «Научно-исследовательский фармацевтический центр Министерства здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан», Медико-социального института Таджикистана, Физико-технический институт им. С.У.Умарова НАНТ

Аннотация. Методом электронного парамагнитного резонанса (ЭПР) с использованием спиновой метки исследована молекулярная динамика сумма флаваноидов (ФЛ), прополис (П-2), выделенного из алайского золотого корня и природного мумиё лекарственного на Памире. Показано, что параметры вращательной диффузии радикала, присоединенного фрагментам образцов, меняются. Значит спектральные параметры: $ДН_0$, $ДН_{+1}$, $ДН_{-1}$ ширины соответственно центральной, низкочастотной и высокочастотной компонентов спектра, h_0 , h_{+1} , h_{-1} –

интенсивности компонентов в зависимости от образцов изменяются. Установлено, что при комнатной температуре у модифицированных образцов происходит заторможенность движений спиновой метки с временем корреляции $\phi_c d'' 10^{-8}$ и, в целом, спектры ЭПР уширяются, что свидетельствует об увеличении подвижности нитроксильного фрагмента.

Ключевые слова: спиновая метка, молекулярная динамика, сумма флаваноидов, прополис, мумиё, вращательной диффузии радикала, время корреляции, антиоксиданты.

**ANTIOXIDANT PROPERTY STUDY SUM OF FLAVANOID, PROPOLIS AND
MUMIYO MEDICINAL BY EPR METHOD**

Sultonov R.A., Rajabov U.R., Yusufi S. J., Rahimi F.

SOI «Tajik State Medical University named after Abuali ibni Sino», SI «Research Pharmaceutical Center of the Ministry of Health and Social Protection of the Population of the Republic of Tajikistan», about», Herald of the Medical And Social Institute of Tajikistan U. S. Umarova Physico-Technical Institute, NAST

Abstract. 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. This means that the spectral parameters: $ДН_0$, $ДН_{+1}$, $ДН_{-1}$ 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 $\phi_c d'' 10^{-8}$ s

Key words: spin label, molecular dynamics, sum of flavonoids, propolis, mumiyo, rotational diffusion of the radical, correlation time, antioxidants.

Султонов Рауфзон Азизкулович – Донишгоҳи давлатии тибби Тоҷикистон ба номи Абуали ибн Сино, аспиранти кафедраи химияи фарматсевтӣ ва захршиносии. **Суроға:** 734003, Чумхурии Тоҷикистон, ш. Душанбе, хиёбони Рудақӣ 139. Телефон: 93-919-07-44. E-mail: raufsultonov@mail.ru

Раҷабов Умаралӣ Раҷабович – Донишгоҳи давлатии тибби Тоҷикистон ба номи Абуали ибн Сино, мудири кафедраи химияи фарматсевтӣ ва захршиносии, доктори илмҳои химия, профессор. **Суроға:** 734003, Чумхурии Тоҷикистон, ш. Душанбе, хиёбони Рудақӣ 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. **Суроға:** 734003, Ҷумҳурии Тоҷикистон, ш. Душанбе, хиёбони Рудаки 139.

Фарҳод Раҳимӣ– Президентӣ Академияи Миллии Илмҳои Тоҷикистон, доктори илмҳои физ-мат, профессор, академик АМИТ **Суроға:** 734003, Ҷумҳурии Тоҷикистон, ш. Душанбе, хиёбони Айни 229.

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

Юсуфи 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.

Фарҳод Раҳими –Президент Национальнй 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. Abuali ibn 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. Abuali ibn 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. Abuali ibn Sino, Doctor of pharماسии sciences, Professor. academic NAST **Address:** 734003, Republic of Tajikistan, Dushanbe. Prospect Rudaki 139.

Farhod Rahimi – Prezidend Nacional Academi Sciences Tajikistan, Doctor of phiz- mat sciences, Professor academic NAST **Address:** 734003, Republic of Tajikistan, Dushanbe. Prospect Ayni 229.

ОМЎЗИШИ ТАЪСИРИ ЗИДДИ ДИАБЕТИКИИ ФИТОКОНСЕНТРАТ

Шарифзода Ш.Б.

Кафедраи технологияи фарматсевтии МДТ «ДДТТ ба номи Абуали ибн Сино»

Муҳиммият. Диабети қанд як бемории чиддӣ ва паҳншудаи замони мо буда, дар тӯли чандин ҳазорсолаҳо мушкилӣ буд. Он дар саросари ҷаҳон, махсусан дар кишварҳои пешрафта паҳн шудааст. Тибқи маълумоти Ташкилоти умумиҷаҳонии тандурустӣ (ТУТ), зиёда аз 2/4 хиссаи аҳолии кишварҳои саноатӣ аз бемории диабети қанд азият мекашанд ва гирифторшавӣ ба ин беморӣ идома дорад.

Бар хилофи барномаҳои миллии мубориза бо диабет, ки дар бисёре аз кишварҳои

ҷаҳон қабул шудаанд, паҳншавӣ ва гирифторшавӣ ба он на танҳо дар байни аҳолии аз 40-сола боло, балки дар байни наврасон ва ҳатто кӯдакон низ афзоиш ёфта истодааст. Хеле ташвишвар аст, ки ин беморӣ дар байни ҷавонон бештар паҳн шуда истодааст.

Дар Тоҷикистон паҳншавии диабети қанд дар байни аҳолии калонсол аз 0,1% то 0,69% ва бо таҳаммулпазирии пасти глюкоза аз 0,23% то 2,35%-ро ташкил медиҳад. [1,2].



Диабети қанд як бемории мураккаби системавӣ мебошад, ки бо маҷмӯи тағйироти гормоналӣ ва мубодилаи моддаҳо ҳамроҳӣ мекунад, ки дар ниҳоят метавонад ба мушкilotи чиддии диабетӣ, аз қабели инфаркти миокард, инсулт, осеби рағҳои чашм, гурдаҳо ва дигар узвҳо оварда расонад. Таҳлили ин ҳолат тақозо мекунад, ки шаклҳои нави дорусозӣ барои мубориза бо ин бемории хатарнок ва пешгирии аҳволи он таҳия карда шаванд.

Вақтҳои охир таваҷҷӯҳ ба фитокомпозитсияҳои гуногун, ки таъсири зиддидиабетикӣ доранд, зиёд шудааст. Ин ба он вобаста аст, ки фитокомплексҳои растаниҳо аллакай дар доираи васеи доруҳои фармакологӣ бомуваффақият истифода мешаванд ва баъзе ҷузъҳои растаниҳои хосиятҳои намоёни антидиабетикиро нишон медиҳанд.

Дар заминаи ин масъала, гурӯҳҳои коркардкардашудае, ки аз таркиби омехтадошта, аз ҷумла концентратҳои лӯндаи топинамбур ва кислотаи аскорбини синтетикӣ таваҷҷӯҳи хос доранд.

Мақсади тадқиқот. Омӯзиши хосиятҳои гипогликемии концентрати хушки лӯндаи топинамбур дар гурӯҳҳои хангоми санчиши таҳаммулпазирӣ (толерантноқӣ) ба глюкоза дар дохили меъда.

Мавод ва усулҳои тадқиқот. Дар рафти тадқиқот намунаҳои гурӯҳҳои (маводи доругии инуламин) омӯхта шуданд, ки дар таркиби онҳо концентратҳои лӯндаи топинамбур ва кислотаи аскорбинӣ мавҷуданд. Ҳабиҳои инулин бо номи тичоратии “Инулин Форте” ҳамчун доруи муқоисавӣ истифода мешуданд.

Барои омӯзиши таъсири гипогликемии гурӯҳҳои ва доруи муқоисавӣ дар каламушҳои таҷрибаҳои гузаронида шуданд. Нигоҳубини ҳайвонот тибқи талаботи фармони Вазорати тандурустӣ ва рушди иҷтимоии Федератсияи Русия аз 23 августи соли 2010 № 708н «Дар бораи тасдиқи қоидаҳои амалияи лабораторӣ» амалӣ карда шуд [7].

Барои сохтани модели таҳаммулпазирӣ (толерантноқӣ) ба глюкоза дар каламушҳои нари вазнашон 190-220 грамм, протоколи зерин истифода шудааст. Пештар ба каламушҳои бо маҳлули 40% глюкоза дар вояи 4 г/кг вазни бадан ворид карда шуданд. Ин имкон дод, ки дар каламушҳои диабетии қанди нави 2 пайдо шавад.

Ҳайвонот ба 3 гурӯҳ тақсим шуданд: таҷрибавӣ, муқоисавӣ ва назоратӣ, 30 каламушҳои барои санчиши оралӣ ба таҳаммулпазирӣ (толерантноқӣ) истифода шуданд, маълумот дар ҷадвали 1 оварда шудааст.

Ҷадвали 1. - Объектҳои ва субъектҳои таҳқиқот

№	Гурӯҳи ҳайвонот (шумора), n=5	Доруи таъиншуда (мг/кг)
1	Назоратӣ	Маҳлули глюкозавӣ 40 % 4 г/кг
2	Таҷрибавӣ	Гурӯҳҳои концентрати хушқдошта - 50 мг/кг
3	Муқоисавӣ	Ҳабиҳои инулин форте - 60 мг/кг

Барои гузаронидани санчиши тести оралӣ ба таҳаммулпазирӣ (толерантноқӣ) ба глюкоза 30 каламуш истифода шудааст. Аз инҳо ба 10 каламуш ба дохили меъда маҳлули Инуламин дар вояи 50 мг/кг ба вазни бадан, ба 10 каламушҳои дигар ба дохили меъда маҳлули инулин форте дар вояи 50 мг/кг ба вазни бадан доруҳои таъиншуда ворид карда шуданд. Пас аз 45 дақиқаи ворид кардани доруҳо, ба ҳамаи 30 каламушҳои маҳлули 40% глюкоза бо миқдори 4 г/кг ба вазни бадан ворид карда шуданд. Концентратсияи глюкозавӣ хун дар ҳамаи 30 каламушҳои пеш аз ворид кардани глюкоза ва баъд аз

30, 60 ва 90 дақиқа пас аз ворид кардани он чен карда шуд.

Натиҷаҳои таҳқиқот ва баррасии онҳо. Омӯзиши таҳаммулпазирӣ (толерантноқӣ) ба глюкоза дар дохили меъда.

Пас аз 30 дақиқа аз лаҳзаи воридкунии глюкоза дар дохили меъда, сатҳи гликемия дар каламушҳои назоратӣ нисбат ба маълумоти ибтидоӣ 82-91% зиёд шуд. Пас аз 60 дақиқа, қуллай максималии гипергликемия мушоҳида карда шуд, ки ба 141-147% сатҳи ибтидоӣ расид. Дар дақиқаи 90-ум сатҳи глюкозавӣ нисбат ба концентратсияи аввала ҳамагӣ 24-28% баланд буд (Ҷадвали 2).



Ҷадвали 2. Таъсири концентрати хушки лӯндаи топинамбур ба санчиши таҳаммулпазирӣ (толерантноқӣ) ба глюкоза ҳангоми истифодаи энтералӣ

Доруҳои таъиншуда	Аслӣ	Пас аз 30 дақиқа	Пас аз 60 дақиқа	Пас аз 90 дақиқа
Гуруҳи назоратӣ	4,6 ммол/л	8,6 ммол/л	11,3 ммол/л	6,1 ммол/л
Гуруҳҳои Инуламин (таҷрибавӣ)	4,6 ммол/л	7,6 ммол/л	9,5 ммол/л	5,1 ммол/л
Ҳабҳои Инулин Форте (муқоисавӣ)	4,6 ммол/л	7,9 ммол/л	10,0 ммол/л	5,3 ммол/л

Ба дохили меъда ворид кардани концентрати хушки лӯндаи топинамбур (Инуламин) дар вояи 50 мг/кг дар дақиқаи 30-уми таҷриба боиси 63—73% кам шудани глюкозаи хун гардид. Дар дақиқаи 60-уми таҷриба авчи максималии гипергликемия қайд карда шуд, ки он нисбат ба сатҳи ибтидоӣ 102-113% баланд, аммо нисбат ба каламушҳои назоратӣ 39,13% пасттар буд. Ин таъсири потенциалии гипогликемии Инуламинро нишон медиҳад. Ҳабҳои инулин форте дар вояи 60мг/кг дар дақиқаи 60-ум дар авчи гликемия 113 -124% аз андозаи ибтидоӣ ва 23,36% камтар аз нишондиҳандаҳои мушҳои

назоратӣ буданд.

Дар асоси маълумоти пешниҳодшуда, инуламин дар вояи 50 мг/кг таъсири гипогликемикӣ нишон дод, ки дар муқоиса бо инулин форте дар вояи 60 мг/кг бештар намоён буд. Дар таъсири гипогликемикии худ концентрат нисбат ба ҳабҳои инулин форте 11,3% зиёдтар аст.

Ҳамин тариқ, мо дарёфтем, ки маҳлули тоза омодашудаи концентрати хушки лӯндаи топинамбур дар гуруҳи (Инуламин) бо миқдори 50 мг/кг дар санчиши таҳаммулпазирӣ ба глюкоза аз ҳабҳои Инулин форте 11,3% зиёдтар аст.

Адабиёт:

1. Дедов И.И. Сахарный диабет: диагностика, лечение, профилактика/ И.И.Дедов, М.В.Шестакова // ООО Издательство «Медицинское информационное агентство». - 2011. - 808с.
2. Адамханова З.А. Содержание витамина D и Са в питании больных сахарным диабетом 1 типа с остеопеническим синдромом в Таджикистане / З.А.Адамханова, М.А.Пирматова, Ш.Д.Исмоилова // Материалы IX годичной науч.-практ. конф. молодых учёных. - Душанбе. - 2014. - С.9.
3. Камышникова В.С Методы клинических лабораторных исследований. Москва, 2013. 732 с.
4. Музафарова М.Х. Фармакология антидиабетического сбора «Чорбарг»: автореф. Дис. на канд. мед. Наук. – Душанбе. 2012. 24 с.
5. Молитвословова Н.А. Остеопороз и сахарный диабет: современный взгляд на проблему / Н.А. Молитвословова, Г.Р. Галстян // Сахарный диабет. - 2013. - № 1. - С.57-62.
6. Сафарзода Р.Ш.. Изучение гипогликемического действия сухого экстракта клубней топинамбура при глюкозной нагрузке/ Р.Ш. Сафарзода., Д.Р.Халифаев//Авчи Зухал. Душанбе-2019. -№1- С. 185-90.
7. Шахсуфбекова О.М.. Гиполипидемические и антиоксидантные свойства густого экстракта клубней топинамбура сортов “сарват” и “интерес” при аллоксановом диабете/ О.М. Шахсуфбекова, А.Дж. Азонов// Вестник КРСУ. 2017. Том 17. № 3. -С/ 185-189с



ИССЛЕДОВАНИЕ АНТИДИАБЕТИЧЕСКОЙ ДЕЙСТВИИ ФИТОКОНЦЕНТРАТА Шарифзода Ш.Б.

Кафедра фармацевтической технологии ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино»

Действительно, данные эпидемиологических исследований, проведенных Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ) и другими организациями в различных странах мира, свидетельствуют о росте заболеваемости сахарным диабетом в целом, и особенно диабетом 1 типа. По данным Всемирной диабетической ассоциации, в настоящее время число людей, страдающих сахарным диабетом, составляет около 285 миллионов. Прогнозируется, что к 2025 году это число достигнет 380 миллионов, а к 2030 году - 438 миллионов [4,5,7].

В Таджикистане распространенность диабета среди взрослого населения составляет от 0,1% до 0,69%, а при низкой толерантности к глюкозе - от 0,23% до 2,35% [1,2].

Эти прогнозы указывают на серьезную проблему общественного здравоохранения и подчеркивают необходимость принятия мер для предотвращения и контроля распространения сахарного диабета.

Ключевые слова: сахарный диабет, сухой концентрат клубней топинамбура, гранулы инуламин, таблетки инулин форте, таблетки глибенкламид.

RESEARCH ON THE ANTIDIABETIC EFFECTS OF A PHYTOCONCENTRATE Sharifzoda Sh.B.

Department of Pharmaceutical Technology Avicenna Tajik State Medical University
(head of the department candidate of pharm. science, associate professor R.Sh. Safarzoda)

Indeed, data from epidemiological studies conducted by the World Health Organization (WHO) and other organizations in various countries of the world indicate an increase in the incidence of diabetes mellitus in general, and especially type 1 diabetes. According to the World Diabetes Association, currently the number of people suffering from diabetes is about 285 million. It is predicted that by 2025 this number will reach 380 million, and by 2030 - 438 million [4,5,7].

In Tajikistan, the prevalence of diabetes among the adult population ranges from 0.1% to 0.69%, and with low glucose tolerance - from 0.23% to 2.35% [1,2].

These forecasts point to a serious public health problem and emphasize the need to take measures to prevent and control the spread of diabetes mellitus.

Keywords: diabetes mellitus, dry Helianthus tuberoses concentrate, inulamine granules, inulin forte tablets, glibenclamide tablets.

Шарифзода Шахриёр Бахтиёр - унвонҷӯи кафедраи технологияи фарматсевтии МДТ «ДДТТ ба номи Абуали ибни Сино», тел: +992 903 03 7177, E-mail: shahriyor1997.98@gmail.com

Шарифзода Шахриёр Бахтиёр - соискатель кафедры фармацевтической технологии ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино». тел: +992 903 03 7177, E-mail: shahriyor1997.98@gmail.com

Sharifzoda Shahriyor Bakhtiyor - applicant for the Department of Pharmaceutical Technology Avicenna Tajik State Medical University, phone number: +992 903 03 7177, E-mail: shahriyor1997.98@gmail.com.



ШАРҲИ АДАБИЁТ

МЕХАНИЗМҲОИ ПАТОГЕНЕТИКИИ ИНКИШОФИ АЛОИМИ АКСУЛАМАЛИ ИЛТИҲОБИ СИСТЕМАВӢ ҲАНГОМИ ПАНКРЕАТИТҲОИ ШАДИДИ ТАБОҲШУДА БО ПАНКРЕОНЕКРОЗ

(Шарҳи адабиёт)

Аюбов Ч.Қ., Назаров Ш.К., Хокироев Т.З.

Кафедраи бемориҳои ҷарроҳии №1 ба номи академик Қурбонов К.М.,
МДТ “ДДТТ ба номи Абуалӣ ибни Сино”

Панкреатити шадиди табоҳшуда яке аз бемории ҷарроҳии марҳилавӣ буда, дар раванди аутолизи ферментативию некрозии паренхимаи ғадуди зери меъда ба вучуд меояд. Баъдан бо якҷошавии ҳуҷайраҳои пассивификӣ дар ин раванд, аксуламали илтиҳоби системавӣ ва оризаҳои табоҳкунандаи мавзевӣ рушд меёбад. Масалан, баъзе сарчашмаҳои хориҷӣ панкреатити шадидро ҳамчун як раванди илтиҳобии шадидгузаридаи ғадуди зери меъда мешуморанд, ки метавонад, дар он бофтаҳои перипанкреатикӣ ва / ё дигар узвҳо ва системаҳо низ ба ин равиш пайванданд. Панкреатити шадиди табоҳгашта табиатан аз рӯи пайдоиш гуногунсабаб мебошад. Тадқиқотҳои сершумор гувоҳи онанд, ки рушди он на танҳо бо амали омилҳои мухталифи гуногуни муҳити беруна, инчунин хусусиятҳои инфиродии таъсири мутақобилаи генҳои бисёре, ки ба организми ҳар як бемор хос аст, вобаста аст [22,30,35,47].

Бояд қайд кард, ки панкреатити шадиди табоҳшуда бемориест, ки пайдоиши он асосан аз хоҳиши инсоният ба бароҳати тасаллибахшӣ аз ҳад зиёди гастронемӣ (ба истифодаи маводҳои хӯроквории зараррасон) вобаста аст, ки зарурият ва аҳамияти омӯзиши ин патологияро ҳамчун як мавзӯи мубрам ва марбут ба саломатии ҷомеаи ҷаҳонӣ муайян менамояд. Панкреатити шадиди табоҳшуда 4,7-15,6%-и шумораи умумии бемориҳои шадиди ҷарроҳии узвҳои ковокии шикамро ташкил дода ва дар сохтори патологияҳои ҷарроҳии фаврӣ устуворона ҷои сеюмро пас аз аппендисити шадид ва патологияҳои заҳрхалта ишғол мекунад. Илова бар ин, қайд кардан зарур аст, ки 15-25% беморони гирифтори панк-

реатити шадид бо намуди вазнини сироятшудаи он ба вучуд меоянд, ки боиси панкреонекрози паҳнғашта мегарданд. Дар навбати худ бо мушкilotҳои гуногун, аз он ҷумла норасогиҳои системавӣ ҳамроҳ мешаванд, ки боиси марганҷомӣ мегардад. Сарфи назар аз пешравиҳои муносири соҳаи тиб, фавтшавии беморон аз ин ҳолат ҳамеша дар сатҳи баланд боқӣ монда, ба 25-70% мерасад [2,16].

Дар сохтори ҷарроҳии таъҷилии ковокии шикам, панкреатити шадиди табоҳгашта яке аз бемории маъмултари ҷарроҳии тихигоҳи батн ба шумор меравад. Бо паст нагардидани сатҳи баланди фавт аз он, ба ҷустуҷӯи имкониятҳои нав барои табобати саривақтӣ ниёз дорад ва пешгирии пасомадҳои ҷиддии он ҳанӯз ҳам муҳим шуморида мешавад. [6,26,36].

Муайян карда шудааст, ки омилҳои триггерии рушди панкреатити шадиди табоҳгашта фаъолшавии дохилиатсинариҳои ферментҳо мебошад, ки боиси нобудшавии амиқи ҳуҷайраҳои ғадуди зери меъда бо баровардани маводи тарашшуҳӣ ба фазои байнистисилӣ ва рушди некроз дар ҳуди ғадуд ва бофтаи перипанкреатикӣ мегардад [17,22]. Аз рӯзҳои аввали беморӣ ба ин раванд вайроншавии гардиши варидҳои хурд дар бофтаи ғадуд, баъдан инкишоф ёфтани таназзулшавии ҷиддии гузариши капиллярҳо, ки боиси зухуроти геморрагӣ ва дигар оризаҳо мегардад, мушоҳида мешавад. Ба ҳисоби миёна пас аз 3-4 рӯз тромбози рағҳои хурд инкишоф меёбад [1,4]. Аз сабаби вайроншавии гардиши хун дар сатҳи ғадуд, некрозишавии шадиди паренхимаи он бо суръат авҷ мегирад. Ва дар ҳолати вазнинтаршавии ин раванд осеби худҳазмкунии



эндотелӣ, ки боиси пусиши он мегардад ба амал меояд, ва экссудат дар тихигоҳи шикам хусусияти геморрагикӣ пайдо мекунад, бофтаҳои атрофи ғадуд бо детритҳои геморрагӣ пӯшонидани мешаванд. Аз ҳисоби пайвастании раванди табоҳшавӣ ба фазои ҳучайравӣ ва чаббӣши моеъи геморрогии он бо инкишофи манбаи некрозӣ, боиси ба таври тадриҷан ба вучуд омадани инфилтрат мегардад [9,14]. Ва воридгардидани маҳсули вайроншудаи бофтаҳои номбаршуда ба ҷараёни умумии хун боиси ангиизи аксуламали илтиҳоби системавӣ мегардад, дар натиҷа синдроми номутаносиби полиорганикӣ рушд меёбад. Меъёрҳои ташхиси аксуламали илтиҳоби системавӣ дар соли 1991 дар Конфронси Ҳамоҳангсозии Коллеҷи Пульмонологҳои Амрико ва Ҷамъияти мутахассисони ҳолатҳои мушкилиовари соҳаи тибб пешниҳод карда шуданд ва дар муҳокимаҳои минбаъда такмил дода шуданд. Алоими аксуламали илтиҳоби системавӣ ҳамчун аксуламали системавии организм бо таъсири қавии ангизаҳои гуногун муайян карда мешавад, ки дар пайдошавии ду ё зиёда аз аломатҳои зерин тавсиф мешавад [15,44]:

- ҳарорати бадан зиёда аз 38,0 0 С ва ё камтар аз 36,0 0 С бошад;

- шумораи тапиши дил зиёда аз 90 маротиба дар як дақиқаро дар бар гирад;

- шумораи нафаскашӣ зиёда аз 20 маротиба дар як дақиқа ё PaCO_2 камтар аз 32 мм ст. см. бошад;

- миқдори лейкоцитҳо дар хун ба зиёда аз 12×10^9 /л ва ё камтар аз 4×10^9 /л расад, ё таносуби шаклҳои ҷавон (чубчашаклҳо, ҷавон ва ғ.) зиёда аз 10%-ро ташкил диҳад.

Баъзе муҳаққиқон пешниҳод мекунанд, ки шиддати алоими аксуламали илтиҳоби системавӣ аз рӯи шумораи аломатҳои дар бемор мавҷудбуда муайян карда шавад: бо 2 аломат - шиддат мӯътадил, бо 3 аломат - миёна, бо 4 аломат - ҳолат ҳамчун шадид, баҳо дода мешавад. Дуруст аст, ки дар рафти тадқиқотҳои гузаронидашуда муаллифон исбот карданд, ки бо мусбӣ будани 3-4 аломати ААИС, хатари инкишофи норасогии полуорганикӣ ва фавт ба таври назаррас меафзояд [24,46].

Дар чунин ҳолат, синтези номутобиқи медиаторҳои илтиҳобӣ ва ҷараёни гузариши онҳо ба гардиши хун боиси рушди аксуламали илтиҳоби системавӣ мегардад. Натиҷаи гуфтаҳои боло аломатҳои хоси ААИС (табларза, тахикардия, тахипноэ, лейкоцитоз) ва ихтилоли прогрессивии гардиши хун мебошад, ки боиси вайроншавии намоёни ҷараёни метаболитикӣ ва инкишофи норасогии полиорганикӣ мешаванд [15,33]. Камшавии назарраси гардиши хун дар ҒЗМ, ҷигар ва атрофи он чанд соат пас аз оғози тағироти табоҳиовар дар ғадуд мушоҳида мешавад [34,44]. Ва тағиротҳои хеле амиқтаре, ки зимни инкишофи ААИС дар сатҳи маҷрои гардиши хурди хун ба таври умумӣ ба вучуд меоянд, ба гипоксияи бофтаҳо, вайроншавии ҷараёни метаболитикӣ, гипопро테인емия ва хатари рушди алоими аксуламали илтиҳоби системавӣ оварда мерасонанд [24,39]. Вайроншавии гардиши хун аллақай дар марҳалаи аввали панкреатитҳои шадиди некротикӣ боиси пайдоиши садма ва фавти беморон мегардад. Ҳангоми чунин инкишоф, баргарафкунии равандҳои некрозӣ ва шифоёбӣ на танҳо дар ҷараёни бармаҳали панкреатити шадид, ҳамчунон ҳангоми оғози саривактии табобати мувофиқ дар давраи аввал беморӣ имконпазир мешавад. Бо вучуди ин, ҳатто дар давраи сабуки барвакти панкреатити шадид, пешрафти минбаъдаи равандҳои патологӣ на танҳо дар сатҳи ғадуди зери меъда, балки дар дигар узвҳо низ имконпазир аст. Вайроншавии гардиши хурди хун ҳангоми ин беморӣ ба ҷараёнҳои экссудативӣ дар ноҳияҳои гуногуни ковокии шикам, фазои пасисифоқӣ ва дигар ковоқиҳо оварда мерасонад. Аз ин рӯ, оризаҳои ғайрисироятӣ (асептикий) хоси панкреатитҳои шадиди некротикӣ инҳоянд: моеъи озод дар ковокии шикам то 67%, гидроторакси реактивӣ дар 49% ҳолатҳо, ҷамъшавии шадиди маҳдуди моеъ дар 60% беморон, дар 63% беморон инфилтратсияи панкреатикӣ. Ва дар бисёре аз таҳқиқотҳои исботшудааст, ки пайдоиши инфилтрат аз фарорасии марҳилаи вазнини табоҳиовар дарак медиҳад [19,26].



Мавчудияти сохтори моеъи чойдошта хангоми панкреатити шадиди некротикӣ, эҳтимолан метавонад боиси фишурдашудани узвҳо бо пайдошавии ногузарогии баланди механикӣ ва баландшавии фишори билиарӣ гардад. Баъдан сабаби абсашавӣ ва ташаккули кистаҳо мегардад, ки дар марҳилаҳои баъди - рахнашавии он ба ковокии шикам ва дар натиҷа хунравии дарунӣ мушоҳида мешавад [5]. Тибқи маълумоти як қатор муаллифон, раванди чаббиши моеъи шадиди чамъшуда хангоми рӯзҳои бистарӣ будани беморон ба беморхона, танҳо дар 30% ҳолатҳо мушоҳида мешавад. Аз рӯи чойгиршавии анатомӣ, ғадуди зери меъда дар ҳамсарҳадии бисёр узвҳои муҳими тибқи шикам ва фазои пасисифоқӣ чойгир аст. Аз ин рӯ, хангоми панкреонекроз, ҳам тибқи шикам ва ҳам фазои пасисифоқӣ ҳамеша дар раванди илтиҳобӣ то як дараҷа ва ё дигар андозае иштирок мекунад. Бинобар ин хусусан хатари пайдоиши норасоии полиорганикӣ, оризаҳои фасодӣ ва фавт дар чунин ҳолатҳо меафзояд: беморони ҳомиладор, фарбеҳӣ, калонсолон ва пиронсолон; беморони гирифтори бемории дарозмуддати қанди хун [7,22].

Дар натиҷаи марҳилаи охири пешрафти панкреатити некротикӣ инкишофёбии оризаҳои фасодӣ мушоҳида мегардад. Дар давраи аввал вайроншавии гардиши бофтавии хун ба зиёндоршавии гуногуни ҳуҷайравӣ оварда мерасонад, ки боиси вайроншудани механизмҳои муҳофизатӣ ва сироятӣ минбаъдаи бофтаҳо мегардад. Эҳтимолӣ сироятёбӣ аз дараҷаи некрозшавии ғадуди зери меъда ва паҳншавии раванд дар тибқи шикам ва фазои пасисифоқӣ вобаста аст. Дар натиҷаи истифода намудани антибиотикҳо барои пешгирӣ аз раванди сироятёбӣ, дар даҳсолаи охир басомади сироят ба таври назаррас коҳиш ёфтааст. Оризаҳои сироятӣ хангоми панкреонекроз: флегмонаҳо; абсаҳо; перитонити фасодӣ; оментити фасодӣ ва сепсис мебошанд [12,30].

Таҳқиқотҳо исбот карданд, ки бисёре аз медиаторҳои илтиҳобӣ зимни зиёд гардидаани таъсиринокшавӣ, боиси афзоиши ёфтани гузариши девораи рағҳо мегарданд. Ба

онҳо ФНО, ИЛ 1, 4, 6, 8, ФАТ, лейкотриенинҳо, тромбоксан, простагландинҳо ва интерферон дохил мешаванд. Инчунин ферментҳои таҷзиякунандаи эндотелий ва радикалҳои озод аз нейтрофилҳои фаъол зарар мебаранд. «Чакиши капиллярӣ» дар натиҷаи зиёдшавии гузариши рағҳо зимни ҳаракати моеъ аз маҷроҳо ба бофтаҳо ба норасоии гемодинамикӣ оварда мерасонад. Дар натиҷа доираи нодурусте ба вучуд меояд, ки дар давоми он гипоксияи бофтаҳо ва захролудшавии прогрессивии эндогенӣ мушоҳида мешавад. Ва ин захролудшавӣ – ба прогрессивии норасоии хунтаъминшавии бофтавӣ оварда мерасонад. Исбот гардидааст, ки тағироти мӯйрағчавӣ (микрососудистые изменения) хангоми ААИС, дар беморони бо оқибатҳои марговари беморӣ дучоргардида чиддӣ шуморида мешавад [39,44].

“Таркиш”-и ситокинии бавучудомада хангоми ААИС боиси вайроншавии эндотелияи микрососудҳои системавӣ ва ихтилоли чиддии гемодинамикӣ мегардад. Дар заминаи гипоксия, зарарбинии бофтаҳо ва узвҳои мухталиф руҳ медиҳанд [35,46].

Масоҳати эндотелияи рағҳо дар сатҳи бадани инсон мавқеъи хеле калонро ишғол менамояд ва ба 900 м² мерасад, вазнаш - 1 кг, дар ҳоле ки эндотелияи вазифаи таъсири мутақобилияи байни бофтаҳо ва хунро иҷро мекунад, ки аз ҷониби дигар узвҳо ивазнашаванда мебошад. Аз ҳисоби истеҳсоли як қатор моддаҳои танзимкунанда, эндотелияҳои капиллярӣ «бузурғтарин ғадуди эндокринӣ»-и инсон ҳисобида мешаванд. Эндотелиоситҳо боиси воқунишҳои гуногуни ферментҳо ва ретсепторҳои зиёди моддаҳои хун мегарданд. Бо таъсири мутақобилаи сафедаҳо моддаҳои синтез мекунад, ки дар раванди танзими илтиҳоб ва аксуламали иммунологӣ иштирок мекунад. Инчунин нигоҳдории вазифаи атромбогении девори рағҳо ва вазифаи монеавие, ки танзимкунандаи адгезияи лейкоцитҳо ва фаъолияти тоносии рағҳо мебошад иҷро кунанд [15,34].

Аз ҷумла, эндотелиоситҳо синтезони кавитарини вазодилататори оксиди азотро иҷро мекунад, ки сабаби гиперполяризацияи эндотелия, простациклин ва вазоконст-

рикторҳои эндотелин-1 ва 20-НЕТЕ мегарданд. Ҳангоми ААИС, якчанд моддаҳои гуногун зимни вазодилататсия ба вучуд меоянд, ки на танҳо аз ҷониби эндотелия, инчунин аз тромбоцитҳо, моноцитҳо, нейронҳо ва дигар ҳуҷайраҳо истеҳсол мешаванд. Асосҳои пуринӣ, каннабиоидҳо, адреномедуллин нисбат ба простоксиклин, брадикинин, каллидин, ва метаболитҳои онҳо 10 маротиба кавитаранд, ва онҳо дар фазои интерститсиалӣ ба вучуд меоянд. Сохторҳои вобастаи эндотелии ин эндотелинҳои 20-НЕТЕ, тромбоксан-А2, АПФ ва ангиотензиноген мебошанд. Баъзе вазоконстрикторҳо муқовиматнокии тромбоцитҳоро дар рағҳо суст мегардонанд. Ҳамзамон эндотелияҳо омилҳои тромбогениро низ, ба монанди фактори Виллебранд, АДФ, тромбоксан ва атромбоген синтез мекунад. Дар охир ба онҳо простасиклин, оксиди нитроген, эктоАДФаза дохил мешаванд. Ингибиторҳои синтезгари тромбинҳосилкунанда зидди барзиёд фибринҳосилшавӣ дар сатҳи эндотелияҳо амал мекунад. Эндотелияҳо инчунин барои синтези фаъолкунандаҳои плазминоген ва ингибиторҳои онҳо масъул мебошанд. Аз ин рӯ, фаъолшавии фибринолиз ва протеиназаи эндотелиоситҳо метавонанд дар ҳолатҳои вазнин ба вайроншавии асоси мембранаҳои рағҳо оварда расонад. Таъсири баръалои системавӣ ба гемостаз, гузариш, фаъолияти рағҳо, зиёдшавии ҳуҷайраҳо боиси танзимкунии ҳарорати - омилҳои ҳуҷайравӣ, протозиклин, фаъолкунандаи ҳуҷайрагӣ ва ингибиторҳои плазминогенӣ мешавад. Ҳамзамон, онҳо давраи дарози нимҷудошавиро мегузаронанд, ки аз ин сабаб дурудароз фаъолият мекунад. Муқовимати тромбоцитии (тромборезистентность) рағҳо дар шароити муқаррарӣ афзалияти синтези моддаҳои атромбогениро аз тромбогенӣ таъмин менамояд. Фаъолнокии антитромбин-3 ва кофактори гепарин-2ро афзоиш дода, фаъолияти тромбиногенез, гепаран-сулфат ва дигар гликозаминогликанҳоро маҳдуд менамоянд, ки қолаби матриксиеро дар атрофи эндотелияҳо ташкил медиҳанд. Гликопротеини мембранаҳои эндотелиалии тромбомодулин дар навбати худ бо тромбин пайваست мешаванд ва

сафедаи С-ро фаъол мегардонанд, ки ингибитори тромбин мебошад. Ҳангоми осебдидани девораи рағҳо, тромбомодулин аз эндотелия ҷудо шуда, ба ҷараёни хун ворид мешавад, ва аз оқибатҳои аҳамияти сатҳи он ҳангоми ҳолатҳои претромботикӣ пешгири мекунад [3,10,27].

Хусусиятҳои эндотелие, ки аз тромбоз муҳофизат карданро таъмин мекунад, хусусан ба омилҳои гемодинамикӣ саҳт таъсир мерасонанд ва аз ҳамаи онҳо муҳимтар андозаи ҷунбиш (градиент сдвига) мебошад. Суръати баланди ҷунбишӣ яъне сидвиғӣ дар шарёнҳо сабаби муҳофизатии он мебошад. Аз ин рӯ, гарчанде ки ИЛ1 ва ФНО боиси нумӯи синтези ҳуҷайра дар ҳама рағҳо мегарданд, аммо хатари пайдоиши тромб аз ин нумӯ танҳо дар варидҳо ва мӯйрағҳо меафзояд. Эндотелиоситҳо инчунин дар танзими часпиши лейкоцитҳо фаъолона иштирок мекунад, ки дар ин ҳолат вайроншавии эндотелиалӣ боиси таъчилан зиёд шудани молекулаҳои часпанда мегардад [32]. Мавқеи фосилавии эндотелиоситҳо миёни ковокии рағҳо ва фосилашон боиси вайроншавии маҳсуси онҳо бо таъсири патогенӣ мегардад. Дар равандҳои илтиҳобӣ ин таъсиротҳо ногузир ва гуногунанд - инҳо таъсири ситокинҳо, радикалҳои озод, дислипипропротеинемия, гипергликемия ва албатта гипоксия мебошанд. Вайроншавии афзалиятноки баъзе вазифаҳои эндотелиалӣ (спазм, тромбҳосилшавӣ, зиёдшавии функсияи часпишии ҳуҷайра) вобаста аз ҷойгиршавии раванд, бо спектри таъсири медиаторӣ ва шиддати тағироти гардиши гемодинамикӣ вобаста аст. Аз ҳама тезтар авҷгирии вайроншавии маҳсули муқаррарии эндотелияи моддаҳои фаъоли биологӣ ба вучуд меояд, ки хусусан оксиди азот: тонустанзимгарӣ, муқовимати тромботикӣ, часпиш ва гузаришро танзим мекунад. Тарашшуҳи аз ҳад зиёди эндотелиалии баъзе медиаторҳо низ инчунин дар рушди алоими аксуламали илтиҳоби системавӣ (ААИС), алоими шадиди респиратории нафас (АШРН) ва норасогии бисёрӯзвӣ (НП) нақши муҳим мебозад [25,38].

Маълумотҳои бисёре аз таҳқиқотҳо тасдиқ мекунад, ки эндотелиоситҳо нақши «са-



рҳадӣ / худудӣ» -ро мебозанд ва бо коҳишёбии он мувофиқи муқаррароти умумӣ, раванди илтиҳобӣ оғоз меёбад. Онҳо нақши монеъавии механикиро дар байни хун ва бофтаҳо намебозанд, балки алоқаи байни ҳуҷайраҳои узвҳои паренхиматозӣ ва макрофагҳои дар маҷрои хун гарданда, нейтрофилҳо, тромбоцитҳо, ситокинҳо ва ретсепторҳои ҳалшаванда онҳо, ва дигар медиаторҳои илтиҳобӣ, инчунин махсусан шаллаи ситокинро аз лейкоцитҳо ба бофтаҳо табдил медиҳанд. Дар зери таъсири ситокинҳо, хусусиятҳои тромбогенетикӣ ва часпандагии эндотелияҳо зиёд мегардад, ки боиси ҳосилшавии ҳуҷайраҳои тромбопластинӣ, пайдоиши микротромбозҳо, вазодилататсия ва якбора баланд шудани гузариши девори рағҳо мегардад. Дар санҷиши амалии лабораторӣ нуқсондоршавии эндотелӣ ҳангоми ба назар гирифтани сатҳи аломатҳои фаъолсоз ё вайронкунандаи эндотелияҳо дар хун имконпазир мешавад: инҳо ҳуҷайраҳои дескваматсияшуда, селектин, тромбомодулин, простасиклин ва плазминогени фаъолкунандаи бофтавӣ мебошанд [9,18].

Бо вучуди ин, эндотелияҳо на танҳо омилҳоеро ба вучуд меорад, ки гузариши рағҳоро афзоиш медиҳанд, балки моддаеро ба монанди орозомукоид низ ҳосил мекунанд. Ин як сафедаи марҳалаи шадид аст, ки гардиши хуручи мӯйрачаҳоро монеъа мешавад. Чунин таъсири орозомукоид бо зиёд шудани амали хоси монеавии эндотелиалӣ тавассути заряди полианионӣ ҳангоми ҳамтаъсирӣ бо ретсепторҳои эндотелиалӣ ва тағироти сеандозаи таъсисёбии коллаген алоқаманд аст. Гликокаликс, як қабати сеандозаи доираи гликопротеинҳое мебошад, ки тамоми ҳуҷайраҳои эндотелиалиро дар бар мегирад ва бо сафедаҳои зардобӣ ба монанди албумин ва орозомукоид устувор гардида дар танзими гузариши рағҳо нақши муҳим доранд [14,21].

Дар айни замон, механизмҳои тағирёбии гузариш дар ҳолати муқаррарӣ ва «хуручи мӯйрагчавӣ (капиллярной утечки)» ҳангоми ААИС ҳоло ҳам дар марҳалаи таҳқиқот қарор доранд. Исбот шудааст, ки интиқоли молекулаҳои хурду калон тавассути девори

рағҳо бо роҳҳои гуногун амалӣ мешаванд. Молекулаҳои хурд асосан аз девори рағҳо дар якҷоягӣ бо об мегузаранд, аммо тақрибан 10% он танҳо тавассути чабиши байниҳуҷайравии об мегузаранд. Пештар, назарияи “сӯроҳча” (теория пор) -каналҳои доиминтиҳобшаванда, васеъ истифода мегардиданд, аммо ҳоло дар байни муҳаққиқон назарияи қолиби суддабанд (фиброзного матрикса) аз ҳама бонуфуз аст [27].

Матритсаи фиброзӣ - гликокаликси сатҳи луминии ҳуҷайраҳои эндотелияро ташкил медиҳад. Он як сабади молекулавиеро ташкил медиҳад, ки даромадгоҳҳои чуякчаҳо ва равзанаҳои байниҳуҷайравиро мепӯшонад. Шабакаи торҳои ин сабад ба сафедаҳо муқовимати қавӣ расонида ҳангоми гузаштани онҳо тавассути чуякҳо ба маҳлулҳои обӣ хеле кам муқовимат мекунанд. Яъне, андозаи сӯроҳҳо нисбат ба қаблан пешбинишуда хеле хурдтар аст, зеро он на аз масофаи байни ҳуҷайраҳои ҳамхудуд, балки аз рӯи масофаи байни нахҳои матритса ба дохилшавии чуякҳо ё равзанаҳо муайян карда мешавад. Муқовимати матритса бо радиуси торҳои қолибрашон тақрибан 7 нм, ва дар дараҷаи муайяне вобаста аз сохтори онҳо муқарар карда мешавад. Муқовимати андак барои моддаҳои камтар аз 7 нм буда, барои молекулаи ба монанди альбумин, матритса вазифаи гузаришро дар ду ҳолат коҳиш медиҳад. Аз ин рӯ, ҳар қадар сохтори баландтар дошта бошанд, ҳамон қадар хорич кардани альбумин зиёдтар мегардад.

Одатан, дар асоси меъёрҳои доимӣ, камхурӯшавии трансвакулярии альбумин ба вучуд меояд, ки тақрибан 6 гр ё 4-5% ҳавзи дохиливардиро дар як соат ташкил медиҳад. Вале ҳангоми илтиҳоби шадид, рушди алоими «ихрочи мӯйрагчавӣ» (капиллярной протечки) аз сабаби қатъиян зиёдшавии гузариши рағҳо ба амал меояд. Дар беморони ҳолаташон вазнин, суръати ихрочи альбуминҳои транскапиллярӣ метавонад 20% дар як соатро ташкил диҳад, ки ин хело зуд ба гипоалбуминемия вазнин ва пастшудани фишори коллоидии плазмавӣ оварда мерасонад. Ин дар навбати худ тақсимои моеъро дар байни бахшҳои мо-

еъгузар аз рағҳо ба фосилаҳо мегузаронад, дар натиҷа гиповолемиа инкишоф меёбад. Зери таъсири гистамин, серотонин, брадикинин, лейкотриенҳо афзоишҳои моеъгузаронандагии мӯйрағӣ ҳангоми илтиҳоб барои сафедаҳои плазмавӣ ва аломати «ихроч» дар бисёр ҳолатҳо тавсиф карда шудааст. Дар оғози рушди илтиҳоб, раванди афзоишҳои гузариш танҳо ба эндотелияи варидчаҳо дахл доранд ва баъдан капиллярҳо ба раванди патологӣ дохил мегарданд. Афзоиши раванди гузариш ва баландшавии фишор дар мӯйрағҳо аз ҳисоби васеъшавии артериолаҳо, инчунин васеъшавии босуръати фосилаҳо аз сабаби вайрон шудани фибробластҳо ва зиёд шудани фишори осмотикӣ ба вучуд меояд. Ин ҳолат ба чамъшавии сафедаҳо берун аз чараёни гардиш ва пайдоиши варамнокшавии бофтаҳо оварда мерасонад [8,25,28].

Медиаторҳои гуногуни илтиҳобӣ механизмиҳои ҳархелаи рушди ихтилоли чараёни гузаришро доранд. Одатан сӯрохиҳои калон дар байни ҳучайраҳо дар натиҷаи аз нав шудани намуд ва андоми онҳо ба вучуд меоянд. Қисме аз сӯрохиҳои, ки дар эндотелияҳо ҳангоми раванди илтиҳобӣ ба вучуд омадаанд, дар натиҷаи пайдоиши вакуолаҳо ва коҳишҳои ҳучайра бо тунуқшавии ситоплазма ба таври транселлюлярӣ (азҳучайрагузарӣ) мегузаранд. Ҳамзамон, каналҳои везикулярӣ транселлюлярӣ барои медиаторҳои чараёни гузаришро ивазкунанда, кушода мебошанд. Ҳосилшавии фосилаҳои молекулаҳои хурд инчунин дар натиҷаи зиёд шудани чараёни гузариш, ҳангоми васеъшавии устувори раванди илтиҳобии артериолаҳо пас аз баровардани сафедаи плазмавӣ аз перфузат зиёд мешаванд. Дар ҳоли охир, сабаби нестшавии таъсирнокии ҳоси гликокаликс мегарданд, ки ин механизм барои беморони дорой гипоалбуминемия бисёр муҳим мебошад. Альбумин дорой хусусияти устуворсозии эндотелиявӣ низ мебошад [20,37].

Ҳамин тариқ, ҳуди ҳолати гипоалбуминемия қобилияти талафҳои бештари альбуминро дорост. Пастшавии консентратсияи альбуминҳои зардоби хун дар беморони бо ААИС, аз як тараф афзоиши гузариши рағҳо инъикос намеояд, аммо аз тарафи дигар, боиси афзоиши суръати ихрочи сафедаҳо дар

фосилаҳо мегардад. Афзоиши гузариши капиллярӣ ҳангоми вучуд надоштани сафедаҳо дар таркиби зардоби хун зимни тазриқ, ҳамчун «таъсири хуноба» (эфект сыворотки) маъмул аст. Таъсири тавсифшудаи тағйирҳои гузариши албумин тавассути кам гаштани консентратсияи дохилиҳучайравии калтсий ғайримустақим ба амал меояд. Мавҷудияти сафедаҳои зардобӣ дар хунобаи тазриқшаванда, ки барои шустани эндотелияҳо тазриқӣ мегарданд, чараёни шаклирии мӯйрағӣ гликокаликсро таъмин мекунад ва ғафсии қабати онро зиёд менамояд [13,34].

Ҳангоми истифодаи маҳлулҳои сунъие, ки барои тазриқкунии капиллярҳои сафедаи маъмулӣ надошта тайёр шудаанд, шояд баъзе аз қисмҳои гликокаликс, аз ҷумла орозомукоидро хориҷ гардонад, ки ин метавонад боиси зиёдшавии гузариши мӯйрағчавӣ (микросудистой проницаемости) гардад. «Ҷомаи эндотелиявӣ» - ва монетаи капиллярӣ он ба макромолекулаҳои аз ҷузъҳои гликокаликсе, ки ҳуди ҳучайраи эндотелиалӣ ҳосил намудааст, тавассути механизми коҳиш додани консентратсияи ионҳои манфии заряднок дар геле фаъолят менамояд. Орозомукоид дар хусусиятҳои функционалии гликокаликс сахми назаррас мегузорад. Ҳангоми нестшавии он сарфи назар аз раванди муқаррари чараёни моеъгузарӣ, қобилияти тозашавандагии албумин се маротиба зиёд мегардад. Пайдоиш ва пешрафти варамнокии ҳучайра метавонад натиҷаи вайроншавии истеҳсоли орозомукоид ва дигар қисмҳои гликокаликс гардад, ки ҳангоми нобудшавии эндотелиоситҳо ба вучуд меоянд [31,33].

Омӯзиши механизмиҳои мустақими баландгардии гузариши варидчаҳо ё венулаҳо пас аз амалкарди медиаторҳои илтиҳобӣ дарак медиҳанд, ки бо ташаббуси чараёни воридшавии калтсий ба каналҳои ғайрифъол зухур мекунад. Афзоиши консентратсияи калтсий боиси таъсиррасонии актин, миозин ва синтези оксиди азот ба эндотелияҳо мешавад. Дар натиҷаи он давраҳои сикликии ГМФ зиёд ва АМФ кам гашта, бо тадричан тағйирҳои оксиди азот боиси заифгаштани периситҳо мегардад. Афзоиши даврии АМФ ба фишурдашавии андоми



эндотелиоситҳо таъсир мерасонад, ки асоси нумӯи медиаторҳои гузаронанда ва зардобихрочкунандаро ташкил медиҳад. Ин раванд бо камшавии миқдори холигиҳои байнихучайравӣ дар сатҳи варидчаҳо мувофиқат мекунад, аммо на бо андозаи онҳо. Таъсири механизми даври АМФ эҳтимолан боиси кам шудани ҳамтаъсирии актин-миозинӣ ва зиёд шудани алоқаҳои байнихучайравӣ мегардад [23,40].

Калтсий инчунин дар якҷанд равандҳои муҳим иштирок менамояд, масалан, дар зиёдшавии давраи дарозмуддати гузариш ҳангоми баргараф намудани албумин аз хунбаи тазриқшаванда. Моддаҳое, ки моҳияти гузариши чараёни калсиявобастаро афзоиш медиҳанд, фишорро дар гардиши хурд зиёд мекунад ва боиси васеъшудани шарёнчаҳо мешаванд. Лейкоситҳо бошанд инчунин дар танзими афзоиши гузариш ҳангоми илтиҳоб иштирок мекунад. Азбаски равандҳои гузариш боиси озодшавии селектинҳо мегарданд, ки зимни он лейкоцитҳо ба кӯчидан шурӯъ менамоянд. Ва таъсири кӯчиши лейкоцитҳо метавонад сабаби зиёдшудани концентратсияи калтсий ва кам гаштани алоқаи байни эндотелоситҳо шавад, ва ин раванд моддаҳои ба эндотелия таъсиркунандаро ҳосил намояд [41,42,43].

Аксуламали илтиҳоби системавии организм ҳамеша бо вайроншавии умумӣ ба монанди эндотелиалӣ ҳамроҳ мегардад. Муайян шудааст, ки «ихроҷи» альбумин дар фосилаҳо ҳангоми ААИС дар сифоқпарда, гадуди зери меъда, чигар, испурч, рӯдаҳои борик ва ғафс, шушҳо, гурдаҳо, дил ва мушакҳо назаррас аст. Таносуби маҳлулҳои тазриқшаванда ба рағҳои хурд дар беморони бо ААИС ду баробар кам чаконида мешавад. Ҳамзамон, зиёдшавии қобилияти гузаронандагии мӯйрагчавӣ ҳам барои об ва ҳам сафедаҳо ба назар мерасад, ки оксиди азот онро танзим менамояд. Дар натиҷа азнав тақсимшавии моеъ ва пастшавии ҳаҷми гардиши хун рӯй медиҳад [29,45].

Вайроншавии амиқи гардиши хурд ба таври ҳатмӣ ба гипоксияи бофтавӣ оварда мерасонад. Дар бисёре аз тадқиқотҳо, вайроншавии интиқоли оксигениро бо сабаби

харобшавии раванди гардиши хурд дар марҳилаҳои аввали рушди ААИС рабт медиҳанд. Бешубҳа ба таври ғайриоддӣ, сарфи назар аз нумӯи зиёдшавии партофти дил (сердечный выброс) ва кам шудани муковимати системавии рағҳои хунгард, интиқоли оксиген зарар мебинад. Вайроншавии эндотелиалӣ ҳангоми ААИС, бофтавобаста ҳисобида мешавад ва дар рушди норасоии полиорганикӣ нақши марказиро мебозад. Комилан ҳалалдоршавии кори капиллярҳо боиси ба вучуд омадани гиповолемиа, варамак шудани бофтаҳо, инчунин омили каммубодилакунӣ ва кам шудани қобилияти тозакунандагии оксиген мегардад [10,11].

Вайроншавии гардиши хурд қисми чудонашавандаи ихтилоли системавӣ ҳангоми ААИС ба ҳисоб меравад. Ва зимни номутаносибгардии кори узвҳо ҳангоми ҳама бемориҳое, ки бо ААИС руҳ медиҳанд, аз он чумла панкреатитҳои шадиди некротикӣ нақши муҳимро мебозад. Онҳо ҳангоми бавучудоии аломати «ихроҷи капиллярӣ» ва вайроншавии чараёни хунтаъминшавии бофтавӣ зоҳир мешаванд [4,18].

Шиддатнокии вайроншавии гардиши хурди хун ва дигар нишондиҳандаҳои гемодинамикӣ, дурнамои хуруҷи панкреатитҳои шадиди некротикӣ ба ҳисоб мераванд. Чакондани миқдори зиёди моеъ, ки пастшавии ҳаҷми умумии гардиши хунро ба вучуд меорад ва боиси тақрибан дукарата бо ҳаҷми калон зарбарасонидан ба он мешавад. Ин раванд ба мутамарказ шудани гардиши хун оварда мерасонад, ки дар натиҷаи он минбаъд гипоксияи системавии бофтавӣ афзоиш меёбад. Аломати охирини чараёни дар боло зикршуда ин бавучудоии садмаи панкреатогенӣ мебошад, ки сабаби бевоситаи фавт дар давраи аввали беморӣ мегардад.

Вайроншавии раванди моеъгузаронии байнихучайравӣ дар давраи аввали панкреатити шадид метавонад ба осеби мушаххаси узвҳои ҳаётан муҳим ва рушди норасоии прогрессивии полиорганикӣ оварда расонад. Дар ин марҳила пайдоиши оризаҳо боиси норасоии гуногуни шадиди узвҳо мегарданд. Тибқи маълумотҳои адабиётҳо, муайян шудааст, ки норасоии шадиди кори



дилу рағҳо дар 42%, норасоии шади ди роҳҳои нафас - 21%, норасоии шади ди кори гурдаҳо - 32%, норасоии шади ди кори чигар - 18%, энсефалопатия дар 30%, норасоии шади ди рӯдаҳо дар 30%, норасоии бисёрӯз-ва дар 77% ҳолатҳо ба вучуд меоянд.

Одатан рушди ҳолатҳои ба монанди алоими шади ди респиратории нафас (АШРН), ателектазҳо ва плевритҳо, зардпарвини токсикӣ, метавонанд боиси норасоии кори чигар, нефрити токсикӣ, перикардит ва синдроми ДВС гарданд. Энцефалопатияи токсикӣ дар натиҷаи пайдоиши реше меъда ва рӯдаи 12-ангушта бо оризаҳои хунравӣ ва сӯроҳшави аз худ зуд-зуд аломат зоҳир мекунад [21,24,34]. Дар 70% беморони гирифт-

тори панкреатити табоҳгашта, баландшавии фишори дохили шикам ба назар мерасад, ки дар 9% онҳо синдроми компартмент муайян карда мешавад.

Ҳамин тариқ, дар марҳилаҳои аввали бемории панкреатити шади ди некротикӣ: садма; норасоии шади ди кори дилу рағҳо; норасоии кори гурдаҳо; АШРН ва хунравии аз сабаби хурӯчи ААИС ба вучуд омада сабаби фавтшавии бармаҳал шуда метавонанд. Вайроншавии перфузиони бофтаҳо дар ҳоли аввал ба нуқсонҳои гуногуни ҳуҷайраҳо оварда мерасонанд, ки он метавонад боиси пастгардии қобилияти муҳофизавӣ ва ташаккули оризаҳои микробӣ дар давраҳои баъдии панкреатити шади ди гардад.

Адабиёт

1. Александрова, И.В. Постоянная вено-венозная гемофильтрация в комплексном лечении тяжелого острого панкреатита. / И.В. Александрова // Анестезиология и реаниматология. 2011; №3: 54–58.
2. Александрова И.В., Ильинский М.Е., Рей С.И., Киселев В.В., Ларионов И.Ю. Тяжелый острый панкреатит с ранней прогрессирующей полиорганной недостаточностью / И.В. Александрова, М.Е. Ильинский., С.И. Рей, В.В. Киселев // Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова 2013; 9: 29-33.
3. Ализаде, С.Г. Уровень глобулина ТИМ -3 в сыворотке крови при остром панкреатите в ранней стадии / С.Г.Ализаде, Ш.К. Назаров // Новости хирургии. / Москва.2020; №1: 24-29.
4. Анашкин С.Г., Корнилецкий И.Д., Винокурова Е.Ю., Агибалов Д.Ю. Исследование расстройств системы гемостаза при остром панкреатите / С.Г. Анашкин, И.Д. Корнилецкий, Е.Ю. Винокурова, Д.Ю. Агибалов // В книге: Научная сессия НИЯУ МИФИ-2015 Аннотации докладов: в 3-х томах. отв. ред. О.Н. Голотюк / Москва, 2015: 274а.
5. Беляев М.В., Билокур А.А., Велькер С.И., Волокитин А.С., Суворов Н.Д., Леоненко Д.В., Куприков С.В., Брюховецкий Ю.А., Кондратова Г.М., Молозина Е.Л., Солодовников Н.Ю. Минимально инвазивные вмешательства при острых жидкостных скоплениях у больных с тяжелым деструктивным панкреатитом / М.В. Беляев, А.А. Билокур, С.И. Велькер, и др. // Анналы хирургической гепатологии 2013; 18(3): 79-85.
6. Брехов, Е.И. Диагностика и лечение стерильного панкреонекроза. / Е.И. Брехов, Е.А. Решетников, А.С. Миронов, А.Ю. Денисов // Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова. 2016; № 9: 31-35.
7. Бухвалов А.Г., Грекова Н.М., Лебедева Ю.В. Зоны панкреатогенной агрессии и течение абдоминальных флегмон при остром тяжелом панкреатите / А.Г. Бухвалов, Н.М. Грекова, Ю.В. Лебедева // Фундаментальные исследования 2015; 1-7: 1329-1333.
8. Винник, Ю.С. Диагностика нарушений микрогемодинамики при остром панкреатите. / Ю.С. Винник, Д.В.Черданцев, А.А. Вахрушин // Методология флоуметрии. Красноярск. 2017; 3: 93 – 106.
9. Власов, А.П. Нарушения и коррекция гомеостаза при панкреонекрозе. / А.П. Власов, В.Н. Подеров, И.В. Саушев // Материалы IX Всероссийского съезда хирургов. [Волгоград, 2010]; С. 25.



10. Власов А.П., Анашкин С.Г., Власова Т.И., Суслов А.В., Турыгина С.А., Потянова И.В. Роль микроциркуляторных расстройств в прогрессировании острого панкреатита / А.П. Власов, С.Г. Анашкин, Т.И. Власова и др. // *Анналы хирургической гепатологии* 2014; 19(4): 83-88.
11. Власов А.П., Анашкин С.Г., Гуляева Л.Р., Рубцов О.Ю., Полозова Э.И., Кормишкин А.Е. Патогенетическое обоснование различных схем коррекции липидного метаболизма при остром панкреатите / А.П. Власов, С.Г. Анашкин, Л.Р. Гуляева и др. // *Фундаментальные исследования* 2014; 10(2): 265-269
12. Волков В.Е., Чеснокова Н.Н. Острый некротический панкреатит: актуальные вопросы классификации, диагностики и лечения локальных и распространенных гнойно-некротических процессов / В.Е. Волков, Н.Н. Чеснокова // *Вестник Чувашского университета*. 2014; 2: 211-217. .
13. Гельфанд, Б.Р. Роль и эффективность препаратов альбумина в интенсивной терапии: состояние вопроса в 2016 году. / Б.Р. Гельфанд, Д.Н. Проценко, О.А. Мамонтова, О.В. Игнатенко, Е.Б. Гельфанд, О.С. Шипилова // *Хирургия. Приложение к журналу Consilium Medicum*. 2016; № 1: 20 – 26.
14. Гендель, Л.Л. Значение методов экстракорпоральной гемокоррекции в комплексном лечении больных с острым панкреатитом. / Л.Л. Гендель, Н.Х. Чолярня, С.Н. Губанова // *Эффер. Терапия*. 2013; №9: 67–68.
15. Горский В., Агапов М., Хорева М. Синдром системной воспалительной реакции и возможный путь коррекции при остром панкреатите / В. Горский, М. Агапов, М. Хорева // *Врач*. 2014; 7: 46-49.
16. Гостищев, В.К. Панкреонекроз и его осложнения, основные принципы хирургического лечения. / В.К. Гостищев, В.А. Глушко // *Хирургия*. 2013; № 3: 50 - 54.
17. Данилов, М.В. Дискуссионные вопросы хирургии острого деструктивного панкреатита. / М.В. Данилов//. *Анналы хирургической гепатологии*. 2011; Т. 6: 125 - 130.
18. Дынжинова, Т.В. Возможности коррекции системной воспалительной реакции при лечении сепсиса у больных с гнойно-воспалительными заболеваниями мягких тканей: / Т.В. Дынжинова // дисс. ... канд. мед. наук: 14.00.27. Москва. 2017; 182с.
19. Дунаевская С.С., Антюфриева Д.А. Прогнозирование возможного исхода при тяжелом остром панкреатите / С.С. Дунаевская, Д.А. Антюфриева // *Врач-аспирант*. 2013; 56(1.1): 203-207.
20. Кичин, В.В. Обменный плазмаферез в комплексном лечении больных с панкреонекрозом. /В.В. Кичин, В.А. Сунгуров, С.В. Рябов// *Альманах анестезиологии и реаниматологии*. 2015; №5: С. 24.
21. Козлов, К.К. Гемодинамические изменения при панкреонекрозах. / К.К. Козлов, В.Н. Астафуров, А.В. Новосельцев // *Материалы IX Всероссийского съезда хирургов*. [Волгоград, 2010]; С. 60 - 61.
22. Кригер, А.Г. Лечение панкреонекроза с поражением забрюшинной клетчатки. / А.Г. Кригер, В.Г. Владимиров, И.Л. Андрейцев, Р.В. Серегин, Е.Е. Макарова // *Хирургия*. 2014; №2: 18 - 22.
23. Куделич О.А., Кондратенко Г.Г., Юдина О.А., Мотолянец П.М. Мультивариантный анализ факторов, ассоциированных с непосредственными причинами смерти при тяжелом остром панкреатите / О.А. Куделич, Г.Г. Кондратенко, О.А. Юдина, П.М. Мотолянец // *Новости хирургии*. 2014; 22(4): 416-427.
24. Кузин, М.И. Синдром системного ответа на воспаление. / М.И. Кузин // *Хирургия*. 2010; № 2: 54 – 59.
25. Кузнецов, Н.А. Коррекция дисфункции эндотелия при сепсисе. / Н.А. Кузнецов, Г.В. Родоман, Т.И. Шалаева, Т.В. Дынжинова // *Вестник РГМУ*. 2018; № 6: 11–15.



26. Лутфарахманов, И.И. Влияние органной дисфункции на исходы острого деструктивного панкреатита и пути оптимизации лечения. / И.И. Лутфарахманов, В.М. Тимирбулатов, П.И. Миронов, И.Х. Ишмухаметов // Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова. 2016; № 6: 11-15.
27. Маршакова Т.Н., Мосина Л.М., Голубев А.Г., Давыдкин В.И., Вилков А.В., Гераськин А.Е., Малахова О.С. Динамические изменения некоторых показателей гемодинамики в системе воротной вены при остром панкреатите / Т.Н. Маршакова, Л.М. Мосина, А.Г. Голубев // Современные проблемы науки и образования. 2015; 3: 69.
28. Махмадов Ф.И. Профилактика и лечение осложнений после оперативных вмешательств на органах гепатопанкреатобилиарной зоны / Ф.И. Махмадов // Здравоохранение Таджикистана 2010; 2: 75-79.
29. Мосоян С.С. Роль и место плазмафереза в лечении острого деструктивного панкреатита / С.С. Мосоян // Вестник Санкт-Петербургского университета. Серия 11. Медицина. 2014; 2: 111-116.
30. Назаров, Ш.К. Проблемы диагностики и лечения острого деструктивного панкреатита / Назаров Ш.К., Ализаде С.Г. // Симург. 2020; №1: 18-23.
31. Паскарь С.В. Полиорганная дисфункция и ее влияние на исход лечения больных с тяжелым острым панкреатитом / С.В. Паскарь // Вестник Российской военно-медицинской академии 2010; 4: 79-81.
32. Рагулина В.А., Покровский М.В., Конопля А.И., Гаврилюк В.П. Взаимосвязь между характером и степенью нарушений иммунитета и эндотелиальной дисфункцией при экспериментальном остром панкреатите / В.А. Рагулина, М.В. Покровский, А.И. Конопля, В.П. Гаврилюк // Научные ведомости Белгородского государственного университета. Серия: Медицина. Фармация. 2015; 30(10): 177-183.
33. Родоман, Г. В. Сывороточный альбумин при синдроме системной воспалительной реакции. / Г. В. Родоман, Т. И. Шалаева, Г. Е. Добрецов, Е. К. Наумов, В. Н. Оболенский // Анестезиология и реаниматология. 2016; № 2: 62 – 64.
34. Родоман, Г.В. Сывороточный альбумин при синдроме системной воспалительной реакции и полиорганной недостаточности. / Г.В. Родоман, Т.И. Шалаева, Т.В. Дынжинова / // Инфекции в хирургии. 2014; Т. 2: № 3: 12-16.
35. Савельев, В.С. Системная воспалительная реакция и сепсис при панкреонекрозе. / В.С. Савельев, Б.Р. Гельфанд, В.А. Гологорский и др. // Анестезиология и реаниматология. 2019; № 6: 28 - 33.
36. Толстой, А.Д. Концепция «обрыва» панкреонекроза – ключ к решению проблемы деструктивного панкреатита. / А.Д. Толстой, В.Б. Краснорогов, В.Р. Гольцов и др. // Вестник хирургии. 2011; Т. 160. № 6: 26 – 30.
37. Хорошилов С.Е., Никулин А.В., Марухов А.В. Применение плазмафереза в ферментативной фазе тяжелого острого панкреатита / С.Е. Хорошилов, А.В. Никулин, А.В. Марухов // Общая реаниматология. 2013; 9(6): 53-60.
38. Чадаев, А.П. Белки плазмы крови у больных панкреонекрозом. / А.П. Чадаев, А.Ц. Буткевич, С.В. Свиридов и др. // Хирургия. 2014; № 7: 15-19.
39. Balk R.A. Systemic inflammatory response syndrome (SIRS): where did it come from and is it still relevant today? Virulence. 2014 Jan 1; 5(1): 20-6.
40. Christopher E.G., Bateman R.M., Sharpe M.D., Sibbald W.J., Ravi Gill. Effect of a maldistribution of microvascular blood flow on capillary O₂ extraction in sepsis. // Am. J. Physiol. Heart Circ Physiol. 2012; Vol. 282: H156–H164.
41. Del Maschio A., Zanetti A., Corada M., et. al. Polymorphonuclear leukocyte adhesion triggers the disorganization of endothelial cell-to-cell adherens functions. // J. Cell Biol. 2016; Vol. 135: 497 - 510.



42. Dvorak H.F., Brown L.F., Detmar M., et. al. Vascular permeability factor/vascular endothelial growth factor, microvascular hyperpermeability, and angiogenesis. // Am. J. Pathol. 2015; Vol. 146: 1029 - 1039.
43. Huang A.J., Manning J.E., Bandak T.M., et.al. Endothelial cell cytosolic free calcium regulates neutrophil migration across monolayers of endothelial cells. // J. Cell Biol. 2013; Vol. 120: 1371 - 1380.
44. Hukkanen R.R., Liggitt H.D., Murnane R.D., Frevort C.W. Systemic inflammatory response syndrome in nonhuman primates culminating in multiple organ failure, acute lung injury, and disseminated intravascular coagulation. Toxicol Pathol 2019; 37: 799-804.
45. Huxley V.H., Curry F.E., Powers M.R., Thipakorn B. Differential action of plasma and albumin on transcapillary exchange of anionic solute. // Am. J. Physiol. 2013; Vol. 264 (Heart Circ. Physiol. 33): H1428 - H1437.
46. Malmstrom M.L., Hansen M.B., Andersen A.M. et al. Cytokines and organ failure in acute pancreatitis: inflammatory response in acute pancreatitis. Pancreas 2012; 41(2): 271-277.
47. Zeng Y.B., Zhan X.B., Guo X.R., Zhang H.G., Chen Y., Cai Q.C., Li Z.S. Risk factors for pancreatic infection in patients with severe acute pancreatitis: an analysis of 163 cases. J Dig Dis. 2014 Jul; 15(7): 377-85.

ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ МЕХАНИЗМЫ РАЗВИТИЯ СИНДРОМА СИСТЕМНОЙ ВОСПАЛИТЕЛЬНОЙ РЕАКЦИИ ПРИ ОСТРОМ ДЕСТРУКТИВНОМ ПАНКРЕАТИТЕ, ОСЛОЖНЁННОМ ПАНКРЕОНЕКРОЗОМ

Аюбов Дж. К., Назаров Ш.К., Хокироев Т.З.

Кафедра хирургических болезней №1 им. академика Курбонова К.М.

ГОУ «ТГМУ им.Абуали ибни Сино»

Уровень летальности при остром деструктивном панкреатите остается высоким. В раннюю фазу заболевания оперативная активность неэффективна и сопряжена с высокими рисками. Единственным шансом на спасение пациента в этой ситуации является проведение интенсивной терапии в условиях отделения реанимации, базирующейся на современных патогенетических подходах. В представленном обзоре рассмотрены современные представления о патогенезе синдрома полиорганной дисфункции при остром деструктивном панкреатите. Отражена роль медиаторов воспаления, цитокинов, биогенных аминов, брадикининов, продуктов перекисного окисления липидов в развитии органной гипоперфузии. Показано, что нарушение барьерной функции кишечника с транслокацией микроорганизмов усугубляет эндогенную интоксикацию и способствует развитию синдрома полиорганной дисфункции. Развивающаяся при остром некротизирующем панкреатите эн-

дотелиальная дисфункция оказывает существенное влияние на гемостаз. Анализ литературы выявил противоречивые данные о функциональной активности свертывающей и противосвертывающей систем в разные стадии заболевания. Отражены механизмы развития внутрибрюшной гипертензии и ее мультисистемное негативное влияние. До сих пор остаются спорными вопросы о сроках и показаниях для проведения хирургической декомпрессии.

Анализ имеющихся литературных данных показал необходимость дальнейшего изучения механизмов развития полиорганной дисфункции при остром деструктивном панкреатите для разработки новых патогенетически обоснованных методов его интенсивной терапии с оценкой их эффективности.

Ключевые слова: острый деструктивный панкреатит, полиорганная дисфункция, эндогенная интоксикация, системная воспалительная реакция, внутрибрюшная гипертензия, изменения гемостаза



PATHOGENETIC MECHANISMS OF THE DEVELOPMENT OF THE SYSTEMIC INFLAMMATORY REACTION SYNDROME IN ACUTE DESTRUCTIVE PANCREATITIS COMPLICATED WITH PANCRONECROSIS

Ayubov Dzh. K., Nazarov Sh.K., Khokiroev T.Z.

Department of Surgical Diseases №1 named after Academician Kurbonov K.M. State educational institution “TSMU named after Abuali ibn Sino”

Acute destructive pancreatitis is associated with significantly higher morbidity and mortality. It is still difficult for the surgeon to choose and schedule the most appropriate treatment. In the early phase of the disease, surgical activity is considered to be ineffective and is associated with high risks. The only chance to save the patient is to conduct the intensive therapy in the intensive care unit, based on current pathogenetic approaches. The present review analyzed the current understanding of the pathogenesis of multiple organ dysfunction syndrome in acute necrotizing pancreatitis. The role of inflammatory mediators, cytokines, biogenic amines, bradykinins, and lipid peroxidation products in the development of organ hypoperfusion is reflected. It is shown that the violation of the intestinal barrier function with the translocation of microorganisms exacerbates endogenous intoxication and contributes to the development of multiple organ dysfunction syndrome. The

endothelial dysfunction that develops in acute destructive pancreatitis has a significant effect on hemostasis. The literature analysis revealed the contradictory data on the functional activity of the coagulation and anticoagulation systems at different stages of the disease. The mechanisms of development of intra-abdominal hypertension and its multisystem negative impact are reflected. There are still controversial question of appropriate timing and indications for surgical decompression.

The analysis of the available literature data showed the need for further study of the mechanisms of multiple organ dysfunction development in acute destructive pancreatitis to work out new pathogenetically justified methods of its intensive therapy with an assessment of their effectiveness.

Keywords: acute destructive pancreatitis, multiple organ failure, endogenous intoxication, systemic inflammatory reaction, intra-abdominal hypertension, changes in hemostasis

Назаров Шохин Кувватович, доктори илмҳои тиб, профессор, мудири кафедраи бемориҳои ҷарроҳии №1 ба номи академик Қурбонов К.М. МДТ «ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино»

Аюбов Ҷамшед Қосимович, докторанти PhD - кафедраи бемориҳои ҷарроҳии №1 ба номи академик Қурбонов К.М. МДТ «ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино»

Хокиров Точиддин – ассистенти кафедраи анестезиология ва реаниматологияи МДТ ДДТТ ба номи Абӯали ибни Сино., н.и.т., дотсент.

Назаров Шохин Кувватович, доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой хирургических болезней №1 ГОУ «ТГМУ им. Абӯали ибни Сино». E-mail: shohin67@mail.ru : 93 588 26 36

Аюбов Ҷамшед Қосимович, PhD-докторант кафедры хирургических болезней №1 ГОУ «ТГМУ им. Абӯали ибни Сино». ayubov_jamshed@mail.ru: +992 505 00 31 94

Хокиров Точиддин – ассистент кафедры анестезиологии и реаниматологии ГОУ ТГМУ имени Абӯали ибн Сино., к.м.н., доцент.

Nazarov Shokhin Kuvvatovich, Doctor of Medical Sciences, Professor, Head of the Department of Surgical Diseases No. 1, State Educational Institution “TSMU named after Abuali ibn Sino” E-mail: shohin67@mail.ru : 93 588 26 36

Ayubov Dzhamshe Kosimovich, PhD-doctoral student of the Department of Surgical Diseases No. 1, State Educational Institution “TSMU named after Abuali ibn Sino”, ayubov_jamshed@mail.ru: +992 505 00 31 94

Khokiroev Tojiddin – PhD. associate professor of the Department of Anesthesiology and Reanimatology, SEI “ATSMU”.



ТИББИ НАЗАРИЯВӢ

БОЗСОЗИИ МОРФОФУНКЦИОНАЛИИ РАҒҶОИ ХУНГАРДИ ҶАДУДИ СИПАРШАКЛ ҲАНГОМИ ҶОҶАРИ ПАҲНӢФТАИ ТОКСИКӢ

Давлатов И.А., Курбонов С., Ашуоров К.Э.

Кафедраи анатомияи одам ва истилоҳоти тиббии лотинӣ ба номи Я.А. Раҳимови МДТ ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино, Душанбе. Ҷумҳурии Тоҷикистон.

Муҳиммият. Дар айни замон бемории ғадуди сипаршакл (ФС) яке аз бемориҳои дар одамон зиёд дучоршаванда ба ҳисоб меравад. Дар сохтори онҳо қисми асосиро бемориҳои аутоиммунӣи ФС ташкил медиҳад, ки ҷоғари паҳнфатаи токсикӣ (ҶПТ) - ро дар бар мегирад [6, 1, 8].

Бемории ФС - и одамон ҳангоми ҶПТ ба кадри кофӣ васеъ омӯхта шудааст, асосан ин ҳам ба ихтилолҳои функционалиӣ узв ҳангоми бемориҳои эндокринӣ ва онкологӣ ва ҳам тағйиртҳои патоморфологӣ дахл доранд, ки дар узви дахлдор дар шароити протесси патологӣ воқеъ гашта ба фаъолнокии функционалиӣ ғадуд таъсир мерасонанд [3, 7].

Аммо таҳқиқотҳои ҷиддие низ вучуд дошта нишон медиҳанд, ки ҶПТ дар одамони миллатҳои гуногун ва сокинони шароитҳои мухталифи ҷуғрофӣ (ва экологӣ) низ ба таври гуногун ҷараён мегирад, ба ин нигоҳ накарда, то имрӯз дар ҶТ омӯзиши муфассали патоморфологӣи микдорӣ ва сифатӣи бозсозии рағӣ - паренхиматозии ФС ҳангоми ҶПТ татбиқ нашудааст. Ба таҳқиқотҳои сершумори илмӣ нигоҳ накарда, қайд кардан зарур аст, ки оид ба масъалаҳои ташкили сохторӣ – функционалиӣи ФС ҳангоми ҶПТ маълумотӣ кам аст.

Мақсади таҳқиқот: омӯзиши комплекси хусусиятҳои морфологи-ву морфометрӣ ва қонуниятҳои азнавсозии рағҳову бофтаҳои сохторҳои ғадуди сипаршакл дар ҳолати меъёр ва ҳангом ҷоғари паҳнфатаи токсикӣ дар давраи дуҷоми балоғат мебошад.

Мавод ва усулҳои таҳқиқот. Дизайни таҳқиқот 104 бемори гирифтори ҶПТ-ро дар бар гирифта, аз онҳо 22 (21,2%) нафар мард ва 82 (78,8%) зан буданд, ки дар МТШ №1 ва БКШ №5 дар пойгоҳи кафедраҳои ҷарроҳии умумӣи №1 и №2 МДТ «ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино» ҷарроҳӣ шудаанд.

Дар пажӯҳиши корҳои илми таҳқиқотҳои зерин истифода карда шуданд: морфологӣ (пур кардани рағҳои ФС ва баъдан равшантар кардани препаратҳо, ранг кардан бо гематоксилин-эозин, ҳамчунин тибқи усули Ван - Гизон) ва морфометрӣ (андозагирии микдорӣи қутри рағи узвҳо. Таҳлили омории маълумотҳо таввасути усули омори вариатсионӣ бо ёрии барномаи «Statistica 6,0» бо ҳисоб кардани бузургиҳои миёна ва ғалати миёна ($M \pm m$) анҷом дода шуд. Гипотезаи сифрӣ ҳангоми $P < 0,05$ рад карда шуд.

Натиҷаҳои таҳқиқот ва баррасии онҳо. Ҳар раванди патологӣ дар организм, аз як тараф, ихтилоли сохтор ва функцияи меъёрӣ, аз тарафи дигар – тағйироти ҷубронӣ (компенсаторӣ) ҳамроҳ мешавад, ки моҳиятан зухурёбии фаъолияти механизмҳои муқаррарӣи танзимкунандаро муаррифӣ менамоянд.

Дар асоси натиҷаи таҳқиқотҳо таъйид метавон кард, ки нишонаи доимии ҶПТ аз диди макроскопӣ ғадуди ба таври ғанӣ васкуляризатсияшудае мебошад, ки маъмулан ба таври диффузӣ вусъат ёфта дар як қатор ҳолатҳо андозаҳои калон ба худ мегирад. Консистенсияи он гуногун буда метавонад аз зичии нарм то зичии муътадил.

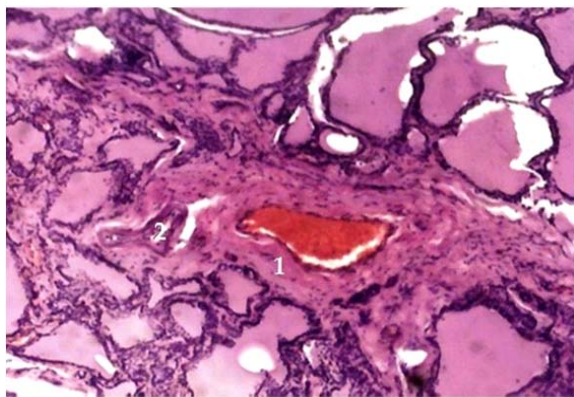
Таҳқиқотҳо, ки мо анҷом додем, собит месозанд, ки таҷҳизоту механизмҳои мутобиқшавӣ аз ҷониби маҷрои дохилиузвӣи хунгузари ФС ҳангоми ҶПТ тадриҷан бо мурури тӯлкашии раванди патологӣ осеб мебинанд.

Ба ақидаи [4], девораҳои маҷрои рағӣи узв вобаста ба фаъолнокии функционалиӣи ФС ва гистотопографияи бофтаи ғадудӣ аз лиҳози микдорӣ тағйир хоҳанд ёфт.

Маълумоти морфологӣи бадастомада доир ба хусусиятҳои сохторӣи рағҳо ин мулоҳизаҳо тасдиқ мекунад. Аз ҷумла, тағй-

ирёбии бузургии шохиси Керноган ба сура-ти ошкоро зоҳир гашт. Таҳлили муфассал-тари параметрхое, ки шохиси Керноганро ташкил медиҳанд, нишон дод, ки он дар қис-матҳои нисбатан хурдтари дорои андозаи 80-120 мкм коҳиш меёбад: то 160-200 мкм аз ҳисоби васеъшавии қутри холигии дарун. Дар гурӯҳҳои мавриди омӯзиш дар натиҷаи ҳисоб кардани таносуби диаметри пардаи мушакии тӯри рағӣ ба қутри холигии дару-ни он тамоюли коҳишёбии ин нишондиҳан-да ба мушоҳида мерасад. Илова ба ин, да-миши эндотелий, варами қабати мушакӣ - эластикӣ гадул мушоҳида мешавад, ки би-сёр вақт бо тунуқшавӣ ва даридани дево-раҳои онҳо, махсусан дар занон, ҳамроҳ аст, ки ин ба ҳулосаҳои [5] мувофиқ мебошад. Аз ҷониби мо тағйирёбии моддаи асосии арги-рофилии девораи рағи хунгузар қайд гар-дид, ки дар дурушту ковокшавии он ифода меёбад. Қад - қад рағҳои калон, хусусан варид, теъдоди зиёди экстравазатҳо ва тағ-ирёбии конфигуратсияи рағҳои шарёнӣ ва варидӣ хос аст (расми 1). Нуктаи мазкур мумкин аст бо дараҷаи баланди рағбандии гадул алоқамандӣ дошта бошад.

Бо мурури хуручи беморӣ (мухлатҳои дер), махсусан дар занон, аксуламали раги-ро бештар ташаккулёбии тромбҳо ва ихти-лоли функцияи гузаронандагии рағҳои тер-миналӣ, зиёдшавии аксуламали рағӣ-боф-тавӣ, коҳиш ёфтани масоҳати фолликулҳо ҳамроҳӣ мекунад.



Расми 1. – Конфигуратсияи якбора хала-лётҳои шарёнӣ байниҳиссагӣ (1) ва варид (2) дар FC ҳангоми ЧПТ Зан, 42 сола. Микро-препарат. Рангкунӣ ба воситаи гематокси-лин-эозин. 200 баробар калон карда шудааст.

Ба ақидаи [5], ҳангоми ЧПТ гузаронан-дагии девораи капиллярҳо ва таҳшинҳои фибрин шиддат ёфта, шакли ба худ хос ги-рифтани муносибатҳои байниҳамдигарии паренхима ва строма ба миён меояд. Ба ақидаи муаллиф, ҳангоми ЧПТ масоҳати миёнаи бурриши капиллярҳо ду маротиба афзоиш меёбад ($91,2 \pm 0,03$ мкм²), ки сабаб-гори он таъсири ХТТ аст, ки ангиогенезро метезонад, дар натиҷа миқдори капиллярҳо ва ҳам қутри холигии даруни онҳо меафзо-яд.

Дар натиҷаи таҳқиқоти доиршуда ҳанго-ми ЧПТ ҳамаи нишонаҳои ихтилолҳои мик-росиркулятории гемодинамикӣ ошкор кар-да шуданд. Рағҳои хурди хунгузар васеъшуд-да мебошанд ($24,3 \pm 0,2$ мкм), махсусан ка-пиллярҳо (то $12,2 \pm 0,3$ мкм) ва венулаҳо (то $30,0 \pm 0,3$ мкм), ки миқдори зиёди эритро-цитҳоро доштанд. Гоҳо дар капиллярҳо ва венулаҳо стази унсурҳои шакли хун ва шиддатёбии хосиятҳои адгезионии эндоте-лий ба мушоҳида мерасид. Ба таъйиди [2], хосиятҳои адгезионии ҳучайраҳои эндоте-лиаш зимни ҳолатҳои фавқулода дар қис-мҳои гуногуни маҷрои микросиркуляриӣ нобаробар ифода меёбанд. Аз ҳама фаъол-тар ҳучайраҳои эндотелиалии посткапилля-рҳо ва венулаҳо рафтор мекунад. Дар тӯли артериолаҳо, капиллярҳо ва венулаҳо тӯдаҳои периваскулярии ҳучайраҳои лим-фоидӣ ва плазмачаббии девораҳои онҳо, ки бо ҳучайраҳои калони лимфоидӣ ихота шу-даанд, қайд гардиданд. Тӯри капиллярӣ, яъне ҳар як фолликулро системаи капилля-рҳои худаш ихота мекунад, тарҳҳо ноҳам-воранд, баъзе аз капиллярҳо ба таври маҳ-дуд васеъшуда мебошанд. Дар қитъаҳои сох-тори байнифолликулярӣ капиллярҳои васеъ-шуда ба тарзи хеле мураккаб ба ҳам печи-да, сохторҳои лӯндачавиро ташкил меди-ҳанд.

Мутаносибан барои ЧПТ, махсусан дар заноне, ки ба ҳолати шиддати саҳттарин аф-тодаанд, ташаккул ёфтани унсурҳои хурдта-рин, зуд амалкунанда (лӯндачаҳо, ҳавзақҳо, варикознокӣ, анастомозҳои артериолӣ - ве-нулярӣ), инчунин табилии сохтор кардани маҷрои варидӣ (наҳҳои мушакӣ, эластикӣ ва



дастаҳои нахҳои коллагенӣ) муфидтар аст, ки аз чуброншавии муваққатии ҒС ҳангоми патологияи мазкур гувоҳӣ медиҳад.

Ҳангоми ЧПТ аз ҳама бештар падидаи пурпечутобӣ, яъне афзоиши миқдор ва амиқии печутобҳои капиллярҳо ва посткапиллярҳо мушоҳида мегардад. Пурпечутобии капиллярҳо ва посткапиллярҳо дар раванди мубодилаи газҳо аз ҳисоби ба вучуд омадани суръатҳои сонавӣ дар буриши кӯндалангии онҳо ба андозаи назаррас шиддат меёбад. Шиддати мубодила дар ин шароит метавонад садҳо маротиба нисбат ба ҳолатҳои вобаста ба рағи рост зиёдтар бошад. Натиҷаҳои микропрепаратҳои омӯхташудаи ҒС - ро баррасӣ намуда, қайд кардан мебояд, ки тибқи маълумотҳои таҳлили гистологӣ ва морфометрӣ, дар баробари ихтилолҳои гемодинамикӣ, омезиши падидаҳои равандҳои экссудативӣ ва пролиферативӣ ошкор гашта, барояшон тағйироти якхела дар мавриди мардон ва занон хос аст, ки аксаран аз рӯи дараҷаи паҳншавии боз-

созиҳои морфофункционалии сохтори узви дахлдор фарқ мекарданд.

Хулоса. Бозсозии рағии ғадуд ҳангоми чоғари паҳнфтаи токсикӣ дар натиҷаи қобилияти баланди чандирӣ ва захиравии маҷрои дохилиузвӣи хунбар ба вучуд омада, инкишофи муваққатӣ ва пайдарпайи бозсозиҳои ҳам динамикии (муқовимат аз пуркуввати васкуляризатсияи узв, дилататсияи рағҳо, варами переваскулярӣ дар атрофии онҳо, аз қоҳиши фаврӣ дар муқоиса аз меъёри шохиси Керноган, печидагӣ, пурхунӣ, эритростаз, эритродиapedез, варами-дани эндотел) ва ҳам нисбатан устувори органикиро ғафс шудани девораи мушақии шарёнҳо, афзудани шохиси Керноган дар муқоиса аз давраи динамикӣ, болиштакҳои мушақӣ - интималӣ, зиёд шудани миқдор ва амиқии печу тобҳо, ғафсшавии эндотелия, ошкоршавии анастомозҳои артериола - венулярӣ, васеъшавии фрагментарии девораҳои рағҳои маҷрои микросиркуляторӣ, тағйиротҳои деструктивии девораи рағҳо.

Адабиёт

1. Боташева В.С. Морфологические критерии диагностики диффузного токсического зоба / В.С. Боташева, А.Б. Эльканова, А.А. Лавриненко // Медико-фармацевтический журнал «Пульс». - 2019. - Т. 21. - №10. - С. 6.
2. Козлов В.И. Микроциркуляция крови: клинико-морфологических аспекты изучения / В.И. Козлов, О.А. Гурова, С.М. Рыжаким и др // Морфология.- 2016.- Т. 149.- №3.- С.105.
3. Мазурина Н.В. Дифференциальная диагностика аутоиммунного тиреотоксикоза и синдрома резистентности к тиреоидным гормонам / Н.В. Мазурина, Е.А. Трошина, О.С. Чухачева // Проблемы эндокринологии. -2019.-Т.65. -№2. -С.95-100.
4. Оджавердизаде Э.А. Особенности микроскопического строения стенок крупных артерий щитовидной железы на отдельных этапах постнатального онтогенеза / Э.А. Оджавердизаде // Морфология. -2018. Т. 153. -№3. - С. 207.
5. Шадлинский В.Б. Структурные особенности сосудистых элементов щитовидной железы при различных вариантах зоба / В.Б. Шадлинский, А.Б. Исаев, Г.М. Ганиева // Морфология. -2016. -Т. 149. - №3. -С. 231-232.
6. Якубовский С.В. Заболевания щитовидной железы и околощитовидной железы / С.В. Якубовский // Минск. -2018. - 40с.
7. Cerbo Di A. Growth hormone and insulin-like growth factor I affect the severity of Graves disease / A. Di Cerbo, F. Pezzuto // Endocrinae Diabetes Metab Case Red. -2017; 2017 doi: <https://doi.org/10-1530/EDM-17-0061>.
8. Morshed S.A. Delineatig the autoimmune mechanisms in Graves disease / S.A. Morshed, R. Latif, T.F. Davies // Immunol. Res. -2012. -№54 (1-3). - P. 191-203.



МОРФОФУНКЦИОНАЛЬНАЯ ПРЕОБРАЗОВАНИЙ СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПРИ ДИФFUЗНОМ ТОКСИЧЕСКОМ ЗОБЕ

Давлятов И.А., Курбонов С., Ашуров К.Э.

Кафедры анатомии человека и латинской медицинской терминологии им. Я.А. Рахимова ГОУ ТГМУ имени Абуали ибни Сино. Душанбе. Республика Таджикистан.

Резюме. В ЩЖ при ДТЗ происходит существенная перестройка сосудистой системы в виде различных патоморфологических изменений, характер которых зависит от длительности и тяжести патологического процесса в органе. В результате проведённого исследования при ДТЗ были обнаружены все основные признаки микроциркуляторных гемодинамических расстройств.

По ходу артериол, капилляров и венул отмечены периваскулярные скопления лимфоидных клеток и плазматическое пропип-

тывание их стенок, окружённых крупными лимфоидными клетками. Капиллярная сеть, т.е. каждый фолликул окружен собственной системой капилляров, контуры неровные, некоторые из капилляров локально расширены. В участках межфолликулярного строения расширенные капилляры переплетались между собой очень сложным образом, образуя клубочковые структуры.

Ключевые слова: щитовидная железа, диффузный токсический зоб, сосуды микроциркуляторного русла, морфометрия.

MORPHOFUNCTIONAL TRANSFORMATION OF THE VASCULAR SYSTEM OF THE THYROID GLAND IN DIFFUSIVE TOXIC GOITER

Davlatov I.A., Kurbonov S., Ashurov K.E.

Department of Human Anatomy and Latin medical terminology named after. Ya.A. Rakhimov of SEI Avicenna Tajik State Medical University. Dushanbe. Republic of Tajikistan.

Summary. In the TG in DTG, a significant restructuring of the vascular system occurs in the form of various pathomorphological changes, the nature of which depends on the duration and severity of the pathological process in the organ. As a result of the study, all the main signs of microcirculatory hemodynamic disorders were found in DTG.

Along the course of arterioles, capillaries and venules, perivascular accumulations of

lymphoid cells and plasma impregnation of their walls, surrounded by large lymphoid cells, were noted. Capillary network, i.e. each follicle is surrounded by its own system of capillaries, the contours are uneven, and some of the capillaries are locally dilated. In areas of the interfollicular structure, dilated capillaries intertwined with each other in a very complex way, forming glomerular structures.

Key words: thyroid gland, diffuse toxic goiter, microvasculature vessels, morphometry.

Давлятов Имомходжа Амиршоевич номзади илмҳои тиб, муаллими калони кафедраи анатомияи одам ва истилоҳоти тиббии лотинӣ ба номи Я.А. Раҳимови МДТ «Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абӯалӣ ибни Сино» E-mail: davlatov_imomkhoja@mail.ru. тел: +992 915-47-19-75.

Курбонов Саид доктори илмҳои тиб, профессори кафедраи анатомияи одам ва истилоҳоти тиббии лотинӣ ба номи Я.А. Раҳимови МДТ «Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абӯалӣ ибни Сино», E-mail: kurbonov_said@mail.ru. тел: +992 901-05-21-07.

Ашуров Қаҳрамон Эргашевич профессори кафедраи анатомияи одам ва истилоҳоти тиббии лотинӣ ба номи Я.А. Раҳимови МДТ «Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абӯалӣ ибни Сино», тел: +992 917-19-82-84.

Давлятов Имомходжа Амиршоевич кандидат медицинских наук старшей преподаватель кафедра анатомии человека и латинской медицинской терминологии им. Я.А. Рахимова



ГОО «ТГМУ» им. Абуали ибни Сино, E-mail: davlatov_imomkhoja@mail.ru. тел: +992 915-47-19-75.

Курбонов Саид д.м.н., профессор, кафедры анатомии человека и латинской медицинской терминологии им. Я.А. Рахимова ГОУ «ТГМУ» им. Абуали ибни Сино, E-mail: kurbonov.said@mail.ru. тел: +992 901-05-21-07.

Ашуров Кахрамон Эргашевич профессор, кафедры анатомии человека и латинской медицинской терминологии им. Я.А. Рахимова ГОУ «ТГМУ» им. Абуали ибни Сино, тел: +992 917-19-82-84.

Davlyatov Imomkhoja Amirshoevish – candidate of medical sciences, senior teacher of Department of Human Anatomy and Latin medical terminology named after Ya.A. Rakhimov SEI Avicenna TSMU. E-mail: davlatov_imonkhoja@mail.ru Phone: +992 915471975

Qurbonov Said – doctor of medical sciences, professor of Department of Human Anatomy and Latin medical terminology named after Ya.A. Rakhimov SEI Avicenna TSMU. E-mail: said@mail.ru Phone: +992 901052107

Ashurov Qahramon Ergashevich - professor of Department of Human Anatomy and Latin medical terminology named after Ya.A. Rakhimov SEI Avicenna TSMU. Phone: +992 917198284

ҒАЙРИТИБӢ

МАВҚЕИ КАЛИМАҲОИ ИҚТИБОСӢ ДАР ЗАБОНИ ТОЧИКӢ

Гиёев А. Х.

Кафедраи забони муосири русии Донишгоҳи давлатии Кӯлоб ба номи Абуабдуллоҳи Рӯдакӣ. Ҷумҳурии Тоҷикистон, ш. Кӯлоб.

Забони тоҷикӣ яке аз қадимтарин забонҳои дунё буда, ба гурӯҳи забонҳои ҳинду-аврупой дохил мешавад. Дар тули мавҷудияти хеш ниёкони мо ин забонро поку беолоиш нигоҳ доштанд. Вобаста ба пешрафти ҷомеа ва илму техника забон низ инкишоф меёбад калимаҳои нав дар он пайдо мегардад, аз он ҷумла калимаҳои иқтибосӣ.

Яке аз масъалаҳои муҳими забоншиносӣ – масъалаи вожаҳои иқтибосӣ мебошад, ки дар натиҷаи он дар забон як қатор унсурҳои забони дигар пайдо гардида, мустаҳкам мешаванд.

Вожаҳои иқтибосӣ қисми таркибии раванди мавҷудият ва тағйирёбии таърихии забон буда, яке аз восита ва роҳҳои асосии пурра гардидани хазинаи луғавии ҳар як забон мегардад. Чунин калимаҳо на танҳо ба забони дигар ворид мешаванд, балки дар хазинаи луғавии он мустаҳкам гардида, ба пуррагӣ ба меъёр ва қонунҳои забон тобеъ мегарданд. Калимаҳои иқт ибосӣ забонро бой ва ғанӣ менамоянд, лекин ба мавҷудияти он зарар намерасонанд, зеро луғати асосии забон, сохтори грамматикӣ, меъёр ва қонунҳои дохилии забон нигоҳ дошта мешаванд.

Қайд намудан зарур аст, ки иқтибосҳои луғавӣ аз забонҳои арабӣ, туркиву ўзбекӣ ва русиву аврупой аз рӯйи миқдор зиёд буда, қисми калони таркиби луғавии забони тоҷикиро ташкил медиҳанд. Раванди иқтибос гардидани луғатҳои арабӣ, туркиву ўзбекӣ ва русиву аврупой ба забони тоҷикиро забоншиноси рус В. Расторгуева аз таъсири омилҳои дохилӣ ва берунӣ медонад.

Инчунин ибраз медорад, ки бо барқарор гардидани дини ислом ва қабули забони арабӣ ба сифати забони коргузори дар кишварҳои Осиёи Миёна, раванди иқтибоси луғатҳои арабӣ ба таркиби забони тоҷикӣ васеъ паҳн шудаанд. Тадричан миқдори калимаҳои арабӣ, ки мафҳумҳои маъмурӣ, фалсафӣ,

ичтимоиву фарҳангиро ифода менамунданд, дар забони тоҷикӣ зиёд гардидаанд [5, с. 151].

Баъд аз истилои араб ба кишвари форси-забонон арабгарои ҷунон авҷ гирифтааст, ки таъсири бузурги худро ба адабиёти классикии форсу-тоҷик расонидааст. Аксарияти шоирони мо дар эҷодиёташон калимаҳои сирф арабиرو истифода бурда, рисолаҳо низ навиштаанд. Чунончи, Шамсиддин Муҳаммад Ҳоҷа Ҳофизи Шерозӣ, ки худ бо унвони «Лисон-ул ғайб», ки бо забони тоҷикӣ маънои донандаи забони ғайбро ифода мекунад, соҳиб гардида буд, мефармояд:

«Алло ё аюҳассоқӣ адир қаъсан ва новилҳо»,
Ки ишқ осон намуд аввал, вале афтод мушқилҳо.
Ё ин, ки:
«То нафаҳту фиҳи мин руҳи» шунидам шуд яқин,
Бар ман ин маънӣ, ки мо з-они ваю ў з-они мост.

Бояд қайд намуд, истифодаи тӯлонии калимаҳои иқтибосии арабӣ дар забони тоҷикӣ ба мубаддал гардидани онҳо ба унсурҳои фаъоли лексикиву грамматикӣ оварда расонидааст. Чунин унсурҳои нутқ дар таркиби луғавӣ дар шаклҳои мухталиф вомехӯранд ва зикри бархе аз онҳоро муҳаққиқон ин ҷо зарур мешуморанд:

1. Калима ва ибораҳои, ки шакл ва маънои худро нигоҳ доштаанд. Масалан, муҳлат, хотир, қадам, маъқул, мумсик, мазор, мочаро, исроф, ғалат ва монанди инҳо мебошанд.

2. Калимаҳои, ки тағйироти фонетикиро паси сар намудаанд, лекин маънои аслии худро нигоҳ доштаанд. Фарзан, қавза – қабза ва дигар калимот аз ин қабиланд.

3. Вожаҳои, ки маънои аслии худро ба пуррагӣ гум кардаанд ва барои ифодаи дигар мафҳумҳо истифода мешаванд. Чунончи: изолат, мадор ва ғайраҳо.

4. Калимаҳои, ки барои бунёди истилоҳи нав хизмат менамоянд. Монанди: бедимоғ, ғайбатҷӣ, ғалатӣ ва ҳоказо.



Донишманди тоҷик Ҳ. Мачидов чунин ақида дорад, ки новобаста ба доираи васеи калимаҳои арабӣ дар забони тоҷикӣ, тариқи як қатор аломатҳои умумии савтӣ, сарфӣ ва маъноӣ онҳоро чудо намудан мумкин аст. «Дар самти нишонаҳои савтӣ, метавон ҷанбаҳои зеринро номбар намуд: Масалан, мавҷудияти ҳамсадои зичии ҳалқии сакта (ъ), баъд, чамъ ва монанди инҳо ё мавҷудияти ҳамсадои зичии забончагии «қ» дар калима, масалан, қосид, ҳақ, мақсад, ва паси ҳам омадани ду садонок дар калима, масалан, оила, маишат, маош ва ғайраҳо» [3, с. 106-107].

Падидаҳои зикргардида ва таҳлили калимаҳои иқтибосии арабӣ дар забони тоҷикӣ нишон медиҳад, ки унсурҳои арабӣ пас аз ворид гардидан ба забони тоҷикӣ ҳамеша дар ҳолати тағйирёбӣ қарор доранд. Дар ҳолатҳои алоҳида шаклан дигаргун гардида, дар баъзе ҳолатҳо ҳатто маъно ва талаффузи онҳо дигаргун мешаванд. Аз ҳама бештар калимаҳои иқтибосӣ, ки дар забони тоҷикӣ ворид гаштаанд калимаҳои забони арабӣ ба шумор меравад.

Муҳаққиқи тоҷик Ҳ. Мачидов чунин иброз медорад, ки воридшавии фаъоли калимаҳои туркиву муғулӣ ба забони тоҷикӣ аз нимаҳои асри XIX оғоз гардидааст, ки сабабҳои он чунин аст: «Кухна гардидани калимаҳои аслии тоҷикӣ ва калимаҳои арабии иқтибосшуда, масалан, байрақ, маорифпарварон ба хотири сода намудани забони асарҳои худ, аз калимаҳои душворфаҳми арабӣ даст кашида, ба калимаҳои туркиву муғулӣ рӯй меоранд, масалан, ясовул, юриш ва ғайраҳо мебошанд» [3, с. 116].

Ҳамчунин, оид ба таъсири тарафайни забони тоҷикӣ ва забони ўзбекӣ забоншиносон чунин ақида доранд, ки воридшавии унсурҳои лексии туркиву ўзбекӣ аз асри XI оғоз гардида, то ба асарҳои XVI-XVIII идома ёфтааст [6, с. 147]. Вале дар ин давраи тулонии таърихӣ иқтибоси калимаҳои туркиву муғулӣ ба забони адабии тоҷик як падидаи намоён ба ҳисоб намерафт.

Лексикаи туркиву муғулӣ, асосан барои ифода намудани мафҳумҳои хешутаборӣ, номи маҳалҳои ҷуғрофӣ, номи як қатор ҳай-

вонот, хӯрок, растаниҳо, парандаҳои истифода карда мешаванд. Қайд намудан зарур аст, ки калимаҳои иқтибосии туркиву муғулӣ низ дорои як қатор нишонаҳои хоси худ мебошанд, ки тавассути онҳо фарқияти онҳо муайян карда мешавад, масалан, овози «қ» – кушоқ; калимаҳои ҳарбӣ – қурбошӣ; мафҳумҳои чорводорӣ – ақтоҷӣ, байтал, бўрдоқӣ; номи хӯрданиҳо – дўлма, қаймоқ; калимаҳои хешутаборӣ – қудо ва ғайраҳо [3, с. 120].

Иқтибоси калимаҳои русӣ-аврупоӣ низ дар забони тоҷикӣ мақоми хоса доранд. Истифодаи воҳидҳои луғавии русиву аврупоӣ бо бунёди сотсиализм алоқаманд аст. Асосан ҳамон воҳидҳои луғавии русӣ-аврупоӣ ба забони тоҷикӣ иқтибос мегардиданд, ки дар забони тоҷикӣ синоним надоштанд. Масалан, трактор, комбайн, паспорт, помидор, радио, машина, театр, автобус, троллейбус, стол, сумка ва амсоли инҳо мебошанд. Инчунин, иқтибос аз забони русӣ асосан ба таври шифоҳӣ амалӣ мегардад, аз ин хотир фонетикаи калимаҳои русиву аврупоӣ мувофиқ ба меъёр ва қоидаҳои забони тоҷикӣ тағйир меёбанд. Пас аз хориҷ намудани чор ҳарф аз алифбои забони тоҷикӣ, дигаргунӣ дар талаффузи калимаҳои иқтибосӣ пайдо шуданд. Аксарияти калимаҳои иқтибосии русиву аврупоӣ, хусусан дар нутқи шифоҳӣ, фонетикаи худро тағйир медиҳанд. Дар ин самт метавон иваз гардидани ҷойи зада, иваз гардидани ҳарфи «ц» ба ҳарфи «с», иваз гардидани ҳарфи «а» ба ҳарфи «о», иваз гардидани ҳарфи «ы» ба ҳарфи «и»-ро маҳсусан қайд намуд.

Ҳамин тариқ, дар мисоли калимаҳои иқтибосии арабӣ, туркиву муғулӣ ва русиву аврупоӣ, метавон муайян намуд, ки калимаҳои иқтибосӣ новобаста ба сатҳи паҳншавӣ ва истифодабарӣ, аломатҳои муайяне доранд, ки фарқияти онҳоро нишон медиҳад. Дар замони муосир калимаҳои иқтибосиро ҳамагон дар нутқи шифоҳӣ ва хаттӣ бе ягон мамоният истифода мебаранд агар чанде хоси миллати тоҷик набошад ҳам, лекин барои ғанӣ гардидани таркиби луғавии забони тоҷикӣ мавқеи хоса доранд.



Адабиёт

1. Забони адабии ҳозираи тоҷик. Лексикология, фонетика ва морфология. Қисми 1. – Душанбе, 1973. – С. 17-87.
2. Қосимова М. Таърихи забони адабии тоҷик. – Душанбе, 2003. – 490 с.
3. Маҷидов Ҳ. Забони адабии муосири тоҷик. Ҷилди 1. Луғатшиносӣ. – Душанбе: Деваштич, 2007. – 255 с.
4. Маъсуми Н. Избранные произведения. Том 2. Таджикское языкознание. – Душанбе: Ирфон, 1980. – 296 с.
5. Расторгуева В.С. Опыт сравнительного изучения таджикских говоров. – М.: Наука, 1964. – 188 с.
6. Юсуфов Х. Употребление народно-разговорных узбекских слов в произведениях С. Айни // Научный сборник Кулябского государственного педагогического института имени Рудаки. – Куляб, 1969. – С. 146-169.

МЕСТО ЗАИМСТВОВАННЫХ СЛОВ В ТАДЖИКСКОМ ЯЗЫКЕ

Гиёев Абдуназар Худойназарович.

Кафедра современной русский язык, Кулябский Государственный Университет имени Абуабдуллох Рудаки. Республика Таджикистан, г. Куляб.

В данной статье рассматривается вопрос заимствованных слов таджикского языка на примере арабских, тюрко-монгольских, русско-европейских заимствованных слов. Автор отмечает, что заимствования являются неотъемлемой частью процесса существования и исторического изменения языка, и являются одним из основных средств и способов пополнения словарного запаса каждого языка.

Основными причинами заимствования слов в таджикском языке являются оккупация тер-

ритории региона греками, арабами, различными тюркскими и монгольскими племенами; многолетнее сосуществование таджиков с разными народами; разные культурные, экономические, торговые отношения таджиков с другими народами.

Ключевые слова: лексический состав, заимствования, арабские слова, тюрко-монгольские слова, русско-европейские слова, оригинальные слова, лексические единицы, фонетика, таджикский язык.

FEATURES OF BORROWINGS WORDS OF THE TAJIK LANGUAGE

Giyoev Abdunazar Khudoinazarovich

Modern russian language of the Kulob State University named after Abuabdulloch Rudaki.
Address: 735360, Republic of Tajikistan, Kulob,

This article examines the issue of borrowings words of the Tajik language on the example of Arabic, Turkic Mongolian, Russian-European borrowed words. The author notes that borrowings are an integral part of the process of

existence and historical change of the language, and are one of the main means and ways of replenishing the vocabulary of each language.

The main reasons for the borrowing of words in the Tajik language are the occupation of the region by

Гиёев Абдуназар Худойназарович н.и.п., дотсенти кафедраи забони муосири руси Донишгоҳи давлатии Кӯлоб ба номи Абӯабдуллоҳи Рӯдакӣ. Суроға: 735360, ҚТ, Кӯлоб, кӯч. С. Сафаров 16. Тел: (992) 988512434

Гиёев Абдуназар Худойназарович *к.п.н.*, доцент кафедраи соҳибзамони русско-европейского языка Кулябского Государственного Университета имени Абуабдуллох Рудаки. Адрес: 735360, РТ, г. Куляб, ул. С. Сафарова 16. Тел: (992) 988512434

Giyoev Abdunazar Khudoinazarovich C.P.S. (Candidate.Pedagogical Sciences), docent of the chair of modern russian language of the Kulob State University named after Abuabdulloch Rudaki. Address: 735360, Republic of Tajikistan, Kulob, and S.Safarov St.-16. Phone: (992) 988512434



ҲАМКОРИИ ТОЧИКИСТОН БО ДАВЛАТҲОИ ОСИЁИ МАРКАЗӢ ДАР МУБОРИЗА БАР ЗИДДИ ТЕРРОРИЗМ ВА ЭКСТРЕМИЗМ ДАР МИНТАҚА

Назаралиев Ф. А.

Институти фалсафа, сиёсатшиносӣ ва ҳуқуқи ба номи А. Баҳоваддинови АМИТ, 734025, ш. Душанбе, хиёбони Рудаки 33,

Муҳиммият. Яке аз аломатҳои экстремизм ва терроризм дар шароити ҷаҳонишавии замони муосир ин таъсиси системаи институтҳои муташаккил мебошад, ки дар доираи онҳо ҳаракатҳои террористӣ дар сатҳи минтақа ва ҷаҳон муттаҳид мешаванд. Падидаи возеҳи муосири ҷаҳонишавӣ тақозо менамояд, ки аксари муносибатҳои иҷтимоӣ, иқтисодӣ, маданӣ ва сиёсӣ характери умумиҷаҳонӣ доранд. Ҷаҳонишавӣ дар худ имкониятҳои бузурги пешрафт ва дар айни замон таҳдидҳои ҷиддиро ба ҳаёти башариат омезиш додааст.[11,150] Аммо дар баробари мусоидат ба рушди бозорҳои ҷаҳонӣ, ин раванд инчунин ба дунёи маънавии халқу миллатҳо таъсир мерасонад, ки дар шакли зиёдаравӣ ва радикализи сиёсӣ мушоҳида мешавад, ки ҷавононро ба доми фиреби худ гирифта менамояд. [9,3]

25 январи соли 2000 барномаи давлатҳои ИДМ «Дар бораи муковимат бо терроризми байналмилалӣ дар доираи саммити Истамбули САҲА» қабул гардид. Худи ҳамин сол Шӯрои сарони давлатҳои ИДМ, Барномаи махсусро барои мубориза бар зидди экстремизм ва терроризм барои солҳои 2000-2003 қабул менамояд, ки аз рӯи он қонуни намунавӣ барои тамоми давлатҳои аъзо «Дар бораи муковимат бо экстремизм» тавсия карда шуд. Бо дарназардошти ба ҳатари терроризми байналмилалӣ барои кишварҳои ҷаҳон, соли 2001 СММ бо моддаи 6 Резолютсияи Шурои Амният давлатҳои аъзоро вазифадор намуд, ки дар муайян кардани захираҳои молиявии террористон бо ташкилотҳои байналмилалӣ мубориза бар зидди экстремизм ва терроризм ҳамкори намоянд. [3,45] Дар соли 2001 СММ инчунин резолютсияи навбатиро таҳти рақами №1373 қабул мекунад, ки аз мувофиқи давлатҳои ҷаҳон мебоист муштарақ бо терроризм мубориза баранд. [5,135]

Барои муковимати муштарақ ба ҳатариҳои терроризм ки бевосита ба сарҳади

ИДМ наздик омад, 25 майи соли 2001 давлатҳои минтақа дар ҳайати 1500 нафар қувваҳои зудамали муштарақро таъсис доданд. Ба ин гуруҳ давлатҳои Қазоқистон, Тоҷикистон, Россия, Қирғизистон дохил гардиданд.[13,26] Дар солҳои минбаъда шумораи ин гуруҳҳои зудамали зиддитеррористӣ афзоиш ёфт. Баъди амалиётҳои террористии гуруҳи «Ал Қоида» дар шаҳрҳои Нью-Йорк, Вашингтон ва Пенсилванияи ИМА, ки дар санаи 11 сентябри соли 2001 рух доданд, СММ 28 сентябри соли 2001, Қарори махсусро таҳти рақами № 1368 баровард, ки дар он давлатҳои ҷаҳон вазифадор шуданд, ки дар сатҳи минтақавӣ ва ҷаҳонӣ дар самти мубориза бот вэ ҳамкорӣ намоянд.[5,136] Дар самти муориза бар зидди терроризм, кушунҳои зудамали Ҷумҳурии Тоҷикистон нақши калонро бозӣ мекунанд, ки маҳорати ҳарбии онҳо дар машқҳои минтақавӣ аз тарафи коршиносони ҳарбии давлатҳои аъзои Созмони Ҳамкории Амниятӣ Дастаҷамъӣ баҳои баланд гирифт. [6,79]

Моҳи октябри соли 2002 дар шаҳри Кишинев роҳбарони давлатҳои Россия, Белоруссия, Қирғизистон, Арманистон, Қазоқистон ва Тоҷикистон Шартномаи амниятӣ дастаҷамъиро таъсис доданд, ки он бо номи Созмони аҳдномаи амниятӣ дастаҷамъӣ (СААД) маълум гардид. Худи ҳамин сол, лоиҳаи нави ҳамкории давлатҳои Осиёи Миёна бо номи ташкилоти зиддитеррористии «Ҳамкории Осиёи Марказӣ» таъсис гардид. [7,54] Мақсад аз таъсиси ин ташкилотҳо дар таъмини сулҳ, амният ва ҳифзи ҳудуди давлатҳо- аъзои ин созмон аз таҳдидҳои террористӣ дониста шуд.

Моҳи сентябри соли 2003 ин қарордод ба пуррагӣ аз тарафи давлатҳои аъзо тасдиқ гардид. Соли 2004 давлатҳои ИДМ сохтори навро барои мубориза бар зидди экстремизм ва терроризм таъсис доданд, ки он бо номи Сохтори зиддитеррористии минта-



кавӣ (СЗМ) бо маркази он дар шаҳри Тошкент ба кори худ оғоз намуд. [5,135]

Бо мақсади пешгирии омилҳои сарзадани терроризм давлатҳо-аъзои панҷгонаи Шанхай се самти асосии фаъолиятро барои худ муайян карданд. Аз он ҷумла роҳ наодан дар ҳудуди давлатҳои аъзо ба ҳама гуна фаъолияти террористӣ, ҳамкориҳои ҳамчониба дар соҳаи мубориза бо терроризм ва ҳамкориҳои органҳои ҳифзи ҳуқуқ дар ин самтҳо ҳамчун вазифҳои аввалиндараҷа маҳсуб мекунанд. [10,58]

Соли 2004 давлатҳои аъзои Созмони ҳамкории Шанхай (СХШ) як қатор ҳуҷҷатҳо ва шартномаҳо ба имзо расониданд, ки дар қатори онҳо, Конвенсия «Дар бораи мубориза бар зидди терроризм, сепаратизм ва экстремизм», Қарордод «Оиди таъсис додани сохтори зиддитеррористии минтақавӣ» ва Қарордод «Оиди ҳамкорӣ дар мубориза ба муқобили табодули ғайриқорнунии маводи муҳаддир, маводҳои психотропӣ ва прекурсорҳо» ба имзо расониданд. Соли 2005 давлатҳо-аъзои Созмони Шанхай, Концепсияи ҳамкорӣ дар мубориза бар зидди экстремизм ва терроризм тасдиқ намуданд. Инчунин давлатҳои аъзои СХШ қарордод дар бораи амалиётҳои муштарак дар самти маҳв кардани гуруҳҳои террористиро қабул карданд.

Дар доираи ҳамкориҳои ҳарбӣ-техникӣ аз соли 2005 шурӯъ карда, дар донишгоҳҳои ҳарбии Федератсияи Россия ба шаҳрвандони Тоҷикистон дар асоси имтиёзҳо, таълими ҳарбӣ омӯзонда мешуд. Ҳамин тариқ, ҳар сол зиёда аз 80 нафар шаҳрвандони тоҷик дар донишқадаҳои Россия дар асоси имтиёзҳо маълумоти ҳарбӣ мегиранд. [12,56] Моҳи апрели соли 2016 дар яке аз машқҳои ҳарбии гарнизони Хатлони Ҷумҳурии Тоҷикистон машқи якҷояи ҳарбӣ бо иштироки зиёда аз 800 аскарони ҳарбии кишварҳои аъзо гузаронида шуд.

Барои ҳамкории минбаъдаи давлатҳои минтақа дар самти мубориза бо терроризм ва экстремизм, соли 2009 бо ташаббуси Тоҷикистон гуруҳи «чоргонаи Душанбе» таъсис шуд, ки ба ҳайати он Тоҷикистон, Россия, Афғонистон ва Покистон дохил гарди-

данд. Дар воҳурии сарони ин давлатҳо соли 2009 дар шаҳри Душанбе масоили беҳатарии минтақа муҳокима гардид. Соли 2010 роҳбарони давлатҳои «чоргонаи Душанбе» дар шаҳри Сочи ва соли 2011 дар Душанбе воҳуриҳои судманд гузарониданд. [8,56] Бояд қайд намуд, ки воҳурии ду давлати аъзои СААД ва ду давлати тавлидкунандаи терроризму экстремизм имкон дод, ки ҳарду тараф манфиатҳои минтақавӣ ва геополитикии худро изҳор намоянд ва роҳҳои ҳалли пешгирӣ ва аз байн бурдани омилҳои террористиро ҳаллу фасл намоянд. Дар солҳои 2011-2014 давлатҳои минтақа дар самти ҳамкорӣ дар мубориза бо ҷиноятҳои до-роӣ характери террористӣ қорҳои муайяно ба сомон расониданд, ки дар натиҷаи онҳо, сатҳи ҷунин ҷиноятҳо кам гардид. [1,250] Аз он ҷумла ҷунин шаклҳои нави мубориза бар зидди экстремизм ба мисоли таъсиси марказҳои ягонаи ахборотӣ, беҳатарии ахборот ва таъсиси системаи ягонаи ҷустуҷӯ ба роҳ монда шуд. [4,145]

Азбаски минтақаи Осиёи Марказӣ ва бахусус мавқеи Тоҷикистон дар сарҳади бархурди манфиатҳои давлатҳои абарқудрати ҷаҳон қарор гирифтааст, сулҳ барои ин минтақа омили асосии рушди давлат маҳсуб мешавад.

Таҷрибаи аввалини истифодаи неруҳои СААД дар микёси давлатҳои аъзо дар соли 2022 амалӣ карда шуд. Дар рӯзҳои 3-6 январӣ соли 2022 шаҳрҳои калонтарини Қазоқистонро гирдиҳамоиҳои калон фаро гирифтанд, ки яку яқбора ба бетартибиҳо таддил гардиданд. Дар натиҷаи ин амли ошубгарон дар шаҳри Алма-Ато идораҳои давлатӣ, телевизион, мағозаҳо ва марказҳои тичоратӣ ғорат гардиданд. Рӯзи 5 январӣ издиҳоми ошубгарон фурудгоҳи шаҳро ишғол намуд. Дар натиҷаи муковимат бо издиҳом панҷ нафар қормандони полис кушта ва зиёда аз 300 нафар захмӣ гардиданд [2]. Рӯзи 5 январӣ соли 2022 Президенти Қазоқистон Д.Тоқаев ба давлатҳои аъзои СААД бо изҳороти оиди дастгирӣ дар мубориза бо қувваҳои экстремистӣ ва террористӣ муроҷиат намуд ва рӯзи 6 январӣ бо фармони Раиси ин Созмон Сарвазири Ар-



манистон Никол Пашинян артиши СААД вориди Қазоқистон гардид, то ки дар мубориза бо гуруҳҳои террористӣ ба Ҳукумати ин давлат ёрӣ расонад.

Бояд қайд намуд, ки дар давоми ин давра, давлатҳо дар таъсиси қонунҳои моделӣ дар самти мубориза о терроризм лоиҳаҳои гуногунро амалӣ намуданд. Аз он ҷумла дар Ҷумҳурии Тоҷикистон дар асоси Конститусияи Ҷумҳурии Тоҷикистон чунин ҳуҷҷати муҳим ба монанди Стратегияи миллии Ҷумҳурии Тоҷикистон оид ба муқовимат ба экстремизм ва терроризм барои солҳои 2016-2020 (Фармони Президенти Ҷумҳурии Тоҷикистон аз 12 ноябри соли 2016), Консепсияи миллии муқовимат ба қонунигардонии (расмикунонии) даромадҳои бо роҳи ҷиноят бадастоварда, маблағгузори терроризм ва маблағгузори паҳнкунии силоҳи қатли ом барои солҳои 2018-2025 (Фармони Президенти Ҷумҳурии Тоҷикистон аз 5 март соли 2018), Қонуни Ҷумҳурии Тоҷикистон “Дар бораи мубориза бар зидди терроризм” аз 16 ноябри соли 1999, Қонуни Ҷумҳурии Тоҷикистон “Дар бораи мубориза бар зидди экстремизм (ифротгароӣ)” аз 8 декабри соли 2003, Қонуни Ҷумҳурии Тоҷикистон “Дар бораи муқовимат ба қонунигардонии (расмикунонии) даромадҳои бо роҳи ҷиноят бадастоварда, маблағгузори терроризм ва маблағгузори паҳнкунии силоҳи қатли ом” аз 25 март соли 2011 қабул гардиданд. Дар баробари санадҳои меърии ҳуқуқи зикргардида, дар самти муқовимат бо терроризм ва экстремизм Қонуни конститусионии Ҷумҳурии Тоҷикистон “Дар бораи вазъияти фавқуллода” аз 3 ноябри соли 1995 № 94, меъёрҳои дахлдори Кодекси ҷиноятӣ

Ҷумҳурии Тоҷикистон аз 21 майи соли 1998 № 574, Қонуни Ҷумҳурии Тоҷикистон “Дар бораи мақомоти амнияти миллии Ҷумҳурии Тоҷикистон” аз 20 март соли 2008 №362, Қонуни Ҷумҳурии Тоҷикистон “Дар бораи амният” аз 28 июни соли 2011 №721, Қонуни Ҷумҳурии Тоҷикистон аз 19 март соли 2013 № 939 “Дар бораи силоҳ”, фармонҳои Президенти Ҷумҳурии Тоҷикистон ва қарорҳои дахлдори Ҳукумати Ҷумҳурии Тоҷикистон нақши муҳим доранд.[14,59-67] Дар заминаи таъмини фазои қонунии мубориза бо терроризм, аъзоёни ҷомеа низ бояд бо ниҳодҳои давлатӣ ҳамкорӣ дошта бошанд. “Давлат, миллат мебояд аз лиҳози маънавӣ, дониш, маърифат, худшиносӣ то ба он дараҷае яқдил, яқтан, яқмаром бошад, ки тақдирӣ таърихӣ ӯ ҳаргиз аз омилҳои берунӣ вобастагӣ надошта бошад. Барои давлати милли таҳдидҳо доимӣ, абадӣ ва беохиранд. Дар шакли ҳар гуна қувва, ҳаттар, намуд, мафкура, шиор, ваъда пайдо мешаванд”. [15,17]

Таҳлили мавзӯи нишон дод, ки ҳаракатҳои террористӣ ва экстремистӣ бо мақсади ба даст овардани ҳокимият аз дини ислом ва аз Ҷар гуна муқовимат дар ҷомеа, эҳсосот, хурфотпарастӣ ва дониши сусти сиёсии мардум сӯистиғода менамоянд. Ҳаракатҳои террористӣ ниқоби ташкилотҳои сиёсӣ, «гурезаи сиёсӣ», ҳизби сиёсӣ ва дигар ниқобҳои фаъолияти террористиро пеш мебаранд. Дар чунин шароит таъсиси системаи муътадили сиёсӣ дар Ҷумҳурии Тоҷикистон роҳи ягонаи истодагарӣ дар назди муборизаҳои геополитикии ҷомеаи ҷаҳонӣ мебошад, ки қисми онро фаъолияти гуруҳҳои экстремистӣ ташкил медиҳанд.

Адабиёт

1. Алиева Р.Р. Становление и развитие межгосударственных отношений Республики Таджикистан и Российской Федерации в конце XX – начале XXI вв. Специальность 07. 00. 15 %История международных отношений и внешней политики (исторически науки), диссертация на соискание ученой степени доктора исторических наук, Душанбе % 2018.-320 с.
2. Ахбори шабакаи телевизионии «Мир-24» аз 5-6 январи соли 2022
3. Из резолюции Совета безопасности ООН № 1373 (2001).
4. К вопросу о международной информационной безопасности // У.С.Саидов Вестник ТНУ, №3/5(173) Душанбе: Сино 2015.- С.144 -146



5. Каримов Ш.К. Терроризм и особенности его проявления в современных условиях РТ, специальность: 23.00.02 – политические институты, процессы и технологии (политические науки), на соискание ученой степени кандидата политических наук, - Душанбе, 2015.- 167 с.
6. Князев А.История афганской войны 1990-х гг. и превращение Афганистана в источник угроз для Центральной Азии.-Бишкек: Изд-во КРСУ.-2002.- 220 с.
7. Казанцев А.А.«Большая игра» с неизвестными правилами: Мировая политика и Центральная Азия Москва 2008.-282 с.
8. Москаленко, В. Сила и слабость Пакистана / Владимир Москаленко, Петр Топычканов ; Моск. Центр Карнеги. — М., 2013. — 75с.
9. Мусурманкулов Ф.У.Аспекты молодёжной политики в эпоху глобализации //Молодой учёный. -2013.-№17.- С.3 - 6
10. Региональная интеграция Центральной Азии: проблемы и перспективы.- Ниятбеков В.А. Интеграция стран Центральной Азии в рамках ШОС для обеспечения региональной безопасности.- С.58-67
11. Таърих зехни миллат аст // Маҷмуи мақолаҳо/ Пайшанбиева С. М. Адабиёт, фарҳанг, илм ва нақши он дар таъмини амнияти давлат / Душанбе 2019.-150 с.
12. Ҳамкориҳои ҶТ ва Россия дар самти пешгирии хатарҳои муосир дар доираи СААД // Розиков Ф. / Паёми ДМТ, 2017. №3/5.-С. 56-58
13. Экспертная оценка влияния афганского противостояния политическую и экономическую ситуацию в Центральной Азии, Смагулов Агыбай, Издание УЦА, Доклад №20, 2013 год. www.ucentralasia.org
14. Ҷамшедов Ҷ.Н. Сиёсати ҳуқуқии Ҷумҳурии Тоҷикистон дар самти муқовимат бо терроризм ва экстремизм // Мубориза бо идеологияи терроризм ва экстремизм дар ҷаҳони муосир- Душанбе: 2019, - С.59-67.- 269 с.
15. Ятимов С.,Паёми Пешвои миллат ва масъалаҳои рушди маърифат.-Душанбе, 2019.-24 с.

СОТРУДНИЧЕСТВО ТАДЖИКИСТАНА С ГОСУДАРСТВАМИ ЦЕНТРАЛЬНОЙ АЗИИ В БОРЬБЕ С ТЕРРОРИЗМОМ И ЭКСТРЕМИЗМОМ В РЕГИОНЕ

Назаралиев Фируз Акбарович.

Института философии, политологии и права им. Баховадинова НАНТ, 734025,
г. ш. Душанбе, пр. Рудаки 33,

В данной статье автор рассматривает становление независимого Таджикистана и его вхождение в состав мирового сообщества. Автор приводит этапы становления дипломатии страны, открытие посольств, консульств и других дипломатических учреждений. Также автор показывает деятельность дипломатического корпуса в развитие дипломатических отношений с государствами мира. Автор особо отмечает роль Лидера нации Президента Таджикистана в развитие дружественных связей Таджикистана с странами мира. В статье автор указывает на важность сотрудничества стран региона в деле укрепления безопасности в рамках Шанхайской Организации. Автор статьи также отмечает роль Таджикистана в сотрудничестве

с организацией по сотрудничеству и безопасности в Европе. Автор ссылается на двусмысленность политики этой организации по отношению к религиозной организации, деятельность которых запрещено в Таджикистане. Оберегать стойкость государственной независимости является долгом каждого гражданина, и автор показывает это с еще более широкой стороны, отмечая при этом роль сотрудничества Таджикистана со странами Центральной Азии в борьбе против терроризма и экстремизма.

Ключевые слова: независимость, мир и согласия, международные отношения, Президент, сотрудничество, политика открытых дверей, терроризм, региональный экстремизм, Центральная Азия.



TAJIKISTAN'S COOPERATION WITH CENTRAL ASIAN STATES IN THE FIGHT AGAINST TERRORISM AND EXTREMISM IN THE REGION

Nazaraliev Firuz Akbarovich

Institute of Philosophy, Political Science and Law. Bahovrddinov NAST, 734025, Dushanbe, Rudaki ave.33,

According to the article the author, consider of becoming Tajikistan independent and its occurrences to the former of the world community. Author leads the creation of the periods of the countries diplomatic, discovery embassies, consular and other organizational relationship. Likewise, the author shows activity of the diplomatically cases in development of the diplomatically relationship of the state worldwide. Author, especially shows the role nation leader the president of Tajikistan in development of the friendly connection between Tajikistan and other countries. Author also note the cooperation between Republic of Tajikistan and Shankhai Organization of Cooperation. Author underline and to emphasize the cooperation of Republic of Tajikistan with

European Organization of Cooperation and Security and note the collision in the relation between this organization with religious organizations those activity banned in Republic of Tajikistan. Thus, the author comes to the conclusion that the function of self-defense of the state remains the main one for the preservation of the national state and the instrument of this protection is, first of all, the national idea. Author note the role of cooperation of Republic of Tajikistan in the way to strike against terrorism and extremism with Central Asia countries.

Key words: Independence, peace and unity, international relation, President, cooperation, open-door policy, terrorism, regional extremism, Central Asia.

Назаралиев Фирӯз Акбарович - унвонҷӯи Институти фалсафа, сиёсатшиносӣ ва ҳуқуқи ба номи А. Баҳоваддинови АМИТ, 734025, ш. Душанбе, хиёбони Рудаки 33, Тел: (+992) 93 578 77 66, email: firuz0347@gamil.com

Назаралиев Фирӯз Акбарович – соискатель Института философии, политологии и права им. Баҳоваддинов НАНТ, 734025, г. ш. Душанбе, пр. Рудаки 33, тел: (+992) 93 578 77 66, email: firuz0347@gamil.com.

Nazaraliev Firuz Akbarovich - applicant of the Institute of Philosophy, Political Science and Law. Bahovrddinov NAST, 734025, Dushanbe, Rudaki ave.33, tel: (+992) 935 78 77 66, email: firuz0347@gamil.com.

ОҚИБАТҲОИ ИҶТИМОИИ ИСЛОҲОТИ ИҚТИСОДӢ ДАР ТОҶИКИСТОН

Саидзода Муҳаммад

Кафедраи сотсиологияи Донишгоҳи миллии Тоҷикистон

Дар шароити муосир гузариш ба демократия боиси ташаккули нави арзишҳо дар ҷомеа гардид. Омӯзиши таҷрибаи мусбии ҳаёти иҷтимоию иқтисодии Ҷумҳурии Тоҷикистон ҳамчун давлати демократӣ ва ислоҳоти он дар давраи истиқлол зарур мебошад. Баъд аз ба даст овардани истиқлолият Тоҷикистон ба ислоҳоти тамоми ҷанбаҳои ҳаёти ҷамъиятӣ, аз ҷумла низоми иқтисодӣ ва иҷтимоӣ рӯй овард. Бинобар ин омӯзи-

ши оқибатҳои иҷтимоии ислоҳоти иқтисодӣ дар Тоҷикистон метавонад ба хусусиятҳои инкишофи иқтисодии кишвар равшанӣ андохта, ба муайян намудани самтҳои афзалиятнок ва самараноки рушди он мусоидат намояд. Аз ҷумлаи масоили иқтисодию иҷтимоии давраи гузариш ба иқтисоди бозорӣ ва ташаккулёбии низоми нави муносибатҳои моликият ташаккулёбӣ ва рушди бахши хусусӣ, ба ҳайси яке аз падидаҳои



низомии сармоядорӣ ҷойгоҳи махсусро ишғол менамояд. Дар ин иртибот, таҳлилҳои таърихӣ, иқтисодӣ ва иҷтимоии фаъолияти бахши хусусӣ ба сифати яке аз унсурҳои зарурии бозор зарур мебошад, ки аз ҷониби иқтисодчиёну ҷомеашиносон мавриди омӯзиш ва таҳлили илмӣ қарор гирифтааст.

Асосгузори сулҳу ваҳдати миллӣ, Пешвои миллат, Президенти Ҷумҳурии Тоҷикистон Эмомалӣ Раҳмон дар суҳанрониашон қайд намуданд, ки ҷанги шаҳрвандӣ аз лиҳози иқтисодӣ ба маблағи зиёд хисороти моддӣ расонида, мамлакатро ба даҳсолаҳо ба қафо кашид. Яке аз масъалаҳои мураккаб ва муҳим дар ин давра, ба ақидаи Сарвари давлат «роҳбарӣ ба иқтисоди давлати соҳибистиклол ва берун кашидани он аз ҳолати бӯҳрони иқтисодӣ ва иҷтимоӣ буд» [11, с. 14].

Гузариш ба шаклҳои нави хоҷагидорӣ на танҳо барои пайдоиши муносибатҳои нави иқтисодӣ мусоидат кард, балки боиси бадшудани вазъи иҷтимоӣ ва фарҳангии Тоҷикистон гардид. Дар ҷанбаҳои гуногуни ҳаёти аҳоли низ тағйиротҳои назаррас ба амал омаданд. Дар байни онҳо бадшавии солимии ҷисмонӣ ва рӯҳии аҳоли, коҳиш ёфтани нерӯи зехнии ҷомеа, таназзули маърифатӣ ва касбии захираҳои меҳнатӣ ва ғайраҳоро номбар намудан мумкин аст. Аз ҷумла, дар сатҳи даромади воқеии иқтисодии аҳоли тағйиротҳои назаррас рӯй доданд. Дар тӯли тамоми давраи ислоҳот даромади воқеии иқтисодӣ тақрибан ду маротиба кам шуд. Дар натиҷа, сатҳи истеъмолот дар муқоиса бо соли 1991 то 40% коҳиш ёфт ва дар соҳаи истеъмоли ғизо вазъияти бӯҳронӣ ба вучуд омад. Дигар натиҷаи манфии ислоҳоти иқтисодӣ – ин ҷудо шудани ҷамъият ба ду қутби нобаробар буд. Ҷамъият ба ду гурӯҳи аз ҷиҳати сатҳи даромадҳо комилан муқобил – гурӯҳи аҳолии дорои даромади баланд (тақрибан 15%-и аҳоли) ва гурӯҳи аҳолии камдаромад, ки дар сатҳи камбизоатӣ ё дар зери он зиндагӣ мекунанд (зиёда аз 38%), тақсим шуд. Таносуби даромади 10% -и гурӯҳҳои аз ҳама камбизоат ва аз ҳама камбизоати аҳоли аз меъёри ҳадди аксар иҷозатдодашуда дар кишвари мо зиёд

шуда, дар баъзе минтақаҳо ба 20% расид. Падидаи камбизоатӣ, ки пеш аз ҳама бо сабабҳои иҷтимоӣ иқтисодӣ ба вучуд омада буд, зуҳуроти оммавӣ гардид. Ҳиссаи аҳолии зери ҳатти камбизоатӣ аз 40% кам намешуд. Дар натиҷа, дар Тоҷикистон ҳиссаи синфи миёна паст шуда, заминаи иҷтимоии ислоҳот танг шуд. Оқибатҳои иҷтимоии ислоҳот ба пайдоиши падидаи бекорӣ мусоидат кард [9, с. 13].

Дар ин корҳо яке аз мавзӯоте, ки дар илми иқтисодшиносӣ дар Тоҷикистон самтҳои асосии табодулотҳои иқтисодӣ ва ҷамъиятиро дар марҳалаи муосир муайян намудааст, оғоз ва густариши ислоҳоти моликияти давлатӣ бо ворид кардани он ба низомии муносибатҳои бозорӣ мебошад. Ҳаллу фасли ин масъала, аз дидгоҳи олимони иқтисоддонони тоҷик, аз бисёр ҷиҳат, аз татбиқи барномаҳои хусусисозӣ ва рушди бахши хусусӣ дар иқтисодиёт вобаста мебошад.

Масоили марбут ба раванди ислоҳоти иқтисодии Ҷумҳурии Тоҷикистон ва ташаккули бахши хусусӣ дар давраи гузариш ба иқтисоди бозорӣ Р. Маҳкамов мавриди таҳқиқ қарор гирифтааст. Муҳаққиқ ба шароити иқтисодию иҷтимоии Тоҷикистон дар давраи гузариш ба бозор диқат намуда, самтҳои асосии таҳаввулотҳои иқтисодиро нишон додааст. Дар баробари ин, ба раванди ташаккули бахши хусусӣ, соҳибкорӣ ва бозори дохилии истеъмоли дар охири солҳои 90-уми қарни XX-ро мавриди таҳлили илмӣ қарор додааст [8, с. 21].

Бояд қайд намуд, ки масоили ташаккули бахши хусусии иқтисод ва ҷойгоҳи касбу кори хурд ва миёна дар истеҳсолоти ҷамъиятии Ҷумҳурии Тоҷикистон дар ҷорҷӯбаи қавоиди амалкунанда дар андешаҳои З. Юсуфҷонов мавриди таҳқиқ қарор гирифтаанд [15, с. 71].

Ба масоили рушди бахши хусусӣ дар давраи истиқлол дар Тоҷикистон таҳқиқоти якҷояи С.Д. Комилов ва С.А. Камолов ба масоили фаъолияти соҳибкорӣ дар бахши аграрии иқтисодиёт дар давраи истиқлоли Ҷумҳурии Тоҷикистон бахшида шудаанд [6, с. 77]. Инчунин таълифоти И.С. Донахонов



низ масъалаи мазкурро мавриди таҳлили илмӣ қарор додааст [4, с. 81]. Ҳадафи таҳқиқи ин масоил муаррифии хусусиятҳо ва қонуниятҳои рушди соҳибкорӣ дар баҳши аграрӣ ва дар ин асос қоркарди пешниҳодот ва тавсияҳо барои рушди босуръат ва боло бурдани самаранокии соҳаҳои мухталифи он дар марҳалаҳои истехсолот, табдил, нигоҳдорӣ ва расондани маҳсулоти кишоварзӣ ба истеъмолкунандагон мебошад. Инчунин, ҳолати рушди фаъолияти соҳибкорӣ дар баҳши аграрии иқтисоди Тоҷикистон ва масоили дигари марбут ба маҷмӯаи агросаноатии Тоҷикистон, рушди соҳибкории инфиродӣ дар деҳот ва аҳамияти иҷтимоӣ иқтисодии он ва ғайра мавриди таҳлилу баррасӣ қарор гирифтаанд.

Аз ҷумлаи мушкилоти шадиди иҷтимоӣ бад шудани вазъи саломатии аҳоли ба ҳисоб меравад, ки пеш аз ҳама, дар равандҳои коҳиши табиӣ аҳоли ва кам шудани аҳоли ифода меёбад. Сабабҳои асосии кам шудани аҳоли, аз як тараф, барзиёдии ғавт аз болои сатҳи таваллуд ва аз тарафи дигар, коҳиш ёфтани ҳуди таваллуд ба ҳисоб меравад. Дар айни замон, дар Тоҷикистон дар соҳаи тақрористехсолкунии аҳоли вазъияти ғавқулудаи номусоид ба вучуд омадааст, ки онро метавон ҳамчун бӯҳрони тӯлонӣ ёфтаи демографӣ, ки боиси пайдоиши оқибатҳои манфии демографӣ ва иқтисодӣ иҷтимоӣ мегардад, тавсиф кард. Коҳиши бӯҳронии сатҳи таваллуд аз ибтидои солҳои 90-ум ба мушоҳида мерасад. Аз он вақт инҷониб, модели оилаи серфарзанд бо оилаи оммавии се-ду фарзанд, бо афзоиши шумораи оилаҳои бефарзанд, иваз карда шуд.

Ҷомеашиносон чунин мешуморанд, ки коҳиши сатҳи таваллуд дар Тоҷикистон дар солҳои 90-ум бо бӯҳрони иҷтимоӣ иқтисодӣ ва камбудии модели интихобшудаи тағйироти иҷтимоӣ иқтисодӣ ҷомеа ва гузариш ба иқтисоди бозорӣ, ки боиси коҳиш ёфтани сатҳ ва сифати зиндагии аксар оилаҳо, нобоварӣ ба ояндаи тамоми кишроҳои ҷомеа, таҳқири иҷтимоӣ қисми асосии оилаҳо, афзоиши ҷинояткорӣ, зӯрварӣ, рафтори зидди иҷтимоӣ гаштааст, вобаста аст [12, с. 84].

Хусусияти дигари манфии бӯҳрони муосири демографӣ дар Тоҷикистон сатҳи бесобиқаи ғавти аҳоли, хусусан дар синни қобили меҳнат мебошад. Гузашта аз ин, сатҳи ғавти мардони синни қобили меҳнат нисбат ба марги занон 4 маротиба зиёдтар гардид. Ҷои аввалро ғавти мардон аз сабабҳои ғайритабиӣ мегирад: садамаҳо, захролудшавӣ, ҷароҳатҳо, куштор, нашъамандӣ ва ғ. Афзоиши ғавт дар синни қобили меҳнат ва афзоиши ғавти мардон боиси афзоиши шумораи бевазанон ва ятимони ноқобилбайни аҳоли ва бартарии занони танҳо дар гурӯҳҳои синну солӣ мегардад. Афзоиши сатҳи ғавти аҳолии Тоҷикистон дар солҳои 90-ум дар пасманзари бад шудани вазъи саломатӣ ва афзоиши маъҷубии аҳоли ба амал омадааст. Дар тӯли даҳсолаҳои охир, беморӣ бештар аз ду баробар дар ҳамаи гурӯҳҳои синну соли аҳоли, аз ҷумла занони ҳомиладор ва кӯдакон, афзоиш ёфтааст. Имрӯзҳо вазъи на он қадар шадид дар ҳуди соҳаҳои соҳаи иҷтимоӣ - дар соҳаи маориф, фарҳанг, қор бочавонон, кӯдакон ва сиёсати оилавӣ ба вучуд омадааст. Шаклҳои ташкилии тандурустӣ, маориф, ҳифзи иҷтимоӣ, таъминоти нафақа кӯҳна шуда, ба инфрасохтори бозори ташаккулёфтаи ҷомеа мувофиқат намекард [9, с. 13].

Равандҳое, ки бо тағйирёбии сохтори иҷтимоӣ иқтисодӣ, тағйирёбии субъектҳои ҳаёти ҷамъиятӣ алоқаманданд, мустақиман бо он алоқаманд аст, ки дар сохтори қаблии иҷтимоӣ “унсурҳои ба иқтисоди муосири бозорӣ мувофиқ хеле кам буданд” [2, с. 41]. Тағйироти шадиди мавқеи якеи онҳо ва аз даст додани унсурҳои дигари иҷтимоӣ, дар воқеъ, асоси раванди маргинализатсияро ташкил медиҳад, ки мураккабтарин мушкилоти сиёсӣ, ки дар натиҷаи таҷдиди сохтори иқтисодӣ ва гузариш ба бозор ба амал омадааст. Барои азнавсозии манзараи пурраи воқеияти иҷтимоӣ босуръат тағйирёбанда, ҷорҷӯби ягонаи умумӣ талаб карда мешавад. Чунин ба назар мерасад, ки мафҳуми маргинализм як воситаи муносиби назариявӣ ва амалӣ муҳим мебошад. Ба универсалии мусбӣ даъво накарда, он метавонад ба дурнамои муайян пуррагӣ диҳад ва ба ин васила ба яке аз роҳҳои дидани тағйиротҳои ғаврӣ ва маҷмӯаҳои марбут ба

он, мушкилотҳои мураккаби иҷтимоӣ мубадал гардад. Ғайр аз ин, он имкон медиҳад, ки тавсифи дақиқи сотсиологии мақом ва нақши чунин гурӯҳҳои иҷтимоиро, ба монанди бекорон, камбизоатони нав, муҳочирон, гурезагон ва ғайраҳо диҳад.

Сабаби маъмули пайдоиши ин падидаҳо кӯшиши ибтидоии бетартибона ва қариб идоранашавандаи чома ба дигар тараф, то ба ҳол ба як низоми иҷтимоӣ иқтисодӣ ва сиёсии номуайян, бо сохтори нави иҷтимоӣ мебошад. Он одатан дар шароити бӯҳрони умумӣ ва ислоҳоти кулӣ ба вучуд меояд. Хусусиятҳои субъектҳои иҷтимоӣ, ки мақоми хошиявиро ба даст меоранд, ба таври назаррас тағйир меёбанд. Хусусияти онҳо дар он аст, ки онҳо аз робитаҳо ва муносибатҳои иҷтимоӣ иқтисодӣ, сиёсӣ ва иҷтимоӣ фарҳангӣ қомилан дур карда намешаванд, аммо мавқеъ ва нақши онҳо дар онҳо ба таври назаррас тағйир меёбад. Дарача ва табиати онҳо аз дараҷаи тағйирёбии ва вайроншавии ин сохторҳо вобаста аст [7, с.121].

Дар байни дигар “гурӯҳҳои нав” дар чомаи муосир, муҳочирони маҷбурӣ - гурезагон ва муҳочирони маҷбурӣ аз кишварҳои ИДМ ва минтақаҳои муноқишаҳои ҳарбӣ ва этникӣ дар қаламрави дигар кишварҳо ба ҳисоб мераванд. Ин тағиротҳо ба ҳолатҳои беруна вобастаанд, вазъи одамон асосан аз берун “тахмил” карда мешавад. Муҳочирон бо номуайянии мавқеи худ, “хусусияти иқтисодии бисёрвектории иҷтимоии худ” тавсиф карда мешаванд.

Дар адабиёти ғарбӣ гурӯҳҳои муҳочирон ва гурезагон одатан ба категорияҳо шомил карда мешаванд. Онҳо на танҳо аз бозори меҳнат (ҳамчун меҳвари асосии табақабандии чомаи муосир), балки аз “контексти иҷтимоӣ”, аз шабакаҳои иҷтимоӣ хориҷ карда шудаанд, онҳо аз дастгирӣ ва кӯмаки ниёзманд маҳруманд. Онҳо наметавонанд дар чорабиниҳои маъмулӣ ширкат варзанд, худро бо усулҳои дастгирӣ кунанд ва ғамхорӣ кунанд, ки дар чома пазируфта шудаанд. Дар анъанаи Ғарб, муҳочирони хориҷӣ (одатан аз кишварҳои ҷаҳони сеюм) ҳамчун як гурӯҳи маргиналие ҳисобида мешаванд, ки ба мавҷудияти чомаи онҳо таҳдид доранд.

Ин мушкилот махсусан барои кишварҳои мутараққӣ, ки миқёси муҳочират аз назорат берун шуда, шаклҳои беназорат ва ғайриқонуниро мегирад, хос аст. Он ноустувории иқтисодӣ, сарборӣ дар низоми амнияти иҷтимоии кишварҳои мизбон меорад ва боиси радди паноҳҷӯён (муҳочирон) аз ҷониби кишварҳои сарватманд, тарси фарҳанги ношинос ва наҷодпарастӣ мегардад [3, с. 81].

Масоили марбут ба муҳочирати меҳнатӣ ва таъсири он дар баланд бардоштани сатҳи неқӯаҳволии халқи Тоҷикистонро Р.А. Абулхаев мавриди баррасӣ қарор додааст [1, с. 38]. Муҳаққиқи мазкур дар асоси маводи зиёди омӯрӣ ва манбаъҳо таърихи муҳочирати меҳнатии аҳолии Тоҷикистонро дар солҳои 1991-2014 нишон додааст. Муаллиф асосан сабабҳо ва раванди муҳочирати аҳолии русзабони ҷумҳурӣ, оғози ҷанги шаҳрвандӣ ва дар иртибот ба он муҳочирати иҷбории меҳнатии аҳолии Тоҷикистонро ба Федератсияи Россия таҳқиқ намудааст. Илова бар ин дар монография дар асоси таҳлили ҳамаҷонибаи манбаъҳо ва адабиёти мавҷуда сабабҳои иҷтимоӣ-иқтисодии муҳочирати меҳнатӣ, масоили ба қор таъмингардонии муҳочирони тоҷик дар минтақаҳои Федератсияи Россия, инчунин таъсири ин раванд ба иқтисодиёти Тоҷикистон, талоши муҳочирони меҳнатӣ баҳри нигоҳдошти фарҳанг ва анъанаҳои хеш баррасӣ гардидаанд.

Тағйиротҳои натиҷавӣ дар ҳама мавқеъҳои мақомӣ нисбат ба гурӯҳҳои қалони одамон ба дараҷае амиқ ва миқёсан қалон мебошад, ки имкон медиҳад дар бораи вазъи бӯҳронии фарқияти иҷтимоӣ-фарҳангӣ, марзи муайяне сухан ронд, ки бар тараф сохтани он маъноӣ бунёди пояҳои нави робитаҳо ва сохторҳои иҷтимоӣ, дар ниҳоят, сифати нави иҷтимоии онҳоро дар бар мегирад. Ин тағиротҳо бо мурури замон тӯл кашида, дар дурнамои номуайяни ба эътидол овардани вазъи чома, вазъияти миёнавино ба вучуд меоранд. Соҳаи асосии тағиротҳои иҷтимоӣ, сохтори иҷтимоӣ ва касбӣ гаштааст. Тағйирёбии он боиси пайдоиши гурӯҳҳои аҳолие гардидааст, ки бо тағиротҳои шадид ва куллии вазъи иҷтимоӣ ва пеш аз ҳама, иҷтимоӣ-касбӣ тавсиф мешаванд.



Гурӯҳҳои имрӯза бо тағиротҳои иҷтимоии даҳсолаҳои охир сохта мешаванд. Ҳамчун қоида, ин гурӯҳҳои кӯҳна, аллақай дар манзара ва тасвири иҷтимоӣ пайдошуда ба ҳисоб мераванд. Аммо имрӯз мақоми онҳо нав аст ва ба дарк шудан ниёз доранд. Инсон берун аз робитаҳои иҷтимоӣ вучуд дошта наметавонад - онҳо қанда намешаванд, онҳо мутобиқи мавқеи нави шахс дар фазои иҷтимоӣ таҷдид карда мешаванд. Статуси маргинали - сатҳи асосии тадқиқот оид ба пайванди муҳими занҷири мантиқии он мебошад. Дар асл, ин мафҳуми асосиест, ки имкон медиҳад ин падидаҳо дар сатҳи эмпирикӣ таҳқиқ кард. Охир, бо он нуктаи назар розӣ набудан душвор аст, ки на одамон маргинали карда мешаванд, балки робитаҳо ва муносибатҳои онҳо. Аз ин рӯ, изҳороти Т.Шибутани дар бораи он, ки ин мафҳум дар фаҳмиши маргинали қалидӣ аст, бояд дуруст эътироф карда шавад [14, с. 77].

Хусусиятҳои мавқеи ин гурӯҳ бо он алоқаманданд, ки он ба таври объективӣ дар вазъияти хошиявии гуногун, бинобар зарурати мутобиқ шудан ба муҳити нав пас аз ивазкунии маҷбурии ҷои истикомат, қарор мегирад. Тақриби муҳочирони маҷбури яхела нестанд. Муҳочирони объективан маҷбуришуда бо мушкилоти дигари гурӯҳҳои маргинали дучор меоянд. Аммо дар асл, ба вазъияте, ки онҳо дучор меоянд, он қадар мураккаб аст, ки мақоми ниҳоят махсуси хошиявиро ташаққул медиҳад. Вазъи муҳочирони маҷбури бо як қатор омилҳо печида аст. Дар байни омилҳои берунӣ, ки вазъи муҳочирони маҷбуриро душвор месозанд - рад кардан аз ҷониби ватани худ ва имконнопазирӣ дар ватани вайронаи худ зиндагӣ кардан, ки ин талафоти дукаратаи ватан аст, мебошад. Муҳочирони дохили бояк бозии печидаи бюрократӣ дучор меоранд, ки вазъи хошиявии онҳоро бадтар мекунад. Инҳо мушкилоти гирифтани мақом, қарз, манзил ва ғайра мебошанд. Сатҳи дигар – ин муносибати аҳолии маҳалли мебошад. Ва, ниҳоят, омилҳои дохили бо норухатиҳои рӯҳии инсон алоқаманданд, ки дараҷаи онро хусусиятҳои шахсияти ӯ муайян мекунад.

Масалан, мақоми шахси бекори ба қайд гирифташуда инвоқеан мавқеи гузариш ба

чизи дигаре аст, ки ба ӯ имкон медиҳад, ки мавҷудияти худро «қонунӣ гардонад» ва дар ҷомеа худро гум накунад. Ин як роҳи ночизе дар роҳи тарзи ҳаёти нав, нақшаҳои нав аст. Ҷолиби диққат аст, ки яке аз ангезаҳо – ин аз даст надодани таҷрибаи корӣ мебошад, бинобар ин, банақшагирии муайяни оянда мавҷуд аст, ки дар он давлат ҳамчун як ширкати суғурта амал мекунад, ки ин баъзе падидаҳои манфии рафтори бекоронро нисбат ба давлат пешакӣ муайян мекунад: вобастагии самаранок, муносибатҳои иҷоравӣ, мубориза ва ҷайра. Гумон аст, ки рафтори бекорон бо ин шаклҳои зикршуда, баста шавад.

Бояд қайд кард, ки ин шаклҳо якҷоя карда мешаванд ва ин таркибҳо метавонанд дар рафтори як шахс устуворона мавҷуд дошта бошанд ва ҳатто дар як ҳолат якҷоя карда шаванд. Таснифи пешниҳодшуда дар самти таҳлили иҷтимоӣ психологии падидаи бекорӣ ҷойгир аст ва аз ин рӯ таҳлили иҷтимоӣ иқтисодиро пурра мекунад, ки намунаи он, аз ҷумла, стратегияҳои наҷотёбӣ аст, ки аз ҷониби Н.Е. Тихонова пешниҳод карда шудаанд [13, с. 183].

Дар айни замон, мушкилоти ҷиддӣ – ин микёси воқеии тичорати хурд ва равандҳое, ки дар он ба амал меоянд, ба ҳисоб меравад. Теъдоди одамоне, ки дар тичорати хурд машғули қоранд, аз омори расмӣ хеле зиёдтар аст - агар шахси тичорати хурд на ҳамчун як шахси сабтиномшуда дар мақомоти ҳуқуқматӣ, балки ҳамчун шахсоне муайян карда шавад, ки воқеан ақл, малака ва маблағҳои худро барои ба даст овардани ғоида сарф мекунад. Инчунин метавон хотиррасон кард, ки он одамоне, ки дар соҳаи ба ном тичорати инфиродӣ бидуни ташкили шахси ҳуқуқӣ қор мекунад ва ба андозаи зиёд аъзоёни оилаи худро ба ин фаъолият ҷалб мекунад, - ин тичорати хурди сабтиномнашуда ба ҳисоб меравад, ки шумораи қорхонаҳои хурди ба қайд гирифташударо тақрибан 5-7 маротиба зиёд мекунад.

Ҳамин тариқ, вазъият дар ҷомеаи муосир боз ҳам мураккабтар ба назар мерасад, ки дар натиҷаи дигаргуниҳои қуллии иҷтимоӣ, ҳуди аксари институтҳои иҷтимоие, ки ба танзим даровардани тағйирот дар ҷомеа кодиранд.



Ислоҳоти иқтисодӣ дар шароити Тоҷикистон боиси беҳтар гардидани вазъи иҷтимоӣ дар
чомае гардид. Инчунин ислоҳот боиси он гардид, ки дар чомае синфи миёна ташаккул ёбад.

Адабиёт

1. Абулхаев Р.А. Из истории трудовой миграции Таджикистана в конце XX – начале XXI в. – Душанбе, 2017;
2. Беляева Л.А. Российское общество в преддверии рынка: тревоги, ожидания, надежды // Мир России. 1992. №1;
3. Галимуллина З.Х. Маргиналы: понятие и эмпирическая реальность. Диссерт. Канд. Социол. Наук. Казань. 1996;
4. Донахонов И.С. Развитие предпринимательской деятельности в аграрном секторе экономики Республики Таджикистан: диссертация кандидата экономических наук. – Душанбе, 2006;
5. Комилов С.Д. Инновационное развитие и совершенствование антикризисного управления предприятиями. – Душанбе, 2011;
6. Комилов, С.А. Камолов // Проблемы современной экономики. – 2005. - № 3/4 (15/16);
7. Лобода О.В. Трансформация социальной структуры общества в период экономических реформ (на материалах Приморского Края). Диссерт. Канд. Полит. Наук. Владивосток 2005;
8. Махкамов Р. Проблемы реформирования экономики Республики Таджикистан и становления частного сектора в переходном периоде к рынку.. – Душанбе, 1998;
9. Назаров Т.Н. Таджикистан: Экономическое сотрудничество и безопасность. - Минск, 2003;
10. Назаров Т. Экономическая реформа, сотрудничество и безопасность. - Душанбе, 2013;
11. Речь Президента Республики Таджикистан Э.Рахмонова на торжественном заседании, посвященном 15-летию государственной независимости Республики Таджикистан и празднованию года Арийской цивилизации. 8 сентября 2006 г./Э. Рахмонов // Экономика Таджикистана. Стратегии развития. – 2006. - №4;
12. Таваллоев М. Табагабандии ихтимоб. Душанбе, 2022;
13. Тихонова Н.Е. Трансформация социальной структуры российского общества. –М., 1999;
14. Шибутани Т. Социальная психология. –М., 1999;
15. Юсупджонова З.Т. Развитие малого предпринимательства в АПК Республики Таджикистан: автореферат диссертации на соискание ученой степени доктора экономических наук. -Душанбе, 2009;

СОЦИАЛЬНЫЕ ПОСЛЕДСТВИЯ ЭКОНОМИЧЕСКИХ РЕФОРМ В ТАДЖИКИСТАНЕ

Саидзода Муҳаммад

Кафедра социологии, Таджикский национальный университет.

В данной статье автор проанализировал социальные последствия экономических реформ в Таджикистане. Для обоснования своей позиции автор рассмотрел экономические реформы в условиях обретения независимости, опираясь на научную литературу. По мнению исследователя, необходимо изучить положительный опыт социально-экономической жизни Республики Таджикистан как демократического государства и ее реформ в период независимости. После обретения

независимости Таджикистан приступил к реформированию всех сторон общественной жизни, в том числе экономической и социальной системы. Поэтому изучение социальных последствий экономических реформ в Таджикистане может пролить свет на особенности экономического развития страны и помочь определить приоритетные и эффективные направления ее развития.

Важно отметить, что гражданская война нанесла большой экономический ущерб и



отбросила страну на десятилетия назад. Одним из самых сложных и важных вопросов в этот период, по мнению автора, было ведение экономики независимого государства и вывод ее из состояния экономического и социального кризиса. Одной из тем, которая в экономической науке Таджикистана определила основные направления экономической и социальной революции на современном этапе, является инициирование и расширение реформы государственной собственности путем внедрения ее в систему рыночных отношений. Решение этого вопроса, с точки зрения таджикских ученых-экономистов, во многом зависит от

реализации программ приватизации и развития частного сектора в экономике. Автор также проанализировал социальные последствия реформ. После проведения реформ в условиях Таджикистана улучшилась социальная ситуация, в обществе сформировался средний класс.

Ключевые слова: экономическая реформа, социальная ситуация, рыночные отношения, средний класс, собственность, иммиграция, экономический кризис, социальный кризис, переходный процесс, демократия, капиталистическая система, социальные последствия, бедность, кризисная ситуация.

SOCIAL CONSEQUENCES OF ECONOMIC REFORMS IN TAJIKISTAN

Saidzoda Muhammad

In this article, the author analyzed the social consequences of economic reforms in Tajikistan. To substantiate his position, the author examined economic reforms in the conditions of gaining independence, relying on scientific literature. According to the researcher, it is necessary to study the positive experience of the socio-economic life of the Republic of Tajikistan as a democratic state and its reforms during the period of independence. After gaining independence, Tajikistan began to reform all aspects of public life, including the economic and social system. Therefore, the study of the social consequences of economic reforms in Tajikistan can shed light on the features of the country's economic development and help determine priority and effective directions for its development.

It is important to note that the civil war caused great economic damage and set the country back decades. One of the most difficult and important issues during this period, according to the author,

was the management of the economy of an independent state and its withdrawal from the state of economic and social crisis. One of the topics that in the economic science of Tajikistan has determined the main directions of the economic and social revolution at the present stage is the initiation and expansion of the reform of state property by introducing it into the system of market relations. The solution to this issue, from the point of view of Tajik economists, largely depends on the implementation of privatization programs and the development of the private sector in the economy. The author also analyzed the social consequences of the reforms. After the reforms in the conditions of Tajikistan, the social situation improved, a middle class was formed in society.

Keywords: economic reform, social situation, market relations, middle class, property, immigration, economic crisis, social crisis, transition process, democracy, capitalist system, social consequences, poverty, crisis situation.

Саидзода Муҳаммад доктор PhD-и кафедраи сотсиологияи Донишгоҳи миллии Тоҷикистон
Телефон: (+992) 906-22-90-90.



МАҚОМ ВА НАҚШИ СИЁСАТИ ДЕМОГРАФӢ ДАР ШАРОИТИ МУОСИР

Салимов А., Шарипов А.

Донишгоҳи аграрии Тоҷикистон ба номи Ш.Шохтемур

Муҳиммият. Сиёсат соҳаи фаъолиятест, ки ба муносибатҳои ҳокимият равона карда шудааст. Масъалаи асоси онро ба даст овардан, нигоҳ доштан ва самаранок истифода намудани ҳокимият ташкил медиҳад. Таркиби мухталифи ҷамъияти ҳама вақт дар соҳаҳои асосии фаъолияти давлат зарурати дохил намудани унсурҳои сиёсиро ба миён меоварад. Аз ин рӯ, навъҳои гуногуни сиёсат вучуд дорад: сиёсати иқтисодӣ, миллӣ, маданӣ, иҷтимоӣ, демографӣ ва ғайра. Олимони аз давраҳои қадим ба сиёсати демографии давлат эътибор меоданд. Масалан, ҷонибдорони хеле фаъоли ба ҳаёт татбиқнамудани сиёсати демографӣ дар ҷамъияти ғуломдорӣ олимони Юнони қадим Афлотун ва Арасту буданд. Онҳо чунин мешумориданд, ки афзоиши ниҳоят бо суръати аҳоли ба афзудани бетартибӣ, нороzigӣ, ҷинояткорӣ дар ҷамъият оварда мерасонад ва ҳамчунон ҳамаи аҳолиро ба замин таъмин кардан ғайриимконпазир мебошад. Онҳо тарафдорони миқдори мӯътадили аҳоли буданд ва онро ҳамчун асоси муваффақияти иҷтимоӣ мешумориданд. Барои танзим намудани шумораи аҳоли Афлотун пешниҳод мекард, ки колонияҳо ташкил карда шаванд. Ба мардҳо фарзанддорӣ аз синни 30 то 55 солагӣ муайян гардад [9. С. 460]. Арасту ақидаҳои Афлотунро давом дода таъкид мекард, ки қонун оид ба ақди никоҳ қабул карда шавад. Аз реи ин қонун занҳо аз 18 солагиашон ва мардҳо аз 37 солагиашон ҳуқуқи фарзанддорӣ бояд пайдо намоянд [3. С. 16]. Акнун зарур аст, муайян кунем, ки дар зерин мафҳуми сиёсати демографӣ чиро мефаҳманд? Ба масъалаи мазмун, таркиби сиёсати демографӣ дар адабиёти демографӣ муҳаққиқон диққати махсус медиҳанд ва ақидаҳои гуногун дар ин масъала баён намудаанд. Зери мафҳуми сиёсати демографӣ маҷмӯи ҷорабинҳои танзимкунандаи равандҳои камшавӣ ва зиёдшавии аҳолиро мефаҳманд. А.Г. Волков дар асараш «Сиёсати демографӣ» сиёсати демогра-

фиро ба маънои васеъ ҳамчун фаъолияти танзимкунии шароитҳои иқтисодӣ- иҷтимоӣ, ки оқибати демографӣ дорад ва бо маънои маҳдуд-ҳамчун маҷмӯи ҷорабинҳои, ки мақсади таъсир ба ҳодисаҳои демографӣ, яъне ба зиёдшавии аҳоли, таркиби он, таваллудкунӣ, ғавти аҳоли ва баъзан ба тақсими ноҳиявии аҳоли дар мамлакат бо роҳи муҳоҷирати аҳоли маънидод мекунад. Болдырев В.А чунин мешуморад, ки сиёсати демографӣ ин «мақсаднок таъсир кардани ҷамъият ба равандҳои демографӣ» мувофиқи талабот ва нигоҳ доштани ин ҳолат ба дараҷаи барои ҷамъият зарур аст [2. С. 87]. Субъекти сиёсати демографӣ – давлат, объекти он муносибатҳои ҷамъиятӣ, ки равандҳои иҷтимоии аҳолии ин гуногунтаркибро ташкил мекунад, мебошад. Мазмуни сиёсати демографӣ аз рӯи проблемаи асосии демографии ҷамъият муайян мешавад.

Муҳаққиқи дигар, Вишневский А.Г сиёсати демографиро ҳамчун таъсиррасонӣ ба муносибатҳои демографӣ, барои тағйир додан ё ин ки нигоҳ доштани сифати функционалии системаи демографӣ мефаҳмад [1. С. 64]. То ҳоло илми демография ба саволи чӣ гуна будани механизми амали қонунҳои демографӣ ҷавоб надодааст. Ҷорабинҳои демография, ки ҳоло аз тарафи давлат ҷорӣ карда мешаванд, бештар характери субъективӣ доранд, ки аз рӯи он на ҳама вақт қарори дуруст қабул кардан мумкин аст. Қонунҳои демографиро шартан ба чунин гурӯҳҳо тақсим кардан зарур мешуморем:

- қонуниятҳои бозтавлиди аҳоли;
- қонуниятҳои никоҳ ва талоқи аҳоли;
- қонуниятҳои ғавти аҳоли;
- қонуниятҳои урбанизатсия ва муҳоҷират;
- қонуниятҳои шуғли аҳоли;
- қонуниятҳои ҷойгиршавии аҳоли ва ғайра.

Омехтани механизми амалии ин қонунҳо вазифаи асосии илми демография мебошад. Сиёсати демографӣ - ин шакли истифода-



барии қонунҳои тараққиёти демографӣ буда, танзимкунии равандҳои демографиро таъмин мекунад. Тахминан дар асоси тадқиқотҳои мавҷуда роҳҳои умумии тараққиёти аҳолиро чунин муайян кардан мумкин аст, ки аҳоли бояд инро тай кунад. Дар оянда афзоиши аҳоли ба он оварда мерасонад, ки таваллуди аҳоли паст шуда, вазни қиёсии оилаҳои камфарзанд дар таркиби аҳоли меафзояд. Равандҳои муҳочирати аҳоли ва дарозшудани умри пешистодаи аҳоли зиёд мешавад, сифати аҳоли баланд мешавад ва дар ташаккули аҳоли бештар омилҳои иҷтимоӣ – психологӣ аҳамияти калон пайдо мекунанд. Фаҳмост, ки ин хислатҳои тараққиёти аҳолии мамлакат ҳамчун нишондиҳандаҳои миёна зоҳир мешавад. Дар давлатҳои алоҳида бошад баъзе хусусиятҳои хос боқӣ мемонад ва ба асоси интизоми демографӣ-озодии пурра (ҳуқуқӣ ва амалӣ) гузошта мешавад. Дигар хислати бавучуд омадани ингуна шакли бозтавлиди аҳоли тадричан баланд шудани таъсири ҷамъиятӣ ба ахлоқи демографии аҳоли мебошад. Дар солҳои наздик дар мамлакатҳо ба вучуд омадани шакли ягонаи бозтавлиди аҳолиро пешбини кардан мумкин аст. Лекин ин нақшаи умумӣ мебошад, дараҷаи тараққиёти демографии ҳар як ноҳия ва этнос дар зери таъсири роҳи тайкардаи таърих, анъанаҳо, хусусиятҳои тараққиёт ва ғайра мебошад. Аз ин рӯ, мақсади сиёсати демографӣ дар ноҳияҳои алоҳида метавонад гуногун бошад ва зарурияти сиёсати демографӣ ба миён меояд. Сиёсати демографиро асосан ба ду равиҷа ҷудо кардан мумкин аст:

- умумичумхуриявӣ, ки барои ба даст овардани мақсадҳои дарозмуддат равон карда шудааст;

- ноҳиявӣ, ки бар сиёсати умумичумхуриявӣ илова буда, хусусиятҳои коркарди ҷорабиниҳо дошта, мақсади ҳал кардани масъалаҳои наздикро дорад.

Бояд қайд кард, ки ҳарду ин равиҷаҳои сиёсати демографӣ аз нуқтаи назари манфиатҳои дарозмуддат як мақсад доранд, лекин дар баъзе вақтҳои кӯтоҳ масъалаҳои гуногунро ҳал мекунанд. Хулоса, гуфтан мумкин, ки мақсади асосии сиёсати демографии

кишвар ташкили шакли яххелаи бозтавлиди аҳоли мебошад. Дар ноҳияҳои сераҳоли бошад, мақсади наздиктарини сиёсати демографӣ, баланд бардоштани сифати аҳоли (пеш аз ҳама паст кардани фавти кӯдакон, тайёр кардани кадрҳои баландхитосос, мустаҳкам кардани саломатии аҳоли, тараққиёти муҳочират, баланд бардоштани дараҷаи таъминоти моддии аҳоли ва ғайра) мебошад. Сиёсати демографӣ баъд аз бадасто-вардани ин ё он натиҷаи демографӣ аз байн намеравад. Ин сиёсатро аз рӯи қонунҳои зиёдшавии аҳоли мунтазам бурдан лозим аст ва дар нақшаҳои тараққиёти иқтисодӣ-иҷтимоии мамлакат ба ҳисоб гирифтани зарур мебошад. Муносибатҳои демографиро ҳамчун қисми муҳими муносибатҳои ҷамъиятӣ бояд ҳисоб кард.

Сиёсати демографӣ фаъолияти мақсадноки мақомоти давлатӣ ва дигар муассисаҳои иҷтимоӣ дар соҳаи танзими равандҳои такрористехсолии аҳоли мебошад. Он барои таъсир расонидан ба ташаккули режими такрористехсолии аҳоли, ки барои ҷомеа матлуб аст, нигоҳ доштан ё тағйир додани тамоюл дар динамикаи шумора ва сохтори аҳоли, суръати тағйирёбии онҳо, динамикаи таваллуд, фавт, оила пешбинӣ шудааст. Сиёсати демографӣ – маҷмӯи тадбирҳои гуногун мебошад, ки давлат бо мақсади таъсир расонидан ба ҳаракати табиии аҳоли, ҳалли мушкилоти аҳолии ба ин ё он кишвар хос андешида мешавад.

Зарурати сиёсати демографии таъсири давлат ба равандҳои таваллудро қариб ҳамаи мамлакатҳои ҷаҳон сарфи назар аз вазъияти демографӣ ва суръати афзоиши аҳоли эътироф мекунанд. Мақсади сиёсати демографӣ тағйир додан ё дастгирии тамоюлҳои демографии дар давраи муайян мавҷудбуда мебошад. Вобаста ба вазъи демографӣ ду намуди асосии сиёсат ҷудо мешавад:

- баланд бардоштани сатҳи таваллуд (барои давлатҳои аз ҷиҳати иқтисодӣ мутараққӣ хос аст);

- кам кардани таваллуд (барои давлатҳои рӯ ба инкишоф);

Аксар вақт дар амал татбиқ намудани сиёсати демографӣ ҳам бо душвории до-

рои хусусияти ахлоқӣ ва ҳам нарасидани воситаҳои молиявӣ дучор меояд.

Сиёсати демографӣ дар кишварҳои аз ҷиҳати иқтисодӣ пешрафта танҳо тавассути тадбирҳои иқтисодӣ амалӣ карда мешавад ва ба ҳавасмандгардонии таваллуд нигаронида шудааст. Тадбирҳои иқтисодӣ ёрдампулӣ — ёрдампулии ҳармоҳа ба оилаҳои кедакдор, ёрдампулӣ ба падару модари танҳо ва баланд бардоштани обреи модарро дар бар мегирад [6. С. 164].

Муносибат дар кишварҳои ғарбӣ ба мушкилоти демографӣ баробарҳуқуқӣ, аз ҷумла риояи принципҳои демократия, адолати иҷтимоӣ ва ҳуқуқи инсон аст. Онҳо истисно кардани чораҳои фишороварӣ, бартари қарори шахсиро пешбинӣ мекунанд. Аксарияти мамлакатҳои индустриалии капиталистӣ ба дараҷаи пасти таваллуд муносибати норавшан доранд. Ин маънои онро надорад, ки ҳукуматҳои ғарбӣҳадафҳои демографӣ надоранд. Эҳтимол, онҳоро ба таври возеҳ баён намекунанд.

Агар дар бораи мамлакатҳои ба дараҷаи баланд тараққиқардаи саноатӣ суҳан ронем, дар онҳо қисми зиёди афзоиши аҳоли хеле кам шуда, дар баъзе ҷойҳо ба сифр баробар аст. Дар якқатор мамлакатҳо дар баъзе солҳо ҳатто камшавии аҳоли мушоҳида карда мешуд. Шумораи фавтидагон аз таваллуд зиёд аст.

Сиёсати демографӣ дар кишварҳои аз ҷиҳати иқтисодӣ пешрафта танҳо тавассути тадбирҳои иқтисодӣ амалӣ карда мешавад ва ба ҳавасмандгардонии таваллуд нигаронида шудааст. Дар баъзе кишварҳо, ки мавқеи калисои католикӣқавӣ аст (масалан дар Ирландия, ИМА, Полша) қонунҳоеро, ки ҷавобгарии ҷиноиро барои зане, ки ҳомиладориро қатъ кардааст ва табиби исқоти ҳамл анҷом додааст, дар парлумонҳо баррасӣ кардаанд [8. С. 12].

То он даме, ки одамони мамлакатҳои тараққиёбанда зарурияти сиёсати аҳолиро дарк кунанд, шояд муддати дуру дарозе лозим бошад. Роҳҳои ғайрӣ гардондани сиёсати демографӣ мамлакатҳои тараққиёбанда, ки ба паст кардани суръати афзоиши аҳоли нигаронида шудаанд, кадомҳоянд?

Якум, ин такмил додани таблиции мақсадҳои сиёсати нави аҳоли бо воситаҳои гуногуни ахбори омма мебошад. Кори тарбиявии байни диндорон аҳамияти махсус дорад, то ки калисо муносибати худро ба дараҷаи баланди таваллуд тағйир диҳад. Дуюм, ин тақсимоти доруҳои зидди ҳомиладорӣ ва баланд бардоштани самаранокии онҳо мебошад.

Татбиқи сиёсати демографӣ дар мамлакатҳои тараққиёбанда, ки суръати афзоиши аҳолиашон баланд аст, махсусан муҳим аст. Аммо ба амалӣ гардондани ин сиёсат нарасидани захираҳои молиявӣ монъе шуда, аксар вақт танҳо бо изҳороти декларативӣ маҳдуд мешавад. Аксар вақт онро шахрвандоназ сабаби урфу одатҳои серфарзандӣ, мавқеи баланди иҷтимоии модарӣ ва хусусан падарӣ таъмоман қабул намекунанд. Ҳукуматҳои аксари кишварҳои мусалмонӣ ба таври умум даҳолати давлатро ба танзими оила рад мекунанд.

Таҷдиди оддии аҳоли ё «афзоиши сифрӣ» - ҳадафи сиёсати аҳоли дар минтақаҳои рӯ ба тараққӣ аз ҷиҳати назариявӣ имконпазир аст, агар ҳар як оила ба ҳисоби миёна 2-3 фарзанд дошта бошад (зеро одамоне ҳастанд, ки издивоҷ намекунанд, оилаҳои бифарзанд, марги барвақт. синну сол дар натиҷаи фалокат ва ғайра). Аммо ба даст овардани чунин мавқеъ ба таври худкор маънои ба эътидол овардани ғаврии аҳоли надорад, зеро афзоиши аҳоли бо инерсия хос аст, ки баръакс қардан душвор аст. Ғайр аз ин, агар дар натиҷаи сиёсати демографӣ якбора паст шудани дараҷаи таваллуд ба амал ояд, дар структураи синну сол ва ҷинсӣ аҳоли давраҳои тағйирёбии якбораи шумораи аҳоли, ки барои тараққиёти меътадили мамлакат хеле ноқулай мебошанд, тавсиф карда мешаванд. Ҳалли проблемам умумичаҳонии демографӣ ба маҷмӯи комплекси вазифаҳои иҷтимоӣ иқтисодӣ таъма мекунанд.

Марҳилаҳои таҳияи сиёсати демографӣ инҳо мебошанд:

- муайян кардани ҳолати кунунии объекти идоракунии, яъне вазъи демографӣ ва хусусиятҳои он;
- муайян намудани параметрҳои вазъи демографӣ (оптималӣ);



- таҳияи усулҳои таъсиррасонӣ ба раван-дҳои демографӣ, яъне воситаҳои сиёсати демографӣ, ки татбиқи онҳо имкон медиҳад, ки ҷомеа аз режими мавҷудаи такрористех-солии аҳоли ба режими дилхоҳ гузарад;

- таҳияи усулҳои мониторинги динами-каи вазъи демографӣ дар ҷараёни амалигар-донии фаъолияти он[4. С. 96];

Принсипҳои асосии сиёсати демографӣ инҳоянд:

- принсипи соҳибхитӣрии оила;

- принсипи шартномаи иҷтимоӣ;

- принсипи озодии интихоби оила аз ҳар гуна тарзи зиндагӣ;

- принсипи ягонагии ҳадафҳои сиёсати федералӣ ва минтақавӣ;

- принсипи иштироки иҷтимоӣ[5. С. 81];

Принсипи соҳибхитӣрии оила маънои онро дорад, ки оила аз давлат мустақил буда, ҳуқуқдорад вобаста ба ҳаёти он, аз ҷумла дар бораи таваллуд ё рад кардани фарзанд, қомилан мустақилона, танҳо му-вофиқи мақсаду манфиатҳои худ ҳама гуна қарор қабул намояд. Инчунин ҳуқуқи оила-ро ба ҳама гуна рафтори оилавӣ (никоҳӣ, ҷинсӣ ва репродуктивӣ), аз ҷумла онҳое, ки аз нуқтаи назари меъёрҳои иҷтимоӣ-фарҳ-ангӣ ва ахлоқии бартарӣ ба ҳисоб мераванд, дорад. Барои татбиқи ин принсип заминаи дахлдори меъёрии ҳуқуқӣ барои таъмини соҳибхитӣрии оила зарур аст.

Принсипи соҳибхитӣрии оила бо прин-сипи озодии интихоб алоқаи зич дорад, ки ин маънои онро дорад, ки ҷомеа алтерна-тиваи ҳақиқӣ ва имконияти воқеан интихо-би ҳама гуна намуди оила ва рафтори оила-виро дорад.

Принсипи шартномаи иҷтимоӣ маънои танзими шартномавии муносибатҳои оила-ро ҳамчун муассисаи иҷтимоӣ ва давлатро дорад. Ба ибораи дигар, оила ва давлат бай-ни худ шартномаи иҷтимоӣ мебаранд, ки дар он тамоми муносибатҳои мавҷудаи сиёсӣ, иҷтимоӣ, иқтисодӣ ва дигар муноси-батҳои байни онҳо дар асоси баробар та-шаккул меёбанд. Оила ҳамчун институти иҷтимоӣ ҷомеаро бо захираҳои меҳнатӣ, иҷроқунандагони нақшҳои иҷтимоӣ таъмин менамояд. Ҷомеа дар навбати худ, бояд

эҳтиётот, таваҷҷуҳ ба оиларо барои иҷрои вазифаҳои наслҳои наврасон эҳсос намояд.

Принсипи ягонагии мақсадҳои сиёсати федералӣ ва минтақавии демографӣ маънои онро дорад, ки мақсадҳои он барои тамоми мамлакат як буда, аз хусусиятҳои хоси вазъи демографӣ дар ҳудуди алоҳидаи дав-лат вобаста нестанд. Баҳисобгирии хусуси-ятҳои минтақавиро ҳам тавассути мушах-хас кардани ҳадафи аслан ягонаи сиёсати демографӣ ва ҳам тавассути истифодаи во-ситаҳои мушаххаси ноил шудан ба он ба даст овардан мумкин аст. Бехтарин меха-низми ташкилии таъмини ягонагии мақса-дҳои сиёсати демографӣ ва бо назардошти хусусиятҳои минтақавӣ барномаҳои махсу-си минтақавӣ мебошанд.

Принсипи иштироки иҷтимоӣ маънои онро дорад, ки субъектҳои сиёсати демог-рафӣ (оила, иттиҳодияҳои иҷтимоӣ ва дав-лат) ба мақсади татбиқи сиёсати оилавӣ демографӣ ҳамкорӣ мекунанд. Иштироки иҷтимоӣ мафҳумест, ки доираи васеи ҳола-тҳоеро муттаҳид менамояд, ки шаҳрвандон бевосита ё тавассути иттиҳодияҳои худ дар таҳия ва татбиқи қарорҳои аз ҷиҳати иҷти-моӣ аҳамиятнок, ин ё он сиёсати иҷтимоӣ, ки ба манфиатҳои онҳо дахл дорад ишти-рок мекунанд.

Мақсади стратегӣ ва дарозмуддати сиё-сати демографӣ бартарар кардани мушки-лоти аҳоли ва оқибатҳои он тавассути таҳ-кими оила ҳамчун институти иҷтимоӣ, ко-хиш додани фавт ва баланд бардоштани давомнокии умр мебошад. Ин мақсад дар мустаҳкам намудани тарзи ҳаёти оилавӣ пурратар ифода ёфта, аз манфиати шахс ба манфиати ҳаёт дар оила ва аз нав ривоч до-дани тамоми ҳаёти ҷамъиятиро талаб ме-кунад. Ифодаи аниқтару мушаххаси ин ҳадаф маънои дастгирӣ ва ташвиқи ҷомеа ва давлати оилаи қомили дорои 3-4 фарзанд, ё бисёр наслро дорад.

Дар баробари ҳадафҳои стратегии дароз-муддат сиёсати демографӣ, ҳамчунин ҳада-фҳои кӯтоҳмуддати тактиқӣ дорад, ки онҳо-ро ҳамчун дастгирии иҷтимоии оилаҳое ифо-да кардан мумкин аст, ки фишору мушкило-ти гуногунро аз сар мегузаронанд. Барои



конё гардондани эhtiёчоти оилаҳо ба кудакон монё шуда, боиси зиёд шудани беморӣ ва фавти аъзоёни оила мегардад.

Бояд қайд кард, ки самтҳои асосии сиёсати демографӣ иборатанд аз:

- ёрии давлат ба оилаҳои кудакдор;
 - фароҳам овардани шароит барои пайвастании фаъолияти фаъоли касбӣ бо иҷроии уҳдадорихоии оилавӣ;
 - кам шудани беморӣ ва фавт;
 - зиёд шудани давомнокии умр;
 - беҳтар намудани хусусиятҳои сифатии аҳоли;
 - танзими равандҳои муҳоҷират;
 - тадбирҳои ҳуқуқӣ барои аз ҷиҳати қонунийҳифзи ҳуқуқҳои модар ва кудак, мустақам намудани вазъи иҷтимоӣ пешбини шудаанд [7. С. 41];
- Ин самтҳо бояд бо ҷунин соҳаҳои муҳими сиёсати иҷтимоӣ, монанди бо қор таъ-

мин қардан, танзими даромад, маориф ва ниғаҳдории тандурустӣ, таълими касбӣ-техникӣ, соҳтмони манзил, инкишофи соҳаи хизматрасонӣ, таъминоти иҷтимоии маъҷубон, пиронсолон татбиқ қарда шаванд.

Ҳамин тариқ, сиёсати демографӣ ҳамҷун маҷмӯи тадбирҳои мушаххаси ба ҳам алоқаманди дорои хусусияти иқтисодӣ, иҷтимоӣ, маъмурӣ, ҳуқуқӣ, таблиғотӣ ва тарбиявӣ таҳия ва амалӣ мегардад. Тадбирҳои иҷтимоӣ иқтисодӣ тадбирҳои беҳтар намудани дараҷаи зиндагонии оиларо дар давраи ташаккули он, таваллуд ва тарбияи фарзандон дарбар мегиранд. Онҳо ба ҳавасмандгардонии шумораи муайяни кӯдак дар оила, додани кӯмакпулӣ барои кӯдак, пардохтҳои яқвақта барои таваллуди кӯдак, қарзҳои мақсаднок барои хариди манзил, вақти қорӣ ва ғайра ниғаронида шудаанд.

Адабиёт

- 1.) А.Г. Вишневский. Избранные демографические труды. М., 2005. С 64.
- 2.) А.Г. Волков. Избранные демографические произведения. М., 2014. С 87.
- 3.) Аристотель. Политика. кн. VII. С 16 .
- 4.) Боярский А.Я. Население и методы его изучения. М., 2002;
- 5.) Вишневский А.Г. Демографический взрыв. // Демографический энциклопедический словарь. М., 1985;
- 6.) Калатбари П., Демографический переход и динамика народонаселения в развивающихся странах / в кн: Проблемы народонаселения. М., 1982. С 134.
- 7.) Кваша А.Я. Проблемы экономико-демографического развития . М., 1974;
- 8.) Коулмен Д. Иммиграция и этнические сдвиги в странах с низкой рождаемостью - третий демографический переход в действии // Международная конференция «Миграция и развитие». М., 13-15 сентября. 2012. С 12.
- 9.) Платон. О государстве. кн. V. С 460.

МЕСТО И ЗНАЧЕНИЕ ДЕМОГРАФИЧЕСКОЙ ПОЛИТИКИ В СОВРЕМЕННЫХ УСЛОВИЯХ

Салимов А., Шарипов А.

В данной статье авторы рассмотрели место и значение демографической политики в современных условиях. На демографическую политику государства ученые обращали внимание с древних времен. Демографическая политика является формой использования законов демографического развития и обеспечивает регулирование де-

мографических процессов. Предметом демографической политики государства и ее объектом являются общественные отношения, регулирующие общественные процессы. Содержание демографической политики определяется основной демографической проблемой общества. В статье также представлены основные этапы развития демо-

рафической политики и пути решения демографических проблем.

Ключевые слова: политика, демография,

государство, стратегия, демографический взрыв, население, социальная политика, экономические меры, урбанизация, миграция.

THE PLACE AND SIGNIFICANCE OF DEMOGRAPHIC POLICY IN MODERN CONDITIONS

Salimov A, Sharipov A

Vato Author Authorities Marks of Pilees and Znachene Demographic Polographic in Sovremank Operih. Na demographics of polytic and the divorcary water pump automatic welding with Rewern. Demographics of Politics Yalvaetya File Ispolyzovania Zakonov Demographic Razvitis and Randovary Demographic Educchij Development. The subject of the state's demographic policy and its object are social relations that regulate social

processes. The content of demographic policy is determined by the main demographic problem of society. The article also presents the main stages in the development of demographic policy and ways to solve demographic problems.

Key words: politics, demography, state, strategy, population explosion, population, social policy, economic measures, urbanization, migration.

Салимов А, Шарипов А – омӯзгорони кафедраи фалсафа ва сиёсатшиносии Донишгоҳи аграрии Тоҷикистон. Телефон: (+992) 904 41 49 87.

Салимов А., Шарипов А. - преподаватели кафедры философии и политологии Аграрного университета Таджикистана. Телефон: (+992) 904 41 49 87.

Salimov A, Sharipov A - teachers of the Department of Philosophy and Political Science of the Agrarian University of Tajikistan. Phone: (+992) 904 41 49 87.

**ҚОИДАҲОИ ҚАБУЛИ МАҚОЛАҲО****Муаллиф бояд ҳангоми ба идораи маҷаллаи "Авчи Зухал"
Пешниҳод намудани мақола ҚОИДАҲОИ зеринро риоя кунад:**

1. Мақола бояд дар компютер бо истифода аз барномаи VS Word 6,0-7,0 хуруфи андозааш 14 Times New Roman Tj, ҳошияҳо 2,5 см ва фосилаи байни сатрҳо 1,5 мм хуруфчинӣ ва дар ду нусха дар як тарафи варақ чоп карда, бо ҳамроҳии шакли ҳатмии электронии мақола пешниҳод гардад.

2. Мақолаҳои оригиналие, ки ба мушоҳидаҳои чудагонаи таҷрибаҳои амалӣ бахшида шудаанд, бояд аз 12 саҳифа зиёд набоянд.

3. Пешниҳод кардани Шохиси УДК (индекси мазкурро аз дилхоҳ китобхонаи илмӣ дастрас намудан мумкин аст).

4. Мақолаҳои хулосавӣ бояд муфассал, фаҳмо ва мушаххас бошанд. Маълумотномаи адабиёт бояд маълумотҳои танҳо ба ҳамин мақолаи баррасишаванда марбутро дар бар гирад. Ҳаҷми мақола бояд аз 12 саҳифа зиёд набояд. Иқтибосҳои библиографӣ на бештар аз 50 номгӯ бошанд, дар матн рақамҳо дар қавсайни квадратӣ □ оварда мешаванд. 5. Мақолаҳои илмӣ бе тақриз қбул карда намешаванд. Дар тақриз аслият, муҳиммият, мубрамият ва қаблан чоп нашудани мақола бояд зикр шавад.

6. Дар аввали мақола унвони он (бо хуруфи Caps Lock сиёҳ), ному насаби муаллиф (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"