

ISSN: 2616-5252

АВЧИ ЗУҲАЛ

№ 4 - 2023



МАҶАЛЛАИ ИЛМӢ-АМАЛӢ



САРДАБИР
д.и.т.
Муҳаббатов Циёнхон Курбонович

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

ҲАЙАТИ ТАҲРИРИЯ

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

ШҶҶҶҶҶ ТАҲРИРИЯ

Ғадоев Б.Ш., Курбонов Ҷ.М.,
Қурбонбекова П.Қ., Раззоқов А.А.,
Носирӣ Қ.Н., Раҷабов У.Р.,
Қаландаров Ё.Қ., Хокироев Т.З.,
Ишонқулова 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:
№ 4 (53) 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 қайд гирифта шуд.

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

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



ГЛАВНЫЙ РЕДАКТОР
д.м.н.
Мухаббатов Джиёнхон Курбанович

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

РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ

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

РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ

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

AVÇI ZUHAL

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

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

Текущее издание:
№ 4 (53) 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., Сафоев С.А., Файзалиев Н.Ф.
Усулҳои интиҳоби анестезия ҳангоми ҷарроҳии майнаи сар
9

Давлатзода Б.Х., Сафоев С.А., Файзалиев Н.Ф.
Выбор метода анестезии во время операции на головном мозге
9

Davlatzoda B. Kh., Safoev S.A., Fayzaliev N.F.
Choosing the method of anesthesiology during brain surgery
9

БЕМОРИҲОИ ДАРУНӢ

ВНУТРЕННИЕ БОЛЕЗНИ

INTERNAL DISEASES

Меҳмонов П.Х. Юсупова М.Х., Бобоҳочаева З.Б.
Мониторинги хусусиятҳои клиникии бемориҳои системаи дилу рағҳо дар мавриди бартарафқунандагони оқибатҳои садамаи САБ-и Чернобил дар муҳлати дур
12

Меҳмонов П.Х., Юсупова М.Х., Бобоҳочаева З.Б.
Клинический мониторинг особенностей патологии сердечно-сосудистой системы у ликвидаторов последствий аварии на Чернобыльской АЭС в отдаленные сроки
12

Mekhmonov P.H., Yusupova M.Kh., Bobokhaeva Z.B.
Clinical monitoring of the features of the pathology of the cardiovascular system in the liquidators of the consequences of the accident at the Chernobyl nuclear power plant in the long term.
12

Фаттоева Н.В., Алиева Е.Г.
Истифодаи варзиши муолиҷавӣ ва оббозии муолиҷавӣ ҳангоми ихтилолҳои қомати кӯдакони синну соли мактабӣ
17

Фаттоева Н.В., Алиева Е.Г.
Применение лечебной физкультуры и лечебного плавания при нарушении осанки у детей школьного возраста
17

Fattoeva N.V., Alieva E.G.
The use of physical therapy and therapeutic swimming for poor posture in school-age children
17

БЕМОРИҲОИ КӢДАКОН

ДЕТСКИЕ БОЛЕЗНИ

CHILDHOOD DISEASES

Қобилова Б. Х.
Омилҳои ҳатар ва басомади таваллуд шудани кӯдакони навзоди хеле норасида
21

Қобилова Б.Х.
Фактори риска и частота рождения глубоконедоношенных новорожденных детей
21

Kabilova B. Kh.
Risk factors and frequency of birth of subsolutely negative newborn children
21

Мамадҷонова Г.С., Қобилова Б.Х., Ҳотамова М.Н.
Ихтилолҳои соматикӣ-неврологӣ дар кӯдакони бо бемориҳои перинаталии системаи марказии асаб (СМА) таваллудшуда
23

Мамадҷанова Г.С., Қобилова Б.Х., Ҳотамова М.Н.
Сомато-неврологические нарушения у детей родившихся с перинатальной патологией ЦНС
23

Mamadzhynova G.S., Kabilova B.Kh., Khotamova M.N.
Somato-neurological disorders in children born with perinatal pathology of the CNS
23



**Мухаммаднабиева Ф.А.,
Давлатова С.Н.,
Хоҷаева Н.Н.**

Чанбаи пешгӯӣ дар кӯдакони
гирифтори лейкози шадид
26

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

Прогностические аспекты у
детей с острым лейкозом
26

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

Prognostic aspects in children
with acute leukemia
26

БЕМОРИҶОИ СИРОЯТӢ

**Зувайдов Х.Ф., Матинов
Ш.К., Раҳимова Д.С.**

Хатоҳо дар ташхиси брусел-
лёзи музмин дар вилояти
Хатлон
31

ИНФЕКЦИОННЫЕ БОЛЕЗНИ

**Зувайдов Х.Ф., Матинов
Ш.К., Раҳимова Д.С.**

Ошибки в диагностике
хронического бруцеллеза в
Хатлонской области
31

INFECTIOUS DISEASES

**Zubaydov Kh.F., Matinov
Sh.K., Rahimov D.S.**

Errors in the diagnosis of
chronic brucellosis in
Khatlon region
31

БЕҲДОШТ

**Азимов Г.Ҷ., Рузиев М.М.,
Хушнудҷони М, Ғозиев Ҷ.Г.**

Проблемаҳои иттилоот-
нокӣ, сатҳи дониш, муноси-
бат ва рафтори аҳоли нис-
бат ба кӯдакон ва занони
дорой маъҷубӣ дар Ҷумҳу-
рии Тоҷикистон
35

ГИГИЕНА

**Азимов Г.Дж., Рузиев М.М.,
Хушнудҷони М, Ғозиев Дж.Г.**

Проблемы информирован-
ности, уровня знания, отно-
шения и поведения населе-
ния по отношению к детям и
женщинам с инвалидностью
в Республике Таджикистан
35

HYGIENE

**Asimov G. J., Ruziev M.M.,
Khushnudjoni M., Goziev J.G.**

Problems of awareness, level
of knowledge, attitude and
behavior of the population
towards children and women
with disabilities in the
Republic of Tajikistan
35

**Ғоибов А.Ғ., Алиев С.П.,
Раҳматова Н.А., Ҷалилов
П.Б.**

Масъалаҳои ташкилӣ-
методӣ ва арзёбии самара-
нокии кӯмаки аввалияи
тиббӣ-санитарӣ дар Ҷумҳу-
рии Тоҷикистон
40

**Ғоибов А.Г., Алиев С.П.,
Раҳматова Н.А.,
Джалилов П.Б.**

Организационно-методи-
ческие проблемы и оценка
эффективности первичной
медико-санитарной помощи
в Республике Таджикистан
40

**Goibov A.G., Aliev S.P.,
Rakhmatova N.A.,
Jalilov P.B.**

Organizational and
methodological issues and
evaluation of the effectiveness
of the primary health care in
the Republic of Tajikistan
40

**Нушервони Б.Х.,
Бабаев А.Б.**

Таъсири хусусиятҳои шаро-
ити қорӣ ба вазъи саломат-
ии ронандагони воситаҳои
нақлиёти мусофиркаш
хангоми қор дар шароити
шаҳри қалон
46

**Нушервони Б.Х.,
Бобоев А.Б.**

Влияние особенностей
условий труда на состояние
здоровья водителей пасса-
жирского автотранспорта
при работе в условиях
большого города
46

**Nushervoni B.Kh.,
Babaev A.B.**

Influence of peculiarities of
labor conditions on the health
condition of drivers of
passenger motor transport
while working in the
conditions of a big city
46



Рузиев М.М., Токтомбаев М. А., Пирова Г.Д., Азимов Г.Ч.

Огоҳии аҳолии Ҷумҳурии Тоҷикистон дар бораи кӯдакон ва занони маъюб
52

Рузиев М.М., Токтомбаев М. А., Пирова Г.Д., Азимов Г.Дж.

Осведомленность населения Республики Таджикистан о детях и женщинах с инвалидностью
52

Ruziev M.M., Toktombayev M. A., Pirova G. D., Azimov G.J.

Awareness of children and women with disabilities among the population of the Republic of Tajikistan
52

ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИЯ

ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИЯ

DERMATOVENEROLOGY

Ахмедов М.М., Саидзода Б.И.

Табобати медикаментозии шаклҳои вазнини псориаз
58

Ахмедов М.М., Саидзода Б.И.

Метотрексата и гептрал в лечении тяжёлых форм псориаза
58

Akhmedov M.M., Saidzoda B.I.

Methotrexate and heptral in the treatment severe Formsporiasis
58

Саидзода Б.И., Зоирова Н.П.

Паҳншавӣ ва самаранокии табобати alopecia areata
61

Саидзода Б.И., Зоирова Н.П.

Распространенность и эффективность методов лечения гнездной алопеции
61

Saidzoda B.I., Zoirova N.P.

Prevalence and effectiveness methods of treatment of alopecia areata
61

ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГИЯ

ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГИЯ

OTORHINOLARYNGOLOGY

Назаров З.Х.

Асосноккунии илмию клиникии қачшавии миёндевори бинӣ дар кӯдакон аз ҳисоби норасогии калтсий ва фосфор ва усулҳои пешгирии он
65

Назаров З.Х.

Научно-клинические обоснование искривления перегородки носа у детей в связи с дефицитом кальция и фосфора и методы его профилактики
65

Nazarov Z.Kh.

Scientific and clinical basis for deviated of nasal septum in children due to calcium and phosphorus deficiency and methods for its prevention
65

ОФТАЛМОЛОГИЯ

ОФТАЛЬМОЛОГИЯ

OPHTHALMOLOGY

Махмадзода Ш.К., Мирзоев С. М., Маликов М.Х., Останаева П.М.

Таҳқиқоти сифати ҳаёти беморони гирифтори глаукома пас аз гузаронидани синустрабекулэкстомия
70

Махмадзода Ш.К., Мирзоев С.М., Маликов М.Х., Останаева П.М.

Исследование качества жизни у больных с глаукомой после проведения синустрабекулэкстомии
70

Sh.K. Mahmudzoda, S.M. Mirzoev, M.Kh. Malikov, I.A. Ostanaeva P.M.

Study of quality of life in patients with glaucoma after sinustrabeculectomy
70

**СТОМАТОЛОГИЯ****Сайдахмадов Ш.Б.**

Хусусиятҳои ҷараёни кли-
никӣ ва оптимизатсияи
муолиҷаи ҷарроҳии омосҳо
ва равандҳои омосмонанди
забон
73

СТОМАТОЛОГИЯ**Сайдахмадов Ш.Б.**

Особенности клинического
течения и оптимизация
оперативного лечения опу-
холей и опухолеподобных
процессов языка
73

STOMATOLOGY**Saydahmadov Sh.B.**

Features of the clinical course
and optimization of operative
treatment of tumors and
tumor-like processes of the
tongue
73

Юсупова З.Х., Артикова Н.К.

Статуси имунии беморони
ғирифтори бемориҳои пардаи
луобии ковокии даҳон дар
заминаи сирояти вирусӣ дар
шахсоне, ки конструксияҳои
ортопедиро истифода мекунанд
80

Юсупова З.Х., Артыкова Н.К.

Иммунный статус больных
с заболеваниями слизистой
оболочки полости рта на
фоне вирусной инфекции у
лиц, пользующихся ортопе-
дическими конструкциями
80

Yusupova Z.Kh., Artykova N.K.

Immune status of patients
with diseases of the oral
mucosa against the
background of viral infection
in persons using orthopedic
structures
80

ТИББИ ОИЛАВӢ**Мукарамова Д.А.,****Кабирзода Т.Д., Тоирова Н.А.**

Вазъи ғизогирии модарон
ва кӯдакони синни хурд дар
Тоҷикистон
88

СЕМЕЙНАЯ МЕДИЦИНА**Мукарамова Д.А.,****Кабирзода Т.Д., Тоирова Н.А.**

Ситуация с питанием мате-
рей и младенцев
в Таджикистане
88

FAMILY MEDICINE**Mukaramova D.A.,****Kabirzoda T.D., Toirova N.A.**

Maternal and infant nutrition
situation in
Tajikistan
88

ФАРМАКОЛОГИЯ**Гулмахмадзода З.Г.**

Синтези ҳосилаи тиадиазо-
лопиримидин бо фрагменти
фенолӣ
92

ФАРМАКОЛОГИЯ**Гулмахмадзода З.Г.**

Синтез производного
тиадиазолпиримидина с
фенольным фрагментом
92

PHARMACOLOGY**Gulmahmadzoda Z.G.**

Synthesis of thiadiazolepy-
rimidinederivative with
phenol fragment
92

**Гулмахмадзода З.Г., Юсуфӣ
С.Ҷ., Озеров А.А., Василев
П.М., Голубева А.В.**

Пешгӯии спектри фаъолии
ҳадафраси фармакологии
маводи доругии «броммет-
рин» дар системаи
microcosm bios ва муайян
кардани ҳадафҳои биологии
мувофиқ
94

**Гулмахмадзода З.Г., Юсуфӣ
С.Дж., Озеров А.А.,
Васильев П.М., Голубева А.В.**

Прогноз в системе
microcosm bios спектра
таргетной фармакологичес-
кой активности лекарствен-
ного средства «броммет-
рин» и выявление релевант-
ных биомаркеров
94

**Gulmahmadzoda Z., Yusufi
S.J. Ozerov A.A., Vasilyev
P.M., Golubeva A.V.**

Forecast in the microcosm
bios system of the spectrum of
targeted pharmacological
activity of the drug
“brommetrin” and
identification of relevant
biomarkers
94



Мавлоназарова С.Н.

Муҳтавои пайвастагиҳои фенолӣ ва ғаълонокии антиоксидантии намуди эндемикӣ растаниҳои ҷинси *ferula - ferulaviolaceae* коровин

99

Мавлоназарова С.Н.

Содержание фенольных соединений и антиоксидантная активность эндемичного вида растений рода *ferula - ferulaviolaceae* коровин

99

Mavlonazarova S.N.

Content of phenolic compounds and antioxidant activity of an endemic plant species of the genus *ferula - ferula violaceae* korovin

99

ҶАРРОҲӢ

ХИРУРГИЯ

SURGERY

Гулшанова С.Ф.,

Исмоилзода С.С., Гулзода М.Қ., Мирғозиев М.М.
Бемориҳои ҳамроҳшуда дар беморони дорои сиррози ҷигар

103

Гулшанова С.Ф.,

Исмоилзода С.С., Гулзода М.Қ., Мирғозиев М.М.
Сопутствующие заболевания у больных циррозом печени

103

Gulshanova S.F.,

Ismoilzoda S.S., Gulzoda M.Q. Mirgozиеv M.M.
Concomitant diseases in patients Cirrhosis of the liver

103

Қобиллов Қ.Қ., Ашуров А.С., Холов И.Ш.

Имконияти усулҳои миниинвазивӣ дар табобати ҷарроҳии холесистити шадиди сангдори оризанок

108

Қобиллов Қ.Қ., Ашуров А.С., Холов И.Ш.

Миниинвазивные методы хирургического лечения осложнённых форм острого калькулёзного холецистита

108

Kobilov K. K., Ashurov A.S., Kholov I.Sh.

Minimally invasive methods opportunities during the surgical treatment of complicated form the acute calculous cholecystitis

108

Ҳофизова Г.А.

Технология лапароскопӣ дар ҷарроҳии решҳои сӯрохшудаи меъда ва рӯдаи дувоздахангушта

111

Ҳофизова Г.А.

Лапароскопические технологии в лечении перфоративных гастродуоденальных язв

111

Khofizova G.A.

Laparoscopic technologies in the treatment of perforated gastroduodenal ulcers

111

ШАРҲИ АДАБИЁТ

ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ

LITERATURE REVIEW

Бабаева Л.А., Разоқова К.Р., Ашурова Н.П.

Синдроми бронхообструктивӣ дар кӯдакон

119

Бабаева Л.А., Разоқова К.Р., Ашурова Н.П.

Бронхообструктивный синдром у детей

119

Babaeva L.A., Razoqova K.R., Ashurova N.P.

Broncho-obstructive syndrome in children

119

Умаров А.А., Соҳибов Р.Ф., Умарова С.А., Шарифова Н.Ҷ.

Баъзе ҷиҳатҳои патогенез ва омилҳои ҳафнок дар фишорбаландии шараёнии систоликии маҳдуд

125

Умаров А.А., Соҳибов Р.Г., Умарова С.А., Шарифова Н.Дж.

Некоторые аспекты патогенеза и факторов риска при изолированной систолической артериальной гипертонии

125

Umarov A.A., Soibov R.G., Umarova S.A., Sharifova N.J.

Some aspects of pathogenesis and risk factors on isolated systolic arterial hypertension

125



**Назаров Ш.К., Хасанов
Н.Ш., Назаров Ҳ.Ш.,
Ализода С.Ғ.**

Масъалаҳои ҳалталаби
ҳозиразамони бартарарфна-
моии маҷмӯии пасомадҳои
перитонити фасодии паҳн-
гашта
132

**Назаров Ш.К., Хасанов
Н.Ш., Назаров Ҳ.Ш.,
Ализода С.Ғ.**

Современные проблемы
комплексной ликвидации
последствий распростра-
ненного гнойного перито-
нита
132

**Nazarov Sh.K., Khasanov
N.Sh., H.Sh. Nazarov,
Alizoda S.G.**

Modern problems of
complex elimination of
consequences of
different purulent
peritonitis
132

ҒАЙРИТИББӢ

Абдурахмонов З.

Рушди тибби Бадахшон ва
ҳалли мушкилоти таъмини
соҳаи тиб бо мутахассисо-
ни маҳаллӣ дар солҳои 60-
70-уми асри ХХ
143

Файзуллоев Ғ.Ғ.

Нақши таҳаммулпазирӣ
дар низоми арзишҳои
маънавии тамаддуни
башар
147

Қурбонов С.Р., Бандаев И.С.

Беморшавии муқоисавии
мутахассисони оилавӣ ва
қормандони тиббии муас-
сисаҳои зиддисилӣ ба бемо-
рии сил дар Ҷумҳурии
Тоҷикистон дар давраи
солҳои 2009-2018
153

НЕМЕДИЦИНСКИЕ

Абдурахмонов З.

Развитие системы здравоохранения
Бадахшана и реше-
ние обеспечения отрасли
местными кадрами в 60-70-е
годы ХХ века
143

Файзуллоев Ғ.Ғ.

Роль толерантности в
системе духовных ценнос-
тей человеческой
цивилизации
147

Қурбонов С.Р., Бандаев И.С.

Сравнительная заболевае-
мость туберкулёзом семей-
ных специалистов меди-
цинских работников проти-
вотуберкулезных учрежде-
ний в Республике Таджикис-
тан в период 2009-2018 гг.
153

NON-MEDICAL

Abdurahmonov Z.

Development of health care
system of Badakhshan and
decision of lack of specialist
problem during of 60-70-s
years of xx century
143

Fayzulloev G.F.

The role of tolerance in the
moral value system of human
civilization
147

Kurbonov S.R., Bandaev I.S.

Comparative incidence of
tuberculosis among family
specialists and medical
workers of TB institutions in
the Republic of
Tajikistan in
the period 2009-2018
153



АНЕСТЕЗИОЛОГИЯ

УСУЛҲОИ ИНТИХОБИ АНЕСТЕЗИЯ ҲАНГОМИ ЧАРРОҲИИ МАЙНАИ САР

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

Кафедраи анестезиология ва реаниматологияи МДТ ДДТТ ба номи Абуалӣ ибни Сино

Мубрамият. Усулҳои муосири анестезия истифодаи воситаҳои муқараркунандаи гемодинамикаи марказӣ (ГМ), чараёни хуни минтақавӣ ва микросиркулятсия, аз ҷумла дар узви чаррохишавандаро дар назар дорад. Ин маҳсусан дар чароҳии мағзи сар (МС) дар беморони нейрочарроҳӣ дуруст аст, зеро вайроншавии гемодинамикии минтақавии мағзи сар ба рушди илтиҳоби мағзи сар мусоидат мекунад ва бо ин роҳ гипопоксияи онро ба вучуд меорад. [1,2,3,5].

Принсипҳои асаосии таъмини анестезиологӣ дар ҳолатҳои нейрочароҳӣ ноил шудан ба анестезияи боэътимод ва ба осонӣ идора шавандаро бидуни таъсири манфӣ ба фишори дохилии косахонаи сар (ФДКС), Чарёни мағзи сар (МС) ва гемодинамикаи системавӣ, инчунин эҷоди муҳофизати антигипоксии мағзи сар аз ишемияи маҳаллӣ ё умумиро дар бар мегирад. [1,2,4,6,8].

Дар робита ба ин, талаботи асосӣ ба анестезияи “идеалӣ” дар ҳолатҳои нейрочароҳӣ таҳйя карда мешавад. Чунин анестетик бояд фишори дохилии косахонаи сар, миқдори хунгардиши мағзи сар ва талаботи оксиген ба онро коҳиш диҳад ва таносуби онҳоро дар сатҳи минималӣ нигоҳ дорад. Ба авторегулятсияи хунгардиши мағзӣ таъсири минималӣ расонад, гипотензияи шараёниро дар ҳама гуна марҳилаҳои чароҳӣ ба осони идора карда тавонад, таъмини бедоршавии бармаҳал ва барқарор кардани функсияи системаи марказири асабро дар охири амалиёт дошта бошад. [1,2,3,4,6,7].

Мақсади кор. Интиҳоби усули оптималии анестезия ва самаранокии он ҳангоми амалиётҳои чарроҳии маёнаи сар, ки ба паст кардани зухуроти фишори дохилии косахонаи сар, нигоҳ доштани нишондиҳандаҳои устувори гемодинамикаи системавӣ, нигоҳ доштани нишондиҳандаҳои оптималии фишори марказии перфузияи мағзи сар, аналгезияи кофӣ ичунин ба бедоршавии бармаҳал мусоидат мекунад.

Мавод ва усулҳои тадқиқот. Дар шӯъбаи эҳёгарии калонсолони МДММТ ҶТ «Шифо-

бахш» 38 бемор бо таъхисҳои омосҳои гуногуни мағзи сар бистарӣ буданд, ки сину соли миёнашон аз 20 то 60 солро дар бар мегирад тадқиқот гузаронида шуд. Аз ин онҳо 15 (39,5%) занон ва 23 (60,5%) мардон мебошанд. Давомнокии чарроҳӣ аз 2 соат 40 дақиқа то 3 соат 50 дақиқа мебошад. Вобаста ба сину сол ва анамнези беморӣ пешдармонӣ бо усули стандартӣ (атропин 0,1% - 0,01 - 0,02 мг/кг, димедрол 1% - 0,5 - 1,0 мг/кг, сибазон 0,5% - 2,0 мл, промедол 2% - 1,0) 30-40 дақиқа дар ҳуҷраи бистарӣ амалӣ карда шуд. Бо мақсади муайян намудани самаранокии таъсири анестезия беморон ба 3 гурӯҳ ҷудо карда шуданд. Гурӯҳи 1-ум 12 (31,5%) бемор, ки анестезия бо маҳлули кетамин (1,5 - 2,0 мг/кг) + оксибутират натрий (20 - 40 мг/кг) + фентанил 4,0 - 6,0 мкг/кг + ардуан (0,6-0,7 мг/кг) бо нигоҳ доштани нафаси сунъӣ.

Гурӯҳи 2-юм 13 (34,2%) бемор анестезия бо маҳлули тиопентал Na - 1% (5,0 - 7,0 мг/кг) + оксибутират натрий - 20% (20 - 40 мг/кг) + фентанил 4,0 - 6,0 мкг/кг + ардуан (0,6-0,7 мг/кг) + нафаси сунъӣ.

Гурӯҳи 3-юм 13 (34,2%) бемор, ки анестезия бо маҳлули пропофол (3,0 - 6,0 мг/кг) + оксибутират натрий - 20% (20 - 40 мг/кг) + фентанил 4,0 - 6,0 мкг/кг + ардуан (0,6-0,7 мг/кг) + бо нигоҳ доштани нафаси сунъӣ ҳар 15-20 дақиқа пас. Дар рафти чароҳӣ ва пас аз он барои самаранокии усули интиҳобкардаи анестезия чунин мониторинги маҷмӯи усулҳои клиникӣ гузаронида шуд: ФШ, набз, соатуратсияи оксиген (SAO₂) ва (CO₂).

Натиҷаҳои кор ва муҳокимаи он. Натиҷаи тадқиқотҳо нишон медиҳад: Гурӯҳи аввали анестетикҳо кетамин ва аналогҳои он (калпсол, кетанест) ба ҳисоб меравад. Ба онҳо таъсири вазодилататсияи серебрялӣ ичунин таъсири гипертензияи системавӣ хос мебошад. Бо назардошти қобилияти баланд бардоштани фишори дохилии косахонаи сар (ФДКС), аз ҳисоби фаъолшавии диссоциативии сохтори системаи марказии асаб, зиёдшавии хунтаъминкунии мағзи сар шаҳодат медиҳад, ки сари



вақт қатъиян истифодаи он ҳамчун маводи моноанестезия алалхусус дар беморони ФДКС дошта манъ аст. Дар сурати набудани вайронкунии авторегулятсияи хунгардиши мағзӣ инчунин дар якҷоягӣ истифодаи (бензодиазепинҳо, аналгетикҳои наркотикӣ, гипервентиллятсия) метавонад таъсири ноҳолами вазодилатории мағзи сар ва гипертензияи системавино бартараф кунад.

Тадқиқотҳои гузаронидашуда самаранокии онро исбот мекунанд ва нишон медиҳанд, ки аз ҷониби хуни системавӣ, хунгардиши мағзи сар ва ҳифзи механизмҳои авторегуляторӣ тағйироти манфӣ, алалхусус пас аз ворид кардани бензодиазепинҳо (сибазон, седуксен) ва гузаронидани гипервентиллятсия вучуд надорад.

Гурӯҳи дуҷуми доруҳои истифодабурда тиопентал мебошад, ки фишори дохили косахонаи сар ҳангоми истифодаи тиопентал нисбат ба фишори шараёнӣ камтар мешавад, аз ин рӯ фишори серебрялию перфузионӣ одатан баланд мешавад. Дору боиси депрессияи аз вояи вобаста ба метаболизми мағзи сар ва гардиши хуни мағзи сар мегардад, то ондаме, ки изолиния дар электроэнцефалограмма пайдо шавад. Ин сатҳ ба 50% кам шудани эҳтиёҷоти метаболикии мағзи сар мувофиқат мекунад ва афзоиши минбаъдаи вояи бо боздории иловагии мубодилаи моддаҳо ҳамроҳӣ намекунад. Тиопентал танҳо дар минтақаҳои хунтаъминшудаи мағзи сар вазоконстриксияро ба вучуд меорад, зеро дар минтақаҳои ишемия рағҳо ба қадри имкон васеъ ва дар ҳолати фалаҷи вазомоторӣ қарор доранд. Ин таъсир ба афзоиши гардиши хуни минтақавии мағзи сар дар минтақаҳои ишемия (феномени Робин Гуд) вобаста аст.

Гурӯҳи сеҷуми доруҳо аз пропофол иборат аст. ҳангоми анестезияи дохили варидии то-

талӣ, чузъи гипнотикӣ бештар бо анестетикҳо (пропофол) таъмин карда мешавад. Пропофол инчунин яке аз доруҳои самараноки пасткунандаи фишори дохилии косахонаи сар мебошад. Бо ин мақсад онро бо суръати 4-12 мкг/кг/соат ворид мекунанд. Таъсири цереброваскулярӣ дорад, ки ба барбитуратҳо монанд аст. Аммо, таъсири боэътимоди нейропротективии пропофол пас аз ишемияи мағзи сар нишон дода нашудааст. Дору фишори дохили косахонаи сар ва гардиши мағзи сарро коҳиш медиҳад. Депрессияи гемодинамика, фишори серебрялию перфузионии мағзи сарро нисбат ба барбитуратҳо камтар мекунад. Метавонад дилбеҳузурӣ ва қайқуниро пас аз ҷарроҳӣ коҳиш диҳад.

Хулоса. Истифодаи маҳлули кетамин дар ҷароҳии мағзи сар бо назардошти қобилияти баланд бардоштани фишори дохилии косахонаи сар (ФДКС), ҳамчун маводи моноанестезия қобили қабул нест, аммо дар якҷоягӣ бо истифодаи (бензодиазепинҳо, аналгетикҳои наркотикӣ ва гипервентиллятсия) метавонад таъсири ноҳолами вазодилатории мағзи сар ва гипертензияи системавино бартараф кунад.

Тиопентал Na фишори дохили косахонаи сарро нисбат ба фишори шараёнӣ камтар карда фишори серебрялию перфузиониро одатан баланд мекунад, ки боиси пастшавии фишори дохили косахонаи майна мегардад. Иҷунин ба метаболизми мағзи сар таъсири ноҳолам намерасонад.

Таъсири пропофол бо барбитуратҳо шабоҳат дошта истифодаи он дар рафти ҷароҳии мағзи сар аз руи вояи 4-12 мкг/кг/соат самаранок мебошад. Зеро ин фишори дохилии косахонаи сарро паст намуда дар раванди мубодилаи моддаҳо таъсири ноҳолам намерасонад.

Адабиёт

1. Перепелица С.А., Долгих В.Т., Кузовлев А.Н. Анестезиология и реаниматология. Боль и обезболивание. 2022г.
2. Морган Дж.Э. Клиническая анестезиология. 4-издание «Бином», 2022г.
3. Сумин С.А., Шаповалов К.Г. Анестезиология, реаниматология и интенсивная терапия. 2-е издание. 2021г.
4. Ахмедов Д.А., Шамсзода Х.А., Давлатов Б.Х., Нуров А.П., Особенности обезболивания сопутствующих заболеваний. Учебное пособие. Душанбе. 2018. – 99с.
5. Крылов В.В. Нейрореаниматология. Практическое руководство / В.В. Крылов, С.С. Петриков, Г.Р. Рамазанов, А.А. Солодов // Библиотека врача – специалиста. 2-е изд. Перераб. и доп. -М.: ГЭОТАР Медиа, 2016. 171с.



6. Овечкина А.М. «Анестезиология и интенсивная терапия» /Под ред. А.М.Овечкина. – М.: Изд. «Бином», 2011. 408с
7. Барак П.Д., Куллен Б.Ф., Стелтинг Р.К. Клиническая анестезиология. 2007г.
8. Бунятян А.А., Буров Н.Е., Гологорский В.А. Руководство по анестезиологии. 1994

ВЫБОР МЕТОДА АНЕСТЕЗИИ ВО ВРЕМЯ ОПЕРАЦИИ НА ГОЛОВНОМ МОЗГЕ

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

Кафедра анестезиологии и реаниматологии ГОУ ТГМУ имени Абуали ибни Сино

Резюме. В отделении взрослых анестезиологии и реанимации ГУ НМЦ РТ «Шифобахш» зарегистрировано 38 пациентов с диагнозом различных опухолей головного мозга, средней возраст которых составляет от 20 до 60 лет. Из них 15 (39,5%) женщин и 23 (60,5%) мужчин. С целью изучения эффективности анестезии и их воздействия на мозг,

нами были использованы в ходе операции 3 анестезиологические номенклатуры. В ходе процедуры и после неё для эффективности селективного метода анестезии проводился такой мониторинг комплекса клинических методов: АД, пульс, почасовой (SaO₂) и (CO₂).

Ключевые слова: анестезия, мағзи сар, кетамин, тиопентал натрий, пропофол.

CHOOSING THE METHOD OF ANESTHESIA DURING BRAIN SURGERY

Davlatzoda B. Kh., Safoev S. A., Fayzaliev N. F.

Department of anesthesiology and resuscitation of the SEI «ATSMU»

Summary. 38 patient diagnosed with various brain tumors, whose average age ranges from 20 to 60 years, were registered in the Department of Adult Intensive Care and intensive care of the State Medical Center of the Republic of Tajikistan «Shifobakhsh». Of these, 15 (39,5%) are women and 23 (60,5%) are men. In order to study the effectiveness of anesthesia and their effects on the

brain, we used 3 anesthetic nomenclatures during the operation. During the procedure and after it, for the effectiveness of the selective method of anesthesia, such monitoring of a complex of clinical methods was carried out: blood pressure, pulse, hourly oxygenation (SO₂) and (CO₂).

Key words: Anesthesia, brain surgery, ketamine, thiopental sodium, propofol.

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

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

Файзалиев Навруз Файзалиевич - ассистенти кафедраи анестезиология ва реаниматологияи МДТ ДДТТ ба номи Абуали ибни Сино. Тел.933040494

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

Сафоев Саади - ассистент кафедры анестезиологии и реаниматологии ГОУ ТГМУ имени Абуали ибн Сино. Тел.888.858.859

Файзалиев Навруз Файзалиевич - ассистент кафедры анестезиологии и реаниматологии ГОУ ТГМУ имени Абуали ибн Сино. Тел.933040494

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

Saadi Safoev -assistant of the Department of Anesthesiology and Reanimatology, SEI «ATSMU».888.858.859

Navruz Fayzaliev - assistant of the Department of Anesthesiology and Reanimatology, SEI «ATSMU» Тел.933040494

БЕМОРИҲОИ ДАРУНӢ

МОНИТОРИНГИ ХУСУСИЯТҲОИ КЛИНИКИИ БЕМОРИҲОИ СИСТЕМАИ ДИЛУ РАҒҲО ДАР МАВРИДИ БАРТАРАФКУНАНДАГОНИ ОҚИБАТҲОИ САДАМАИ САБ-И ЧЕРНОБИЛ ДАР МУҲЛАТИ ДУР

Меҳмонов П.Х., Юсупова М.Х., Бобохочаева З.Б.

Кафедраи бемориҳои дарунии № 1-и МДТ “ДДТТ ба номи Абуалӣ ибни Сино”.

Хусусиятҳои эпидемиологӣ ва клиникаи бемориҳои асосии дилу рағҳо – фишорбаландии шарёнӣ (ФШ), шаклҳои атеросклерозӣ ва микрорагии бемории ишемии дил (БИД) ва оқибатҳои онҳоро дар бартарафкунандагони оқибатҳои садама (БОС) зимни стансияи атомию барқии Чернобил (САБЧ) тибқи маълумотҳои маркази ҷумҳуриявии клиникаи бемориҳои касбии муоинаи кардиологӣ ва назорати преспективии 36-солаи амрози ошкоргардида баррасӣ карда шуд.

Калимаҳои калидӣ: бартарафкунандагони оқибатҳои садамаи Чернобил, фишорбаландии шарёнӣ, бемории атеросклерозии икклилӣ ва микрорагӣ, оқибатҳо.

Муҳиммият. Аз садама дар стансияи атомию барқии Чернобил (САБЧ) чоряк аср сипарӣ гардидааст. Ин ҳодиса собиқаи беназир дошта, дар шабакаи умумисоматикӣ зарурати расонидани ёрии амбулаторӣ ба одамоне, ки бо шуозании ионишуда (ШИ) робита доштанд, инчунин аз нуқтаи назари экспертизаи тиббӣ-судӣ талаботи арзёбии ҳолати солимии онҳоро ба миён овард. Муҳаққиқон бар онанд, ки беморшавӣ ва фавтнокӣ аз амрози дилу рағҳо дар иштирокчиёни пасазсадавии САБЧ ба монанди сатҳи полиморбиднокӣ (яъне бемориҳои якҷояи системаи дилу рағҳо (СДР) ва дигар узву системаҳо) дар синни қобилияти корӣ қиёсан ба нишондиҳандаҳои популятсионӣ саҳеҳан зиёд аст. Мақолаҳои бешумор аз хусуси дараҷаи баланди паҳншавии фишорбаландии шарёнӣ (ФШ), бемории ишемии дил (БИД) ва ма“зи сар (БИМС) ё инҳироф дар нишондиҳандаи функционалии СДР (хусусиятҳои та“йироти электрокардиограмма, басомад ва навъи ҳалалёбии назми дил, инчунин маълумотҳои ТУС-и дилу рағҳо) тасдиқи гуфтаҳои мост [6, 9—11]. Дикқатч-

албкунанда аст, ки маводҳои гирдомада асосан маълумотҳои эпидемиологиро аз хусуси шаклҳои нисбатан бештар ташхисшаванда инъикос менамояд. Дар баъзеионҳопаҳншавии омилҳои анъанавии хатар ОХ, бар шумули ҳолати эмотсионалии бартарафкунандагони оқибатҳои садама (БОС) низ таҳлил шудааст [2]. Дар нисбати вояи “кам”-и ШИ назари устувор ба миён омадааст: таъсири радиатсионии ҳаммонанд боиси амрози шадиди шуоӣ намегардад, пас барои организми одам бехатар буда, аниқтараш дорои таъсири гормезисӣ мебошад [1, 4, 12, 13]. Зимни адабиёти муосир таҳқиқот аз хусуси оқибатҳои имконпазири патофизиологӣ ва патоморфологии ШИ ба вояи кам ба СДР дар шароити табиӣ онтогенези организми одам ва робитаи мураккаби он бо муҳити атроф амалан ба назар намерасад. Ҳалли чунин вазифаҳо метавонад ба мониторинги дарозмуҳлати клиникаи ҳолати системаи дилу рағҳои БОС ба САБЧ ё когорти шабеҳи ба таъсири вояи “ккам”-и ШИ мубталошуда мусоидат мекунад. Аммо чунин корҳо бо истифодаи усулҳои маълумотнокиаш баланд ва саҳеҳи ССД дар шароити клиникӣ, назорати инкишофи ҳолати минбаъдаи он, хусусияти оқибатҳо бо муқоисаи маълумотҳои ҳосилшуда дар натиҷаи омпзиши таҷрибавии таъсири вояи “кам”-и радиатсия дар сатҳи ҳуҷайравӣ-молекулярӣ дар адабиёти дастрас ба назар нарасид.

Мақсади таҳқиқ. Таҳлил намудани хусусият ва махсусиятҳои чараёни клиникаи бемориҳои асосии дилу рағҳо дар БОС тили 36 сол, ки баъди садама дар САБ Чернобил ба вуқӯ пайвастанд.

Мавод ва усулҳои таҳқиқ. Таҳлили когортии дурнамои клиникӣ-эпидемиологӣ тили 28 сол – аз соли 1994 то 2022 ба амал оварда



шудааст. Дар оянда шеваи муқоисавии клиникӣ-таҳлилӣ ба кор бурда шуд: маълумотҳои клиникӣи БОС дар раванди эволютсияи табиӣ бо натиҷаи таҳқиқоти таҷрибавии *in vitro* муқоиса карда шуд. Ҳамагӣ дар маркази клиникӣи ҷумҳуриявӣи бемориҳои касбӣ 708 БОС ба САБЧ, ки аз муоинаи аввалин 339 нафар гузаштанд. Синни миёна $53,6 \pm 8,1$ солро ташкил меод. Ҳангоми муоинаи аввалӣ (солҳои 1994—1999) дар баробари таҳқиқоти стандартӣ, ки Ҷамъияти умумироссиягӣи илмӣи кардиологҳо (ҚУИК) барои беморони соҳаи кардиология тасдиқ намудааст. Ҳолати перфузияи миокардиалӣ тавассути синтиграфияи миокард бо ¹⁹⁹Tl-хлорид арзёбӣ гардид; дараҷаи калсинози шарёни икلیل — денситометрияи калсии икلیل. ТУС-и дил (арзёбии гемодинамикаи дохили дил) ва рағҳои канорӣ (мавҷудияти дигаргуниҳои атеросклерозӣ ва ҳолати ҷараёни магистральной хун) амалӣ карда шуд. Ишондихандаҳои танзими гормонии метаболизми энергетикӣ (сатҳи глюкоза, инсулин, кортизол, соматотропин, гормонҳои тиреоидӣ) ва ҳолати

мубодилаи карбогидратҳо арзёбӣ гардид. Тестикунонии психологӣ ба воситаи СМОЛ бо машварати баъдинаи психотерапевт ба роӣ арзёбии ҳолати психоэмотсионалӣ ба ҳогузорӣ карда шуд: басомад, хусусият ва зӯхуроти ихтилолотӣ эмотсионалӣ. Илова бар ин, паҳншавии омилҳои бештар дучоршавандаи конвенсиалӣ (сигоркашӣ, ҷарбандӣ, ҳалалёбии таҳаммулпазирӣ ба глюкоза, гиперхолестеринемия), конститутсионалӣ-генетикӣ ва касбии хатар таҳлил карда шуданд. Натиҷаҳо бо усули омори та“й-ирёбанда бо истифодаи аз барномаи Statistica 6.0 for Windows бозбинӣ шуданд. Коэффитсиенти $p < 0,05$ барои саҳеҳият ба кор бурда шуд.

Натиҷаҳои мониторинги клиникӣ: Таҳлили панҷсолаи беморшавӣ нишон дод, ки соҳтори амрози дилу рағҳо дар байни БОС ба САБЧ ба таври кофӣ якхела ҳифз шуда, ФШ, шакли атеросклерозӣ (ШАС) ва микрорагӣ (ШМР)-и БИД дар бар мегирифт. Аммо дар давраҳои гуногуни вақт таносуби нозологияи ошкоршуда тадриҷан дигаргун мешуд (ҷадвали 1).

Ҷадвали 1.- Динамикаи бемориҳои асосии дилу рағҳо дар баргарафкунадагонии оқибатҳои садама дар САБЧ

Нишондиханда	1994-1999		2000-2005		2006-2011		2012-2017		2018-2022		Ҳамагӣ	
	мутл:	%	мутл:	%	мутл:	%	мутл:	%	мутл:	%	мутл:	%
Ҳамагӣ беморон	44	100	58	100	66	100	78	100	93	100	339	100
ФШ ҳамроҳ	28	63,6	42	72,4	51	77,2	62	79,5	78	83,8	261	77,0
ШМРБИД	19	43,2	15	25,8	19	28,7	25	32,0	31	33,3	109	32,2
ШАСБИД	26	59,0	34	58,6	45	68,1	58	74,3	66	71,0	229	67,6
Син	46,6±4,1		50,1±6,4		53,3±6,8		55,6±4,4		56,6±3,6		52,1 ± 7,5	

Басомади баланди паҳншавии ФШ, ки дар 77,0%-и муоинашудагонии статсионари БОС-ташхис гардид, пеш аз ҳама тавачҷух ҷалб намуд. Ин ҳолат дар маҷмуъ ҷунинҳоро, ки дар тамоми гурӯҳҳои БОС-и Душанбе муқаррар шудаасту дар маркази ҷумҳуриявӣи клиникӣи бемориҳои касбӣ (ш. Душанбе) ба қайд гирифта шудааст, тақрор намуд аммо нишондихандаҳо 1,5 – 2 маротиба дар сатҳи популятсионӣ дар ҚТ дар маҷмуъ, хусусан дар сокинони ноҳияҳои тобеъ зиёдтар буд (38%). Таҳлили ретроспективӣи анамнези беморӣ муқаррар намуд, ки дар аксари иштирокчиёни БОС ФШ баъди аз 4,0 то 15,1 соли корҳои баъдисадамавии САБЧ намоён гардид, ки ба

маълумотҳои адабиёт мувофиқат менамуд. Дар 79,4%-и БОС-и дар статсионар муоинашавандагон ФШ дар марҳалаҳои II—III паҳншудаи беморӣ ташхис карда шуд, зеро аксаран беморон беимптом ҷараён мегирифт. Дар 67,2%-и онҳо барои ташаккулёбии БИД ва бемории ма“зисариву рагӣ (БМР) замина ба ҳисоб меравафт, ки баробари оидзоҳои онҳост. Нишонаҳои атеросклерозии рағҳои икلیلӣ ва канорӣ дар ашхоси гирифтдор ба ФШ ба ҳисоби миёна баъд ($15,7 \pm 6,8$ сол) аз аввалин бақайдгирии клиникӣи фишорбаландии шарёни таҳхис карда шуд. Шакли атеросклерозии БИД дар маҷмуъ зимни 48,6%-и БОС (77 одам, синни миёна $50,2 \pm 7,4$ сол) тасдиқ карда шуд. Дар

давраи мониторингтеъдоди ходисаҳо бо тасдиқи ШАС БИД аз число случаев с подтвержденной АСФ ИБС аз 59,0% (солҳои 1994—1999) то 71,0% (солҳои 2018—2022) афзуд. Синни БОС аз 40 то 63 сол (ба ҳисоби миёна $52,2 \pm 7,1$ сол)-ро ташкил меод. ОИМ в этой подгруппе перенесли 28,5% ЛПА в среднем возрасте ($49,8 \pm 6,5$) года. Дар мавриди 87,0%-и муоинашудаҳо атеросклерози шарёни икклилӣ бо тангшавии атеросклерозии рағҳои канорӣ (брахиотсефалӣ, шарёнҳои гурда, рағҳои андомҳои поёни) яқоя шудааст. Шакли микрорагии БИД дар тамоми давраи мониторинг ҳангоми 69 одам ташхис карда шуд. Шарҳи муфассали зухуроти клиникии охири, бар шумули ҳолати сохторӣ-функционалии рағҳои миокард ва канорӣ, нишондиҳандаи функционалии СДР, хусусиятҳои танзими метаболизми энергетикӣ, механизмҳои имконпазири марги муфочои икклилӣ дар моқолоти пештар нашршуда оварда шудааст [7, 8]. Ҳамзамон бо ҳамон сабабҳои пайдошавии ШМР-и БИД (ба монанди патогенези он) дар марҳалаи омпзиш қарор дорад ва эҳтимол полиэтиологӣ бошад. Қайд кардан зарураст, ки дигаргуниҳои сохторӣ ба монанди дар рағҳои зинаи микрогардиши маҷрои рағӣ ошкоргардида, дар рағҳои канорӣ низ (муовики-биоптатималофаишпстӣ-мушакӣ) зоҳир шудааст. Ин нукта аз системанокии раванди амсиласозии маҷрои реамсилашуда дар гурӯҳҳои муоинашуда далолат менамояд, ки муҳаққиқони дигар низ тасдиқ гардидааст. Шакли микрорагии БИД аҳамияти дигар низ дорад ва барои он ки дар 19 нафар аз 44 бартарафкунандагоне, ки солҳои 1994-1999 муоина шудаанд, динамикаву оқибатҳои про муддати 15 соли баъдина имконпазир гардид. Қайд

кардан зарур аст, ки дар дараи муоинаи аввалӣ теъдоди максималии ашҳоси мубтало ба ШМР (74 %) дар синни аз 30 то 49-сола (ба ҳисоби миёна $41,7 \pm 3,5$ -сола) қарор доранд (ҷадвали 2). Зимни муоинаи проспективӣ муқаррар гардид, ки дар 9 (11,1%) нафар аз онҳо ОИМ инкишоф ёфт, зимнан 8 нафар аз ин шумор бо сабаби марги муфочои икклилӣ (ММИ) фавтиданд. Дар мавриди 7,5% аз теъдоди умумии беморони гирифта ба КМСБ гоҳ-гоҳ пароксизм ё шакли доимии фибриллятсияи пешдилба қайд гирифта шудааст, ки даҳолати аритмолог ва насб кардани ронандаи сунъии назро талаб менамояд. Далеле мавриди тааҷҷуб аст, ки дар 5 (9,4%) бемори мубтало ба ШМГ-и иллатнокшавии рағҳо ва сатҳи муътадили ФШ сактаи маъъна (СМ) инкишоф меёбад, дар ҳоле ки дар ашҳоси гирифтаи ФШ-и мунтазам муолиҷакунандаву дар назди кардиолог назорат мекунанд чунин ҳолатҳо ошкор нагардид. Қайд кардан зарур аст, ки оқибатҳои ноғузир (ММИ, СМ, ОИМ) дар мавриди бемороне, ки аз ҳамкорӣ бо табиб даст кашидаанд ва (ё) муолиҷаи патогенезӣ қабул накарданд. Ҳангоми муоина солҳои 2004—2008 коҳиш ёфтани басомади зоҳиршавии ШМР БИД мушоҳида гардид, дар ҳоле ки атеросклерози тангкунандаи КА тайи ин давра зимни 47,2% муоинашудаҳо тасдиқ гардид. Дигаршавии ин таносуб ба туфайли боло рафтани сифати диспансеризатсия ва ташхис, инчунин эҳтимол дар натиҷаи раванди атеросклерозии КА дар мавриди беморони мубтало ба зухуроти фавтноки ШМР-и бемории икклилии дил ба амал омад, ки он ҳангоми муоинаи аввалин ошкор гардид. Маълумотҳои муоинаи такрорӣ бо истифода аз КАГ ва (ё) арзёбии миқдори калсии икклилӣ

Нишондиҳандаҳо	АСФ БИД		МСФ БИД	
	Ҳамагӣ ҳодисаҳо	ИМ	Ҳамагӣ ҳодисаҳо	ИМ
Ҳамагӣ беморон	109	32(29,4%)	229	28(12,2%)
Син	$50,1 \pm 6,4$	$53,3 \pm 6,8$	$55,6 \pm 4,4$	$56,6 \pm 3,6$
ФШ ҳамроҳ	90(82,6%)	22(20,2%)	89(38,9%)	12(5,2)
Гурӯҳҳои синнусолӣ	Клиническая манифестация ИБС	Развитие острого ИМ	Клиническая манифестация ИБС	Развитие острого ИМ
То 30-сола	-	-	-	-
30-39-сола	6(5,5%)	-	30(13,1%)	6(21,4%)
40-49-сола	54(49,5%)	21(65,6%)	91(39,7%)	12(42,9%)
50-59-сола	51(46,9%)	27(84,4%)	32(14,0%)	9(32,1%)
Аз 60-сола боло	14(12,8%)	6(18,8%)	16(7,0%)	-



дар КА ба воситаи томографияи спиралии компютерӣ аз он далолат менамояд.

Таҳқиқотҳо нишон доданд, ки тайи давраи гузаштаи дар мавриди 10 (37%) нафар аз 27 кас нишонаҳои атеросклерози тангкунанда ва (ё) калсинози шарёни иклилӣ пайдо шуданд. Зимнан атеросклерози шарёнҳои канорӣ дар ин давраимониторинг дар ҳар ду гурӯҳ тақрибан бо басомади якхелаи ШМР ва ШАС-и БИД (мутаносибан 75,0 ва 87,0%; $p > 0,05$) зохир шуд, ки аз рӯйи дараҷаи тангшавии шарёнҳои брахиотсефали ва рағҳои андомҳои поён ҳамагӣ бо ифодаи ададӣ фарқ мекарданд.

Хулоса. Мувофиқи натиҷаҳои таҳлилшуда чунин бармеояд, ки якҷоя бо як қатор омилҳои муносири техногенӣ ва маишии таъсиррасон ба ШИ бо вояи “кам” таъсири муътадили “айри-хосаи иллатрасон ба ССД мерасонад. Басомади баланди инкишофи ФШ, ки дар байни БОС баъди 1,4-15,2 соли баргаштан аз Чернобил ба 70 % расидааст, афзалан дар ҷавонӣ пайдо шудааст. Дар синни 30–49-солагӣ (синни миёна $41,7 \pm 3,5$ сола) — баъд аз 9–13-соли корҳои пасазсадамавӣ дар 58,9% иштирокчиёни БОС дар САБЧ аввалин симптомҳои клиникаи ШМР-и БИД ошкор шуд. Басомади баланд ва ФШ-и пештар пайдошударо низ эҳтимол ба зухуроти махсуси оқибатҳои таъсири ШИ ба вояи “кам” шомил кардан мумкин аст. Дар ҳолати шароити номусоиди умр ва мавҷуд набудани муолиҷаи патогенезӣ зимни 40 %-и ҳолатҳо ин ҳолати клиникӣ бо оризаҳо дар шакли сактаи дил, инсулти ма“зи сар ва (ё) марги муфочои дил анҷом ёфт. Басомад ва хусуси-

яти инкишофи оризаҳо (дар шакли ШИ, инсулти ма“зи сар, ва тромбози шарёнҳои канорӣ) вобаста ба шаклҳои БИД бо син ҳамба-стагӣ дошт. Ҳангоми ШМР-и БИД қиёсан ба ШАС-и БИД сактаи дил дар синни нисбатан ҷавонтар инкишоф ёфт, хусусан дар синни 30–49 сола ($p < 0,05$), дар ҳоле ки басомади оризаҳои тромбозӣ (инсулти ма“исарӣ, тромбози шарёни канорӣ), ки аз 50-солагӣ ба афзоиш ёфтанд о“оз намуд. Дар ҳоле ки дар аксари бар-тарафкунандагони мубтало ба ШМР-и БИД-и муқарраршуда (62,7%) ҳангоми муолиҷаи мунтазам ва рияҳои тавсияҳои табиб баъди 25 соли робита бо ШИ ҳолати функционалӣ ва сифати умр қаноатбахш хифз шудааст. Зимнан шарёнҳои иклилии субэпикардiali солим боқӣ мондаанд. Дар синни аз 40 то 49-сола ҳангоми 78,0%-и муоинашудаҳо нишонаҳои атеросклерози канории системавӣ (тибқи маълумоти ТУС-и рағҳо) ва зимни 37,0% беморони гирифтор ба ШМР-и БИД атеросклерози КА пайдо шудаанд. Дар хусусияти динамикаи минбаъдаи та“йиротҳои микроагӣ, ки аз ҷониби ССД муқаррар шудааст, тарзи зист ва муносибати одами беморшуда ба сихатии худ нақши муҳим дошт. Ҳамин тавр, даст кашидан аз сигоркашӣ, имкониятҳои комилан мувофиқ ва танзими таҳмили ҷисмонӣ, коҳиш ёфтани сатҳи изтироб, худдорӣ кардан машруботи зиёд, кортаъминкунии оқилона якҷоя (дар золати пайдо шудани зарурат) бо муолиҷаи саривақтӣ ва комилан мувофиқи доруии патогенезӣ барои ин беморон пешгӯӣ мусоид буд.

Адабиёт

1. Гуськова А.К. Радиационная медицина и ее значимость в научно-практической деятельности интерниста // Клинич. медицина. 2006. № 2. С. 4—7.
2. Исаева Н.А., Торубаров Ф.С. Тревожно-депрессивные расстройства у ликвидаторов последствий аварии на ЧАЭС в отдаленный период: лечение методом биологической обратной связи // Мед. радиол. и радиац. безопасность. 2009. Т. 54, № 4. С. 42—46.
3. Кабашева Н.Я., Окладникова Н.Д., Мамакова О.В. Причины летальных исходов и морфологическая характеристика сердечно-сосудистой системы в отдаленном периоде после хронического облучения // Кардиология. 2000. № 11. С. 78.
4. Котеров А.Н. Молекулярно-клеточные закономерности, обуславливающие эффекты малых доз ионизирующего излучения // Мед. радиол. и радиац. безопасность. 2000. Т. 45, № 5. С. 5—20.
5. Котеров А.Н. Размышления участника симпозиума по поводу III Международного симпозиума «Хроническое радиационное воздействие: медико-биологические эффекты» // Мед.



- радиол. и радиац. безопасность. 2006. Т. 51, № 2. С. 24—30.
6. Поровский Я.В., Домникова Р.С., Тетенев Ф.Ф. Состояние периферической крови и костно-мозгового кроветворения у ликвидаторов последствий аварии на Чернобыльской АЭС, проживающих в Томской области // *Здравоохранение РФ*. 2006. № 6. С. 51—54.
7. Телкова И.Л., Крылов А.Л., Гольцов С.Г. и др. Гиперинсулинемия при микрососудистом поражении коронарных артерий как возможный диагностический критерий ишемической дисфункции миокарда // *Клинич. медицина*. 2005. № 6. С. 43—47.
8. Телкова И.Л., Фадеев М.В., Кондратьев М.Ю., Тепляков А.Т. Особенности течения острого инфаркта миокарда у больного с микрососудистым поражением коронарных артерий // *Вестн. аритмологии*. 2007. № 47. С. 64—67.
9. Теплякова О.В., Бродовская Т.О. Результаты оценки отдаленного воздействия ионизирующего излучения на течение гипертонической болезни и эндотелиальную дисфункцию у ликвидаторов последствий аварии на Чернобыльской АЭС // *Бюл. НЦССХ им. А.Н. Бакулева РАМН*. 2009. Т. 10, № 4. С. 68—76.
10. Шаляпина А.В. Структура и динамика развития сердечно-сосудистых заболеваний у лиц, перенесших острую лучевую болезнь, и ликвидаторов последствий аварии на ЧАЭС // *Мед. радиол. и радиац. безопасность*. 2007. Т. 52, № 6. С. 21—28.
11. Шикалов В.Ф., Усатый А.Ф., Сивинцев Ю.В. и др. Анализ медико-биологических последствий аварии на Чернобыльской АЭС для участников ЛПА — сотрудников Российского научного центра «Курчатовский институт» // *Мед. радиол. и радиац. безопасность*. 2002. Т. 47, № 3. С. 23—33.
12. Яворовски З., Струпчевски А. Дилеммы Чернобыльского форума // *Мед. радиол. и радиац. безопасность*. 2006. Т. 51, № 2. С. 12—15.
13. Яргин С.В. Преувеличенная оценка медицинских последствий повышения радиационного фона // *Мед. радиол. и радиац. безопасность*. 2008. Т. 53, № 3. С. 17—22.

КЛИНИЧЕСКИЙ МОНИТОРИНГ ОСОБЕННОСТИ ПАТОЛОГИИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ У ЛИКВИДАТОРОВ ПОСЛЕДСТВИЙ АВАРИИ НА ЧЕРНОБЫЛЬСКОЙ АЭС В ОТДАЛЕННЫЕ СРОКИ.

Мехмонов П.Х., Юсупова М.Х., Бобохчаева З.Б.

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

Рассмотрены особенности эпидемиологии и клиники основных сердечно-сосудистых заболеваний — артериальной гипертензии (АГ), атеросклеротической и микрососудистой форм ишемической болезни сердца (ИБС) и их исходов у ликвидаторов последствий аварии (ЛПА) на Чернобыльской атомной электростанции (ЧАЭС) по данным

республиканского клинического центра профессиональных болезней кардиологического обследования и проспективного 36-летнего наблюдения выявленной патологии.

Ключевые слова: ликвидаторы последствий чернобыльской аварии, артериальная гипертензия, коронарная атеросклеротическая и микрососудистая болезнь, исходы.

CLINICAL MONITORING OF THE FEATURES OF THE PATHOLOGY OF THE CARDIOVASCULAR SYSTEM IN THE LIQUIDATORS OF THE CONSEQUENCES OF THE ACCIDENT AT THE CHERNOBYL NUCLEAR POWER PLANT IN THE LONG TERM.

Mekhmonov P.H., Yusupova M.Kh., Bobokhaeva Z.B.

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

Summary: Peculiarities of the epidemiology and clinic of the main cardiovascular diseases — arterial hypertension (AH), atherosclerotic and microvascular forms of coronary heart



disease (CHD) and their outcomes in the liquidators of the consequences of the accident at the Chernobyl nuclear power plant (ChNPP) are considered according to the data of the Republican Clinical Center for Professional cardiological examination and

prospective 36-year follow-up of the identified pathology.

Keywords: liquidators of the consequences of the Chernobyl accident, arterial hypertension, coronary atherosclerotic and microvascular disease, outcomes.

Юсупова Манзура Хамзаалиевна- н.и.т., муаллими калони кафедраи бемориҳои адрунии №1, МДТ Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абуалӣ ибни Сино», тел. 918733310.

Мехмонов Примкул Хазраткулович- н.и.т., дотсенти кафедраи бемориҳои дарунии №1, МДТ Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абуалӣ ибни Сино», тел. 900889168
Бобоходжаева Замира Бадридиновна –старший преподаватель кафедры внутренних болезней №1, ГОУ «ТГМУ имени Абуали ибни Сино» тел. - 918672737

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

Бобохочаева Замира Бадридиновна – муаллими калони кафедраи бемориҳои дарунии №1, МДТ «ДДТТ ба номи Абуалӣ ибни Сино» тел.- 918672737

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

Primkul Hazratkulovich Mekhmonov-Candidate of Medical Sciences, Associate Professor of the Department of Internal Diseases No. 1 of the Avicenna State Medical University, tel. - 900889168

Bobokhodzhaeva Zamira Badridinovna – Senior Lecturer of the Department of Internal Diseases No.1 of the State Educational Institution «ATSMU» tel. - 918672737

ИСТИФОДАИ ВАРЗИШИ МУОЛИЧАВӢ ВА ОББОЗИИ МУОЛИЧАВӢ ҲАНГОМИ ИХТИЛОЛҲОИ АНДОМИ КӢДАКONI СИННУ СОЛИ МАКТАБӢ

Фатгоева Н.В., Алиева Е.Г.

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

Муҳиммият. Дар даҳсолаҳои охири асри XX, дар давраи инқилоби илмӣ - техникӣ, шароит ва ҳуди протсессии меҳнат ба кулӣ тағйир ёфтааст. Автоматикунонии истеҳсолот, рушди нақлиёт, беҳтар гаштани шароити ҳаёт боиси кам шудани фаъолнокии ҳаракати бештари одамон гаштаанд. Дар байни сабабҳои, ки ихтилоли андом ва инкишофи инфиродии кӯдаконро ба вучуд меоранд, омилҳои гуногуни муҳити атрофро номбар мекунанд. Сабаби нисбатан паҳншудаи ихтилоли андом нокифоя будани фаъолнокии ҳаракат ва гиподинамия ба ҳисоб мераванд, ки дар натиҷа ба номукамал инкишоф кардани дастгоҳи бандаку мушакҳо мегарданд: сустии мушакҳои ба-

дан, пушт ва пресси шикам.

Ихтилоли андоми кӯдакон ин тағйироти физиологии мавқеи сутунмуҳра мебошад, ки дар асари тағйироти сохторӣ ва функционалии дастгоҳи тақвия ҳаракат рух додаанд. Ихтилоли андоми кӯдакон метавонад, ки дар шакли қомати хамида, номутаносибии сутунмуҳра, дарди қафаси сина ва ё пушт, дарди сар, синдроми астеновегетативӣ зоҳир мегардад.

Ихтилоли андом дар 2,1 %-и кӯдакони синну соли барвакти кӯдакӣ; дар 15-17 %-и кӯдакони синну соли томкатабӣ; дар 33%-и хонандагони мактабҳои миёна ва дар 67 %-и хонандагони синфҳои болоии мактаб ба мушоҳида мерасад. Дар сурати сари вақт

анҷом додани чорабиниҳои солимгардонӣ ихтилоли андоми кӯдакони бартараф кардан мумкин аст, аммо дар ҳолатҳои кӯҳна шудан метавонад, ки боиси пайдо шудани маҳдудшавии ҳаракати қафаси сина ва диафрагма, суст шудани функсияи амортизатсионии сутунмуҳра, ихтилоли фаъолияти нафаскашӣ, системаҳои дилу рағҳо ва системаи марказии асаб гардад. Ихтилоли андоми кӯдакони метавонад, ки пешсози беморӣ ба монанди беморӣҳои дастгоҳи тақвият ҳаракат, мисли сколиоз, остеохондроз, чурраи байни муҳраҳо бошад. Маҳз аз ҳамин сабаб пешгирӣ кардани ихтилолҳои андом дар кӯдакони барои педиатрияи муосир проблемаи мубрам маҳсуб мешавад.

Нуқсонҳои андом дар кӯдакони метавонад, ки модарзодӣ ва ё пайдошуда (иктисобӣ) бошад. Ихтилолҳои модарзодӣ бо ихтилолҳои дохилибатнии ташаккулёбии сутунмуҳра иртибот доранд. Ихтилолҳои пайдошуда дар 90-95%-и ҳолатҳо, ки андоми астеникӣ доранд, ба мушоҳида мерасанд. Сабабҳои бевосита, ки ба ихтилоли андом дар кӯдакони мешаванд, мумкин аст, ки шароити номатлуби иҷтимоӣ-беҳдоштӣ бошад: фаъолнокии нокифояи ҳаракатӣ (гипокинезия), мувофиқат накардани мебели дарсӣ (мизу курсӣ) ба қадди кӯдак ва ба қадри зарурӣ равшанӣ надоштани ҷойи корӣ, дар ҳамин як тараф доимо бардоштани портфел ва ғайра. Ҳама омилҳои зикршуда барои фиксатсияи тӯлонии нодурусти вазъият ва ташаккул ёфтани ҳамоҳангсозии малакаҳои патологӣ бадан мусоидат мекунад.

Дараҷаи ихтилоли андоми кӯдакони метавонад гуногун бошад. Дар дараҷаи I тағйироти ночизи андом дида мешавад, ки бо роҳи мақсаднок мутамарказ сохтани тавачҷуҳои кӯдакони бартараф карданаш мумкин аст. Дар дараҷаи II-и ихтилоли андоми кӯдакони деформатсияи возеҳ дида мешавад, ки метавон бо ёрии кам кардани сарбории вазъи горизонталӣ сутунмуҳра ва ё овозон кардани кӯдакони аз зери бағалаш бартараф карда шавад. Дар дараҷаи III –и ихтилоли андоми кӯдакони деформатсияи сутунмуҳра дида мешавад, ки онро бо ёрии кам кардани сарбории сутунмуҳра бартараф кар-

дан номумкин аст. Дар кӯдакони синну соли томақтабӣ ихтилоли андоми дараҷаҳои I-II ба қайд гирифта мешавад; дар кӯдакони синну соли мактабӣ – дараҷаҳои II-III.

Нақши асосиро дар ислоҳ кардани ихтилоли андоми кӯдакони варзиши муолиҷавӣ, масҳ ва оббозии муолиҷавӣ мебозанд.

Мақсади таҳқиқот. Мақсади таҳқиқоти мазкуро мӯзиши таъсири варзиши муолиҷавӣ, масҳи оббозии солимгардонӣ ҳангоми ихтилолҳои андоми кӯдакони синну соли мактабӣ мебошад.

Мавод ва усулҳои таҳқиқот. Таҳти муоинаи мо 10 кӯдаки (5 писар, 5 духтар) аз 10 то 15 солаи дорои дараҷаҳои 1-2 –и ихтилоли андом қарор доштанд. Ҳамаи онҳо аз дарди ноҳияи пушт, зуд монда шудан, дарди сар вас уст шудани қувваи босира шикоят доштанд.

Дар ҳамаи беморон, бо назардошти инкишофи инфиродии ҷисмонӣ ва дараҷаи ихтилолҳо, гимнастикаи комплекси табобатӣ таъйин карда шуд, ки ба мустаҳкам кардани мушакҳои пушт ва ташаккули корсети табиӣи мушакҳо равона гардида буд.

Машқҳои маҳсули ҷисмонӣ бо машқҳои умумии инкишофдиҳӣ барои андомҳои болоӣ ва поёнӣ ва машқҳои нафаскашӣ якҷоя карда шуданд. Дар марҳалаҳои ибтидоӣ машқҳои ҷисмонӣ асосан дар ҳолати ба пушт, ба паҳлу, ба шикам дароз кашидан, рост истода ба дасту поҳо тақия кардан иҷро карда шуданд, ин имконият дод, ки вазъияти дурусти ҳама қисмҳои бадан нигоҳ дошта шавад, минбаъд машқҳо дар ҳолати рост истодан ва ҳаракат кардан иҷро карда шуданд.

Ғайр аз ин, барои ҳамаи пациентҳо бо мақсади нест кардани синдроми дард, масҳи сутунмуҳра таъйин карда шуд. Масҳ ҳассосияти нӯғҳои асабхоро баланд мебардорад, протсессии регенератсияро метезонад, эҳсосоти дарднокро коҳиш медиҳад ва тамоман нобуд месозад, осебпазирӣ нисбат ба дардро кам месозад, бо хун таъминшавии бофтаҳо зиёд мекунад, трофикаи онҳоро беҳтар месозад, фаъолияти майнаи сарро стимулятсия мекунад, тавлидшавии ҳуҷайраҳои асабиро метезонад.



Оббозӣ, аз чумла оббозии муоличавӣ, воситаи бехтарини пешгирӣ ва ислоҳ кардани ихтилолҳои андом мебошад. Механизми таъсири он оддӣ мебошад, ҳангоми оббозӣ кардан сарбории статикӣ дар сутунмуҳра кам мешавад, номутаносибии мушакҳои пушт, ки боиси қач шудани сутунмуҳра мегарданд, баробар мешавад. Дар айни замон, ҳаракати фаъоли пойҳо дар об дар ҳолати таъя надоштан попанҷаро мустаҳкам месозад ва сади роҳи паҳнпой мешавад.

Ҳангоми оббозӣ кардан барои кори системаҳои узвҳои гардиши хун шароити бехтари фароҳам оварда мешавад: микдори оксигене, ки ҳамаи узвҳо ва бофтаҳо ҷаббида мегиранд, зиёд мешавад, тақрибан ҳамаи мушакҳо таранг мешаванд. Оббозӣ системаи дилу рағҳоро инкишоф медиҳад ва то андозаи назаррас тамоми организмро мустаҳкам мекунад.

Курси гимнастикаи муоличавӣ дар давоми 3 моҳ, 3 маротиба дар як ҳафта, бо давомнокии 45 дақиқа гузаронида шуд. Дар

ин муқддат 3 курси масҳ бо давомнокии 10 рӯз гузаронида шуд. Ҳамчунин дар давоми як моҳ беморон ба оббозии солимгардонӣ машғул буданд.

Натиҷаҳои таҳқиқот ва баррасии онҳо. Баъди таъоботи гузаронидашуда тамоюли кам шудани пайдошавии шиддатнокии синдроми дард ба мушоҳида расид, дарди сар нест шуд, фаъолнокии ҳаракат пайдо шуд, фаъолнокии майнаи сар ба назар расид, андом бехтар гашт.

Хулоса, истифода дарозмуқддати таъоботи комплексӣ тавассути варзиши муоличавӣ, ки комплексҳои муайяни машқҳои ҷисмониро дар бар гирифтаанд, ба мустаҳкам кардани корсети мушакҳо нигаронида шудаанд, ҳамчунин масҳу оббозии муоличавӣ нисбат ба барқароршавии андом ва ҳолати умумии кӯдакон натиҷаҳои хуб доданд. Дар ин маврид таъкид кардан зарур аст, ки барои ба даст овардани натиҷаҳои дилхоҳ риоя кардани муолиҷаи мунтазам ва давомнок муҳим аст.

Адабиёт

1. Епифанов В.А. Учебник: Лечебная физическая культура и спортивная медицина / Епифанов В.А. // М.: Медицина, 2019.
2. Вилесов А., Медников Н, Соколова Е. Учебно-метод. пособие: О формировании осанки у детей/ Вилесов А., Медников Н, Соколова Е.// Медицина, М.2018.
3. Безруких, М.М. Возрастная физиология: учеб. пособие для студентов высш. пед. учеб. заведений / М.М. Безруких, В.Д. Сонькин, Д.А. Фарбер.- М. : Академия, 2012.
4. Бородич, Л.А. Занятия плаванием при сколиозах у детей и подростков / Л.А. Бородич, Р.Д. Назарова. М. : Просвещение, 2018.
5. Дукальский, В.В. Игры в воде при обучении плаванию / В.В. Дукальский, Е.Г. Маряничева. Краснодар : КГАФК, 2007.
6. Иванов, С.М. ЛФК при заболеваниях в детском возрасте / С.М. Иванов, И.Р. Назарова, К.А. Заславская. М. : Медицина, 2013

ПРИМЕНЕНИЕ ЛЕЧЕБНОЙ ФИЗКУЛЬТУРЫ И ЛЕЧЕБНОГО ПЛАВАНИЯ ПРИ НАРУШЕНИИ ОСАНКИ У ДЕТЕЙ ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА

Фаттоева Н.В., Алиева Е.Г.

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

В данной статье рассматриваются вопросы изучения влияния лечебной физкультуры, массажа и оздоровительного плавания при нарушениях осанки детей школьного возраста.

Под нашим наблюдением находилось 10 детей (5 мальчиков, 5 девочек) в возрасте от 10 до 15 лет с 1-2 степенью нарушения осанки. Все они предъявляли жалобы на боли в спине, быстрое утомление, головные боли, ухудшение зрения.



Всем пациентам, с учётом индивидуального физического развития и степени нарушений, были составлены комплексы лечебной гимнастики, которые были направлены на укрепление мышц спины и формирование естественного мышечного корсета.

Кроме этого, всем пациентам был назначен массаж позвоночника с целью снятия болевого синдрома.

Ключевые слова: лечебная физкультура, массаж, лечебное плавание, нарушение осанки.

THE USE OF PHYSICAL THERAPY AND THERAPEUTIC SWIMMING FOR POOR POSTURE IN SCHOOL-AGE CHILDREN

Fattoeva N.V., Alieva E.G.

Department of Internal Diseases № 1, SEI "TSMU named after Abuali ibni Sino" Tajikistan

This article discusses the issues of studying the influence of physical therapy, massage and recreational swimming in case of postural disorders in school-age children.

We observed 10 children (5 boys, 5 girls) aged 10 to 15 years with 1-2 degrees of postural impairment. All of them complained of back pain, fatigue, headaches, and blurred vision.

All patients, taking into account individual

physical development and the degree of impairment, were given complexes of therapeutic exercises, which were aimed at strengthening the back muscles and forming a natural muscle corset.

In addition, all patients were prescribed spinal massage to relieve pain.

Key words: physical therapy, massage, therapeutic swimming, posture disorders.

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

Фаттоева Наталья Валерьевна – муаллими калони кафедраи бемориҳои дарунии №1, МДТ «ДДТТ ба номи Абуали ибни Сино», E.mail:musnat06@mail.ru, тел.:93-501-71-92

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

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

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

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



БЕМОРИҲОИ КЌДАКОН

ОМИЛҲОИ ХАТАР ВА БАСОМАДИ ТАВАЛЛУД ШУДАНИ КЌДАКONI НАВЗОДИ ХЕЛЕ НОРАСИДА

Қобилова Б. Х.

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

Муҳиммият. Татбиқ намудани технологияҳои муосир ва ба таври васеъ истифода кардани усулҳои табобати интенсивӣ дар неонатология ба дароз шудани зиндамони кўдакони норасидаи массаи кам, хеле кам ва ба таври экстремалӣ кам оварда расонид. Дар дунё ҳамасола тақрибан 8 млн кўдаки дорои массаи хеле кам ва ба таври экстремалӣ кам таваллуд мешаванд, ки 1/10 ҳиссаи тамоми кўдакони занда таваллудшудаи идунёро ташкил медиҳад. [1,2]. Аз ин миқдор танҳо 5%-и кўдакони дорои массаи кам ҳастанд, ки асосан норасида мебошанд ба давлатҳои аз ҷиҳати иқтисодӣ тараққиқарда рост меоянд, боқимонда 95% ба кишварҳои рӯ ба тараққӣ [1,3].

Мақсад. Муайян кардани омилҳои хатари басомади беморшавӣ дар кўдакони хеле норасида.

Мавод ва усулҳои таҳқиқот. таҳти муоина 60 кўдак қарор дошт, ки норасида таваллуд шуда буданд. Вобаста аз массаи бадан, ҳамаи кўдакон ба 3 гурӯҳ ҷудо карда шуданд. Гурӯҳи якумро 5 нафар навзоде ташкил дод, ки бо массаи ба ҳадди экстремалӣ паст таваллуд шуда буданд. Гурӯҳи дуюмро 25 нафар кўдаки дорои массаи ниҳоят кам ташкил дод, ки дар гурӯҳи 3-юм 30 нафар навзоди дорои массаи кам қарор доштанд. Бо ёрии саволнома ва анамнез таҳлили ҳолат ва саломатии модарон, ҷараёни ҳомилагии онҳо ва валодат, ҳолати минбаъдаи саломатии кўдакон дар сатҳи поликлиникӣ анҷом дода шуд.

Натиҷаҳои таҳқиқот. Анамнези нохуби антенаталии омилҳои хатари таваллуд шудани кўдаки камвазн ба ҳисоб меравад. Мувофиқи таҳлили мо ҷараёни ҳомилагӣ, ба мушоҳида расид, ки ҳар як зани дуюме, ки кўдаки камвазн таваллуд кардааст, дорои бемориҳои экстрагениталии дараҷаи возеҳияш гуногун буданд. Анамнези акушерии гинекологии ҳомилагҳои қаблӣ нишон дод, ки исқоти ғай-

риихтиёрӣ, исқоти тиббӣ ва мурда таваллуд кардан бештар (68,9%) дар модароне дида шуд, ки кўдаки бо массаи ниҳоят паст таваллуд кардаанд (камтар аз 1500 г), дар муқоиса аз кўдаконе, ки бо массаи болотар аз 1500 г таваллуд шудаанд.

Таҳлили ҳолати саломатӣ дар синну соли барвақти неонаталӣ муайян кард, ки ҳамаи навзодони дорои массаи пастӣ экстремалӣ ва хеле кам дар ҳолати вазнин қарор доштанд ва дар шӯбаи реаниматсия бистарӣ буданд ва табобати интенсивӣ (инфузионӣ, антибактериалӣ, оксигенотерапия) мегирифтанд. Пас аз муътадил гаштани фаъолияти ҳаётии функцияҳои асосии организм таҳқиқшудаҳо барои табобати минбаъда (бо нақлиёти маахсуси санитарӣ) ба шӯбаи патологияи навзодон интиқол доданд. Интиқол дар шабонарӯзи 15-19-ум сураат гирифт. Дар гурӯҳи 3 муайян карда шуд, ки аз онҳо 67,3% -и беморон дар шӯбаи реаниматсионӣ бистарӣ буданд. Навзодон ба марҳалаи дуҷуми нигоҳубин дар рӯзҳои 14-15 –уми ҳаёт гузаронида шуданд.

Бемориҳои зиёд дучоршаванда бемориҳои респираторӣ ва серебралӣ буданд. Дар ин маврид ихтилолҳои респираторӣ ба ЭНМТ ва ОНМТ, бемориҳои вобаста аз дефисити сурфактант алоқаманд буданд, ки яке аз омилҳои эҳтимолии пайдошавии пневмония дар 36,7% ва 43,9% -и таҳқиқшудагонӣ мутаносибан гурӯҳҳои 2 ва 3 буданд. Бояд қайд кард, ки вазнинии ҳолати навзодон аз ҳолати саломатии модарон, шохиси пастӣ соматикӣ онҳо, асосан аз ҳисоби капмхунӣ ва ҳангоми ҳомилагӣ хуруҷ кардани бемориҳои музминӣ урогениталӣ вобастагӣ дорад. Ҳамаи кўдакон табобати комплексӣ гирифтанд, табобат ба нигоҳ доштани гемодинамикаи муътадил ва дастгирӣ намудани ғизои мукамал ва муносиб, аз ҷумла муътадил сохтани мубодилаи газҳо, ки бо додани оксиген тавассути дастгоҳ- оксигенатор бо ёрии канюлҳои на-



залӣ, ниқоби даҳону бинӣ ва хаймаи оксигенӣ амалӣ карда мешавад. Табобати антибактериалӣ ва иваз кардани препаратҳои антибактериалӣ мувофиқи стандартҳои тасдиқшуда гузаронида шуд. Яке аз нишондиҳандаҳои муҳим, ки ҳолати салоамати ро инъикос мекунад, беморшавӣ мебошад. Натиҷаҳои муоина нишон доданд, ки сатҳи умумии беморшавӣ ва тағйирпазирии он аз массаи бадан ҳангоми таваллуд шудани навзод вобастагии мустақим дорад. Таҳлили такроршавии беморӣ (5 маротиба ва бештар аз он) таносуби гуногуни гурӯҳҳои таҳқиқшавандаи кӯдаконро нишон дод. Ба ҳисоби миёна навзодони дорои массаи ками бадан (МКБ) дар як сол барои гирифтани ёрии тиббӣ 6,1 маротиба мурочиат кардаанд. Ширхораҳои гурӯҳи 2-и дорои массаи ниҳоят ками бадан (МНКБ) барои гирифтани ёрии тиббӣ 7,9 маротиба дар як сол ва дорои массаи ками экстремалии бадан ба ҳисоби миёна 9 маротиба дар як сол мурочиат кардаанд. Асосан сабаби мурочиати онҳо ихтилолҳои системаи асаби марказӣ ва бемориҳои сироятӣ-илтиҳобии системаи респираторӣ буданд, ки дар натиҷа хатари баланди пайдо шудани бемориҳои музмини шушро ба вучуд меоранд. Дар ташақкул ёфтани гурӯҳи ҷои муҳимро асосан кӯдакони бемор

беморитзерин ишғол мекунанд: энсефалопатияи гипоксикӣ-ишемикӣ, камхунии барвақт ва рахит. Ҷойи махсусро энсефалопатияи гипоксикӣ-ишемикӣ ишғол кардааст, кӯдакон аз ҷиҳати инкишофи ҷисмонӣ ва психомоторӣ ақиб мемонанд. Манзараи неврологӣ дар давраҳои барвақт ва дери барқароршавӣ дорои хусусиятҳои ихтилоли тонуси мушакҳо, паст шудани рефлексӣ-автоматизм, зуд афсурда шудани онҳо мебошад. Нишондиҳандаҳои нейросонография аксар вақт ба вазнинии бемории кӯдакон мувофиқат мекардаанд. Масалан, тағйиротҳои гипертензивӣ дар кӯдакони дорои симптомҳои гипербарангезандагӣ ва дисфунксияи вегето-вистсералӣ дар айни замон барои синдромҳои ихтилоҷӣ ва гипертензионӣ-гидросефалӣ барои манзараи дилататсияи меъдаҷаҳои майнаи сар хос буданд.

Хулоса, таҳқиқоти гузаронидашуда иртиботи омилҳои манфии анте- ва интранаталӣро бо бо вазнинии ҳолати саломатии кӯдакони камвазнро дар давраҳои шадид ва барқароршавӣ муайян намуд, ки ин ба гурӯҳи махсуси хатар ҷудо кардани онҳоро мувофиқи пайдо шудани бемориҳои гуногун ва қабул кардани баргузориҳои ҷорабиниҳои мушаххаси табобатӣ-ташхисиро дар сатҳи таваллудхонаҳо талаб мекунад.

Адабиёт

1. Альбицкий В. Ю., Байбарина Е. Н., Сорокина З. Х., Терлецкая В. Н. Смертность новорожденных с экстремально низкой массой тела при рождении. *Общественноездоровьеиздравоохранение*. 2010; 2: 16–21.
2. Башмакова Н. В., Каюмова А. В., Мелкозерова О. А. Анализ ведения преждевременных родов, закончившихся рождением детей с ЭНМТ: первый опыт в эру новых критериев живорождения. *Акушерство и гинекология*. 2013; 6: 41–45.
3. Arad I., Braunstein R., Var-Oz B. Neonatal outcome of inborn and outborn extremely low birth weight Infants: relevance of perinatal factors. *IMAJ*. 2018; 10: 457–460.

ФАКТОРЫ РИСКА И ЧАСТОТА РОЖДЕНИЯ ГЛУБОКОНЕДОНОШЕГГЫХ НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ

Кабилова Барно Хамиджоновна

Кафедра детских болезней №1 ГОУ «ТГМУ им. Абуалиибни Сино», к.м.н.;

Аннотация.

В статье говорится о рождаемости, выживаемости и о частоте заболеваемости глубококонедоношенных детей. Было установлено, что неблагоприятный антенатальный анам-

нез беременных женщин, является фактором риска рождения маловесного ребенка. Проведенные исследования выявили связь анте- и интранатальных отрицательных факторов с тяжестью состояния здоровья маловесных



детей в остром и восстановительном периодах. Результаты показали, что наиболее часто встречаемой патологией у новорожденных с очень малой и экстремально малой массой тела, были респираторные и церебральные нарушения. При этом респираторные наруше-

ния были связаны с дефицитом сурфактанта, явившейся одним из предрасполагающих фактором развития пневмонии.

Ключевые слова: факторы риска, глубоководноношенный, заболеваемость, асфиксия, энцефалопатия.

RISK FACTORS AND FREQUENCY OF BIRTH OF SUBSOLUTELY NEGATIVE NEWBORN CHILDREN

Kabilova Barno Khamidzhonovna

Department of Children's Diseases No. 1 of the SEI "TSMU named after Abuali ibni Sino", PhD;

Annotation. The article discusses fertility, survival and the incidence of very premature infants. It was found that a dysfunctional antenatal history of pregnant women is a risk factor for the birth of a low birth weight baby. The studies carried out have revealed a relationship between ante- and intranatal negative factors with the severity of the health state of low-birth-weight children in the acute and recovery

periods. The results showed that the most common pathology in infants with very low and extremely low birth weight were respiratory and cerebral disorders. At the same time, respiratory disorders were associated with surfactant deficiency, which was one of the predisposing factors for the development of pneumonia.

Key words: risk factors, deep prematurity, morbidity, asphyxia, encephalopathy.

Қобилова Б. Х. – н.и.т., дотсенти кафедраи бемориҳои кӯдакон №1 МДТ «ДДТТ ба номи Абуали ибни Сино».

Кабилова Б. Х. – доцент кафедри детских болезней №1 ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино», к.м.н.; **Kabilova B. Kh.** – Associate Professor of the Department of Children's Diseases No. 1 of the State Educational Institution "TSMU named after Abuali ibni Sino", PhD;

ИХТИЛОЛҲОИ СОМАТИКӢ-НЕВРОЛОГӢ ДАР КӢДАКОНИ БО БЕМОРИҲОИ ПЕРИНАТАЛИИ СИСТЕМАИ МАРКАЗИИ АСАБ (СМА) ТАВАЛЛУДШУДА.

Мамадҷонова Г.С., Кабилова Б.Х., Ҳотамова М.Н.

Кафедраи бемориҳои кӯдакон №1 МДТ «ДДТТ ба номи Абуали ибни Сино».

Мухиммият. Патологияи перинаталӣ педиатрияи муосир ба ҳисоб меравад, аз бисёр ҷиҳатҳо инкишофи постнаталӣ кӯдакро муайян мекунад [2, 4, 5]. Механизми асосии занҷири аксуламалҳои патологӣ, ки ба спектри васеи тағйиротҳои нейросоматикӣ оварда мерасонанд, дар давраҳои минбаъдаи синнусолӣ ва ташаккули маъюбшавии барвақт гипоксияи перинаталӣ мебошад [1, 3, 6]. Дар МКРН (Консенуси байналмилалӣ оид ба реаниматсияи навзодон) нишон дода шудааст, ки ҳамасола дар ҷаҳон зиёда аз 5 млн кӯдаки навзод вафот мекунад ва дар 19%-и ҳолатҳо сабаби фавт асфиксия мебошад [4, 1, 2].

Мақсад. Омӯхтани муайян кардани симптоматикаи соматикӣ-неврологии кӯдакони патологияи перинаталӣ СМА-ро аз саргузаронида.

Мавод ва усулҳои таҳқиқот. Мувофиқи барномаи таҳияшуда ва нақшаи тақвими корҳои илмӣ-таҳқиқотӣ таҳлили ретроспективии 1000 таърихи бемории инкишофи навзодон дар солҳои 2018-2019 омӯхта шуд. Тибқи картаи таҳияшуда, тахти муоинаи мо 150 бемор қарор дошт, ки дар шӯъбаи реаниматсияи навзодон бистарӣ буданд, муоинаи минбаъдаи онҳо то як сол дар пойгоҳи Марказҳои шахрии саломатии №2,5,9 ш. Душанбе сурат гирифт.

Натиҷаҳои таҳқиқот ва баррасии онҳо.

Таҳлили пешакии анамнези модарон, хусусиятҳои ҷараёни ҳоимилагӣ ва валодат имконият дод, омилҳои хатаре, ки дар ташаккули бемориҳои серебралӣ наводон иштирок мекунад, ҷудо карда шаванд. Дар байни омилҳои антенаталӣ хатар дар занҳое, ки кӯдакони дорой бемориҳои перинаталӣ таваллуд кардаанд, хатари қатъ шудани ҳомилагӣ (96,1%), БДР (бемориҳои дилу рағҳо) (42,3%), бемориҳои системаи пешобхориҷкунӣ (34,6%) исқотҳои сунъӣ (42,3%) дида шуд. Дар 1/3-и занҳо, ки кӯдакони онҳо бо асфиксияи дараҷаи миёна-вазнин таваллуд шудаанд, омилҳои асосии антенаталӣ хатар инҳо буданд: бемориҳои системаи пешобхориҷкунӣ (41,1%), бемориҳои илтиҳобии ковокии бачадон ва изофаҳои он ва таҳдиди қатъ шудани ҳомилагӣ (41,1%). Таҳлили натиҷаҳои таҳқиқот тасдиқ намуд, ки ҳомилагии дорой оризаи норасоии гардиши хуни бачадону платсентарӣ ва чанинӣ платсентариро ихтилолҳои гемодинамикаи серебралӣ дар чанин ва наводон ҳамроҳӣ мекунад.

Таҳлили натиҷаҳои таҳқиқот нишон дод, ки осеби системаи марказии асаби (СМА) генезаш гипоксӣ дар 96 (63%)-и кӯдакон ташхис карда шуд. Асфиксияи шадиди наводон дар 46 (30%) кӯдак ба назар расид. Дар заминаи гипоксияи музмини дохилибатнӣ, асфиксияи наводон дар 29 (19%)-и наводон ба мушоҳида расид. Гипоксияи музмини дохилибатнӣ бидуни инкишоф ёфтани асфиксияи шадиди интранаталӣ дар 21 (14%) кӯдак ба қайд гирифта шуд. Ихтилолҳои неонаталӣ дар 30 (20%)-и кӯдакон дида шуд. Сабаби ихтилол дар 47% (14 аз 30) вобаста аз паст шудани сатҳи қанди хун, гипогликемия бо сатҳи глюкоза дар хунт на камтар аз 2 ммол/л; дар 40% (12 аз 30) – хусусияти гипоксӣ-ишемикии осеби СМА; дар 13% (4 аз 30) – осеби косахонаву майнаи сар буданд. Особҳои геморрагии СМА (ВЖК дараҷаи 1 – 4) дар 21 (14%) кӯдак дида шуд.

Патологияи шушҳо, пневмонияи генезаш гуногун дар 93 (61%) –и наводон ташхис карда шуд, ки 1/3 хиссаи онро кӯдакони норасида ташкил доданд. Таркиби осебҳои шушҳо дар кӯдакони расида дар шаклҳои

зерин тавасиф карда шуданд: синдроми тахипноеи транзитории наводон – 17% (8 аз 47), синдроми аспиратсияи мекония – 11% (5 аз 47), пневмонияи модарзодӣ – 23% (11 аз 47). Таркиби осебҳои шушҳо дар кӯдакони норасида: синдроми ихтилолҳои нафаскашӣ – 48% (22 аз 46), пневмонияи модарзодӣ – 26% (12 аз 46).

Дар 36 (24%) кӯдакони гурӯҳи асосӣ синдроми геморрагӣ дида шуд. Дар сохтори синдроми геморрагӣ хунравии дохили косахонаи сар бартарӣ дорад, ки аз ҳама хунрезихо 62%-ро ташкил медиҳад.

Пас аз руҳсат шудан аз таваллудхона кӯдакони таҳқиқшуда таҳти муоинаи табиб-педиатри маҳалла гирифта шуданд, муоинаи динамикии онҳо дар пойгоҳи ПИТ АГ ва П дар шуъбаи реабилитатсияи наводон ва нигоҳубини кӯдакони камвазн анҷом дода шуд. Асоси реабилитатсияи тиббии кӯдаконе, ки асфиксияро аз сар гузаронидаанд, давом додани синамаконӣ, профилактикаи рахит ва анемия ва ислоҳи ихтилолҳои неврологӣ ташкил доданд. Дар охири нимсолаи авали ҳаёт дар кӯдакони зергурӯҳи 2-юм, ки асфиксияи шадиду вазнинро аз сар гузаронидаанд ва зергурӯҳи 3-юм, ки гипоксияи муштаракро аз сар гузаронидаанд, аз синдроми асосии неврологӣ инҳо боқӣ мондаанд: синдроми ихтилолҳои нафаскашӣ мутаносибан – 71,4% ва 100% ва гипертензионӣ-гидросефалӣ мутаносибан – 71,4% ва 85,7%. Дар айни замон дар кӯдакони гурӯҳи 1-ум ихтилолҳои ҳаракатӣ танҳо дар 7,7% ба мушоҳида расид. Назаррас будани аломатҳои клиникӣ дар моҳи 3-юми ҳаёт возеҳтар буданд, дар моҳи шашуми ҳаёт регрессияи синдромҳои патологӣ ба қайд гирифта шуд.

Ҳамин тавр, дар кӯдаконе, ки бемории вазнини перинаталиро аз сар гузаронидаанд, саҳеҳан дар синну соли то яксолагӣ бемории таркибии музмини соматикӣ (3 ва бештар бемориҳои музмин), ихтилолҳои неврологӣ, аномалияҳои сершумори хурди инкишоф бештар буданд. Дар байни онҳо кӯдакони гурӯҳҳои 3 – 5 -и солим бартарӣ доштанд, дар гурӯҳи муқоисавӣ бошад хиссаи бештар ба гурӯҳи 2-юми солим тааллуқ дошт.



Адабиёт

1. Булакова С.А., Беликова Д.В. Лечение перинатального поражения нервной системы у детей раннего возраста: фармакотерапевтический эффект гопатеновой кислоты // Педиатрия. - 2017. - №1. - С. 11-13.
2. Барашнев, Ю. И. Перинатальная неврология / Ю. И. Барашнев. - 2001.
3. Качурина Д.Р., Саулембекова Л.О., Алмагамбетова А.Н. Особенности психоэмоционального развития и психосоматических дисфункций у детей с перинатальным поражением центральной нервной системы // Российский вестник перинатологии и педиатрии. - 2016. - том 51. - №2. - С. 41-43.
4. Кошелева, Н. Г. Профилактика перинатальной заболеваемости и смертности / Н. Г. Кошелева. - М.: Медицина, 2013. - 141 с.
5. Николаева Е.И. Факторы риска и профилактика перинатальной патологии // Сов. здравоохранение. - 2019. - № 3. - С. 20-25.

СОМАТО-НЕВРОЛОГИЧЕСКИЕ НАРУШЕНИЯ У ДЕТЕЙ РОДИВШИХСЯ С ПЕРИНАТАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ ЦНС.

Аннотация. Статья посвящена выявлению сомато-неврологической симптоматики у детей, родившихся с перинатальным поражением ЦНС. Изучив анамнез матерей, характер течения беременности и родов, мы выделили факторы риска, которые участвуют в формировании церебральной патологии у новорожденных. Анализ результатов исследований подтвердил, что беременность, осложненная недостаточностью маточно-плацентарного и плодово-плацентарного кровообращения, сопровождается на-

рушением церебральной гемодинамики у плода и новорожденного. Выявлено, что дети, перенесшие тяжелую перинатальную патологию, достоверно чаще имеют в возрасте до года сочетанную хроническую соматическую патологию (3 и более хронических заболевания), неврологические нарушения и множественные малые аномалии развития.

Ключевые слова: новорожденные, перинатальная патология, неврология, беременность, факторы риска.

SOMATO-NEUROLOGICAL DISORDERS IN CHILDREN BORN WITH PERINATAL PATHOLOGY OF THE CNS.

Mamadzhynova G. S., Kabilova B. Kh., Khotamova M. N.

Department of Childhood Diseases No. 1 of the SEI "TSMU named after. Abuali ibni Sino"

Annotation. The article is devoted to the identification of somato-neurological symptoms in children born with perinatal CNS lesions. Having studied the anamnesis of mothers, the nature of the course of pregnancy and childbirth, it allowed us to identify risk factors that are involved in the formation of cerebral pathology in newborns. Analysis of the research results confirmed that pregnancy, complicated by insufficiency of the uteroplacental and fetal-placental circulation,

is accompanied by impaired cerebral hemodynamics in the fetus and newborn. It was revealed that children who have undergone severe perinatal pathology are significantly more likely to have combined chronic somatic pathology (3 or more chronic diseases), neurological disorders and multiple minor developmental anomalies at the age of up to one year.

Key words: newborns, perinatal pathology, neurology, pregnancy, risk factors.

Мамаджанова Гулнора Сидикжановна - д.и.т., мудири кафедраи бемориҳои кӯдакони №1 МДТ «ДДТТ ба номи Абуалӣ ибни Сино».



Кабилова Барно Хамиджоновна - н.и.т., дотсенти кафедраи бемориҳои кӯдакон №1 МДТ «ДДТТ ба номи Абуалӣ ибни Сино».

Хотамова Матлюба Намозовна - н.и.т., ассистенти кафедраи бемориҳои кӯдакон №1 МДТ «ДДТТ ба номи Абуалӣ ибни Сино».

Мамаджвнова Гульнора Сидикжановна – доцент кафедри детских болезней №1 ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино», д.м.н.;

Кабилова Барно Хамиджоновна – доцент кафедри детских болезней №1 ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино», к.м.н.;

Хотамова Матлюба Намозовна – ассистент кафедри детских болезней №1 ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино», к.м.н.;

Mamadzhvnova Gulnora Sidikzhanovna – Associate Professor of the Department of Childhood Diseases No. 1 of the State Educational Institution “ATSMU”, Doctor of Medical Sciences;

Kabilova Barno Khamidzhonovna- Associate Professor of the Department of Children’s Diseases No. 1 of the State Educational Institution “ATSMU”, PhD;

Khotamova Matlyuba Namozovna - Assistant of the Department of Pediatric Diseases No. 1 of the State Educational Institution “ATSMU”, PhD;

ЧАНБАИ ПЕШГҶҲ ДАР КҶДАКОНИ ГИРИФТОРИ ЛЕЙКОЗИ ШАДИД Муҳаммаднабиева Ф.А., Давлатова С.Н., Хочаева Н.Н.

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

Муҳиммият. Истилоҳи “лейкози шадид” дар соли 1889 аз ҷониби Вилхелм Эбштейн барои фарқ кардани лейкозҳои музмини босуръат инкишофёфтаи марговар ва нисбатан суст пешрафт қорӣ карда шудааст. Истилоҳи “лейкози шадид” ба омоси бофтаи гемопоэтикӣ бо осеби ибтидоии мағзи устухон дахл дорад, ки субстрати морфологӣ он хучайраи бластикӣ мебошад. ҒАВ-таснифоти лейкозҳои шадид (1976, 1982) онҳоро ба лимфобластикӣ шадид ва ғайрилифобластикӣ (миелоиди) ҷудо кардааст. Таснифоти Ташкилоти Умумиҷаҳонии Тандурустӣ дар соли 1999 тақсимои афзалиятноки ҳама омосҳои гемопоэтикӣ, аз ҷумла лейкози шадидро мувофиқи шӯъбаи гемопоэтикӣ ба миелоиди ва лимфоиди муқаррар кардааст. Бо тамоми вариантҳои генетикии морфологӣ, иммунологӣ ва молекулавии лейкози шадид, зухуроти клиникаи онҳо чандон мушаххас нест ва аз набудани гемопоэзи мағзи устухон ва аломатҳои афзоиши омосҳо дар бадан ба вучуд меояд [1,5].

Бофтаи муқаррари гемопоэтикро хучайраҳои омос иваз мекунад, ки аз хучайраҳои бунёдии омосҳо ва хучайраҳои

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

Асоси пунксияи мағзи устухон ё ошкор кардани хучайраҳои бласт дар хуни периферӣ (бластемия) ё далели панцитопения мебошад, ки аниқ генезиро талаб мекунад. Ба ғайр аз инфилтратсияи бластии мағзи устухон, дар лейкомиа шадид, лейкомиаи экстрамедулярӣ (лимфаденопатия, сплено-, гепатомегалия, инфилтратсияи ягон узв ва бофтаҳо) метавонад ба амал ояд. Зиёд будани хучайраҳои омос бо паҳншавии доими онҳо гиперурикемияро ба вучуд меорад. Миқдори зиёди хучайраҳои омосро бо мавҷудияти нишонаҳои захролудшавии омос якҷоя кардан мумкин аст: талафоти вазн, арақи шабона, табларзаи паст [6]. Аз лаҳзаи ба даст овардани ремиссияи аввалин дар лейкомиа шадид, аз як тараф, ҷустуҷӯи оптималии ХТ гузаронида шуда бошад, аз тарафи дигар, кӯшишҳо барои асоснок



кардан ва татбиқи терапияи ба хатар мутобиқшуда анҷом дода шуданд, барои кам кардани захролудшавии табобат дар сура-ти мавҷуд будани натиҷаи хуб. Дар натиҷаи зиёда аз 30 соли инкишофи лейкемияи муосир аҳамияти максималии пешгӯии лейкемияи шадид, пеш аз ҳама маркерҳои генетикии молекуляри ё ходисаҳои пайдоиши клони омосҳо муқаррар карда шудааст [6,8]. Дар робита ба ин, таснифоти СУТ (1994, 2004, 2008) нуқсонҳои генетикиро ҳамчун меъёри асосии фарқ кардани вариантҳои лейкемияи шадид мешуморад.

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

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

Нуқтаҳои дар боло зикргардида асоси роҳандозӣ шудани таҳқиқоти мазкур гардида.

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

Мавод ва методҳои таҳқиқот. Бо мақсади ҳаллу фасли масъалаҳои дар матраҳгардида таҳқиқоти маҷмӯии 42 нафар кӯдакони гирифтори лейкози шадид. Кӯдаконро ба ду гуруҳ ҷудо шуда буданд. Ба гӯруҳи якум 32 нафар кӯдакон дохил шуд, ки бори аввал ба лейкози шадид гирифтдор шуда буданд ва ба гӯруҳи дуюм 10 нафар кӯдакон дохил шуд, ки такроран бо ресидиви бемори бистари шуданд. Синну соли кӯдакон аз 3-14-сола буд. Гуриҳи тафтиширо 30 нафар, ки бо сину сол ва бо бемории дар боло зикр шуда мувофиқ буд. Ташхис дар асоси маълумоти анамнез, методҳои таҳқиқотҳои кли-

никӣ ва озмоишгоҳӣ гузошта шудааст. Методҳои хуншиносӣ аз гемограмма, миелограмма, коагулограмма, таҳлили биохимиявии хун иборат буд.

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



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

Аз гуфтаи олимони хориҷӣ асосан зухуроти он бо иваз кардани бофтаи муқаррарии гемопэтикӣ бо ҳуҷайраҳои омос, воридшавии онҳо ба узвҳои гуногун алоқаманд аст [1,7]. Дебюти лейкози шадид дар 76% кӯдакон аз табларзаи баланд, заъифи, захролудшавӣ, хунравӣ ва сироятҳои шадид бошад. Дар 24% кӯдакон гранулоситопенияи аниқ, осебҳои захмӣ-некротикии пардаи луобии даҳон, сурхрӯда, рӯдаҳо, нишонаҳои захролудшавии умумӣ гирифтдор шуданд. Зарарҳои экстремедулярӣ дар лейкози шадид осебҳои ретина, тухмдонҳо, тухмдонҳо, пӯст (лейкемидҳо), бофтаҳои нарм (саркомаи миелоид ё гранулоситарӣ), шушҳо ва мушакҳои дилро дар бар мегиранд [5,6]. Дар ҳамаи кӯдакони гирифтори лейкози шадид тағиротҳои хун аз ситопенияи сечониба то шаклҳои гиперлейкоситоз ва бластемияи умумӣ фарқ карданд. Ремиссияи беморӣ дар 38 нафар кӯдакон (давомнокии он зиёда аз 5 сол - барқароршавӣ), фавти



барвақт дар 4 (марг дар давраи якум, дуоми химиотерапия) ё муковимати аввалия (набудани ремиссия пас аз дукурси химиотерапия).

Дар сурати аз нав барқарор шудани афзоиши бластҳо пас аз давраи ремиссия, ресидив (хучумидуюм) лейкемияи шадид қайд карда шуд. Ба муносибати пайдо шудани имконияти муайян кардани хучайраҳои бластӣ на танҳо дар асоси усулҳои морфологӣ, балки ба воситаи усулҳои иммунологӣ, ситогенетикӣ ва молекулавӣ биологӣ якчанд намуди ремиссияи лейкемияи шадид чудо карда мешаванд [5]. Дар ремиссия бемори бластозии мағзи устухон аз рӯи миелограмма камтар аз 5%, гемоглобин зиёда аз 100 г/л, лейкоцитҳо аз 1,5Ч10⁹/л, тромбоцитҳои зиёда аз 100,0Ч10⁹/л; Меъёри ремиссияи молекулавӣ мавҷуд набудани транскрипти онкоген ё онкопротеин дар хун ё мағзи устухон мебошад. Дар ҳолатҳое, ки сарфи назар аз барномаи муолиҷаи анҷомшуда, транскрипти онкоген ё онкопротеин нигоҳ дошта мешавад, бемории ҳадди ақали боқимонда муайян карда мешавад, ки он бояд мониторинги генетикии молекулавӣ, инчунин ремиссияи молекулавӣ, барои сари вақт ошкор кардани такрори молекулавӣ дар ҳолати афзоиши консентратсияи транскрипт [8].

Дар табобати барномавии лейкемияи шадид (универсалӣ барои ҳама намудҳои лейкемияи шадид) ва химиотерапияи мустақими зиддибластӣ (вобаста ба намуди лейкемия мушаххас). Набудани табобати мувофиқи ҳамроҳи ноил шудан ба таъсири химиотерапияро истисно мекунад [6]. Дар таҳқиқоти нашршуда, давомнокии миёнаи умр пас аз тасдиқи ташхис бо лейкози музмин аз 42 моҳ то 7 сол фарқ мекард.

Пешгӯи дар типии кӯдакон оқибати бад дошта - беморон дар давраи терминалӣ бластозии тоталӣ, бо нейрорлейкоз мефафтанд. Дар 58 беморони МТД МД ЧТ “Шифобахш” шӯбаи гематология кӯдакона аз соли 2011 то ҳол зиёда аз 10 сол ё бештар аз он зиндагӣ карда истодаанд. Пас аз трансплантатсияи бомуваффақияти мағзи устухон ва табобати умумии радиатсионӣ, дар ҳамаи

шакли лейкоз, сиҳатёбӣ имкон дорад [5]. Дар 5 кудакони ба лейкози шадид гирифташуда трансплантатсияи трансплантатсияи бомуваффақияти мағзи устухон бомуваффақият дар давлатҳои хориҷа гузаронида шуд.

Беморони дар ремиссия клиникаию лабораторӣ буда, дар назорати диспансерӣ МТД МД ЧТ “Шифобахш” шӯбаи гематология кӯдакона қарор дорад. Бинобар ин ҳамаи беморон то охир аз ҷониби гематолог қайд гирифта шуданд. Таҳқиқоти молекулавӣ-генетикии лейкоцитҳои хуни периферикӣ бо муайян кардани миқдори гени химерии ВСР/Авб ҳар моҳ гузаронида мешавад. [1,5]. Ба беморон пунқсияи мағзи устухон бо таҳқиқоти морфологӣ ва ситогенетикӣ барои ташхиси барвақтии гузариши фазаи шадид ба фазаи суръатбахшӣ дар 3 моҳ 1 маротиба таъин карда шудааст. Ҳар шаш моҳ барои муайян кардани дараҷаи лимфоблейкоз гузаронидани пунқсияи стерналии мағзи устухон гузаронида шудааст. Мушоҳида дар соли сеюми терапия ва минбаъд вобаста ба таъсири клиникӣ-гематологӣ ва молекулавӣ-генетикии табобати гузаронидашуда гузаронида шуд.

Пас аз трансплантатсияи хучайраҳои бунёдии гемопоэтикӣ, беморон одатан дар маркази махсуси трансплантатсия аз рӯи схемаҳои махсус таҳияшуда вобаста ба усули трансплантатсияи хучайраҳои бунёдии гемопоэтикӣ ба қайд гирифта шуд. Ғайр аз муолиҷаҳои ташхисӣ ва табобатӣ, дар 5 бемор, ки барои назорати ҳолати ремиссия аз рӯи бемории асосӣ зарур буд, ҳолати трансплантатсия, вазъияти сироятӣ, фаъолияти реаксияи иммунологии “трансплантатсия бар зидди мизбон” арзёбӣ карда шудааст.

Хулоса. Ҳамин, тариқ беморони гирифташудаи лейкози шадид пешгӯии беморӣ дар таҳқиқоти гузаронида шуда аз бисёр омилҳо вобаста буд, аз ҷумла синну соли пайдоиш, андозаи испурч ва ҷигар, миқдори бластҳо, тромбоцитҳо, эозинофилҳо ва базофилҳо дар хуни канорӣ. Илова бар ин, дар айни замон табобати гузаронидашуда омили муҳими пешгӯӣ ҳисобида мешавад. Дар таҳқиқоти нашршуда, давомнокии миёнаи умр пас аз тасдиқи ташхис бо лейкози



шадид аз 42 моҳ то 7 сол фарқ мекард. Бояд қайд кард, ки ин корҳо танҳо дар солҳои охир истифодаи ингибиторҳои тирозинкиназаро барои табобати миелолейкози муз-

мин дар амалияи клиникӣ ба назар нагирифтаанд, ки интизор меравад, ки давомнокии умри беморони гирифтори лейкозро зиёд кунанд.

Адабиёт

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

ПРОГНОСТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ У ДЕТЕЙ С ОСТРЫМ ЛЕЙКОЗОМ

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

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

Цель. Изучить прогностические аспекты у детей с острым лейкозом.

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

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

ном кризе и при нейролейкозе прогноз неблагоприятный и фатальный.

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

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

**PROGNOSTIC ASPECTS IN CHILDREN WITH ACUTE LEUKEMIA****Muhammadnabieva F.A., Davlatova S.N. Khodjaeva N.N.,**

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

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

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

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

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

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

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

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

Муҳаммаднабиева Фарӣшта Абдулрахимовна – н.и.т., ассистент кафедраи детских болезней №2 ГОУ «ДДТТ имени Абуали ибни Сино» E-mail: farishta.am.86@mail.ru

Muhammadnabieva Farishta Abdulrahimovna – с.м.с., assistant department of children diseases №2 SEI «ATSMU» E-mail: farishta.am.86@mail.ru

Давлатова Соҳира Назировна н.и.т., досенти кафедраи бемориҳои кӯдаконаи №2 МДТ «ДДТТ ба номи Абуали ибни Сино»; sokhira@mail.ru

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

Davlatova Sokhira Nazirovna Candidate of medical Sciences, associate Professor of the Department of children diseases №2 SEI «ATSMU». sokhira@mail.ru

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

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

Khodjaeva Nekzan Nazarbekovna Candidate of medical Sciences, assistant of the Department of children diseases №2 SEI «ATSMU»; khodjaevanikzan@gmail.ru



БЕМОРИҲОИ СИРОЯТӢ

ХАТОҶО ДАР ТАШХИСИ БРУСЕЛЛӢЗИ МУЗМИН ДАР ВИЛОЯТИ ХАТЛОН

Зувайдов Х.Ф.¹, Матинов Ш.Қ.¹, Раҳимова Д.С.²

Кафедраи бемориҳои сироятӣ кафедраи тибби оилавии

МДТ “ ДДТТ ба номи Абуалӣ ибни Сино”

Муқаддима. БруселлӢз аксар вақт дар кишварҳо ва минтақаҳо ба қайд гирифта мешавад, ки соҳаи чорводорӣ хуб рушд ёфтааст. Аксар вақт одамони синнусоли қобили меҳнат ба беморӣ гирифта мешаванд, ки ин ба самти иҷтимоӣ иқтисодӣ зарар мерасонад ва ин яке аз ҷанбаҳои муҳраи ин мушкилот маҳсуб меёбад. БруселлӢз як сироятӣ системавӣ мебошад, ки метавонад дилхоҳ узв ё системаи баданро фаро гирад [1,4,5,6].

Дар Тоҷикистон минтақаҳои эндемикии бруселлӢз инҳо мебошанд: Вилояти Хатлон, ки ҳамасола беморони бруселлӢз бахусус дар ноҳияҳои Ш.Шоҳин, Ховалинг, Темурмалик, Балҷувон, Панҷ, Восеъ ва Хуросон ба қайд гирифта мешаванд. Дар вилояти Хатлон ҳамасола 3,2 то -2,4 дар 100 ҳазор аҳоли ҳолати нави бруселлӢзи аввалияи музмин ба қайд гирифта мешавад ва дар ҳудуди ноҳияҳои Панҷ ва Восеъ бошад, сола аз 18,8 то 4,1 ҳолат дар 100 ҳазор бемориҳои бруселлӢзи шадид ба қайд гирифта мешаванд [2,3].

Мақсади кор. Бо сабаби тағйир ёфтани манзараи клиникии бруселлӢзи муосир, ки бо аломатҳои норавшан тавсиф мешавад, ташҳиси дурустро танҳо дар асоси ба назар гирифтани таърихи эпидемиологӣ, комплекси аломатҳои клиникӣ ва санҷишҳои лабораторӣ муқаррар кардан мумкин аст.

Мавод ва усулҳои тадқиқот. Дар давоми 10 соли охир (аз соли 2013 то соли 2023) мо 47 таърихи бемориро таҳлил намуда, маълум намудем, ки ташҳиси бруселлӢзи музмини аввалия то қабул ба шӯъбаи бемориҳои сироятӣ беморхонаи вилоятии Бохтар танҳо дар 23 нафар (48,9%) сари вақт муқаррар карда шудааст.

Натиҷаҳо ва муҳокимаи онҳо. Таҳлилҳои гузаронидаи мо нишон дод, ки аксар вақт, ташҳиси аввалия ҳамчун «тарбод» дар

7 бемор (14,9%), «радикулити люмбосакралӣ» дар 6 бемор (12,8%) ва «люмбоишиалгия» дар 4 бемор (8,5%), «нейроинфекция» дар 5 бемор (10,6%) ба қайд гирифта шуда, ба 2 нафар беморон (4,3%) аввал ташҳиси «полиартрити этиологияи номаълум» гузошта шудааст.

Дар зер меҳодем аз таърихи бемории беморони муоинакардамон мисолҳо орем.

Таърихи бемории № 1. Бемор А., (мард) 43 сола. Дар давоми панҷ сол ӯ аз дарди буғумҳои калони андомҳои поён ва сутунмӯҳра, араққунӣ ва табҳои паст азоб мекашид. Вай борҳо ба таври амбулаторӣ аз тарбод, баъд дар шӯъбаи муолиҷавӣ беморхонаи ноҳияи Хуросон ва дар осоишгоҳ табобат гирифтааст, ки пас аз он муваққатан беҳбудӣ ба амал омадааст. Танҳо пас аз панҷ сол, баъди пайдо шудани нишонаҳои дар боло зикршуда, бемор ба машварати духтури шӯъбаи бемориҳои сироятӣ беморхонаи вилоятии шаҳри Бохтар муроҷиат карда, барои бруселлӢз муоина карда шуд, ки реаксияҳои серологии Райт 1.600 ва Хеддлсон мусбат буданд, ки ташҳис бруселлӢзи музмини ибтидоиро тасдиқ кард. Аз анамнези эпидемиологӣ маълум шуд, ки бемор дар хона ҳайвоноти зиёди хурду калон дорад, ки аксар вақт бемор мешуданд ва ҳеҷ гоҳ аз ҷониби духтури байторӣ мавриди муоина қарор нагирифтаанд.

Дар ин ҳолат, чунин аломатҳо ба монанди дард дар буғумҳои калони андомҳои поёнӣ ҳангоми мавҷуд набудани тағйироти илтиҳобии намоён дар онҳо, дарди сутунмӯҳра, зиёд шудани араққунӣ ва таби дарозмуддати паст, инчунин анамнези эпидемиологӣ ҳамчун асоси кофӣ барои тасдиқи ташҳиси бруселлӢз хизмат намуданд.

Таърихи бемории № 2. Бемор В., (зан) 39 сола. Чор сол пеш, вақте ки дард дар буғумҳои кафи по ва зону, араққунӣ зиёд ва

таби паст пайдо гашт, бемор шуд. Ба вай артрити тарбоди ташхис карда шуд, ки барои он дар шӯъбаи муолиҷавӣ се моҳ бе натиҷа табобат гирифт. Дарди буғумҳо шиддат гирифт. Фақат пас аз чор соли пайдоиши ин беморӣ ба шӯъбаи бемориҳои сироятии беморхонаи вилоятии шаҳри Бохтар ба як мутахассиси бемориҳои сироятӣ мурочиат намудааст ва аз анамнези эпидемиологӣ маълум гардидааст, ки бемор пеш аз ин беморӣ мунтазам шири хоми гови хонагии ба бруселлэз гирифтورشударо истеъмол мекардааст. Реаксияҳои серологии Райт 1;400 ва Хеддлсон мусбат. Дар ин ҳолат, ҳатогӣ дар ташхис натиҷаи безътиноии табибон ба анамнези эпидемиологӣ маҳсуб меёфт. Муҳлати муқаррар намудани бруселлэзи музмини ибтидоӣ, мисли шакли музмини дуюмбора такрорёфта таъхирёфта маҳсуб меёбад. Зеро дар шаш моҳи аввали беморӣ танҳо дар 25%-и беморон бруселлэз ошкор мешавад. Дар аксари мавридҳо таъхирёбии ташхис бо норавшан будани аломатҳои клиникӣ шарҳ дода мешавад.

Таърихи зерини бемории № 3 ишора менамояд. Бемор К., (мард) 41 сола. Бо шикоятҳои дарди поёни камар ва пушт, дарди сар, асабоният, ҳастагӣ ба клиника мурочиат кардааст. Бори аввал, дар синни 28-солагӣ ҳар сари чанд вақт каме дардро дар буғуми косу рони рост ва қад-қад асаби сурина ва пас аз ду сол дар буғумҳои китф мушоҳида кардааст. Ба ӯ муолиҷаи физиотерапевтӣ таъйин кардаанд, аммо бе натиҷа. Аз синни 32-солагӣ дарди буғумҳои китф пурзӯр шуда, дарди сутунмӯҳра пайдо мешавад, ки ӯ инро бо фаъолияти шадиди ҷисмонӣ ҳангоми сохтмони мустақилонаи хона алоқаманд донистааст. Ӯро барои бруселлэз муоина карданд, зеро дар деҳот зиндагӣ мекунад: аксуламалҳои Райт 1;100 ва Хеддлсон суст мусбат буданд. Бо антибиотикҳои қатори тетрациклинӣ бе ягон натиҷаи муваффақона табобат гирифта, пас аз он бо ташхиси «Бруселлэз» ба табобати санаторию курортӣ фиристода шудааст. Баъди баргаштан реаксияҳои серологии нишондодашуда манфӣ баромада, ташхиси «бруселлэз» истисно карда шудааст. Пас аз панҷ сол,

дарди буғумҳо ва сутунмӯҳраҳои номбаршуда бадтар шуд. Ба духтури травматолог мурочиат карда, ташхиси «Хондрози шадиди сутунмӯҳра»-ро гузоштаанд. Табобат таъин мекунад, вале беҳбудӣ ба назар намерасад. Бо дарназардошти он, ки 5 сол пеш аз ин бемор гирифтори бемории бруселлэз буд, боз ба духтури сироятӣ мурочиат менамояд. Маълум мегардад, ки дарди буғум ва сутунмӯҳра пеш аз истеъмоли шири хоми гови гирифтори бруселлэз будааст. Ба таври воқеӣ, ҳангоми қабул ба духтури сироятшиносии шӯъбаи бемориҳои сироятии Беморхонаи вилоятии шаҳри Бохтар: таби паст, коҳиши иштиҳо, пуррагии бадан мушоҳида мегардад. Дар рентгенограммаи шӯъбаҳои қафаси сина ва камар танг шудани фосилаҳои байни мӯҳраҳо ва контурҳои норавшани паҳлӯҳои буғум ба қайд гирифта мешавад. Хулосаи ортопед: маълумотҳои клиникӣ ва рентгенологӣ ба тасвири клиникӣ остеохондроз, эҳтимолан этиологияи бруселлэз мувофиқат мекунад. Духтури фтизиатр бемории сили сутунмӯҳраро рад мекунад. Реаксияҳои серологии Райт ва Хеддлсон мусбӣ мебошанд. Ташхис ҳангоми ҷавобдиҳӣ: «Бруселлэзи музмини ибтидоӣ бо осеби аввалияи узвҳои тақияву ҳаракат, марҳилаи субкомпенсатсия».

Бояд гуфт, ки дар ташхиси бруселлэз нақши асосӣ ба табибони ҳадамоти амбулаторӣ тааллуқ дорад. Аз сабаби гуногуншаклии морфологияи зухуроти клиникӣ бруселлэз беморон пеш аз ташхис ба духтурони ихтисосҳои гуногун мурочиат мекунад. Инро таҳлили маълумотҳои омӯрӣ тасдиқ мекунад, ки ташхиси бруселлэзи музминро аввал терапевт дар 65,7 Ҷоиз, невропатолог дар 18 Ҷоиз, ҷарроҳон 3,3 Ҷоиз, табибони дигар ихтисос 8 Ҷоиз, сироятшинос танҳо дар 5 Ҷоизи аҳолии муайян кардаанд, ки ин ба таъхирёбии ташхиси бруселлэз аз ҷониби табибони умумӣ алоқаманд мебошад.

Хулоса. Сабаби хатогиҳои ташхис ба таври кофӣ арзёбӣ накардани комплекси аломатҳои зухуроти клиникӣ бруселлэз вобаста ба шакли беморӣ мебошад. Дар баъзе ҳолатҳо, таърихи эпидемиологӣ ба назар гирифта намешавад, ки он барои сари вақт



ташхис кардан мусоидат мекунад. Усулҳои конкретии тадқиқоти лабораторӣ ба кадрҳои кифоя истифода намешаванд. Аксар вақт хатогиҳои ташхисӣ дар натиҷаи ба таври кофӣ ошно набудани табибон бо хусусиятҳои клиникии бруцеллезӣ муосир, эҳтиёткории пасти онҳо нисбат ба ин сироят, инчунин натиҷаи арзёбии камсифати маълумотҳои лабораторӣ ба назардошти вобас-

тагии онҳо аз шакли клиникӣ мебошад. Ҳангоми ташхиси бруцеллезӣ муосир дар муқоиса бо бемориҳои шадиди септикӣ бартари назарраси шаклҳои музмин ба назар гирифта мешавад ва аз ин рӯ, ҳангоми ташхиси дифференциалӣ, пеш аз ҳама бояд осеби узвҳои канорӣ, системаи марказии асаб, бугумҳо ва бемориҳои гуногуни сироятӣ ба назар гирифта шавад.

Адабиёт

1. Курбонов, К. М. Эпидемиологическое районирование Республики Таджикистан по степени риска инфицирования населения бруцеллезом /К. М. Курбонов// Эпидемиология и инфекционные болезни. Актуальные вопросы. -2014. -№6. -С19-23.
2. Ляпина, Е. П. Хранический бруцеллез: системное воспаление и эндотоксикоз, совершенствование терапии и эпидемиологического надзора: им дисс. док. мед. наук: 14.01.01., 14.00.03./Е. П. Ляпина, .ГУО ВПО Саратовский государственный медицинский университет-М. 2008.
4. Покровский В. И., Пак С. Г. Инфекционные болезни и эпидемиология. – М.: ГЭОТАРМед, 2004. – 816 с.
5. Рахмонов Э. Р., Бемориҳои сироятӣ. – Душанбе 2017 .С – 450.
6. Шульдякова А. А., Романцова М. Г. Бруцеллез. Современные подходы к терапии: Пособие для врачей. – Саратов; СПб., 2006. – 28 с.

ОШИБКИ В ДИАГНОСТИКЕ ХРОНИЧЕСКОГО БРУЦЕЛЛЕЗА В ХАТЛОНСКОЙ ОБЛАСТИ

Зувайдов Х.Ф., Матинов Ш.К., Рахимова Д.С.

Кафедра инфекционных болезней, кафедра семейной медицины
ГОУ «ТГМУ имени Абуали ибн Сино»

Цель работы. Изучить ошибки в диагностике хронического бруцеллеза у людей проживающих в Хатлонской области Республики Таджикистан. В связи с изменением клинической картины современного бруцеллеза, отличающегося стертой симптоматикой, правильный диагноз может быть установлен только на основании учета эпидемиологического анамнеза, клинического симптомокомплекса и лабораторных исследований.

Материал и методы исследования. Проанализировав 47 историй болезни за последние 10 лет (с 2013 года по 2023 год), мы выявили, что диагноз первично-хронического бруцеллеза до поступления в инфекционное отделение областной больницы г. Бохтара своевременно был установлен только у 23 пациентов (48,9 %). Чаще всего первичный диагноз звучал, как «ревматизм» у 7 пациентов (14,9 %), «пояснично-крестцовый радикулит» у 6 пациентов (12,8 %) и «люмбоишиалгия» у 4 пациентов (8,5 %), «нейроинфекция» у 5 пациентов (10,6 %) и 2

пациентам (4,3 %) сначала был выставлен диагноз: «полиартрит неясной этиологии».

Результаты. Диагноз бруцеллеза во всех случаях нами был поставлен на основании клинико-эпидемиологических данных, а также на основании положительных результатов серологических методов исследований реакцией Хедельсона – Райта. Следует отметить, что в диагностике бруцеллеза ведущая роль принадлежит врачам поликлинической службы. В связи с полиморфизмом клинических проявлений бруцеллеза больные до установления диагноза обращаются к врачам различных специальностей. Это подтверждает и анализ данных статистики, что диагноз хронического бруцеллеза впервые установлен терапевтами 65,7 %, неврологами – в 18 %, хирургами – в 3,3 %, врачами других специальностей – в 8 %, инфекционистами только в 5 % случаев, что связано с запоздалой диагностикой бруцеллеза врачами общей практики.

Вывод. Причиной диагностических ошибок



является недооценка симптомокомплекса клинических проявлений бруцеллеза в зависимости от формы заболевания. В ряде случаев не учитывается эпидемиологический анамнез, который в значительной мере способствует

своевременной диагностике. Недостаточно используются специфические лабораторные методы исследования.

Ключевые слова: Хронический бруцеллез, ошибки, диагностика.

ERRORS IN THE DIAGNOSIS OF CHRONIC BRUCELLOSIS IN KHATLON REGION.

Kh. F. Zubaydov, Sh. K. Matinov

Department of Infectious Diseases of the State Educational Institution “Abu’l

Purpose of the work. The aim of the study was to study errors in the diagnosis of chronic brucellosis in people living in the Khatlon region of the Republic of Tajikistan. Due to the change in the clinical picture of modern brucellosis, which is characterized by erasure of symptoms, the correct diagnosis can be established only on the basis of taking into account the epidemiological history, clinical symptom complex and laboratory studies.

Material and methods of research. After analyzing 47 case histories over the past 10 years (from 2013 to 2023), we found that only 23 patients (48.9%) were diagnosed with primary chronic brucellosis prior to admission to the infectious diseases department of the Bokhtar Regional Hospital in a timely manner. Most often, the primary diagnosis was “rheumatism” in 7 patients (14.9 %), “lumbosacral sciatica” in 6 patients (12.8 %), “lumboishialgia” in 4 patients (8.5 %), “neuroinfection” in 5 patients (10.6 %) and 2 patients (4.3 %). first, a diagnosis was made:

“polyarthritis of unclear etiology.”

Results. The diagnosis of brucellosis in all cases was made on the basis of clinical and epidemiological data, as well as on the basis of positive results of serological methods of research with the Hedelson –Wright reaction. It should be noted that in the diagnosis of brucellosis, the leading role belongs to the doctors of the polyclinic service. Due to the polymorphism of the clinical manifestations of brucellosis, patients turn to doctors of various specialties before establishing a diagnosis. This is confirmed by the analysis of statistical data that the diagnosis of chronic brucellosis was first established by therapists in 65.7 %, neurologists-in 18 %, surgeons – in 3.3 %, doctors of other specialties-in 8 %, infectious diseases specialists only in 5% of cases, which is associated with late diagnosis of brucellosis by general practitioners.

Conclusion. reason for diagnostic errors is an underestimation of the symptom complex of clinical manifestations of brucellosis, depen.

Зувайдов Хокимшо Файзуллоевич- мудири шуъбаи беморҳои сироятии Беморхонаи вилояти Хатлон, ш.Бохтар тел.88.388.08.89.

Матинов Шарофидин Кудбидинович –номзади илми тиб, дотсенти кафедраи беморҳои сироятии МДТ «ДДТТ ба номи Абуали ибни Сино», Тел.918.17.79.05. e-mail dr-matin@mail.ru

Рахимова Дилором Ситамова – ассистенти кафедраи тибби оилавӣ, МДТ «ДДТТ ба номи Абуали ибни Сино», Тел.918.17.79.05. e-mail dr-matin@mail.ru

Зувайдов Хокимшо Файзуллоевич- заведующий инфекционным отделением областной больницы Хатлонской области, город Бохтар тел.88.388.08.89.

Матинов Шарофидин Кудбидинович –кандидат медицинских наук, доцент кафедры инфекционных болезней ГОУ «ТГМУ им.Абуали ибни Сино». Тел.918.17.79.05. e-mail dr-matin@mail.ru.

Рахимова Дилором Ситамова –ассистент кафедры семейной медицины, ГОУ «ТГМУ им.Абуали ибни Сино». Тел.918.17.79.05. e-mail dr-matin@mail.ru.

Okimsho Fayzulloevich Zuvaydov - Head of the Infectious diseases department of the regional hospital of Khatlon region, Bokhtar city tel. 88. 388. 08. 89.

Sharofidin Kudbidinovich Matinov-Candidate of Medical Sciences, Associate Professor of the Department of Infectious Diseases of SEI “ATSMU”. Tel. 918. 17. 79. 05. e-mail dr-matin@mail.ru.

Dilorom -Assistant of the Department of Family Medicine, Educational Institution SEI “ATSMU”. Tel. 918. 17. 79. 05. e-mail dr-matin@mail.ru.



БЕҲДОШТ

ПРОБЛЕМҲОИ ИТТИЛООТНОКӢ, САТҲИ ДОНИШ, МУНОСИБАТ ВА РАФТОРИ АҲОЛӢ НИСБАТ БА КӢДАКОН ВА ЗАНОНИ ДОРОИ МАӢЮБӢ ДАР ҶУМӢУРИИ ТОҶИКИСТОН

Азимов² Г.Ҷ., Рузиев¹ М.М., Хушнудҷони М², Ғозиев¹ Ҷ. Ғ.

МД «Пажухишгоҳи илмӣ-таҳқиқотии тибби профилактикӣ»¹,

МДТ «ДДТТ ба номи Абуалӣ ибни Сино»².

Муқаддима. Дар натиҷаи дастгирӣ намудани протсессии интегратсияи иҷтимоии кӯдакон ва занони дорои маъҷубшавӣ як қатор мушкилот пайдо мешаванд, ки бо онҳо институтҳои давлатӣ ва созмонҳои ҷамъиятӣ рӯ ба рӯ мешаванд (5,6).

Дар ҷумҳурӣ оилаҳои зиёде ҳастанд, ки дар онҳо кӯдакон ва занҳои дорои маъҷубӣ 100.000 ҳастанд. Аз сабаби мавҷуд набудани воситаҳои моддӣ дар бештари ҳолатҳо сарвари чунин оилаҳо асосан дар муҳочирати меҳнатӣ ё ҷустуҷӯи кор дар хориҷи кишвар қарор дорад (4). Дар чунин ҳолатҳо як волидон дар танҳои на ҳамеша метавонад, ки ба кӯдакони маъҷуб табобати саривақтӣ ё ҳадамоти реабилитатсиониро расонад. Мавҷуд набудан ё норасоии кадрҳо дар мақомоти давлатӣ, ки бевосита ба масъалаҳо ва проблемаҳои занҳо ва кӯдакони дорои маъҷубӣ машғуланд, наметавонанд ба таври бояду шояд вазифаҳои дар пеш гузошташударо ҷиҳати беҳтар кардани шароити иҷтимоӣ барои ҳаёти онҳо назорат кунанд. Бештари волидайн хоҳиш надоранд, ки бегонаҳо дар бораи кӯдакони маъҷуби онҳо маълумот дошта бошанд ва кӯдакони маъҷуби худро ба мактаб ва кӯча рафта наметавонанд, яъне онҳоро ҷудо карда мемонанд (1,2). Ба кадрҳои нокифоя таъмин кардани шароит барои бемонеа дастрас будани одамони маъҷуб ба объектҳои инфрасохтори иҷтимоӣ ва воситаҳои нақлиёт, махсусан дар маҳаллҳо дида мешавад. Омӯзиш ва омода кардани кормандони миёна ва хурди тиббӣ барои хизматрасонӣ ба одамони маъҷуб вучуд надорад.

Омили муҳим барои интегратсияи иҷтимоии кӯдакон ва занони маъҷуб иттилоотнокӣ, дониш, муносибат ва рафтори аҳоли нисбат ба кӯдакон ва занҳои дорои маъҷубӣ мавҷуд нестанд (3). Дар ин миён, баҳодихии

илмӣ ва огоҳӣ, дониш, муносибат ва таҷрибаи кӯдакон дар бораи кӯдакон ва занони маъҷуб, ҳамчунин нақши институтҳои давлатӣ ва созмонҳои ҷамъиятӣ дар пешравии протсессии интегратсияи иҷтимоӣ дар ҷамъияти кӯдакон ва занҳои маъҷуб хеле актуалӣ ва аввалӣ ба ҳисоб меравад барои системаи нигоҳдории тандурустӣ ва ҳифзи иҷтимоии аҳолии Ҷумҳурии Тоҷикистон.

Дар робита аз ин, барои таҳия намудани ҷорабиниҳои илмӣ асоснок оид ба ташкили расонидани ёрии тиббӣ- психологӣ кӯдакон ва занони маъҷуб зарурати гузаронидани омӯзиш ва таҳлили илмӣ меъёрҳои иҷтимоӣ заруранд, бо роҳи баҳо гузоштан ба огоҳиву дониш, рафтор ва муносибати дучониба дар Тоҷикистон.

Барои баргузори чунин таҳқиқот ҳамаи минтақаҳои (вилояти Хатлон, вилояти Суғд, ВМКБ, НТҶ ва дар шаҳри Душанбе) Ҷумҳурии Тоҷикистон ва таваҷҷӯҳ кардан ба проблемаҳои ошкоршудаи занҳои маъҷуб зарур аст.

Ин иҷро намудани ин вазифаҳои мушаххасро талаб мекунад:

- баҳогузори ба огоҳии аҳоли дар бораи кӯдакон ва занҳои маъҷуб;
- баҳогузори ва муносибати аҳоли барои ҷазо додан, зӯрварӣ ба кӯдакон ва занҳои маъҷуб ва бе кӯдакони дорои маъҷубӣ;
- баҳодихӣ ба дониш, муносибат ва таҷрибаи кӯдакон дар бораи кӯдакон ва занҳои маъҷуб;
- омӯзиши интегратсияи иҷтимоии кӯдакон ва занҳои маъҷуб;
- муайян кардани нақши институтҳои давлатӣ ва ташкилотҳои ҷамъиятӣ дар пешрафти протсессии интегратсияи иҷтимоӣ дар ҷамъияти кӯдакон ва занҳои дорои маъҷубӣ;



Дар навбати худ ҳаллу фасли вазифаҳои зикршуда имконият медиҳанд, ки муайян карда шаванд:

- «камбудихо» ва монеаҳои асосие, ки садди роҳи протсессҳои ба даст овардани хизматрасонии нигоҳдории тандурустӣ ва хифзи иҷтимоии одамони дорои имкониятҳои маҳдуд, аз ҷумла занҳо ва кӯдакони дорои имкониятҳои маҳдуд (ё парастор ё оилаҳои онҳо);

- «камбудихо» ва монеаҳои асосие, ки садди роҳи ба таҳсил фаро гирифтани ва ба кор таъмин кардани занҳо ва кӯдакони дорои имкониятҳои маҳдуд (ё парастор ё оилаҳои онҳо);

- табиати муносибатҳо, рафтор ва таҷрибаи шахсоне, ки протсесси интегратсияи иҷтимоии кӯдакони маъюб ва занҳои маъюб дар сатҳи маишӣ ва сатҳи ҷамъиятҳо;

- сарчашмаҳои иттилоот, каналҳои иртибот, гурӯҳҳо ва шабакаҳои иҷтимоӣ, ки ба чунин муносибат, рафтор ва таҷриба дар ҷомеа таъсир мерасонанд;

- арзишҳои асосие (меъёрҳои иҷтимоӣ), ки ба кӯдакон ва занҳои маъюб таъсир мерасонанд, чунин муносибатро мустақкам мекунад, рафтор ва таҷрибаи одамон.

Мавод ва усулҳои таҳқиқот. Дар доираи компоненти миқдории таҳқиқот 2000 респондент-аҳолии 18-сола ва аз он боло таҳқиқ карда шуд. Ҳангоми гузаронидани ин таҳқиқот таҷрибаи дигар кишварҳо, аз ҷумла кишварҳои ҳамсоя ҷамъоварӣ ва омӯхта шуд.

Дар равиши таҳқиқот ҳисоботи таҳлилии Юнисеф Тоҷикистон омӯхта шуд “Таҳқиқоти сатҳи дониш, муносибат ва рафтори аҳоли оид ба муносибат ба кӯдакон ва занҳои маъюб дар Ҷумҳурии Тоҷикистон” омӯхта шуд (с.2018).

Мавзӯи таҳқиқот. Мавзӯи таҳқиқот омӯзиши аҳоли оид ба сабабҳои маъюбӣ буда, нуқтаи назари аҳоли дар бораи профилактика (бартарифсозӣ) таболати маъюбӣ, сарчашмаҳои асосии иттилооти аҳоли оид ба маъюбӣ муносибати аҳоли ба маъюбон ва маъюбшавӣ, таҷрибаи иртиботи мутақобила бо одамони маъюб, буданд. Ҳуқуқ барои ҳаёти репродуктивии маъюбон ва ҷазо до-

дан ба ҳайси таҷрибаи тарбияи кӯдакони маъюб.

Натиҷаҳои таҳқиқот. Таҳқиқот муайян кард, ки сатҳи иттилоотнокии аҳолии калонсол дар бораи маъюбшавӣ, махсусан дар бораи чунин намудҳои маъюбӣ, ба монанди “қобилияти зеҳнӣ”, “аутизм”, “бемориҳои музмин”, “бемориҳои узвҳои дарунӣ” ва “мушкилоти махсус дар омӯзиш” дар муқоиса бо таҳқиқоти соли 2016 гузаронида шудаанд, баланд шудааст. Аммо сатҳи иттилоотнокии аҳоли дар бораи ВИЧ/СПИД ба сифати маъюбӣ ва ҳам дар таҳқиқоти соли 2016 паст (4%) боқӣ мемонад, ки огоҳӣ надоштан ва нафаҳмидани аҳамияти ин беморӣ дар ҷомеаро инъикос мекунад.

Таҳқиқот нишон дод, ки сатҳи огоҳии кӯдакони маъюб дар бораи маъюбшавӣ дар маҷмӯъ дар муқоиса аз натиҷаҳои ҳамин гуна таҳқиқоти соли 2016 паст (0,7%) буд. Муайян карда шуд, ки ноогоҳии пурсидашудагон низ дар хусуси он, ки занҳо ва кӯдакони маъюб оё нафақа мегиранд ё не ва ягон имтиёз доранд ё не.

Таҳқиқоти гузаронидашуда низ нишон дод, ки сатҳи иттилоот гирифтани респондентҳои калонсол дар бораи маъюбшавӣ аз ҳама сарчашмаҳои иттилоот паст шудааст (телевизион, радио, интернет, рӯзнома, дӯстон ва атрофиёни наздик ва ғайра).

Аз рӯи натиҷаҳои таҳқиқот тасдиқ кардан мумкин аст, ки ҳиссаи асосии аҳоли, ки бар зидди лату кӯб кардани кӯдакони маъюб ва бидуни маъюб мутаносибан ба 96% ва 94% баробар аст. Ҳамчунин тибқи натиҷаҳои таҳқиқот ҷавобҳои аҳоли оид ба саволи ҷазо додани кӯдакони маъюб, ба сифати протсесси “мӯътадили” тарбиявӣ то 7% кам шудааст, ки аз сатҳи баланди огоҳӣ ва тарбияи аҳоли оид ба кӯдакони маъюб дарак медиҳанд.

Дар равиши таҳқиқот омилҳои муайян карда шудаанд, ки ба рафтори аҳолии дорои кӯдакони маъюб таъсири манфӣ мерасонанд. Аз ҷумла таҳқиқот нишон дод, ки муносибати манфӣ дар шакли “хусумат” ва “ваҳм” аз одамони маъюб назар ба таҳқиқоти соли 2016 2% зиёд шудааст, ки ин аз иттилоотнок набудани баъзе одамон дар бораи маъюб-



шавӣ дакрак медиҳад. Омили тарсу ваҳм дар одамон асосан дар одамони дорои ихтилолҳои рӯҳӣ пайдо мешаванд, назар ба он ки тағйиротҳои ҷисмонӣ доранд. Таҳқиқот нишон дод, ки 33%-и респондентҳо нуқтаи назари манфӣ доранд дар бораи одамони дорои тағйиротҳои рӯҳӣ, 23% дар бораи одамони дорои тағйиротҳои ҷисмонӣ.

Таҳлил нишон дод, ки давлат пайваста кӯшиш ба харҷ медиҳад, ки сифати ҳаёти одамони дорои имкониятҳои маҳдуд беҳтар карда шавад, муҳофизати иҷтимоии онҳо таъмин гардад, ки инро дар тадриҷан баланд шудани нафақа ва кӯмакпулиҳо, ҳамчунин расонидани хизматрасониҳои иҷтимоӣ ба назар мерасад. Аз ҷумла, бо мақсади бартараф кардани номутаносибии мавҷуда ба андозаи нафақаи кӯдакони маъҷуб, ки статуси яхелаи иҷтимоӣ доранд, чораҳо андешида шудааст.

Таҳқиқот нишон дод, ки паст шудани сатҳи муносибатҳои аҳоли бо одамони дорои маъҷубӣ, оид ба нигоҳубини одамони имкониятҳои маҳдуд то 32%, нисбат ба ҳуқуқҳои одамони имкониятҳои маҳдуд нисбат ба ҳаёти репродуктивӣ низ ҷавоб доданд, ки “чандон репродуктивӣ нест ба монанди одамони бидуни имкониятҳои маҳдуд (ИМ)” ва ин 13%-ро ташкил дод, ки нишондиҳандаи зиёдшавии фосилагирии иҷтимоии аҳоли аз ОИМ ба ҳисоб мераванд.

Кам шудани ҳиссиёти «дилсӯзӣ»-и аҳоли (то 12%) низ дар равиши пурсиш муайян карда шуд, ки муносибати манфии аҳолиро ба одамони имконияташон маҳдуд (ОИМ) инъикос мекунад.

Аз рӯи натиҷаҳои таҳқиқот низ хулоса баровардан мумкин аст, ки дар аҳоли муносибати манфии аҳоли нисбат ба саволи «Кӯдакони маъҷуб дар синну соли калонсолӣ нисбат ба кӯдаки Шумо (писар/духтар)» (то 14% зиёдтар нисбат ба таҳқиқоти дар соли 2016 гузаронидашуда» ва «Кӯдакони маъҷуб дар синну соли калонсолӣ зҳан мегиранд/шавҳар мекунанд» (то 9%) зиёдтар буд.

Хулоса, фосилагирии иҷтимоии кӯдакони маъҷуб дар муқоиса бо натиҷаҳои ҳамин гуна таҳқиқот, ки дар соли 2016 гузаронида шудааст, зиёд шудааст. Дар равиши таҳқи-

қот муайян карда шуд, ёки ҳиссаи «муносибати кӯдакони бидуни маъҷубӣ нисбат ба кӯдакони маъҷуб» то 18% паст шудааст ва нисбат ба саволи аксуламали онҳо чӣ гуна мешуд, агар кӯдакони маъҷуб дар шаҳри/деҳаи онҳо мезистанд, ҳамсои онҳо мебуданд, рафиқони рафиқони онҳо мешуданд, дар як синф мехонданд ва дар байни дӯстони онҳо мебуданд.

Аз рӯи натиҷаҳои таҳқиқоти гузаронидашуда оид ба сатҳи дониш, муносибат ва рафтори аҳоли нисбат ба ОИМ ва ЗМ (занҳои маъҷуб) дар муқоиса бо натиҷаҳои ҳамин гуна таҳқиқот, ки дар соли 2016 гузаронида шудааст, чунин хулоса баровардан мумкин аст:

Дар равиши таҳқиқот муайян карда шуд, ки аҳоли ба қадри кофӣ иттилоъ доранд ва медонанд, ки маъҷубӣ чист ва он чӣ тавр зоҳир мешавад. Каме тағйир ёфтани ақидаи аҳоли дар хусуси профилактика/пешгирӣ/табобати маъҷубӣ дар муқоиса бо натиҷаҳои ҳамин гуна таҳқиқот, ки дар соли 2016 гузаронида шудааст, ба мушоҳида мерасад, ки ин аз камее баланд шудани сатҳи огоҳии аҳоли доир ба имконияти профилактика/пешгирӣ кардани маъҷубӣ дарак медиҳад.

Натиҷаҳои ба даст овардашуда тибқи сарчашмаҳои асосии иттилоот зарурати пурқувват намудани корхоро дар самти баланд бардоштани иттилоотнокии аҳоли аз хусуси маъҷубӣ тақозо мекунад.

Натиҷаҳои ба даст овардашуда и пурсиш нисбат ба муносибати аҳоли ба одамони маъҷуб нишон медиҳад, ки дар соли 2016 одамони маъҷубон тавре назар мекарданд, ба таври визуалӣ мушоҳида мешуданд (набудани андомҳои болоӣ ё поёни, лангтидан ва ғ.). Дар равиши таҳқиқоти мазкур нишондиҳандаҳои дар боло зикршуда кам шудаанд, ба гурӯҳи маъҷубон беморони гирифтори бемориҳои музминро (бемориҳои дил ва диабету саратонро) низ дохил мекунанд. Аз ин ҷо хулоса баровардан мумкин аст, ки сатҳи иттилоотнокии аҳоли дар бораи аломаҳои асосии маъҷубӣ баланд шудааст.

Омили асосии ба огоҳӣ ва муносибати одамони нисбат ба маъҷубӣ таъсиркунанда, ин таҳсилот ва дуруст тарбия кардани одамони аст.

Адабиёт

1. Кузиева Л.С. Особенности детской инвалидности /Л.С. Кузиева З.А. Замонов // Журнал Педиатрия и детская хирургия Таджикистана.-2015.- №2 (26).- С. 60-64.
2. Магзумова Ф.П. Комплексная реабилитация детей раннего возраста с синдромом детского церебрального паралича /Ф.П. Магзумова и др // Сборник материалов научно-практического семинара (г. Хорог).- 2018.25 августа.- С.30-34.
3. Мирзоев С. Общинная реабилитация в Таджикистане «Право молодых людей с инвалидностью на независимость, социальную интеграцию и участие в жизни сообщества» / С. Мирзоев // Материалы международной научно-практической конференции.-2017 (г. Баку, 3-5 октября).- С.193-196.
4. Пузин С.Н. Инвалидность в XXI веке. Состояние проблемы медико-социальной реабилитации и абилитации в современной России / Пузин С.Н., Шургая М.А. // Медико-социальная экспертиза и реабилитация. - 2018. - Т.21 № 1-2. - С. 10.-17.
5. Пулатов К.Д. Управление процессами медико-социальной реабилитации детей инвалидов /Пулатов К.Д., Магзумова Ф.П. // Сборник материалов научно-практического семинара «Медико-санитарные аспекты социально-значимых заболеваний в Республике Таджикистан (Хорог)».- 2018.- С. 24-26.
6. Табаров И.Т. Реабилитация инвалидов в стационарных учреждениях. Медико-санитарные аспекты социально-значимых заболеваний в Республике Таджикистан /И.Т. Табаров и др // Сборник материалов научно-практического семинара «Медико-санитарные аспекты социально-значимых заболеваний в Республике Таджикистан (Хорог)».- 2018.- С. 29-31.

ПРОБЛЕМЫ ИНФОРМИРОВАННОСТИ, УРОВНЯ ЗНАНИЯ, ОТНОШЕНИЯ И ПОВЕДЕНИЯ НАСЕЛЕНИЯ ПО ОТНОШЕНИЮ К ДЕТЯМ И ЖЕНЩИНАМ С ИНВАЛИДНОСТЬЮ В РЕСПУБЛИКЕ ТАДЖИКИСТАН

Г.Дж. Азимов², М.М. Рузиев¹, Хушнуджони М², Дж. Г. Гозиев¹

ГУ «Таджикский научно-исследовательский институт профилактической медицины»¹,
ГОУ «Таджикский государственный медицинский университет им. Абу Али ибн Сино»²,

Аннотация. В статье отмечается, что для интегрирования ЖСИ в общество и получать социальные услуги существуют ряд трудности и барьеры чем женщинам без инвалидности. На первом месте для женщин-инвалидов является проблема с психическими расстройствами, для которых шансы получить работу, обзавестись семьей, получить образование и участвовать в социальной жизни ниже, чем у женщин-инвалидов с физическими расстройствами и чем у женщин без инвалидности. Детям с инвалидностью наравне с ЖСИ также сложнее интегрироваться в общество, чем здоровым детям. Для социальные интеграции ДСИ и ЖСИ необходимо государственная поддержка семей в виде обеспечения социальными пособиями, созданием условий для обучения, улучшения социаль-

но-бытовых условий, обеспечения пенсиями, а также в приобретении инвалидной коляски.

Результат исследования показывает, что преобладающая доля населения, выступающая против избияния детей с инвалидностью и без инвалидности равна 96% и 94% соответственно а также выявлено уменьшение (на 7%) ответов населения относительно вопроса наказание ДСИ как части «нормального» воспитательного процесса, что можно утверждать о повышении уровня осведомленности и воспитания населения по отношению к ДСИ.

Ключевые слова: факторы риска, психическими расстройствами, интеграция, инвалидностью, социальный стресс, профилактике, инвалидности, осведомленности населения



PROBLEMS OF AWARENESS, LEVEL OF KNOWLEDGE, ATTITUDE AND BEHAVIOR OF THE POPULATION TOWARDS CHILDREN AND WOMEN WITH DISABILITIES IN THE REPUBLIC OF TAJIKISTAN

G. J. Asimov², M. M. Ruziev¹, Khushnudjoni M.², J. G. Goziev¹.

State Institution "Tajik Research Institute of Preventive Medicine"¹,
State Institution "Abu Ali ibn Sino Tajik State Medical University"²,

Annotation. The article notes that in order to integrate women with disabilities into society and receive social services, there are a number of difficulties and barriers than women without disabilities. The first problem for women with disabilities is mental disorders, for whom the chances of getting a job, starting a family, getting an education and participating in social life are lower than for women with disabilities with physical disabilities and than for women without disabilities. Children with disabilities, along with people with disabilities, also find it more difficult to integrate into society than healthy children. For the social integration of children with disabilities and women with disabilities, state support for families is necessary in the form of providing social benefits, creating

conditions for education, improving social and living conditions, providing pensions, as well as purchasing a wheelchair.

The result of the study shows that the predominant share of the population opposing the beating of children with and without disabilities is 96% and 94%, respectively, and also revealed a decrease (by 7%) in the population's responses regarding the question of punishment for children with disabilities as part of the "normal" educational process, which can be assert about increasing the level of awareness and education of the population in relation to CWD.

Key words: risk factors, mental disorders, integration, disability, social stress, prevention, disability, public awareness

Азимов Гурез Чалилович – д.и.т., дотсенти МДТ "ДДТТ ба номи Абуалӣ ибни Сино". тел: 907705999, E mail: azimov.sed.moh@mail.ru

Рузиев Муродали Мехмондустович- д.и.т., директори МД "Пажӯҳишгоҳи илмӣ-таҳқиқотии тибби профилактикии Тоҷикистон", тел: 918713266, E mail: m.ruziev@mail.ru

Хушнудҷони М- унвонҷӯи кафедраи МДТ "ДДТТ ба номи Абуалӣ ибни Сино". Khushnudchon90@gmail.com, тел. 904021316

Ғозиев Ҷобир Ғозиевич- МД "Пажӯҳишгоҳи илмӣ-таҳқиқотии тибби профилактикии Тоҷикистон", Тел. 908585535

Азимов Гурез Джалилович, ГОУ «Таджикский государственный медицинский университет им. Абуали ибни Сино» Республики Таджикистан, д.м.н., доцент. тел: 907705999, E mail: azimov.sed.moh@mail.ru.

Рузиев Муродали Мехмондустович, директор ГУ «Таджикский научно-исследовательский институт профилактической медицины» д.м.н., тел: 918713266, E mail: m.ruziev@mail.ru

Хушнудҷони М- соискатель кафедры эпидемиологии ГОУ «Таджикский государственный медицинский университет» Khushnudchon90@gmail.com тел.904021316.

Ғозиев Ҷобир Ғозиевич, - ГУ «Таджикский научно-исследовательский институт профилактической медицины»,

Gurez Jalilovich Azimov, SEI "ATSMU" Of the Republic of Tajikistan, Doctor of Medical Sciences, up tocunt. phone: 907705999, E mail: azimov.sed.moh@mail.ru

Ruziev Murodali Mehmondustovich¹, director State Institution "Tajik Research Institute of Preventive Medicine" Doctor of Medical Sciences, phone: 918713266, E mail: m.ruziev@mail.ru

Khushnudjoni M²- job seeker departments of epidemiology SEI "ATSMU" Khushnudchon90@gmail.com phone: 904021316.

Goziev Jobir Gozievich¹, - State Institution "Tajik Research Institute of Preventive Medicine", 908585535



МАСЪАЛАҲОИ ТАШКИЛӢ-МЕТОДӢ ВА АРЗӢБИИ САМАРАНОКИИ КӢМАКИ АВВАЛИЯИ ТИББӢ-САНИТАРӢ ДАР ҶУМӢУРИИ ТОҶИКИСТОН

Ғоибов А. Ғ., Алиев С.П., Раҳматова Н.А., Ҷалилов П.Б.

МД «Пажухишгоҳи тибби профилактики Тоҷикистон»

Муҳимият. Кӯмаки аввалияи тиббию санитарӣ қисми таркибии тамоми раванди рушди иҷтимоию иқтисодии ҷомеа ва низоми миллии тандурустӣ мебошад. Он сатҳи якуми робита ва марҳалаи пайдарпайи раванди ҳифзи солимии аҳоли маҳсуб меёбад. Дастрасии худудии КАТС тавассути оқилона ҷойгир кардани муассисаҳои тиббӣ бо назардошти маскунияти сокинон таъмин карда мешавад ва дар рушди он нақши ҳадамоти минтақавӣ, аз ҷумла тибби оилавӣ, ки ба аҳоли сари вақт ёрии тахассусии табобатӣ мерасонад, маҷмӯи ҷорабиниҳо оид ба муоинаи тиббӣ, ҷамоҳангсозии фаъолият бо табибони мутахассис, инчунин эътибори профилактикӣ ба пешгирӣ ва кам кардани бемориҳо бо корношоямии муваққатӣ, бемориҳои касбӣ ва ҷароҳатҳо калон аст [3,5].

Дар шароити инкишофи муосири ниғаждорӣи тандурустӣ бо вучуди дастгириҳои бемайлони Ҳукумати Ҷумҳурии Тоҷикистон проблемаи баҳодихии самаранокии фаъолияти муассисаҳои тиббӣ вазифаи аввалиндараҷа ва ҳалношуда боқӣ мемонад.

Идоракунии ниғаждорӣи тандурустӣ бе муайян намудани мақсадҳои афзалиятнок, нишондиҳандаҳои ноил шудан ба онҳо ва ҷанбаҳои истифодаи самараноки захираҳои молиявӣ, моддӣ ва кадрӣ имконнопазир аст. Ҳамаи ин зарурати таҳияи методологияи арзёбии самаранокии ёрии тиббиро тақозо менамояд, ки он дар асоси равишҳои методологияи далелнок робитаи байни равандҳои идоракунӣ ва банақшагириро таъмин намуда, масъалаҳои амалии рушди соҳаро ҳал мекунад [1,6].

Дар «Стратегияи миллии рушди Ҷумҳурии Тоҷикистон дар давраи то соли 2030» ва дигар барномаҳои соҳавӣ, ноилшавӣ ба некӯаҳволии иқтисодӣ ва иҷтимоии ашхоси осебпазир дар шароити бартарияти принципҳои озодӣ, шарафи инсонӣ ва имкониятҳои баробар, ҷиҳати амалӣ сохтани ҳуқуқҳои ҳар шахрванд дар маркази диқ-

қат қарор дода шуда, ҳаллу фасли чунин мушкилот, ба монанди самаранокии нокифояи идоракунӣ ва омилҳои рушди даромеди инсонӣ, мушкилоти муҳочирати меҳнатии хоричӣ, норасогии иҷрои ин қонунҳо ва нобаробар амалӣ гардонидани онҳо дар минтақаҳо, ба мадди аввал гузошта шудаанд [2,7].

Ҳукумати мамлакат як қатор ҳуҷжатҳои муҳими меъёрӣ-ҳуқуқӣ, аз ҷумла қонун дар бораи фарҳанги миллии ва барномаи рушди ҳадафманди онро қабул намудааст. Давоми солҳои соҳибистиклолӣ дар мамлакат амсилаи нави ташаккули тарзи ҳаёти солим қабул карда шудааст, ки солимии одамон аз бисёр ҷиҳат ба он вобастагӣ дорад. Ҳамзамон, вазифаи муҳимтарин дар бехтаркунонидани солимии аҳоли тақмили усулҳо ва баланд бардоштани самаранокии тарбияи муносибатҳои нав ба солимии ҳар шахси алоҳида маҳсуб меёбад.

Мақсади таҳқиқот. Муайян кардани равишҳои асосии методологияи арзёбии самаранокии фаъолияти муассисаҳои тиббӣ-санитарӣ, омӯзиши самаранокии кӯмаки аввалияи тиббию санитарӣ дар замони ҳозира.

Мавод ва усулҳои таҳқиқот. Ҳисоботҳои Вазорати тандурустӣ ва ҳифзи иҷтимоии аҳолии Ҷумҳурии Тоҷикистон, гузоришҳои ташкилотҳои байналмилалӣ ва созмонҳои ҷамъиятӣ, аз ҷумла маводи илмӣ дар солҳои 2015-2020 нашршуда.

Ҳамчун манбаи иттилоотӣ барои дарёфти адабиёти илмӣ портали иттилоотӣ-таҳлили русӣ истифода шудааст, ки он имкон медиҳад, маълумот дар бораи мавзӯи мавриди омӯзиш дар давоми 5 соли охир ва бештар аз он таҳлил карда шавад. Вақти дастрасӣ ба захираҳои интернетӣ барои ҷамъоварии маълумоти зарурӣ моҳҳои июн-август соли 2023 мебошад.

Натиҷаҳо ва баррасии онҳо. Маълуман 4 гурӯҳи асосии нишондиҳандаҳои хоси тан-



дурустии чамбиятии мамлакатро чудо ме-кунанд: нишондиҳандаҳои равандҳои тиббӣ-демографӣ (ме-ханикӣ - муҳоҷират, табиӣ- фавт, таваллуд, давомнокии умр ва ғайра); нишондиҳандаҳои бемории аҳоли; нишондиҳандаҳои маъюбияти аҳоли; нишондиҳандаҳои инкишофи ҷисмонӣ.

Таҳқиқотҳои муосир нишон медиҳанд, ки як қатор омилҳо ба саломатии аҳоли, аз ҷумла тарзи ҳаёти инсон ва вазъи муҳити зисти ӯ таъсир мерасонанд. Аз ҷумла, омилҳои иҷтимоӣ-иқтисодӣ (тарзи зиндагӣ, шароити зиндагӣ, шароити меҳнат, некӯаҳволии моддӣ ва ғ.), иҷтимоӣ-биологӣ (синну сол, ҷинс, ирсият ва ғ.), экологӣ-иқлимӣ (ҳолати ҳаво, об, хок, сатҳи радиатсияи офтоб ва ғ.) ва тиббию ташкилӣ (сифат, самаранокӣ ва дастрас будани ёрии тиббию иҷтимоӣ ва ғ.).

Аз ҳама бештар ба вазъи саломатӣ шароит ва тарзи зиндагӣ (50%) таъсир мерасонанд, дар ҷойи дуюм ҳолати (ифлосшавии) муҳити беруна (20%) ва омилҳои ирсӣ (20%) қарор доранд ва ҳолати низоми тандурустӣ дар ҷойи сеюм (10%) мебошад [4,6].

Сатҳ ва ҳамоҳангсозии инкишофи ҷисмонӣ дар арзёбии ҳамаҷонибаи саломатӣ нақши муҳим мебозад, бинобар ин пайдо шудани ҳама гуна беморӣ ё нуқсон дар ҳолати ҷисмонии шахс, яке аз аломатҳои бад шудани саломатии инсон мебошад. Мафҳуми «саломатӣ» ба таври объективӣ аз рӯи маҷмӯи нишондиҳандаҳои антропометрӣ, физиологӣ ва биохимиявӣ муайян карда мешавад, ки бо назардошти ҷинс ва синну сол, инчунин шароити иқлимӣ ва ҷуғрофӣ муайян карда мешаванд [2,4].

Самаранокӣ фаъолияти муассисаҳои тиббӣ бо хароҷоти муайян ба даст оварда мешавад. Мафҳуми «самаранокӣ» маънои ноил шудан ба натиҷаи мушаххасро дорад. Концепсияи самарабахшии ёрии тиббӣ набояд бо мафҳуми умумии самаранокӣ иқтисодӣ ва нишондиҳандаҳои дахлдори соҳаи истеҳсолоти моддӣ муайян карда шавад, зеро ҳатто дар сурати истифода бурдани қувваи кории баландиқисос ва таҷҳизоти ҳозиразамон дар нигоҳдории тандурустӣ натиҷа метавонад ба «сифр» баробар гардад.

Натиҷаҳои фаъолияти гуногуни нигоҳдории тандурустӣ, аз ҷумла, хизмати амбулаторӣ аз нуқтаи назари самарабахшии тиббӣ, иҷтимоӣ ва иқтисодӣ таҳлил карда мешаванд. Дар байни ин намуди самаранокӣ робита ва вобастагии мутақобила вуҷуд дорад. Самаранокӣ тиббию иҷтимоӣ афзалият дорад.

Дар мавриди самаранокӣ иқтисодӣ бошад, дар соҳаи тандурустӣ ҳангоми интиҳоби воқеаҳои муайяни пешгирӣ ва таъбири бемориҳо, шаклҳои ташкилии ёрии тиббӣ наметавонанд ҳалқунанда бошанд. Ёрии тиббӣ бояд тавре таъмин карда шавад, ки хароҷоти маблағгузори он аз рӯи натиҷаҳои бадастомада (оптималӣ) ва дар асоси самтҳои муҳимтарини фаъолияти тиббӣ (афзалиятнокӣ) ба таври муносиб анҷом дода шавад [3,6].

Рушди муассисаҳои КАТС бояд ба ҳалли вазифаҳои зерин нигаронида шавад:

- таъмини дастрасии ин намуди кӯмаки тиббӣ барои ҳамаи гурӯҳҳои аҳолии тамоми минтақаҳои мамлакат;

- қонеъ гардонидани талаботи аҳоли ба кӯмаки тахассусии тиббию таъбири, пешгирикунанда ва тиббию иҷтимоӣ;

- дигар намудани самти фаъолияти муассисаҳои амбулаторӣ ба пешгирии тиббию иҷтимоӣ;

- баланд бардоштани дараҷаи самаранокӣ амбулаторияҳо, такмили идоракуни;

- баланд бардоштани сатҳи маърифати тиббӣ ва сифати кӯмаки тиббию иҷтимоӣ.

Ҳисобкунии нишондиҳандаҳои самаранокӣ соҳаи тандурустӣ (аз ҷумла кӯмаки аввалияи тиббию санитарӣ) дар самтҳои зерин сурат мегирад:

- аз рӯи намуди самаранокӣ (тиббӣ, иҷтимоӣ, иқтисодӣ);

- аз рӯи дараҷа (дараҷаи кори духтур, шӯъба, умуман, муассисаи алоҳида, дараҷаи кори соҳаи нигоҳдории тандурустӣ, дараҷаи хоҷагии халқ);

- аз рӯи марҳилаҳо ё қисмҳои кор (самаранокӣ дар марҳилаи пешгирии бемориҳо, таъбир ва тавонбахшии беморон);

- аз рӯи ҳаҷми кор (самаранокӣ тадбирҳои таъбиратӣ профилактикӣ ва барномаҳои тиббию иҷтимоӣ);

-аз рӯи усули ченкунии натиҷаҳо (бо роҳи кам кардани талафоти захираҳо; сарфаи захираҳо, ба воситаи натиҷаи иловагии ба даст овардашуда ё ба воситаи нишондиҳандаҳои маҷмӯӣ, ки ҳамаи натиҷаҳо ба назар мегирад);

- аз рӯи харочот (харочоти меҳнати ҷамъиятӣ, инчунин нишондиҳандаи умумии харочоти меҳнати ҷамъиятӣ ба назар гирифта мешавад);

- аз рӯи шакли нишондиҳандаҳо (нишондиҳандаҳои меъёрии солимии аҳоли, нишондиҳандаҳои сарфи меҳнат ва нишондиҳандаҳои арзиш ба ҳисоб гирифта мешаванд).

Афзоиши ҳаҷми маблағгузории ҳадамоти аввалияи тиббию санитарӣ дар доираи татбиқи Стратегияи ҳифзи солимии аҳолии Ҷумҳурии Тоҷикистон то соли 2030» боиси қорӣ намудани меъёрҳои самаранокӣ фаъолияти мутахассисони соҳаи кӯмаки аввалия гардид.

Дар асоси таҳлили онҳо метавон самаранокӣ харочоти сармоягузори баҳо дод. Вазорати тандурустӣ ва ҳифзи иҷтимоии аҳолии Ҷумҳурии Тоҷикистон як қатор санадҳои даллдорро қабул кард, ки рӯйхати меъёрҳои самаранокӣ фаъолияти мутахассисони бахшҳои асосӣ, аз ҷумла табиби оилавӣ (маҳаллӣ) -ро муайян мекунанд.

Мақсади асосии меъёрҳои тасдиқшуда тарҳрези ва қабул намуд ва ин ба роҳбарони муассисаҳои ҳои тиббӣ имконият медиҳад, ки меъёрҳо ба назардошти таъсири омилҳои гуногун, ки саломатии аҳолиро муайян мекунанд – дар ҳар як минтақа, дар як муассисаи тиббӣ, инчунин нишондиҳандаҳои иловагиро, ки самаранокӣ муассисаро ба назардошти хусусиятҳои минтақавӣ тавсиф мекунанд, истифода намоянд.

Ҳамин тариқ, низоми арзёбии фаъолият бояд дар як муассисаи мушаххас ба таври инфиродӣ муайян карда шавад. Аммо дар амал барои роҳбарони муассисаҳо дар асоснок кардани нишондиҳандаҳо душвориҳои муайяне ба амал меоянд, ки ба самарани кори муассисаи тиббӣ ва коркунони тиб ба таври объективӣ имкони баҳо доданро фароҳам меорад.

Олимону таҳқиқотчиёни ватанӣ борҳо номгӯи нишондиҳандаҳоеро пешниҳод кардаанд, ки барои арзёбии ҷанбаҳои гуногуни фаъолияти соҳаи тандурустӣ, аз ҷумла муассисаҳои КАТС истифода мешаванд. Сарфи назар аз тафовути мавҷудаи ақидаҳо оид ба масъалаи нишондиҳандаҳои фаъолият, ҳамаи муҳаққиқон ба як назаранд, ки нишондиҳандаҳо бояд ифодаи миқдори дошта бошанд, ҳисобкунӣ осон бошад, заминаи иттилоотии дастрас ва боэътимод дошта бошад.

Шумораи нишондиҳандаҳо бояд ҳадди ақал бошад, ҳамзамон тамоми ҷанбаҳои асосии фаъолияти амбулаторияро фаро гирад. Ҳама ҷанбаҳо, ки барои арзёбии самаранокӣ истифода мешаванд, метавонанд дар асоси таҳлили ҳуҷҷатҳои баҳисобгирии муҳосибӣ ва ҳисоботдиҳии муассиса ва пурсишҳои беморон муайян карда шаванд. Нишондиҳандаҳои истифодагардида бояд робитаи мушаххасро бо ҳадафҳо ва вазифаҳои муассиса инъикос намоянд.

Барои таҳлили самарани кори поликлиникаҳои нишондиҳандаҳои ҳаҷм ва намуди муруҷиат, инчунин нишондиҳандаҳои истифода мешаванд, ки принсипи ноҳиявии хизматрасонӣ ва ҳаҷми кори коркунони тибро тавсиф мекунанд. Дар таҳлили маъмулан истифодашаванда ҳар як ҷанба ба арзиши стандартӣ (агар мавҷуд бошад) ё бо маълумоти давраи қаблӣ муқоиса карда мешавад.

Вазифаи таъхирнопазир таҳияи методологияи содда ва дастрас мебошад, ки он имкон медиҳад тавсифи умумии самаранокӣ фаъолияти муассиса бидуни харочоти иловагӣ ба даст оварда шавад.

Таҳлили адабиёти илмӣ оид ба омӯзиши усулҳои арзёбии фаъолияти муассисаҳои тиббӣ имкон дод, ки усулҳои асосии зерин муайян карда шаванд: усули омӯрӣ; усули баҳодиҳии ташхисӣ; усулҳои таҳлили клиникӣ ва иқтисодӣ; усули иҷтимоӣ (соцсиологӣ).

Яке аз маъмултарин усули омӯрӣ мебошад. Моҳияти ин усул дар таҳлили нишондиҳандаҳои омӯрии солимии аҳоли ва фаъолияти муассисаҳои тиббӣ дар асоси маълумотҳои шаклҳои ҳисоботдиҳии соҳаҳост. Бо ёрии он мушкилоти мушаххас муайян



карда шуда, афзалиятҳо низ дақиқ карда мешаванд, вазифаҳои зарурӣ барои истифодаи оқилонаи захираҳои меҳнатӣ, молиявӣ ва моддию техникӣ гузошта мешаванд.

Таҳлили омории фаъолияти муассисаҳои тиббӣ ва профилактики дар самтҳои зерин амалӣ карда мешавад;

-муқоисаи нишондиҳандаҳои фаъолияти ин муассиса бо нишондиҳандаҳои дахлдори муассисаҳои ҳамсон;

-муқоисаи нишондиҳандаҳои иҷтимоӣ бо нишондиҳандаҳои истинодӣ (меъёрҳо, меъёрҳо, стандартҳо);

-муқоисаи нишондиҳандаҳои самаранокии давраи муайян бо нишондиҳандаҳои гузашта;

-муқоисаи нишондиҳандаҳои воқеӣ бо нишондиҳандаҳои пешбинишуда.

Ҳанӯз солҳои 2010-2020 пажуҳишгарон Лисипсин Ю.П., Гундаров И.А., Кучеренко В.З., Стародубов В.И., Шепин О.П., Аҳмадов А.А., Юсуфӣ С.Ҷ., Миралиев С.Р., Иномзода Ҷ.И., Муминов Б.Г., Муҳамадиева С.М., Бандаев И. С. ва дигарон усули ҳисоб кардани нишондиҳандаи интегралӣ фаъолияти тиббӣ дар асоси истифодаи нишондиҳандаҳои асосии омории фаъолияти муассисаи тиббиро пешниҳод карда буданд.

Омӯзиши самаранокӣ самтҳои алоҳидаи кори муассисаҳои тиббӣ, ки ёри амбулаторӣ мерасонанд, аз рӯи ҳисоботи омории солона, бинобар кам будани иттилооти нишондодҳо, ки ҳаҷми корҳои иҷрошударо нисбат ба самаранокӣ чорабиниҳои иҷрошаванда бештар инъикос мекунанд, душвор аст [1,6].

Ҳамзамон, як қатор муаллифон имкони омӯзиши самаранокӣ ёри тиббиро, аз ҷумла дар шароити статсионарӣ, дар асоси истифодаи нишондиҳандаҳои сифати ёри тиббӣ, аз мавқеи ҷузъи сохторӣ, расмӣ ва натиҷаҳои ёри тиббӣ баррасӣ менамоянд. Истифодаи равиши сохторӣ арзёбии шароити расонидани ёри тиббиро бо мақсади ташаккули иқтидори зарурӣ дар системаи таъмини сифати ёри тиббӣ дар назар дорад. Умуман, арзёбии фаъолият бо истифода аз «моделҳои ноил шудан ба ҳадафҳо» сурат мегирад. Истифодаи ин модел муқаррар

намудани сатҳи ниҳоии нишондиҳандаҳо барои ҳар се гурӯҳ ва ҷадвали ноил шудан ба натиҷаҳо дар назар дорад [3,5].

Яке аз воситаҳои амалигардонии қарорҳои идоракунӣ дар соҳаи тандурустӣ мониторинг тавассути пешниҳоди иттилооти саривақтӣ ва босифат мебошад. Барои ноил шудан ба натиҷаҳои боэътимод, мушоҳида бояд дар муддати тӯлонӣ гузаронида шавад. Ин имкон медиҳад, ки таъсири хусусиятҳои назоратии инфиродӣ баҳогузори гардад ва муайян карда шавад, ки чӣ қадар вақт дар як минтақаи муайян сарф шудааст.

Яке аз роҳҳои ҳалли мушкилоти муайяншуда истифодаи усули баҳодиҳии экспертӣ дар омӯзиши сифати ёри тиббӣ мебошад. Дар айни замон усули экспертӣ дар соҳаи тандурустӣ барои назорати идоравӣ ва ғайриидоравии сифати ёри тиббӣ васеъ истифода мешавад.

Таҷрибаи истифодаи ин усул имкон медиҳад, ки ҳулосаи оқилона ва боэътимоди коршиносон дар асоси дониш, таҷриба ва дарккунии зеҳнии онҳо бо риояи қатъии қоидаҳои гузаронидани экспертиза, коркард ва таҳлили маълумот, метавонад сифати қабули қарорҳо оид ба масъалаҳо, ки таҳқиқ мешаванд, беҳтар гардонад [4,7].

Яке аз усулҳои ҷолибтарин, ки ҳоло дар соҳаи тандурустии ҷаҳонӣ истифода мешавад, усули таҳлили клиникӣ ва иқтисодӣ (ТКИ) мебошад.

Таҷриба бо ТКИ дар системаҳои тандурустии аврупоӣ эътироф шудааст. Масалан, дар Дания, Олмон, Лаҳистон, Британияи Кабир озмоиши усулҳои нави таҳқиқ ва табобати бемориҳо танҳо дар асоси ТКИ гузаронида мешавад, ки дар заминаи татбиқи натиҷаҳои он Маркази миллии тандурустӣ барои ҳуқуқи истифода дар амал ва маблағгузори иҷозат медиҳад. Аммо, ҳадафҳои ин таҳқиқот омӯзиши самаранокӣ усулҳо ва барномаҳои инфиродӣ табобатро пешбинӣ намекунанд, бинобар ин баррасии минбаъдаи ин усул мувофиқи мақсад нест [3,4,7].

Яке аз усулҳои дар таҳқиқоти иҷтимоӣ-гигиенӣ дар замони ҳозира васеъ истифода шаванда, усули сотсиологӣ мебошад. Си-



стемаи идоракунии сифати ёрии тиббӣ истифодаи маҷмӯи тадбирхоро дар бар мегирад, ки онҳо ба қонё гардонидани талаботи истеъмолкунандагон нигаронида шудаанд ва бо таваҷҷуҳ ба манфиатҳои бемор амалӣ карда мешаванд.

Маълумоте, ки дар рафти мониторинги сотсиологӣ ба даст омадааст, барои таҳия намудани барномаҳои мушаххас оид ба масъалаҳои инфиродӣ ва қабули қарорҳои дахлдори идоракунии, ки ба баланд бардоштани сатҳи қаноатмандии аҳоли ва дастрасии ёрии тиббӣ нигаронида шудаанд, кӯмак мерасонад. Ҳангоми омӯзиши сатҳи қаноатмандии иҷтимоии беморон, шароити муайяни хизматрасонии тиббӣ, аз қабили маҷҳудияти ёрии тиббӣ, муносибати духтур ва ҳамшираҳои шафқат ба бемор, шароити санитарии гигиенӣ ва сатҳи бароҳати дар муассисаи тиббӣ бодикқат ба назар гирифта мешаванд.

Аз дигар тараф, барои татбиқи сиёсати демографӣ, инчунин категорияҳои саломатии аҳолиро, аз қабили фавт ва таваллуд, беморӣ ва фавт аз сабабҳои асосӣ (бемориҳои дилу раг, узвҳои ҳозима, онкологӣ, осебҳо), давомнокии умри аҳоли, яъне нишондиҳандаҳои асосии демографӣ, ки дар сатҳи зиндагии аҳолии мамлакат нақши муассир доранд, зеро назорати доимӣ мегирад. Таҳлили тағйирёбии ин нишондиҳандаҳо имкон медиҳад, ки мушкилиҳои асосии иҷтимоию демографӣ арзёбӣ гардида, самтҳои самарабахши рушди системаи ҳифзи иҷтимоӣ муайян карда шаванд.

Хулоса. Дар асоси мушоҳидаҳои рӯзмара ва дар заминаи таҳлили адабиёти илмӣ

аҳамияти арзёбии самаранокии ёрии аввалияи тиббию санитариро дар замони ҳозира метавон чунин хулоса кард:

1. Дар шароити ҳозира беҳтарсозии раванди фаъолияти муассисаҳои кӯмаки аввалияи тиббию санитарӣ дар рушди соҳаи тандурустии ватанӣ самти афзалиятнок ба шумор меравад.

2. Арзёбии самаранокии кӯмаки аввалияи тиббию санитарӣ аҳамияти калон дорад, ки аз ҳолати он самара ва сифати фаъолияти тамоми низоми соҳаи тандурустӣ, ҳаллу фасли аксари масъалаҳои тиббӣ, иҷтимоӣ ва иқтисодӣ вобаста мебошад.

3. Дар заминаи омӯзиши адабиёти илмӣ роҳҳои асосии ташкилию методӣ дар омӯзиши самаранокии фаъолияти муассисаҳои тиббӣ, инчунин мушкилиҳои рӯзмараи омӯзиши самараи кӯмаки аввалияи тиббию санитарӣ муайян карда шуданд.

4. Мақомоти маҳаллии ҳокимияти давлатӣ, аз ҷумла сохторҳои тандурустӣ ва ҳифзи иҷтимоӣ бо андешидани чораҳои мушаххас, бояд сатҳи ҳавасмандии аҳолиро ба тарзи ҳаёти солим баланд бардоранд ва шароити муносибери фароҳам оваранд, ки интиҳоби тарзи ҳаёти солимро барои аксарияти аҳоли дастрас ва амалӣ гардонанд.

5. Назорати диспансерӣ, ҳамчун намуди муоинаи тиббии пешгирикунандаи бемориҳо дар байни гурӯҳҳои мақсадноки аҳоли, ба муайян намудани хатари саломатӣ, аз ҷумла солимии репродуктивӣ, вазъи саломатии инфиродӣ ва пешгирии бемориҳои ҷанбаи иҷтимоидошта нигаронида шуда, бояд ҳамчун марҳилаи муоинаи тиббӣ муайян ва роҳандозӣ карда шавад.

Адабиёт

1. Белова Н.И. Сельское здравоохранение: состояние, тенденции и проблемы. Социологические исследования № 3, 2017.-С.-98-105.
2. Гаиров А.Г., Мирзоали Н.Т., Каримзода Х.К., Турсунов Р.А. Некоторые вопросы доступности и повышения качества медицинской помощи населению Республики Таджикистан// Вестник Авиценны»».-2019.№21(3).-С.415-419.
3. Карайланов М.Г., Федоткина С.А., Маликова Е. Организационно - методический подход к оценке эффективности первичной медико-санитарной помощи на современном этапе// В мире научных открытий, № 8(80). 2016.-С. 63-80
4. Соловьева Т.В., Панькова Е.Г., Бистаякина Д.А. Анализ состояния показателей общественного здоровья населения РФ//Казанский социально-гуманитарный вестник. -2021.№



1.-С.78-83.

5.Чернышев А.В.,Иржаев Д.И.,Золотухина А.Ю.,Состояние здоровья населения как один из показателей развития современного общества// Вестник Авиценны»».-2022.№24(1).- С.103-112.

6.Царик Г.Н. Здравоохранение и общественное здоровье. Учебник. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2018. - 912 с.

7.Юргель Н. В. Вопросы повышения качества и доступности медицинской помощи сельскому населению // Вестник Росздравнадзора. 2008. № 2. С. 39–42 (дата обращения: 10.10.2016).

ОРГАНИЗАЦИОННО-МЕТОДИЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМЫ И ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ПЕРВИЧНОЙ МЕДИКО-САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ В РЕСПУБЛИКЕ ТАДЖИКИСТАН

А. Г. Гоибов, С.П. Алиев, Н.А. Рахматова П.Б. Джалилов

ГУ «Научно-исследовательский институт профилактической медицины Таджикистана»

Резюме. Данное исследование проведено на основании анализа информации научной литературы и позволяет определить основные направления методологии оценки эффективности медицинских учреждений, а также современных проблем эффективности первичной медико-санитарной помощи в настоящее время. Первичная медико-санитарная помощь, являясь неотъемлемой частью национальной системы здравоохранения, включает мероприятия по профилактике, диагностике и лечению заболеваний, медицинской реабилитации, мониторингу беременности, здоровому образу жизни, в том числе устранению факторов риска. В современных условиях развития здравоохранения вопросы оценки эффективности

здравоохранения является первостепенной и до сих пор нерешенной задачей. Управление системой здравоохранения без определения приоритетных целей, индикаторов для их достижения и эффективных аспектов использования человеческих, материальных и финансовых ресурсов является невозможным, и требует разработки методологии оценки эффективности медицинской помощи, что позволит обеспечить взаимосвязь между процессами управления и планирования, а также решения практических проблем развития отрасли.

Ключевые слова: нормативы, медицинское учреждение, первичная медико-санитарная помощь, семейная медицина, эффективность, Таджикистан.

ORGANIZATIONAL AND METHODOLOGICAL ISSUES AND EVALUATION OF THE EFFECTIVENESS OF THE PRIMARY HEALTH CARE IN THE REPUBLIC OF TAJIKISTAN

A. G. Goibov, S.P. Aliev, N.A. Rakhmatova, P.B. Jalilov
SI "Research Institute of Preventive Medicine of Tajikistan"

Resume. This research has been conducted based on the data analysis of scientific literature, and it allows to determine the main methodological approaches to the evaluation of the effectiveness of medical organizations, as well as the modern problems of studying the effectiveness of primary medical and sanitary care in the present time. Primary medical and sanitary care is an integral part of the national

health system and includes measures for prevention, diagnosis and treatment of diseases, medical rehabilitation, monitoring of pregnancy, formation of a healthy lifestyle, including reduction of risk factors. In the conditions of the modern development of health care, the issue of evaluating the effectiveness of the medical institution's activity is a primary task and has not yet been resolved.



Management of the health sector is impossible without determining priority goals, indicators of their achievement and aspects of the effectiveness of the use of financial, material and human resources.

Keywords: criteria, medical institution, methods, primary medical care, family medicine, efficiency, Tajikistan.

Гоибов Амонулло Гоибович, д.и.т., профессор, МД “Пажухишгоҳи тибби профилактикии Тоҷикистон”, e-mail: goibov.amonullo@mail.ru, тел.: 935930702

Алиев Самариддин Партоевич, д.и.т., профессор, МД “Маркази ҷумҳуриявии воқуниш ба ҳолатҳои фавқулодда дар тандурустии ҷамъиятӣ» дар назди ВТВаҲИА ҚТ, тел.: 907707397

Раҳматова Наргис Акрамовна, ассистенти кафедраи сиҳати ҷомеа, иқтисод, идороти тандурусти ба курси омори тиббӣ, МДТ “Донишқадаи таҳсилоти баъдидипломии кормандони соҳаи тандурустии Ҷумҳурии Тоҷикистон”, e-mail: nargis70@mail.ru, тел.: 919973264

Ҷалилов Пирумшо Басирович, роҳбари шабакаи муассисаҳои кӯмаки аввалияи тиббию санитарии ноҳияи Рӯдакӣ, e-mail: katsrudaki@mail.ru, тел.: 900500745

Гоибов Амонулло Гоибович, ГУ “Научно-исследовательский институт профилактической медицины Таджикистана”, e-mail: goibov.amonullo@mail.ru, тел.: 935930702

Алиев Самариддин Партоевич, ГУ “Республиканский центр реагирования на чрезвычайные ситуации в сфере общественного здравоохранения” при МЗиСЗН РТ, тел.: 907707397

Раҳматова Наргис Акрамовна, ассистент кафедраи общественногo здоровья, экономики, управления здравоохранением с курсом медицинской статистики ”ГОУ “Институт последипломного образования в сфере здравоохранения Республики Таджикистан”, e-mail: nargis70@mail.ru, тел.: 919973264

Джалилов Пирумшо Басирович, руководитель сети учреждений первичной медико-санитарной помощи района Рудаки, e-mail: katsrudaki@mail.ru, тел.: 900500745

Goibov Amonullo Goibovich, SI “Research Institute of Preventive Medicine of Tajikistan”, e-mail: goibov.amonullo@mail.ru, phone numb.: 907707397

Aliev Samariddin Partoevich, SI “Republican center for emergency response in the sphere of public health” under the MoH and SP of the Republic of Tajikistan, тел.: 907707397

Rakhmatova Nargis Akramovna, assistant of the department of public health, economic, health management with medical statistic course, SEI “Institute of postgraduate education in the healthcare sphere of the Republic of Tajikistan”, e-mail: nargis70@mail.ru, тел.: 919973264

Jalilov Pirumsho Basirovich, head of network of primary health care institutions of Rudaki, e-mail: katsrudaki@mail.ru, тел.: 900500745

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

Нушарвони Б.Х., Бабаев А.Б.

Кафедраи беҳдошт ва экология, МДТ «Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абуалӣ ибни Сино», Душанбе, Ҷумҳурии Тоҷикистон

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

Ҷаъолияти меҳнатии ронандагон бо сарбории баланди иттилоотӣ, давомнокии назарраси диққатнокӣ ва ҷиддӣ, ҳолати маҷбурии корӣ, маҳдудиятинокии саҳти муваққатӣ вобаста ба ҷадвали ҳаракати мунтазам



назоратшаванда, хавфнокии шахсӣ, масъулияти ҳаёти мусофирон ва истифодабарандагони дигари роҳ ва хатари эҳтимолии сар задани садама вобаста аст. Ҳамаи ин ба баланд шудани сарбории асабӣ- эҳсосоти ронандагон дар кор мусоидат мекунад [3, 4].

Таҳлили маълумотҳои адабиёт аз сатҳи баланди патологияи касбӣ ва осебёбӣ дар байни кормандони соҳаи нақлиёт, аз он ҷумла ронандагони воситаҳои нақлиёти мусофиркаш гувоҳӣ медиҳад. Сабабҳои инҳо маҷмӯи саҳти таъсирнокии омилҳои зараровар ва хатарноки истехсолот ва меҳнат ба ронандагон мебошад [5, 1].

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

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

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

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

қатӣ гузаронида шуданд: 50 мушоҳида дар тобистон ва 29 мушоҳида дар зимистон.

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

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

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

Натиҷаҳо ва муҳокима. Ҳангоми таҳлили маводи мушоҳидаҳои хронометрии рӯзи кории ронандагони воситаҳои нақлиёти мусофиркаш муайян карда шуд, ки ронандагон ҳангоми басти корӣ ба ҳисоби миёна аз 8 соат то 13-14 соат кор мекунанд, ки аксар вақт тамдиди вақти корӣ аз вақти дар ҷадвал пешбинишуда 1,5 маротиба зиёдтар аст.

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

Бояд қайд кард, ки аз вақти умумии корӣ 85 фоизи вақти кории худро ронандагони автобусҳои «AKIA» ва «ISUZU» ба корҳои асосӣ ва 15% онро бо сабабҳои техникӣ ва истироҳат сарф мекунанд. Ронандагони ав-



тобусҳои кӯхнаи «ЛиАЗ» 87,4% вақти худро ба корҳои асосии корӣ ва 12,6% онро ба истироҳати танзимнашаванда бо сабабҳои техникӣ ва истироҳат сарф мекунад. Ҳамзамон, ронандагони троллейбусҳои «ТІУ» 91,2% вақти кории худро ба корҳои асосии корӣ сарф мекунад ва танҳо 8,8% он бо сабабҳои техникӣ барои хӯроки нисфирӯзӣ ва истироҳат боқӣ мемонад.

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

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

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

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

Дар давраи тобистони сол ҳарорати ҳаво дар кабинати автобусҳои шахрӣ ва троллейбусҳо бинобар тағйир ёфтани ҳарорати

ҳаво берун ба таври динамикӣ тағйир меёбад ва аз ҳадди миёнаи он ба 1,4-4 °С баланд мешавад.

Ҳароратҳои оптималии ҳаво дар ҷойҳои кории ронандагони автобусҳои шахрӣ ва троллейбусҳо дар соатҳои субҳ ба мушоҳида расида, ба ҳисоби миёна 24.3-27.6 °С буд. Ҳангоми кор дар давраи тобистон, аз соати 10 саҳар сар карда, мутаносибан баланд шудани ҳарорати ҳаво дар кабинати автобусҳо ва троллейбусҳо ба назар мерасад, ки арзиши ниҳии худро дар миёнаи басти корӣ гирифта, то охири рӯзи корӣ нигоҳ медорад.

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

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

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



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

Таркиби оксиди карбон дар минтақаи нафаскашии ронандагони воситаҳои нақлиёти мусофиркаш аз сатҳи ҲИК ба ҳисоби миёна 1,5-2,5 маротиба зиёдтар аст. Бояд қайд кард, ки дар охири басти корӣ, ҳангоми кор дар мавсими зимистон, дар кабинаҳои автобусҳои «AKIA» ва «ISUSU» ба ҳисоби миёна 27,7-28.2mg / m³ оксиди карбон пайдо шуд. Чунин тағйирот дар ҷойҳои кори ронандагони автобусҳои «ЛиАЗ» низ ба назар мерасид.

Дар давраи тобистон консентратсияи оксиди карбон дар ҳаво дар ҷойҳои кори ронандагони ҳама гуна тамғаҳои автобусҳо ва троллейбусҳо дар сатҳи баланд чамъ омада буданд. Дар кабинаҳои автобусҳои «ЛиАЗ», ки ба ҳисоби миёна 34,8 мг / м³ дар охири басти корӣ ба даст омадааст ва 45,4 мг / м³ дар охири рӯзи корӣ консентратсияи кофии гази оксиди карбон ёфт шуд. Ҳамзамон, таркиби оксиди азот дар ҳавои минтақаҳои кори ронандагони автобусҳои тамғаи «AKIA» дар мавсими тобистон дар охири басти корӣ ба ҳисоби миёна 10,3 мг / м³ зиёд шуд. Дар кабинаҳои автобусҳои «ISUSU» чунин нишондихандаҳо ба қайд гирифта шуданд. Дар кабинаи автобусҳои «ЛиАЗ» консентратсияи баландтари оксиди азот ёфт шуд, ки аз ҲИК 2,6 маротиба (13,4 мг / м³) зиёд буд. Бояд қайд кард, ки ҳамаи ин ба ворид шудани газҳои хориҷшуда, ки дар ҳавои канори канори роҳ мавҷуданд, сабаб мешаванд, инчунин, вақте дар ҳолати ҳар истгоҳ кушода мешаванд ва ҳангоми кор дар мавсими тобистон бо тирезаҳои кушода.

Теъдоди хеле назарраси намунаҳо дар барзиёдии миқдори таркиби ин моддаҳо дар ҳама намуди автобусҳо ва троллейбусҳо ёфт шуданд. Дар намунаҳои ҳавои автобусҳои

«ЛиАЗ» миқдори зиёди моддаҳои кимиёвӣ, ки ба талаботи санитарӣ ва гигиенӣ мувофиқ нестанд, зиёдтар нишон дода шудааст, ки он ба ҳисоби миёна 78% -и оксиди карбон, 76% оксиди нитрогенро нишон медиҳад, ки дараҷаи фарсуда ва ғайригерматикӣ будани автобусро нишон медиҳад.

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

Натиҷаҳои омӯзиши ҳарорати бадан тағйирёбии назаррасро дар ҳолати мубодилаи гармии организми ронандагони воситаҳои нақлиёти мусофиркаш ҳангоми кор дар фасли гарм ва хунук дар сол нишон медиҳанд. Агар дар фасли зимистон ҳарорати бадани ронандагони ҳама намудҳои автобусҳо ва троллейбусҳо аз 36,7 ± 0,1- 36,8 ± 0,6 ° C зиёд набошад, пас дар тобистон дар соатҳои гармтарин ва дар охири басти корӣ ҳарорати бадан ба ҳисоби миёна 37,2 ± 0,7 ° C баланд шуд.

Ҳарорати бадани ронандагони автобусҳо ва троллейбусҳо ҳангоми кор дар давраи тобистон дар аввали басти корӣ 36,1 ± 0.22-36.6 ± 0.44° C буд, дар охири нимаи аввали баст он ба 36,7-37 расид, 1°С (P <00.5) ва дар охири рӯзи корӣ ба ҳисоби миёна 37,2 ± 0,40C зиёд шуд. Баландшавии ҳарорати бадан дар вақти корӣ, махсусан, дар байни ронандагони автобусҳои «ЛиАЗ» ва троллейбусҳои «ТИУ» ба назар мерасид.

Баландшавии назарраси ҳарорати бадан (37,2 ± 0,97°С) дар байни ронандагони автобусҳои «ЛиАЗ» ва троллейбусҳои «ТИУ» ба сабаби набудани системаҳои ҳаво ва ҳавокаш дар ҷои кор аст. Дар баъзе рӯзҳо, ҳангоми кор кардан дар соатҳои махсусан гарм ҳарорати организми ронандагони автобусҳои шаҳрӣ ва троллейбусҳо то 38-38.5°С боло рафт, ки шиддатнокии фишори гармиро нишон медиҳад.

Яке аз нишондихандаҳои визуалӣ барои арзёбии таъсири омилҳои муҳталифи истеҳ-

солии зараровар ба ҳолати функционалии системаи дилу рағҳои бадан тағйирёбии таппиши дил мебошад.

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

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

Чадвали 3. - Таппиши суръати дил дар байни ронандагони востиаҳои нақлиёти мусофиркаш ҳангоми кор дар фаслҳои гуногуни сол

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

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

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

Нишондиҳандаҳои бемории умумӣ бо маъюбии муваққатӣ (ММ) нишон медиҳанд, ки шумораи бемориҳо дар байни ронандагони автобусҳо ба ҳисоби миёна 99,5 ва рӯзҳои маъюбӣ -1891,2, шумораи бемориҳо дар байни ронандагони троллейбусҳо ба ҳисоби миёна 60,0 ва рӯзҳои корношоёмиро ба ҳисоби миёна - 996.0. ташкил медиҳанд. Ҳамзамон, давомнокии миёнаи як ҳолати ин беморӣ дар ронандагони автобусҳо 14,8 рӯз ва дар ронандагони троллейбусҳо 10,4 рӯзро ташкил додааст. Сатҳи умумии бемории 100 ронанда дар тӯли 100 сол.

Таҳлили сохтори беморшавии ронандагони воситаҳои нақлиёт нишон медиҳад, ки ҳодисаҳои бештар мушоҳидашаванда бемориҳои системаи нафаскашӣ, ҳозима, системаи мушакҳо, системаи дилу рағҳо ва марказии асабҳо ҳастанд, ки ба таъсири омилҳои номусоиди муҳити корӣ вобастаанд. Сатҳи баландтарини ММ асосан дар гурӯҳҳои синнусолии 50-59 сола, 60-сола ва аз он боло мушоҳида шуд. Сатҳи беморшавӣ дар байни автобусҳои шахрӣ ва троллейбусҳо бо афзоиши собиқаи корӣ боло рафтааст.

Хулоса, ронандагони востиаҳои нақлиёти мусофиркашӣ аз рӯи маҳдудиятҳои соатӣ кор мекунанд, ки ин боиси нарасидани вақт ва истироҳат дар шароити муносиб мегардад. Дар айни замон, 85-91,2% вақт ба корҳои асосӣ рост меояд ва танҳо 8,8-15% барои танаффус ва истироҳат боқӣ мемонад. Ҳангоми сари чанбарак будан ва ронандагӣ дар масири ҳаракат ронандагони автобус ва троллейбусҳо ба таъсири омилҳои мухталифи истехсолӣ дучор меоянд: аз



қабилӣ ҳарорати баландтари ҳаво, ки дар ҳарорати ҳавои берун аз ҳадди миёнаи 1,4 - 4 ° С (дар фасли гармо) баланд мебошад, баландшавии садо ва ларзиш, ифлосшавии зиёди ҳавои ҷои кор (нитроген ва оксиди карбон) . Ҳамаи ин омилҳои муҳити корӣ, ки ба организм таъсири манфӣ мерасонанд, метавонанд ба саломатӣ ва рушди бемо-

риҳои марбут ба саноат дар ронандагони воситаҳои нақлиёти мусофиркаш дар шаҳри калон оварда расонанд. Аз ин рӯ, зарур аст, ки чораҳои андешида шаванд, ки ба беҳсозии шароити корӣ, беҳбудии иқлими ҷойҳои корӣ, ташкили оқилонаи кор ва истироҳат ҳангоми кор дар иқлими гарм равад шудаанд.

Адабиёт

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

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

Нушеровни Б.Х., Бобоев А.Б.

Кафедра гигиены и экологии ТГМУ им. Абуали ибни Сино

Аннотация: В статье представлены результаты анализа материалов проведенных исследований, посвященных изучению особенностей условий труда водителей пассажирского автотранспорта, и их влиянию на состояние их здоровья при работе в условиях большого города. При этом были изучены показатели микроклимата рабочих мест при работе в разные сезоны года, измерялись уровни шума и вибрации в динамике рабочей смены, проанализирована загазованность воздуха рабочих мест, проведен хронометраж рабочего дня

и детальный разбор отдельных операций. Кроме того, нами представлены данные исследования функциональных систем организма водителей пассажирского автотранспорта при работе в условиях жаркого климата и заболеваемость с временной утратой трудоспособности в зависимости от вида транспорта, возраста и стажа работы.

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



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

Nushervoni Biloli Khaliliyon, Babaev Abdunaim Babaevich
Department of Hygiene and Ecology, Avicenna TSMU

Abstract: The article presents the results of an analysis of materials from a study devoted to the study of the impact of particular working conditions on the health status of drivers of passenger vehicles when working in a large city. At the same time, the microclimate of the workplaces was studied during work in different seasons of the year, the level of noise and vibration in the dynamics of the work shift were measured, the gas pollution of the workplaces was analyzed, the working hours

were timed, and detailed selective observations of individual operations were performed. The article also presents the results of a survey of indicators of the functional systems of the body of drivers of passenger vehicles when working in hot climates and incidence with temporary disability, depending on the profession, age and length of service.

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

Нушервони Билоли Халилиён - PhD, ассистенти кафедраи беҳдошт ва экологияи ДДТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино, Тел: (+992)985020129, Email: nbilol@inbox.ru

Бабаев Абдунаим Бабаевич - доктори илмҳои тиб, профессори кафедраи беҳдошт ва экологияи ДДТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино, Тел: (+992) 917165410, Email: babaev.abdunaim@mail.ru

Нушервони Билоли Халилиён, PhD, ассистент кафедраи гигиены и экологии ТГМУ им. Абуали ибни Сино, Тел: (+992)985020129, Email: nbilol@inbox.ru

Бабаев Абдунаим Бабаевич, д.м.н., профессор кафедраи гигиены и экологии ТГМУ им. Абуали ибни Сино, Тел: (+992) 917165410, Email: babaev.abdunaim@mail.ru

Nushervoni Biloli Khaliliyon, PhD, assistant of the Department of Hygiene and Ecology, Avicenna TSMU, Тел: (+992)985020129, Email: nbilol@inbox.ru

Babaev Abdunaim Babaevich - Doctor of Medical Sciences, Full Professor, Professor of the Department of Hygiene and Ecology, Avicenna TSMU, Тел: (+992) 917165410, Email: babaev.abdunaim@mail.ru

ОГОҶИИ АҶОЛИИ ҶУМҲУРИИ ТОҶИКИСТОН ДАР БОРАИ КҶДАКОН ВА ЗАНОНИ МАЪЮБ

Рузиев¹ М.М., Токтомбаев² М. А., Пирова³ Г.Д., Азимов³ Г.Ч.

МД “Пажӯҳишгоҳи илмӣ-таҳқиқотии тибби профилактикии Тоҷикистон”¹, Госпитали миллии Вазорати тандурустии Ҷумҳурии Қирғизистон², МДТ “ДДТТ ба номи Абуали ибни Сино”³.

Муқаддима. Таъмин кардани шароити иҷтимоӣ барои одамони маъюб, дастрасии бемонеаи онҳо ба объектиҳои инфраструктураҳои иҷтимоӣ ва воситаҳои нақлиётӣ, махсусан дар деҳот аз бисёр ҷиҳат аз сатҳи огоҳии аҳоли нисбат ба кпдакон ва занони маъюб вобастаанд (1.3). Дар ин маврид ба рои пешбурди протсессии интегратсияи иҷтимоӣ гузаронидани баҳогузориҳои илмӣ

огоҳии аҳоли ва кпдакон дар бораи кпдакон ва занҳои маъюб масъалаи ниҳоят актуалӣ маҳсуб мегардад [2,4]

Мақсад. Баҳогузориҳои ба огоҳии аҳоли дар бораи кпдакон ва занони маъюб.

Вазифаҳо. Баргузориҳои таҳқиқоти иҷтимоӣ дар байни аҳоли барои муайян кардани огоҳии онҳо нисбат ба кпдакон ва занҳои маъюб.



Усулҳои таҳқиқот. Дар доираи таҳқиқот пурсиши 2000 респондент - аҳолии синну соли 18-сола ва боло ҳамчунин кпдакон ва наврасони то 10-17-сола гузаронида шуд. Пурсиши кпдакон бо иҷозати волидайн ва ё парасторони онҳо сурат гирифт. Интихо-би респондентҳо мувофиқи методологияи таҳқиқот сурат гирифт.

Натиҷаи таҳқиқот. Барои муайян кардани огоҳии аҳоли дар бораи маъюбии респондентҳо чунин савол дода шуд: “Қадам намудҳои маъюбиरो Шумо медонед?”

Дар поён динамикаи маълумотҳо оид ба андешаҳои респондентҳо дар бораи аломатҳои асосӣ (хусусиятҳои маъюбшавӣ дар таҳқиқотҳо, ки дар солҳои 2016-2020 оварда мешавад (ҷадвали 1).

Ҷадвали 1.- Сатҳи иттилоотнокии аҳоли дар бораи аломатҳои асосии маъюбшавӣ (N=2000).

Ҷавобҳои респондентҳо дар бораи маъюбӣ.	Исследование 2016 года	Исследование 2020 года	Разница в %
Ихтилолҳои ҳисмонӣ (яъне талафи андомҳо)	95,00%	88,40%	- 6,6
Ихтилолҳои сенсорӣ (яъне, қарӣ, гунгӣ, қурӣ).	59,70%	84,50%	+24,8
Бемориҳои равонӣ	42,10%	59,80%	+17,7
Корношоямии интеллектуалӣ	12,40%	40,40%	+28
Аутизм	13,70%	32,40%	+18,7
Бемориҳои музмин (яъне бемории дил, диабет ва саратон)	42,10%	31,50%	-10,6
Бемориҳои узвҳои дарунӣ (яъне инсулт)	6,30%	26,50%	+20,2
Мушқилоти махсус дар таҳсилот	5,30%	24,90%	+19,6
Синдроми дефитситаи таваҷҷуҳ/гиперфаъолӣ	6,90%	22,30%	+15,4
ВИЧ/СПИД	3,90%	4,50%	+0,6

Маълумотҳои дар ҷадвал овардашуда нишон медиҳанд, ки дар қараёни таҳқиқот, ки соли 2016 гузаронида шуд, 95%-и респондентҳои калонсол ба ЛСИ танҳо одамони гирифтори ихтилолҳои ҳисмонӣ дохил шудаанд, ки ба таври визуалӣ (набудани андомҳои поёнӣ ва болоӣ, лангӣ ва “.”) ва 59%-и респондентҳо ба бемориҳои музмин (яъне бемориҳои дил, қанд, саратон) дохил мешуданд, дар қараёни ин таҳқиқоти ниҳой натиҷаҳои ба даст овардашуда дар муқоиса аз таҳқиқоти соли 2016 мутаносибан аз 7% то 11% коҳиш ёфтааст. Аммо тибқи маълумотҳои ҷадвали болозикр қайд кардан мумкин аст, ки ҳиссаи ҷавобҳои респондентҳо нисбат ба дигар аломатҳои асосии ҳоси маъюбшавӣ дар муқоиса бо таҳқиқоти соли 2016 зиёд шудаанд, аз ҷумла корношоямии зехнӣ то 28%, ихтилолҳои сенсорӣ (яъне қарӣ, гунгӣ, ва қурӣ) то 25%, бемориҳои узвҳои дарунӣ (яъне инсулт) то 20%, мушқилоти махсус дар таҳсил ва аутизм 19%, синдроми дефитситаи диққат (гиперфаъолӣ) то 16%, бемориҳои равонӣ то 17%, ВНМО/БПНМ то 0,6%.

Таҳқиқот ҳамчунин нишон дод, ки бештари кпдакони пурсидашудаи синну соли 10-

17-сола (79%) медонанд, ки одамони дорои маъюбӣ кӣҳо ҳастанд ва ин нишондиҳанда то 6% нисбат ба таҳқиқоти соли 2016 паст шудааст, ки ин аз паст шудани сатҳи иттилоотнокии ин категорияи одамони дар бораи маъюбӣ дарак медиҳад. Дар айни замон сатҳи огоҳии кпдакони шаҳрӣ дар бораи ШДМ (ашахсони дорои маъюбӣ) монанди таҳқиқоти соли 2016 нисбат ба огоҳии кпдакони деҳот баланд аст ва 81%-ро ташкил дод, ки зиёда аз 13% назар ба соли 2016 баланд аст. Бо калон шудани синну сол огоҳии кпдакон оид ба ин масъала зиёд мешавад. Кпдаконе, ки дар пурсиш иштирок карданд, аломатҳои асосии маъюбиरो бо ҳамон тартибе номбар мекунанд, ки калонсолон мекарданд: а) ихтилолҳои ҳисмонӣ, б) ихтилолҳои сенсорӣ, в) ихтилолҳои равонӣ.

Аз инҷо хулоса баровардан мумкин аст, ки сатҳи иттилоотнокии аҳоли дар бораи аломатҳои асосии маъюбшавӣ зиёд шудааст.

Натиҷаҳои таҳқиқот нишон медиҳанд, ки яке аз сабабҳои асосии маҳдуд шудани имкониятҳо, оид ба андешаи респондентҳо, никоҳи хешу таборӣ буд - 72,3%, ки назар ба соли 2016 зиёд аст. Дар сатҳи минтқавӣ оид



ба мавҷудияти маҳдудияти имкониятҳо бештар (76,9%) дар шаҳри Кплоб ҷавоб додаанд.

Дар ВМКБ 64,2%, дар муқоиса бо соли 2016 ин нишондиҳанда дар шаҳри Кплоб то 18% зиёд аст, дар ВМКБ то 20% кам шудааст.

Дар поён муқоисаи ҷавобҳои респондентҳо оид ба сабабҳои маъҷубшавии аҳоли, ки дар солҳои 2016-2020 гузаронида шуданд, оварда мешавад.

Ҷадвали 2. Сатҳи иттилоотнокии аҳоли дар бораи сабабҳои асосии маъҷубшавӣ N=2000

Сабабҳои маъҷубшавӣ	2016 год	2020 год	Фарқият бо %
Никоҳи хешутаборӣ	69,4%	72,3%	+2,9
Садамаҳо	52,1%	40,3%	-11,8
Маводи муҳаддир	42,5%	39,3%	-3,2
Муҳити атроф (радиатсия)	33,7%	32,2%	-1,5%
Сироят	25,8%	23,6%	-2,2%
Норасоии микронутриентҳо (витами́н ва маъданҳо)	31,1%	13,4%	-17,7
Илтиҷо	8,2%	1,4%	-6,8
Нафрат	6%	2,5%	-3,5
Намедонам	2,4%	2,2%	-0,2
Дигар ҷавобҳо	0,6%	0,4%	-0,2
Ҷавоб надоданд.	0,1%	0,3%	+0,2

Таҳлили муқоисавии ду таҳқиқот нишон медиҳад, ки вазни ҳолиси ҳамаи ҷавобҳои респондентҳо бо дигар сабабҳои маъҷубшавӣ аз 0,2% то 17,7% паст шудааст. Аз ҷумла аз сабаби садама дидан - то 11,8% истеъмоли маводи муҳаддир - то 3,2%, таъси-

ри муҳити атроф (радиатсия) – то 1,5%, сироят – то 2,2%, норасоии микронутриентҳо (витами́н маданҳо) – то 17,7% мебошанд, ки аз паст шудани сатҳи огоҳии респондентҳо дар бораи сабабҳои маъҷубшавӣ дарак медиҳанд.

Ҷадвали 3. – Сатҳи иттилоотнокии аҳоли дар бораи пешгирии намудани маъҷубшавӣ (N=2000).

Баргараф кардани маъҷубӣ	Минтақа						Намуди нуктаи аҳолинишин		Ҷамагӣ= 2000
	Душанбе n=194	Суғд n=586	Бохтар n=426	Куплоб n=275	ВМКБ n=53	НТЧ n=466	Шаҳр n=427	Деҳа N=1573	
Ҳа	37,6%	63,1%	44,1%	47,6%	54,7%	49,1%	49,6%	51,4%	51,0%
Не	52,1%	25,8%	50,0%	36,7%	43,4%	38,4%	40,5%	37,8%	38,4%
Дигар ҷавоб	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,2%	0,0%	0,1%	0,1%
Ҷавоб надоданд	1,0%	0,5%	1,2%	0,7%	0,0%	0,9%	0,5%	0,9%	0,8%
Намедонам	9,3%	10,6%	4,7%	14,9%	1,9%	11,4%	9,4%	9,9%	9,8%
Ҷамагӣ	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Дар сатҳи регионалӣ бештар аз ҳама ҷунин ҷавобро респондентҳо аз вилояти Суғд - 63% ва камтаринро дар ш. Бохтар - 44,1% доданд. Бояд зикр кард, 9,8%-и респондентҳо ба ин савол ҷавоб дода натавонистанд, ки огоҳии пасти респондентҳоро нишон медиҳад ва зарурати вусъат додани ҷорабиниҳои иттилоотиро ба миён меорад.

Натиҷаҳои таҳлили протсесс ва таҷрибаи баҳамтаъсиррасонӣ ва коммуникатсияи ЖСИ, ДСИ ва ШДМ нишон медиҳад, ки ба саволи шиносии респондентҳои маъҷубшуда

да (ЧСИ) 84,3% ҷавоби мусбат додаанд, ки то 3,7% нисбат ба соли 2016 камтар аст. Дар ин маврид аз ҷиҳати миқдор гурӯҳбандӣ кардани ҷавобҳо чунин буд: ш. Бохтар 88,7%, ВМКБ 86% (-12,1%), ш. Куплоб 84,7% (-11,8%) ва бо ҳиссаи баробар каме бештар 75% ш. Душанбе, НТЧ ва вилояти Суғд.

Таҳлили ҷавобҳо ба саволи “Шумо чӣ қадар зиёд ДОВ ва ЖОВ-ро дар атрофи худ мебинед?”, респондентҳо чунин ҷавоб доданд: “баъзан” 48% ҷавоб дод”, дар ҷанбаи регионалӣ бештар ш. Куплоб ҷавоб додааст

- 61% ва камтар аз ҳама НТЧ -23,3%, “хеле кам” - 17,4%, 1,2 %-и респондентҳо ҷавоб доданд, ки “ягон маротиба надидаанд” ва ин бештар аз ҳама дар вилояти Су“д - 1,7% ва камтарин дар ш.Кплоб - 0,4% дида шуд.

Ба саволи респондентҳо “Шумо бо ШДМ тамос доред?”, чунин ҷавоб доданд: “ха”-59,8% ва “не” - 40,2%, зиёда аз 66% ҷавоби мусбат дар шаҳри Бохтар ва вилояти Су“д дида шуд, ки ин қисми бештари респондентҳо буд, ки дар деҳот - 61,8% ва дар шаҳр -51,2%-ро ташкил дод. Ҷавоби баробари занҳо ва мардҳо аз 59,8% болотар буд. Аз ҷиҳати синусолӣ ҷавоби мусбатро респондентҳои синну соли болотар аз 65-сола доданд, ки ба 73,1% баробар аст, аз 46 то 65-сола - 63,9%, аз 36 то 45-сола - 61,5%, аз 26 то 35-сола - 57% ва аз 18 то 25-сола - 48, 6%-и респондентҳо.

Респондентҳо ҳамчунин ба саволи “Оё ин одам бо Шумо зиндагӣ мекунад?” “ха” 30,3% (+11%) ва аз ҳама дар шаҳри Бохтар 43,2% ва камтар дар НТЧ-17,6% ҷавоб доданд. Ҳамчунин ҷавоби мусбат дар шаҳр - 33,2% ва деҳот 29,7%-и респондентҳо посух доданд. Ҷавоби мусбатро ҳамчунин 33,2%-и занҳо ва 22,4%-и мардҳо доданд.

Дар байни миқдори умумии респондентҳо 60% баён доштанд, ки бо ЛСИ тамос доранд, ки 7% камтар аст, нисбат бар муқоиса аз таҳқиқоти соли 2016. Ин нишондиҳанда дар байни занҳо ва ҳам мардҳо як хел аст. Аммо ҷавоби мусбат дар байни аҳоли аз деҳот баланд аст нисбат ба шаҳр то 11%.

Ба саволи “Оё бо Шумо ЛСИ зиндагӣ мекунад”-30% ҷавоби “ха” доданд, ки то 11% аз таҳқиқоти соли 2016 бештар аст. Аз миқдори умумии респондентҳо дар оилаи онҳо ЛСИ зиндагӣ мекунанд, дар минтақаи Бохтар ҷавоби мусбат ба 43%, ки дар минтақаҳо нишондиҳандаи баландтарин аст. Камтарин нишондиҳандаи мусбат дар НТЧ дида шуд, ки ба 18% баробар аст ва дар НТЧ нишондиҳандаи мусбат бештарин буд (82%), ки ба ин савол ҷавоби манфӣ доданд. Дар муҳити шаҳрӣ бештари пурсидашудагон мусбат ҷавоб доданд, назар ба деҳот (мутаносибан 33,1 ва 29,7%). Дар байни занҳо ҷавоби мусбат 10,8% нисбат ба ҳамин гуна ҷавоб дар байни мардҳо зиёд буд. Таҳлили ин нишондиҳандаҳо тибқи категорияи синнусолӣ нишон медиҳад, ки миқдори бештари ҷавобҳои мусбат ба ин савол ба синну соли 56-66-сола баробар аст, ки нишондиҳанда ба 37% баробар аст.

Адабиёт

1. Гришина Л.П. Современные тенденции инвалидности в Российской Федерации и пути её профилактики /Л.П. Гришина, М.А. Дымочка //ж. Вестник Всероссийского общества специалистов по медико-социальной экспертизе, реабилитации и реабилитационной индустрии. М., 2012, № 3, С. 10-12.
2. Карасаева Л.А. Анализ потребности инвалидов в трудоустройстве на специальном рабочем месте в Российской Федерации и Санкт-Петербурге /Л.А. Карасаева // Медико-социальная экспертиза и реабилитация.- 2021.- №3 Т.24.- С. 15-22.
3. Кузиева Л.С. Проблемы трудоустройства инвалидов в Республике Таджикистан /Л.С. Кузиева // Материалы научно-методического семинара «Роль нетрадиционной медицины в оздоровлении населения и профилактика инвалидности в Республике Таджикистан».- 2015 (г.Курган-Тюбе).- С. 18-20.
4. Махмудова З.К. Медико-социальная оценка основных детерминирующих факторов первичной инвалидности населения Республики Таджикистан /З.К. Махмудова, Л.С. Кузиева // Материалы научно-методического семинара «Роль нетрадиционной медицины в оздоровлении населения и профилактика инвалидности в Республике Таджикистан».- 2015 (г.Курган -Тюбе).- С. 13-15.





ОСВЕДОМЛЕННОСТЬ НАСЕЛЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ ТАДЖИКИСТАН О ДЕТЯХ И ЖЕНЩИНАХ С ИНВАЛИДНОСТЬЮ

Рузиев¹ М.М., Токтомбаев² М. А., Пирова³ Г.Д., Азимов³ Г.Дж.

ГУ «Таджикский научно-исследовательский институт профилактической медицины»¹,
Национального госпиталя Министерство здравоохранения Кыргызской Республики²
ГОУ «Таджикский государственный медицинский университет им. Абу Али ибн Сино»³.

Аннотация. В статье отмечается, что социально-экономические факторы оказывают влияние на здоровье не только своей абсолютной величиной, но и скоростью изменений. Если динамика происходит очень быстро, человек не успевает к ней приспособиться, развивается патологический стресс. Социальный стресс является одним из ключевых факторов риска развития ряда серьезных заболеваний, в их числе различные неврологические нарушения, сердечнососудистые, артериальная гипертензия, ишемическая болезнь сердца, различные аритмии, патология органов пищеварения, кровотече-

ния, пограничные психические расстройства и смертность в трудоспособном возрасте. Более того, психосоциальный стресс может повышать риск обострения хронических заболеваний и смертности от ишемической болезни сердца (ИБС), гипертензии, как непосредственно, вызывая патофизиологические изменения в сердечнососудистой системе, так, и опосредовано через факторы риска, такие как курение, злоупотребление алкоголем, психоактивными препаратами.

Ключевые слова: социальный стресс, факторы риска, заболеваемость, вредные привычки, здоровье, смертность.

AWARENESS OF CHILDREN AND WOMEN WITH DISABILITIES AMONG THE POPULATION OF THE REPUBLIC OF TAJIKISTAN

Ruziev¹ M. M., Toktombayev² M. A., Pirova³ G. D., Azimov³ G. J.

State Institution "Tajik Research Institute of Preventive Medicine"¹,

National Hospital Ministry of Health of the Kyrgyz Republic²

State Educational Institution "Abu Ali ibn Sino Tajik State Medical University"

Annotation. The article notes that socioeconomic factors influence health not only by their absolute value, but also by the rate of change. If the dynamics happen very quickly, a person does not have time to adapt to it, and pathological stress develops. Social stress is one of the key risk factors for the development of a number of serious diseases, including various neurological disorders, cardiovascular disorders, arterial hypertension, coronary heart disease, various arrhythmias, pathologies of the digestive system, bleeding,

borderline mental disorders and mortality in working age. Moreover, psychosocial stress may increase the risk of exacerbation of chronic diseases and mortality from coronary heart disease (CHD), hypertension, both directly, causing pathophysiological changes in the cardiovascular system, and indirectly through risk factors such as smoking, alcohol abuse, and psychoactive drugs.

Key words: social stress, risk factors, morbidity, bad habits, health, mortality.

Рузиев¹ М.М. - д.и.т., директори МД "Пажӯҳишгоҳи илмӣ-таҳқиқотии тибби профилактикии Тоҷикистон", тел: 918713266, E mail: m.ruziev@mail.ru

Токтомбаев² М. А. - ординатори шӯбаи чарроҳии ҷоғу рӯйи Госпитали миллии Вазорати тандурустии Ҷумҳурии Қирғизистон, Kyrgyz Republic. Bishkek. 12 microdistrict, 48 house, apartment 48. E-mail: medert@rambler.ru, Tell: (+996) 550740007

Пирова³ Г.Д. - муаллими МДТ "ДДТТ ба номи Абуали ибни Сино". тел: 918742658, E mail: davron-2005@mail.ru



Азимов Г.Дж. – д.и.т., дотсенти МДТ “ДДТТ ба номи Абуали ибни Сино”. тел: 907705999, E mail: azimov.sed.moh@mail.ru

Рузиев М.М. - директор ГУ «Таджикский научно-исследовательский институт профилактической медицины» д.м.н., тел: 918713266, E mail: m.ruziev@mail.ru

Токтомбаев М.А.- врач ординатор отделения челюстно-лицевой хирургии Национального госпиталя Министерство здравоохранения Кыргызской Республики. Адрес: 72004912, Кыргызская Республика. г. Бишкек, 12 микрорайон, дом 48 квартира 48 Address: 72004912, Kyrgyz Republic. Bishkek. 12 microdistrict, 48 house, apartment 48. E-mail: medert@rambler.ru, Tell: (+996) 550740007

Пирова Г. Д.,- ГОУ «Таджикский государственный медицинский университет им. Абуали ибн Сино». тел: **918742658**, E mail: davron-2005@mail.ru

Азимов Г. Д., - ГОУ «Таджикский государственный медицинский университет им. Абуали ибн Сино» Республики Таджикистан, д.м.н., доцент. тел: 907705999, E mail: azimov.sed.moh@mail.ru

М.М. Ruziev - State Institution “Tajik Research Institute of Preventive Medicine”,

М.А Toktombaev- National Hospital Ministry of Health of the Kyrgyz Republic

G.D. Pirova, - SEI “ATSMU”

G.D. Azimov. SEI “ATSMU”

ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИЯ

ТАБОБАТИ МЕДИКАМЕНТОЗИИ ШАКЛҲОИ ВАЗНИНИ ПСОРИАЗ

Ахмедов М.М., Саидзода Б.И.

Кафедраи дерматовенерологияи МДТ «ДДТТ ба номи Абуалӣ ибни Сино».

Муҳиммият. Псориаз яке аз бемориҳои музминии паҳншудае мебошад, ки пӯст, нохунҳо ва пардаи луобиро иллатнок месозад ва тақрибан 2-5%-и аҳолии рӯйи Замин ба ин беморӣ гирифта аст, паҳншавии беморӣ вобаста аз шароити зист ва мавқеи ҷуғрофӣ популятсия тағйир меёбад. Беморӣ метавонад, ки дар ҳар кадом сминну сол пайдо шавад. Псориазро тағйиротҳои узвҳо ва системаҳои гуногун ҳамроҳӣ карда метавонанд. Маълумотҳои гирд овардашуда имконият медиҳанд, ки ин беморӣ ба таври системавӣ баррасӣ карда шавад [1,4, 5].

Дар солҳои охир рушди назарраси гирифташавӣ ба бемории псориаз, зиёдшавии ҳолатҳои чараёни вазнини беморӣ ба мушоҳида мерасад, ки сифати ҳаётро бад сохта боиси аз даст додани қобилияти корӣ ва барвақт маъҷуб шудан мегардад [3, 4].

Мураккабии патогенези беморӣ интиҳоби табобатро аз бисмёр ҷиҳат душвор месозад. Мутахассисон чунин тахмин мекунанд, ки ҳангоми таъйин кардани ин ё он препарат таъсири дарозмуддат, имконпазирии пайдо шудани зухуроти номатлуб, мавҷуд будани шаклҳои псориаз ва бемориҳои ҳамроҳшуда бояд ба эътибор гирифта шаванд [2, 3].

Аз ҳамин сабаб ҳангоми псориаз сари вақт таъйин кардани васоити доругии камкунандаи эҳтимоли осеби ҷуброннашавандаи пӯст ва буғумҳо хеле муҳим менамояд. Азбаски баргузори табобати этиотропии псориаз ғайри имкон аст, самти асосии табобатро таъсири ба протсессҳои илтиҳобӣ – механизми калидии патогенетики беморӣ ташкил мекунад [1, 5].

Препарати ситостатики метотрексат дар давоми солҳои зиёд барои табобати псориаз истифода карда мешавад. Самаранокии баланди табобати ин препарат ҳангоми псориаз ба шарофати басомади баланди ҳолатҳои беҳбудии клиникӣ ва таҳаммулпазирии хуб доштани дар таҳқиқотҳои зиёде

исбот карда шудааст [1, 2, 5]. Айни замонвай препаратҳои интиҳобшудаи табобати шаклҳои вазнини ин беморӣ доништа месавад.

Мақсад ва вазифаҳои таҳқиқот таҳлили натиҷаҳои истифодаи метотрексатаи гептрал ҳангоми табобати шаклҳои вазнини псориаз мебошад.

Мавод ва усулҳои таҳқиқот. Таҳти муоинаи мо 28 бемори гирифтаи псориаз қарор дошт, аз онҳо мард 19 нафар ва зан 9 нафар буданд. Меъёри дохил кардан ба таҳқиқот синну соли аз 20 то 58 –сола ва давомнокии беморӣ аз 5 то 30 сол буд. Дар 21 бемор псориази чараёнаш вазнини ташхис карда шуд (аз онҳо дар 15 нафар клиникаи эритродермиаи псориазӣ ва дар 6 нафар шакли пустулёзии псориаз ба мушоҳида расид).

Барои таҳлили динамикаи ҳар як статус дар беморон шохиси PASI то, ҳангоми ва пас аз табобат муайян карда шуд. Шохиси PASI дар беморон ба ҳисоби миёна 45,3 баллро ташкил дод, ки ҳамчун шакли «вазнин»-и псориаз баҳогузори карда мешавад. Нишондиҳандаҳои аз ҷиҳати клиникӣ муҳими самаранокии табобат кам шудани шохиси PASI то 50, 75 ва 90% доништа мешавад. Натиҷаҳои табобат мувофиқи миқдори беморони дорои шифоёбии клиникӣ, хеле беҳтар шудан ва беҳтар шудан баҳогузори карда шуд. Агар беҳтаршави мувофиқи шохиси PASI 90% ва аз он бештарро нишон дитҳад, шифоёбии клиникӣ, 75-89% – хеле беҳтар шудан, 50-74% – беҳтар шудан махсуб мешавад.

Ба таври иловагӣ дар ҳамаи беморон таҳлили клиники хун, таҳлили умумии пешоб, таҳлили биохимиявии хун гузаронида шуд.

Тактикаи табобат мувофиқи вазнинии протсессҳои пӯст, давомнокии ремиссия пас аз табобати қаблан гирифташуда ва самаранокии истифодаи намудҳои гуногуни табобати системавӣ муайян карда шуд. Инро ба ҳисоб гирифта, мо табобати омехтаро



(антигистаминӣ, гипосенсибилизатсионӣ, бехтарсозии микроциркулятсияи рағҳо; метотрексат бо 2,5мг х 2 маротиба ба дарун, гептрал бо 400 мг дар як шабонарӯз) ба кор бурдем. Табобати берунӣ танҳо бо марҳамҳои индеферентӣ сурат гирифт. ными мазиями.

Натиҷаҳои таҳқиқот ва баррасии онҳо.

Дар анамнези ҳамаи беморонистеъмоли дуру дарози препаратҳои глюкокортикостероидӣ ҳам ба таври парентералӣ ва ҳам пероралӣ дида шуд. Ҳамчунин ишораҳо ба истифодаи чандинкаралаи ба қайд гирифта шуд: преднизолон бо метотрексат – 12 бемор, сиклоспорини А – 6 бемор, ПУВА-терапия – 10 бемор. Дар лаҳзаи ба статсионари МД «БКШБП» ш. Душанбе 8 бемор бо долзаҳои гуногун дар давоми якчанд моҳ преднизолон, 4 бемор – метотрексат дар якҷоягӣ бо преднизолон дар давоми 3 моҳ, 3 бемор – сиклоспорин дар намуди монотерапия ё дар якҷоягӣ бо преднизолон дар давоми дуру дароз то дар статсионар бистарӣ шуданашон, истеъмом кардаанд.

Метотрексат дар якҷоягӣ бо гептрал барои беморони мубтало ба псориази дараҷаҳои вазниниашон миёна ва вазнин дар ҳолате таъйин карда шуд, ки агар дигар усулҳои табобат натиҷаҳои қаноатбахш надода бошанд ва ё зиддинишондод мавҷуд буд. Таҳаммулпазирии препарат дар маҷмуъ хуб буд. Дар ду бемор пас аз тазриқи аввалини препаратбалад шудани сатҳи АЛТ ва АСТ ба мушоҳида расид, ки аз нишондоди дукаратаи болоии меъёр баланд набуд. Вобаста аз баланд шудани нишондиҳандаҳои биохимиявии функцияи чигар гептрал таъйин карда шуд. Табобат бо гептрал таъсири манфии метотрексатро ба ҳолати функционалии чигар кам мекунад. Барои таҳлил кардани динамикаи статуси пӯст дар ҳамаи беморон то сар шудани табобат бузургии шохиси PASI-ро муайян карданд. Баъди шабонарӯзи пас аз сар кардани табобат беморон беҳбудии ҳолати умумии худро ҳис карданд. Баъди 2 ҳафта дар 24 бемор таъсири мусбати табобати омехта ба қайд гирифта шуд, ки дар давоми 14 ҳафта боқӣ мемонад.

Ҳамаи беморон табобатро хуб таҳаммул карданд. Баъди 2 ҳафтаи табобати гузаронидашуда дар 13 (46,4%) бемор то 50% ва бештар аз он кам шудани шохиси PASI на 50% ба назар расид, дар 4 (14,3%) бемор – 75% ва аз он бештар буд. Хеле бехтар шудани ҳолати беморон дар ҳафтаи 6-уми табобат ба мушоҳида расид, ки дар 26 (92,9%), 21 (75,0%) ва 7 (25,0%) –и бемороне, ки табобати омехта мегиранд, мутаносибан то 50, 75 ва 90% паст шудани шохиси PASI ба чашм расид. Тамоюл ба пастшавии шохиси PASI дар давоми 8 ҳафтаи боқимонда низ нигоҳ дошта шуд. Хеле бехтар шудани ҳолати беморон дар ҳафтаи 14-уми табобат дар ҳамаи беморон руҳ дод, пастшавии шохиси PASI то 75% ва аз он болотар дар 28 (100%) бемор, то 90% ва бештар аз он – джар 23 (82,1%) бемор ба қайд гирифта шуд.

Хулоса, истифодаи табобати омехта боиси зуд ва ба таври устувор бехтар гаштани ҳолати бемори мубтало ба псориази ҷараёнаш вазнин гаштааст. Нишондиҳандаи миёнаи шохиси PASI дар гурӯҳи беморон аз 35,8 балли пеш аз табобат то 1,8 балл дар охири ҳафтаи 14-уми табобат паст шудааст.

Усули омехтаи табобат усули самараноктарини баланди табобати псориази ҷараёнаш вазнин мебошад. Вай метавонад ба сифати табобати «хатти аввал» ҳангоми табобати ҳолатҳои вазнини ҷараёни псориаз истифода шавад ва имконият медиҳад, ки ҷавоби зуд ба табобати гузаронидашуда, қатъ кардани ҳолати вазнини беморон ба даст оварда шавад. Ҳангоми истифода намудани препаратҳо бо суръати баланд ва хеле зиёд кам шудани майдони бусуроти псориазӣ ба назар расид. Дар бештари беморон беҳбудии возеҳу устувори ҷараёни бемории пӯст ба қайд гирифта шуд.

Натиҷаи таҳқиқот асоснокии патогенетикӣ ва бехатарии гептралро ҳамчун воситаи пасткунандаи таъсири гепатотоксикӣ метотрексат, баландкунандаи самаранокӣ клиникаи табобати шаклҳои вазнини псориаз ва сифати тиббии ҳаёти беморон нишон дод, ки имкониятҳои интихобро дар тандурустии амалӣ васеъ месозад.



Адабиёт

1. Бахлыкова Е.А., Филимонкова Н.Н., Матусевич С.Л. и др. Сравнительная оценка профиля безопасности современных препаратов, применяемых в терапии тяжелых форм псориаза. Медицинская наука и образование Урала. – 2019;– № 3:– С. 10-13.
2. Олисова О.Ю., Анпилогова Е.М. Системная терапия псориаза: от метотрексата до генно-инженерных биологических препаратов. Вестник дерматологии и венерологии. – 2020;– № 96(3): – С. 7-26.
3. Асоскова А.В., Сычев Д.А., Кубанов А.А. Вопросы безопасности применения метотрексата в терапии псориаза. Вестник РАМН. –2021;– № 76(3): – С. 254-267.
4. Кубанов А.А., Богданова Е.В. Эпидемиология псориаза среди населения старше трудоспособного возраста и объемы оказываемой специализированной медицинской помощи больным псориазом в Российской Федерации в 2010–2019 гг. Вестник дерматологии и венерологии. – 2020;– № 96(5): – С. 7-18.
5. Garchnaa DS, Saturansky EI, Poncino D, et al. Hepatic toxicity by methotrexate with weekly single doses associated with folic acid in rheumatoid and psoriatic arthritis. What is its real frequency? Annals of Hepatology. 2019; 18(5):p. 765-769.

МЕДИКАМЕНТОЗНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ТЯЖЁЛЫХ ФОРМ ПСОРИАЗА

Ахмедов М.М., Саидзода Б.И.,

Кафедра дерматовенерологии ГОУ «ТГМУ им. АбуалиибниСино»

Авторы на основе проведения клинических исследований у больных с тяжелыми формами псориаза пришли к заключению что псориаз является распространенным заболеванием и может сопровождаться изменениями в различных органах и системах. Результат исследования была показана патогенетическая обоснованность и безопасность гептрала как средства, способствующего снижению гепатотоксического эффекта метотрексата, повышающего клиническую

эффективность терапии и медицинское качество жизни больных, что расширяет возможности выбора практического здравоохранения. Полученные результаты показывают, что применение комбинированный метод лечения является высокоэффективным методом лечения и может использоваться в качестве терапии «первой линии» при лечении данной патологии.

Ключевые слова: псориаз, индекса PASI, метотрексат, гептрал.

DRUG TREATMENT SEVERE CASES FORM SPORIASIS

Akhmedov M. M., Saidzoda B. I.,

Department of Dermatovenerology of the State Medical University named after AbualiibniSino

Based on clinical studies conducted in patients with severe forms of psoriasis, the authors concluded that psoriasis is common disease and can be accompanied by changes in various organs and systems. The study results showed the pathogenetic validity and safety of heptral as a means of reducing the hepatotoxic effect of methotrexate, increasing the clinical

effectiveness of therapy and the medical quality of life of patients, which expands the choice of practical healthcare. The results obtained show that the use of the combined method of treatment is a highly effective method of treatment and can be used as a “first-line” therapy in the treatment of this pathology.

Key words: psoriasis, PASI index, methotrexate, heptral.

Саидзод Б. И. – д.и.т., дотсенти кафедраи дерматовенерологияи МДТ, «ДДТТ ба номи Абуали ибни Сино», тел. +992 985154545; e-mail: saidov_bahromuddin@mail.ru



Ахмедов М.М. – ассистенти кафедраи дерматовенерологияи МДТ, «ДДТТ ба номи Абуали ибни Сино», тел. +992 985154545;

Саидзода Б.И. – д.м.н., доцент кафедри дерматовенерологии ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино», тел. +992 985154545; e-mail: saidov_bahromuddin@mail.ru

Ахмедов М.М. – ассистент кафедри дерматовенерологии ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино», тел. +992 985154545;

Saidzoda B. I. - Doctor of Medical Sciences, Associate Ibni Sino, +992 985154545; e-mail: saidov_bahromuddin@mail.ru

Akhmedov M. M. - Assistant of the Department of Dermatovenerology of the SEI "ATSMU", 992 985154545;

ПАҲНШАВӢ ВА САМАРАНОКИИ ТАБОБАТИ ALOPECIA AREATA

Саидзода Б.И., Зоирова Н.П.

Кафедраи дерматовенерологияи МДТ «ДДТТ ба номи Абуали ибни Сино»

Мубрамият. Дар солҳои охир зиёд шудани гирифторшавии аҳоли ба бемории алопепсия ба мушоҳида мерасад. Басомади популятсионии дар кишварҳои гуногун аз 0,03-0,1% то 1,7-5% [1,2,5] фарқ мекунад. Дар ИМА ҳамасола ба alopecia areata (AA) тақрибан 4,5 млн. одам мубтало мешавад [1, 2, 5]. Тибқи маълумоти адабиётҳои илмӣ зиёда аз 60%-и беморони гирифтори AA-ро шахсони аз 20-сола ҷавонтар ташкил медиҳанд, занҳо ба ин беморӣ нисбат ба мардҳо дар синну соли боз ҳам ҷавонтар мубтало мешаванд ва бештар барои ёрии тиббӣ муроҷиат мекунанд [1, 3, 4]. Дар этиопатогенези ГА тағйироти функсияҳои ғадудҳои эндокринӣ, ихтилолҳои нейрогуморалӣ, ихтилолҳои аутоиммунӣ, омилҳои генетикӣ, стрессҳои эмотсионалӣ, таъсири микроорганизмҳо ва ғайра аҳамияти калон доранд [2, 3, 5]. Бисёр муҳаққиқон [1, 3, 4, 5] табиати аутоиммунии бемориро эътироф мекунанд, ки барояш вайрон шудани звеноҳои ҳуҷайравӣ ва гуморалии иммунитет хос аст. Ин маълумотҳо имконият медиҳанд, ки мувофиқи мақсад будани табобати ГА бо препаратҳои гуногуни иммуномодулятсионӣ пешбинӣ карда шавад,

Гуфтаҳои дар боло хикршуда мубрам будани таҳқиқоти мазкурро муайян намудабарои баргузори он асос шудаанд.

Мақсади таҳқиқот – муайян кардани гирифторшавӣ ба бемории alopecia areata тибқи маълумоти муроҷиатҳо ба Ассотсиатсияи дерматовенерологҳо ва косметологҳои

ҚТ ва МД «Маркази клиникаи шахрии бемориҳои пӯст» ш. Душанбе ва омӯхтани клиника ва самаранокии усулҳои табобати беморони гирифтори AA.

Мавод ва усулҳои таҳқиқот.

Тахти муоинаи мо дар солҳои 2015 – 2019 ҳамагӣ 80 бемори дорои шаклҳои гуногуни афтидани лонавии мӯйҳо қарор доштанд. Тахлили гирифторшавӣ ба AA тибқи маълумоти муроҷиатҳои беморон ба Ассотсиатсияи дерматовенерологҳо ва косметологҳои ҚТ ва МД «Маркази клиникаи шахрии бемориҳои пӯст» ш. Душанбе дар давраи солҳои 2015 – 2019, бо назардошти ҷинс, синну сол, макони зист, шаклҳои клиникӣ ва давомнокии беморӣ гузаронида шуд. Мардҳо – 52 (65%), занҳо – 28 (35%) нафаро ташкил доданд, синну сол аз 18 то 45 сол буд. Давомнокии беморӣ аз 1 то 3 сол ва бештарро ташкил дод. беморон гирифтори шаклҳои гуногуни AA буданд. Аз шакли лонавии AA 50 (62,5%) нафар, аз шакли субтоталӣ – 18 (22,5%) нафар, тоталӣ – 12 (15,0%) нафар ранҷ мекашиданд. Дар 43 (53,75%) бемор AA бо зарбаҳои асабиву рӯхӣ (фавти одамони наздик, зиддиятҳо дар ҷойи кор бо корфармоён ё дар оила, шароити бади маишиву моддӣ ва ғайра), дар 10 (12,5%) – пас аз сар гузаронидани бемориҳои сироятӣ (зуком, ангина, малярия) алоқаманд меҳисобанд. Дар 27 (33,75%) бемор афтидани мӯйҳоро ба ягон чиз алоқаманд надонистанд. Дар 54 (67,5%) бемор бемориҳои ҳамроҳшударо муайян карданд.



Вобаста аз истифода намудани усулҳои табобат ҳамаи беморони гирифтори АА-ро ба 2 гурӯҳ ҷудо карданд. Гурӯҳи якумро (20 нафар, 13 - нафар бо шаклҳои лонавӣ, 5 – нафар бо субтоталӣ ва 2 – нафар бо шаклҳои тоталии беморӣ) бемороне ташкил доданд, ки ба тарзи анъанавӣ табобат гирифтаанд, ки аз таъйини кардани витаминҳои гурӯҳи В, кислотаи никотинӣ, микроэлементҳо (мис, оҳан, рух), УФО, ионофорез, чароаёни д-Арсонвал иборат буд. Дар гурӯҳи дуюм (30 нафа буданд, аз онҳо, 18 – нафар бо шакли лонавӣ, 9- нафар бо шакли субтоталӣ ва 3 - нафар бо шакли тоталии алопетсия буданд) дар баробари воситаҳои

анъанавӣ ҳамчунин тимотсин ва марҳами дорои 1 –хлорметилсилатран таъйин карда шуд. Ба таври мавзӣ дар ҳамаи беморони ҳарду гурӯҳ табобати таҳриқкунанда бо қиёми қаланфур 2маротиба дар як ҳафта гузаронида шуд. Дар беморони ҳарду гурӯҳ, ки бемории ҳамроҳшуда доштанд, мувофиқи машварати мутахассисони марбута табобати ислоҳкунанда гузаронида шуд.

Натиҷаҳо ва баррасии онҳо. Гирифторшавии аҳоли ба бемории alopecia areata дар солҳои 2015 – 2019 нисбат ба ҷинс ва макони зист дар ҷадвали 1 оварда шудааст.

Ҷадвали 1. Гурӯҳбандии беморони дорои алопетсия мувофиқи ҷинс ва макони зист

Сол	Миқдори беморон	Ҷинс		Место жительство	
		мрд	зан	шаҳр	деҳа
2015	5	4	1	4	1
2016	7	5	2	5	2
2017	14	9	5	10	4
2018	21	15	6	16	5
2019	33	19	14	23	10
Ҳамагӣ	80	52	28	58	22

Тавре ки дар ҷадвал дида мешавад, зиёд шудани мурочиати беморони гирифтори АА ба мушоҳида мерасад. Мардҳо нисбат ба занҳо 1,85 маротиба (52 дар муқобили 28) бештар, сокинони де-

хот (то 2,6 маротиба) камтар нисбат ба сокинони шаҳрӣ (22 дар муқобили 58) бемор шудаанд. Хусусиятҳои синнусолии беморони мурочиаткарда дар ҷадвали 2 оварда шудааст.

Ҷадвали 2. Гурӯҳбандии беморони дорои алопетсия мувофиқи синну сол

Сол	Синну сол				Ҳамагӣ
	18 – 20	21 – 30	31 – 40	41 - 45	
2015	2	1	1	–	4
2016	1	4	1	–	6
2017	3	9	2	1	15
2018	5	11	7	1	24
2019	6	17	7	1	31
Ҳамагӣ	17	42	18	3	80

Тибқи маълумоти ҷадвал, беморӣ бештар дар синну соли (21-30 сола) - 41 нафар (52,5%) дида шудааст.

Ҷадвали 3. Шаклҳои клиникӣ alopecia areata

Сол	Алопетсия			Ҳамагӣ
	лонавӣ	серлона	Резиши лонавии риш ва мӯйлаб	
2015	2	1	1	4
2016	1	3	2	6
2017	8	5	2	15
2018	14	7	3	24
2019	15	9	7	31
Ҳамагӣ	40	25	15	80



Бештар резиши лонавии мӯйҳо дида шуд, ки дар 40 ҳолат ба қайд гирифта шудааст. Резиши маҳдуди лонавии мӯйҳои риш ва мӯйлаб дар 76,25% бемор дида шуд ва дар нафарони боқимонда (23,75%) вай бо резиши лонавии мӯйҳоисар якҷоя шудааст. Сабаби резиши мӯйро дар 53,75%-и беморон ба зарбаҳои асабиву рӯхӣ, 12,5% – ро бо бемориҳои сироятии аз сар гузаронидашуда алоқаманд донистанд ва сабаби боқимонда (33,75%) –ро надонистанд. Давомнокии беморӣ дар 13 нафар то 1 моҳ, дар 45 – нафар то 6 моҳ, дар 45 нафар –то 6 моҳ, дар 11 нафар то 1 сол, дар 7 нафар то 5 сол, дар боқимондаҳо (4нафар) то 5 солро ташкил дод. Дар аксарияти одамон (69 нафар аз 80 нафар) давомнокии беморӣ зиёда аз як сол буд.

Критерияҳои самаранокии усулҳои истифодашудаи табобати АА нест шудани симптомҳои клиникалии алоpecia areata (натиҷаҳои бевоситаи табобат) ва давомнокии ремиссия дар давоми 12 моҳи муоина (натиҷаҳои дури табобат) мебошанд. Ҳамаи беморон табобатро хуб таҳаммул карданд, дар ягон ҳолат таъсирҳои манфӣ дида нашуд. Натиҷаҳои табобати беморони гирифтори АА чунин буд. Баъд аз гузаронидани табобат (ба ҳисоби миёна баъди 4 моҳи пас аз саршавии табобат) аз 30 нафар бемори гурӯҳи асосӣ шифоёбии клиникӣ дар 12

(40%) ва дар гурӯҳи назоратӣ дар 6 (30%) беҳбудии хеле хуб, мутаносибан – дар 13 (43,3%) ва 6 (30%), беҳбудӣ - дар 3 (10,0%) ва 5 (25%), набудани самаранокӣ – дар 2 (6,7%) ва 3 (15%) ба назар расид.

Натиҷаҳои қаноатбахш ва ғайриқаноатбахши табобат дар ҳарду гурӯҳ, асосан дар байни беморони гирифтори шаклҳои тоталӣ ва субтоталии АА ба қайд гирифта шуд. Хамин тавр, самаранокии бевоситаи усулҳои омехтаи табобати беморони гирифтори АА, 83,3%-ро ташкил дод, ки саҳеҳан назар ба натиҷаҳои табобати анъанавӣ баландтар аст (танҳо 60%, $p < 0,05$). Натиҷаҳои дури табобат (баъди 1 сол) бартари назарраси усулҳои омехтаи табобатро нишон доданд. Аз 23 бемори дорои натиҷаҳои бевоситаи мусбати табобат ретсидиви беморӣ дар 14 (56,0%), дар гурӯҳи назоратӣ аз 12 нафар – дар 9 (75%) ба мушоҳида расид, ки саҳеҳан баланд аст ($p < 0,05$).

Хулоса, таҳқиқотҳои клиникалии гузаронидашуда нишон медиҳанд, ки усулҳои омехтаи табобати беморони гирифтори ГА бо истифода аз тимотсин ва пайвастагиҳои кремнийдор 1 – хлорметилсилатран самаранокии табобати алоpecia areata, ро баланд мебардоранд, ин имконияти интиҳоби нигоҳдории тандурустии амалиро васеътар месозад.

Адабиёт

1. Гаджигорова А.Г. Изучение клинической эффективности комплексной терапии различных типов алопеций с применением протеогликановой заместительной терапии / А.Г. Гаджигорова и соавт. // Клиническая дерматология и венерология. – 2023. Том. 22. – № 4. – С. 490-498
2. Готовский М.Ю. Цветовая светотерапия в лечении алопеции / М.Ю. Готовский // Традиционная медицина. – 2021. – № 3 (66). – С. 4-10. ISSN: 1818-6173
3. Катханова О.А. Опыт использования линии средств с миноксидилом в терапии стрессиндуцированных нерубцовых форм алопеции / О.А. Катханова // Медицинский совет. – 2023. Том 17. – № 14. – С. 89-96. ISSN: 2658-5790.
4. Трюб Р.М. Сложный пациент трихолога: руководство по эффективному лечению алопеции и сопутствующих заболеваний. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2019; 400 с.
5. Schielein MC, Tizek L, Ziehfrend S, Sommer R, Biedermann T, Zink A. Stigmatization caused by hair loss - a systematic literature review. *J Dtsch Dermatol Ges.* 2020;18(12):1357-1368.



РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ И ЭФФЕКТИВНОСТЬ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ ГНЕЗДНОЙ АЛОПЕЦИИ

Саидзода Б.И., Зоирова Н.П.

Кафедра дерматовенерологии ГОУ «ТГМУ им. Абуалиибни Сино»

Резюме. Авторами на основе проведения клинических исследований у людей с гнездной алопецией пришли к заключению, что проведение комплексной терапии улучшит результаты лечения данной патологии. Следовательно, нужно оценить состояние иммунного показателя и изучить её результаты до и после лечения. Полученные результаты показывают, что применение комби-

нированного метода лечения больных ГА с использованием тимозина и кремнийсодержащих соединений 1 – хлорметилсилатрана повышают эффективность терапии гнездной алопеции, что расширяет возможности выбора практического здравоохранения.

Ключевые слова: гнездная алопеция, тимозин, 1 – хлорметилсилатрана

PREVALENCE AND EFFECTIVENESS METHODS OF TREATMENT OF ALOPECIA AREATA

Saidzoda B.I., Zoirova N.P.

Department of Dermatovenereology of SEI “ATSMU”

Abstract. The authors on the basis of clinical studies in people with alopecia areata came to the conclusion that carrying out complex therapy would improve the results of treatment of this pathology. Therefore, it is necessary to evaluate the state of immune indexes and study its results before and after treatment. The obtained results show that the application of

combined method of treatment of alopecia areata patients with thymozin and silicon-containing compounds 1 - chloromethylsilatrane increase the effectiveness of therapy of alopecia areata, which expands the choice of practical health care.

Keywords: alopecia areata, thymozin, 1 - chloromethylsilatrane

Саидзод Бахромуддин Икром – д.и.т., дотсенти кафедраи дерматовенерологияи МДТ «ДДТТ ба номи Абуалӣ ибни Сино», тел. +992 985154545; e-mail: saidov_bahromuddin@mail.ru

Зоирова Нурия Подабоновна - ассистенти кафедраи дерматовенерологияи МДТ, «ДДТТ ба номи Абуалӣ ибни Сино», тел. +987442626

Саидзод Бахромуддин Икром – д.м.н., доцент кафедры дерматовенерологии ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино», д.м.н. тел. +992 985154545; e-mail: saidov_bahromuddin@mail.ru

Зоирова Нурия Подабоновна – ассистент кафедры дерматовенерологии ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино» тел. +987442626

Saidzod Bahromuddin Ikrom-Doctor of Medical Sciences, Associate Professor of the Department of Dermatovenereology of the SEI “ATSMU”, tel. +992 985154545; e-mail: saidov_bahromuddin@mail.ru

Zoirovanuriyapodabonovna-Assistant of the Department of Dermatology and Venereology of the SEI “ATSMU” tel. +987442626



ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГИЯ

АСОСНОККУНИИ ИЛМИЮ КЛИНИКИИ КАЧШАВИИ МИЁНДЕВОРИ БИНӢ ДАР КӢДАКОН АЗ ҲИСОБИ НОРАСОГИИ КАЛТСИЙ ВА ФОСФОР ВА УСУЛҲОИ ПЕШГИРИИ ОН

Назаров З.Х.

Муассисаи давлатии Маркази миллии тиббии ҚТ «Шифобахш».

Муҳимият. Амали чарроҳии беморони гирифтори этилолиятҳои ковокии бинӣ яке аз чарроҳҳои паҳншуда дар амалияи оториноларингологӣ ба шумор меравад. Дар Муассисаи давлатии Маркази миллии тиббии Ҷумҳурии Тоҷикистон «Шифобахш» 45-50% чарроҳҳои узвҳои гушӯ гулӯ ва бинӣ ба риночарроҳӣ (чарроҳҳои бинӣ) рост меояд. Натиҷаи амали чарроҳӣ аз усул ва ҳаҷми чарроҳӣ, малакаи чарроҳ ва тарзи нигоҳубини бемор дар давраи баъди чарроҳӣ вобастагӣ дорад [1;2;4].

Номутаносибии калтсий ва фосфор, ки дар давраи бармаҳали кӯдакӣ ба вукӯъ мепайвандад, ба рушду инкишофи ҷисмонӣ ва ақлонии тифл таъсир расонида, муолиҷаро талаб мекунад [3,5]. Шумораи зиёди асарҳои илмӣ ба ҳолати мубодилаи калтсий ва фосфор дар кӯдакони навзод ва навзодон, инчунин истифодаи метаболитҳои фаъоли витамини D дар пешгирии ихтилоли мубодилаи фосфор ва калтсий дар кӯдакон бахшида шудаанд. Аммо, дар ин асарҳо ҳолати мубодилаи калтсий ва фосфор дар асоси омӯзиши таркиби электролитҳо дар хун баҳо дода мешавад, ки дар давраи аввали пайдоиши ихтилоли мубодилаи фосфор ва калтсий ба қадри кофӣ иттилоъ намедихад [1,2,6].

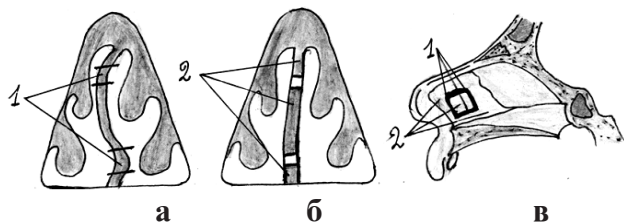
Омӯзиши шумораи зиёди адабиёте, ки ба проблемаи этиология ва тактикаи табобати қачшавии миёндевори бинӣ бахшида шудааст, нишон дод, ки қорҳои илмие, ки бевосита ба муносибати метабализми калтсий-фосфор ва деформатсияи миёндевори бинӣ дар кӯдакон алоқаманданд, амалан ёфт намешаванд. Бо дарназардошти гуфтаҳои боло омӯзиши самти мазкур яке аз масъалаҳои мубрами соҳаи оториноларингология ба шумор меравад.

Мақсади таҳқиқот. Муайян намудани аҳамияти миқдори калтсий ва фосфор дар ташаккули номутаносибии қисмати тағоякӣ ва устухонии миёндевори бинӣ дар кӯдакон.

Мавод ва усулҳои таҳқиқот. Дар шароити шуъбаи кӯдакони беморҳои гушӯ гулӯ ва бинии МД ММТ ҚТ «Шифобахш» дар давоми солҳои 2019-2022 аз ҷониби мо 44 кӯдак бо ташхиси қачшавии миёндевори бинӣ муоина ва чарроҳӣ карда шуд. Синну соли кӯдакон аз 7 то 14 соларо ташкил дода, аз онҳо 18 нафар духтар ва 26 нафарашон писарон мебошанд. Вобаста аз консентратсияи калтсий ва фосфор дар таркиби хун беморон ба ду гуруҳ ҷудо карда шуданд. Дар гуруҳи асосӣ 22 нафар бемор бо норасоии калтсий ва фосфор дар таркиби хун шомил шуда, дар гуруҳи муқоисавӣ бошад 22 нафар бемор бо миқдори муқарарии калтсий ва фосфор дар таркиби хун дохил карда шуд.

Ба ҳамаи беморон дар давраи пеш аз чарроҳӣ ва баъди амалёти чарроҳӣ тадқиқоти эндоскопия ковокии бинӣ ва бинибальум, рентгенографияи ҷавфҳои наздибинигӣ, тадқиқи ҳолати функционалии ковокии бинӣ гузаронида шуд. Инчунин, консентратсияи калтсий ва фосфор дар таркиби хун ва таркиби бофтаи устухонии миёндевори бинӣ, ки баъди амалёти чарроҳӣ гирифта мешавад, тадқиқ гардид.

Натиҷаҳои таҳқиқот ва муҳокимаи онҳо. Дар вақти риноскопияи пеш ва эндоскопия дар ҳамаи беморон намудҳои гуногуни қачшавии миёндевори бинӣ, варамӣ ва пурхунии назарраси пардаи луобии ковокии бинӣ, гипертрофияи садафаҳои поёни ва мобайнии бинӣ, инчунин, мавҷудияти ихроҷоти патологӣ дар роҳҳои бинӣ муайян карда шуд. Шикоятҳои асосии ҳамаи муоинашавандагон душвории нафаскашӣ бо бинӣ мебошад. Беморон инчунин ба ихроҷшавии луоб аз ковокии бинӣ, пастшавии ҳиссиёти шомма, хурроқкашӣ ҳангоми хоб, зуд мондашавӣ ҳангоми фаъолияти ҷисмонӣ низ шикоят намуданд.



Расми 1. Нақшаи септум –чарроҳӣ бо усули Воячек (а, б -даврахои буриши сегментарӣ; в-давраи буриши циркулярии тағояк). 1- минтақаи буриши тағояк; 2- қисматҳои нигоҳдошташудаи миёндевори бинӣ.

Амали чарроҳиро дар ковокии бинӣ во-баста ба намуди қачшавии миёндевори бинӣ муайян намуда, буришҳои камосеб дар ми-

ёндевори бинӣ истифода карда шуд (Расми 1). Аломати асосӣ, ки нишондод барои му-олиҷа, яъне душвории нафаскашӣ бо бинӣ буд, тавассути амалёти чарроҳӣ дар ҳамаи беморон баргараф карда шуд. Назорати минбаъдаи беморон нишон дод, ки барқарошавии нафаскашӣ бо бинӣ қаноатбахш мебошад.

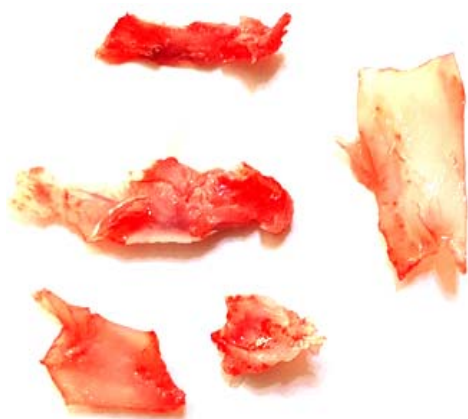
Сатҳи метаболизми калтсий ва фосфор дар амалияи клиникӣ одатан аз рӯи концен-тратсияи он дар таркиби хун баҳо дода мешавад (ҷадвали 1). Дар меъёр миқдори умумии калтсий дар зардобаи хун худуди- 2,3–2,8 ва миқдори фосфори ғайриорганикӣ бошад, 1,3–1,9 ммол/л. мебошад.

Ҷадвали 1. Концентрацияи калтсий ва фосфор дар хуни беморони тадқиқшаванда то табобат (ммол/л.).

Гуруҳҳо	Концентрацияи элементҳо бо ммол/л.	
	калтсий	фосфор
Гуруҳи асосӣ	0,8±0,02	0,9±0,01
Гуруҳи назоратӣ	2,34±0,03	3,27±0,02

Аз рӯи натиҷаи тадқиқоти озмоишӣ маълум гардид, ки концентрацияи калтсий ва фосфор дар хуни беморони гуруҳи асосӣ нисбат ба беморони гуруҳи назоратӣ ниҳоят кам мебошад.

Дар шароити озмоишгоҳи Донишгоҳи миллии Тоҷикистон миқдори калтсий ва фосфор дар таркиби бофтаи устухонии миёндевори бинӣ, ки баъди чарроҳӣ гирифта шудааст, санҷида шуд (Расми 2).



Расми 2. Устухонҳои миёндевори бинӣ баъди амали чарроҳӣ гирифташуда.

Маводи гирифташуда дар маҳлули дорони кислотаи нитроген ҳал карда шуд. Ин чара-

ён дар шароити автоклавкунонӣ 1800° С зери фишори 14 атмосфера гузаронида шуд (автоклави аналитикии микромавҷӣ МС-10 ширкати Volta, ш. Санкт- Петербург) расми 3-а.



Расми 3. а) Автоклави аналитикии микромавҷӣ МС-10 ширкати Volta; б) дастгоҳи фотометрия РНЛАРНО-4 ширкати Carlcase Jena.

Миқдори калтсий дар таркиби маҳлул бо усули фотометрикӣ дар дастгоҳи фотометрия Phlapho-4 (ширкати Carlcase Jena, Германия) бо истифодаи шӯълаи пропан-бутан-хаво муайян карда мешавад (расми 3-б). Миқдори калтсий ва фосфор бо иловаи маводҳои концентратсионӣ санҷида шуд. Натиҷаҳо дар ҷадвали 2 пешниҳод шудааст.



Ҷадвали 2. Миқдори калтсий ва фосфор дар таркиби бофтаи устухони миёндевори бинӣ.

Концентратсия элементҳо бо %				
№	Гуруҳи асосӣ		Гуруҳи назоратӣ	
	Калтсий	Фосфор	Калтсий	Фосфор
1.	0,687	8,979	1,650	13,471
2.	0,593	10,507	1,570	13,450
3.	1,190	9,962	1,420	13,328
4.	0,580	2,13	1,540	14,657
5.	0,596	8,979	1,450	13,471
6.	0,648	10,597	1,560	12,750
7.	1,102	9,962	1,460	13,529
8.	0,594	2,9	1,520	14,456
9.	0,589	8,967	1,630	13,841
10.	1,180	10,523	1,566	13,458
11.	0,595	9,964	1,410	12,848
12.	0,688	2,18	1,520	14,156
13.	1,193	8,985	1,660	13,411
14.	0,591	10,407	1,530	13,523
15.	0,581	9,862	1,410	13,227
16.	0,647	2,14	1,590	14,531
17.	0,690	8,989	1,610	13,753
18.	0,659	10,597	1,550	13,541
19.	0,689	9,902	1,490	13,289
20.	0,580	2,193	1,520	14,183
21.	1,192	8,909	1,680	13,423
22.	0,687	10,557	1,570	13,963

Чуноне, ки аз ҷадвал маълум аст, натиҷаи таҳқиқи миқдори калтсий ва фосфор дар бофтаи устухони миёндевори бинӣ нишон медиҳад, ки концентратсияи маводҳои минералӣ кам буда, дисбаланси мутаносибати калтсий ва фосфор дар беморони гуруҳи асосӣ ҷой дорад.

Вайроншавии баланси витаминҳо ва минералҳо дар организм яке аз сабабҳои асосии бадшавии ҳолати сиҳати кӯдак мебошад. Хусусан ин ба кӯдакони сини то мактабӣ ва наврасон тааллуқ дорад, чун ки норасогии витаминҳо ва макроэлементҳо (калтсий, фосфор) барои организми рушдукунанда зарур аст. Дар байни омилҳои, ки дар ҷараёни пайдоиш ва инкишофи бофтаи устухонӣ, афзоиш ва ташаккули скелет таъ-

сири ҳалқунанда доранд, таъминоти кӯдак бо калтсий нақши муҳим мебозад.

Дар натиҷаи таҳқиқоти миқдори калтсий ва фосфор дар таркиби бофтаи устухонӣ дар беморони гуруҳи назоратӣ ин нишондодҳо дар ҳудуди меъёр мебошанд. Вақтҳои охир маайян гашт, ки витамини D бо худ гормоне балад аст, ки дар танзими мубодилаи калтсий ва фосфор нақши бориз дорад. Бо дар назардошти ин, ба беморони гуруҳи асосӣ маводҳои дорувории дорои калтсий Д3 (карбонати калтсий 125 мг, вит Д3 5мкг (200МЕ)) 1т. 2 бор дар як рӯз муддати як моҳ ва Глицерофосфати калтсий 0,05-0,2 г 3 бор дар як рӯз муддати як моҳ таъин карда шуд. Инчунин, маводҳои хуроквории таркибашон аз минералҳо бойбуда тавсия карда шуд.

Ҷадвали 3. Концентрацияи калтсий ва фосфор дар хуни беморони тадқиқшаванда баъд аз 15 рӯзи табобат (ммол/л.).

Гуруҳҳо	Концентрацияи элементҳо бо ммол/л.	
	Калтсий	Фосфор
Гуруҳи асосӣ	1,8± 0,03	1,4±0,01
Гуруҳи назоратӣ	2,34 ± 0,03	2,27±0,02

Аз рӯи натиҷаҳои таҳқиқотҳои озмоишӣ баъди 15 рӯзи табобат зиёдшавии миқдори калтсий ва фосфор дар хуни беморони гуруҳи асосӣ мушоҳида карда шуд.

Хулоса. Дар давраи афзоиши тифл норасогии миқдори калтсий ва фосфор яке аз омилҳои муҳими номутаносиб инкишоф ёфтани

қисмати тғоякӣ ва устухонии миёндевори бинӣ ба шумор рафта, боиси гирифтورشавии кӯдакон ба қачшавии миёндевори бинӣ мегардад. Истифодаи маводҳои доруворӣ ва хуроквории дорои калтсий ва витамини D метавонад пайдоиши оқибатҳои номатлубро дар саломатии кӯдак пешгири намояд.

Адабиёт

1. Махмудназаров М.И. Современные методы хирургического лечения деформаций носовой перегородки /Махмудназаров М.И., Туйдиев Ш.Ш. // Вестник Авиценны.- №4.- 2012.- С. 56-61.
2. Махмудназаров М.И. Хирургическая коррекция деформации носа и носовой перегородки. Душанбе: Ирфон-2016- 115 с.
3. Костылева М.Н. Профилактика дефицита кальция у детей / М.Н. Костылева // Вопросы современной педиатрии. - 2008. - Том 7. - № 5. – С.76-81.
4. Bremke [et al.] Digital volume tomography in the diagnosis of nasal bone fractures / М. // Rhinology. — 2009. — Vol. 47. — P. 126–131.
5. Isac C. [et al.] Sever saddle nose deformity reconstructed with rib cartilage / // Chirurgia, 2012, Vol. 107 (6), pp. 809-815.
6. Kimbell J.S., Segal R.A., Asgharian B. et al Characterization of deposition from nasal spray devices using a computational fluid dynamics model of the human nasal passages. J Aerosol Med 2007; 20: 59—74.

НАУЧНО-КЛИНИЧЕСКИЕ ОБОСНОВАНИЕ ИСКРИВЛЕНИЕ ПЕРЕГОРОДКИ НОСА У ДЕТЕЙ В СВЯЗИ С ДЕФИЦИТОМ КАЛЬЦИЯ И ФОСФОРА И МЕТОДЫ ЕГО ПРОФИЛАКТИКИ

Назаров З.Х. ,

ГУ НМЦ РТ «Шифобахш». Директор к.м.н. Шамсзода Х.А.

Дисбаланс кальция и фосфора, возникающий в раннем детском возрасте, рассматривается как патологическое состояние, требующее коррекции, и как фактор, влияющий на рост и развитие ребенка. Научные работы непосредственно касающиеся взаимосвязи кальциево-фосфорного обмена и деформации перегородки носа в детском возрасте практически не встречаются. Цель исследования является определение содержания кальция и фосфора в составе костной ткани

перегородки носа. В период интенсивного роста недостаток содержания кальция и фосфора является одним из факторов, приводящих к деформации перегородки носа у детей. Применение препаратов, содержащих кальций и витамин D, с профилактической целью может предупредить развитие неблагоприятных последствий для здоровья детей.

Ключевые слова: деформация перегородки носа, септопластика, недостаток содержания кальция и фосфора



SCIENTIFIC AND CLINICAL BASIS FOR DEVIATED OF NASAL SEPTUM IN CHILDREN DUE TO CALCIUM AND PHOSPHORUS DEFICIENCY AND METHODS FOR ITS PREVENTION

Nazarov Z.Kh.

State Institution National Medical Center of the Republic of Tadjikistan “Shifobakhsh”.
Director Ph-D. Shamszoda KH.A.

An imbalance of calcium and phosphorus that occurs in early childhood is considered as a pathological condition that requires correction and as a factor affecting the growth and development of a child. Scientific works directly related to the relationship of calcium-phosphorus metabolism and deformation of the nasal septum in childhood practically do not occur. The aim of the study is to determine the content of calcium and phosphorus in the composition of the bone

tissue of the nasal septum. During the period of intensive growth, the lack of calcium and phosphorus is one of the factors leading to deformation of the nasal septum in children. The use of preparations containing calcium and vitamin D for prophylactic purposes can prevent the development of adverse consequences for the health of children.

Key words: deformation of the nasal septum, septoplasty, lack of calcium and phosphorus.

***Назаров Зарифҷон Ҳотамович** - мудири шуъбаи кӯдакони бемориҳои гӯшу гулӯ ва бинии МД ММТ ҶТ «Шифобахи» Тел.: (+992) 93-877-26-82*

***Назаров Зарифдҷон Ҳотамович** - зав. детским ЛОР-отделением ГУ НМИЦ РТ «Шифобахи» Тел.: (+992) 93-877-26-82*

Nazarov Zarifjon Khotamovich - Head children's ENT - department of the State Institution NMC RT “Shifobakhsh” Tel .: (+992) 93-877-26-82

ОФТАЛМОЛОГИЯ

ТАҲҚИҚОТИ СИФАТИ ҲАЁТИ БЕМОРОНИ ГИРИФТОРИ ГЛАУКОМА ПАС АЗ ГУЗАРОНИДАНИ СИНУСТРАБЕКУЛЭКСТОМИЯ

Махмадзода¹ Ш.К., Мирзоев С. М.,² Маликов¹ М.Х., Остонаева П.¹

1. МДТ “ДДТТ ба номи Абуалӣ ибни Сино”, 2. МДТ “Донишкадаи таҳсилоти баъди-дипломии соҳаи тандурустии Ҷумҳурии Тоҷикистон”.

Мубрамият. Бо назардошти он, ки глаукома чараёни бесимптом дорад, чараён ва тағйироти патологӣ ҳангоми глаукома ҷуброннашавандаанд, дар солҳои охир ин беморӣ на танҳо ҳамчун мушкilotи тиббӣ, балки ҳамчун мушкilotи иҷтимоӣ-иқтисодӣ низ мавриди баррасӣ қарор гирифтааст [1,2,6]. Ин ду омил ва дар баъзе ҳолатҳо ҳамроҳ шудани синдроми дард, сифати ҳаётро хеле паст мекунад ва ба вайрон шудани протессҳои мутобиқшавии иҷтимоӣ оварда мерасонанд. Дар тибби муосир таҳқиқоти сифати ҳаёт аҳамияти калон дорад. Ба монанди дигар соҳаҳои тиб, дар офталмология низ консепсияи сифати ҳаёт, ки ба вазъи саломатӣ алоқаманд ҳаст, боз ҳам мубрамтар мегардад [2,4,7].

Ба муваффақиятҳои муайяни дар бахши ташхис ва табобати марҳалаҳои барвақти беморӣ ба даст овардашуда нигоҳ накарда, як қисми беморон боз ҳам аллақай дар марҳалаи кӯҳнашуда ва терминалии беморӣ муроҷиат мекунад [3,5,7].

Дар баъзе ҳолатҳо ҳамроҳ шудани синдроми дард, ҳамчунин хеле суст шудани қувваи босира ва танг шудани майдони биниш, ки дар ин марҳалаи глаукома дар давоми солҳои зиёд ба мушоҳида мерасанд, сабаби паст шудани сифати ҳаёти беморон гаштаанд [1,5,6].

Мақсади таҳқиқот. Омӯзиши сифати ҳаёти беморони дорои намудҳои гуногуни глаукома, баъди гузаронидани синустрабекулэкстомия.

Мавод ва усулҳои таҳқиқот. Барои муайян кардани сатҳи сифати ҳаёт аз пурсишномаи NEI – VFQ – 25 (National Eye Institute Visual Functioning Questionnaire – 25) истифода карда шуд. Пурсишнома аз 25 савол ва вариантҳои ҷавобҳо иборат буд. Ба ҳар як савол аз 2 то 6 ҷавоб пешниҳод карда шу-

дааст. Барои ҳисоб кардан тибқи шкала алгоритми стандартӣ j”шкалаи Ликертк” бо диапазони аз 0 (нишондиҳандаи минималӣ) то 100 балл (максималӣ) истифода шуд, ки ба солимии мукамал мувофиқат мекунад. Мо беморонро рӯзи ба беморхона ворид шуданашон ва баъдан ҳангоми қабули такрорӣ- баъди 3 моҳ пурсидем.

Ҳамчунин саволнома ба 12 бахш ҷудо карда шудааст: Ҳолати умумии саломатӣ (ХУС), Баҳодихии умумии биноӣ (БУБ), Дарди чашм (ДЧ), Функсияҳои биноӣ дар наздик (ФБН) Функсияҳои биноӣ дар дурр (ФБД). Қобилияти иҷтимоӣ (ҚИ), Солимии рӯҳӣ (СР), Мушкilotи нақ (МН), Вобаста будан ба ёрии дигарон (ВБД), Рондани автомобил (РА), Биноии ранга (БР), Биноии периферӣ (БП). Дар 20 бемори гурӯҳи асосӣ таҳқиқоти сифати ҳаёт гузаронида шуд. Синну сол аз 27 то 84-солро дар бар гирифта, ба ҳисоби миёна 56, 25 солро ташкил дод. Мардҳо 10 (50%) ва занҳо 10 (50%) нафар буданд. Сокинони деҳот 12 (60%) ва сокинони шаҳрӣ 8 (40%) –ро ташкил доданд. Барои муайян кардани сатҳи сифати ҳаёт аз пурсишномаи NEI – VFQ – 25 (National Eye Institute Visual Functioning Questionnaire – 25) истифода карда шуд.

Натиҷаҳои таҳқиқот ва баррасии онҳо. Аз ҷиҳати назариявӣ балли максималии имконпазир 2500-ро ташкил дод. То ҷарроҳии СТЭ+з/с миқдори умумии баллҳо барои як бемор 209,5 –ро ташкил дод (аз 75 то 520), ки ин аз хеле паст будани сатҳи сифати ҳаёт дарак медиҳад.

Маҷмуи баллҳои беморони гурӯҳи асосӣ то ҷарроҳии дар бахши ХУС – 0 баллро, дар бахши БУС – 340 балл, БЧ – 25, ФБН – 50, ФБД – 25, ҚИ – 0, СР – 950, РА – 200, ВБД – 875, ВА – 1500, БР – 0 ва БП низ 0 баллро ташкил дод.

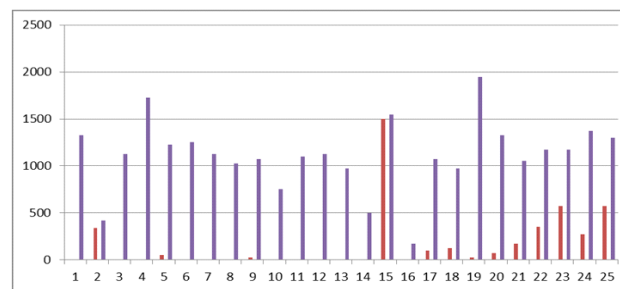


Баъди 3 мохи гузаронидани синустрабекулэкстомия (СТЭ) беморон мувофиқи пурсишномаи NEI – VFQ – 25 (National Eye Institute Visual Functioning Questionnaire – 25) дигарбора пурсида шуданд. Натиҷаҳои пурсиш дар расмҳои №4.3, 4.4. оварда шудааст.

Аз ҷиҳати назариявӣ балли максималии имконпазир 2500-ро ташкил дод. Пас аз гузаронидани ҷарроҳии СТЭ+з/с миқдори умумии баллҳо барои як бемор 1393,5-ро ташкил дод (аз 525 то 2365 фарқ мекард), ки ин аз каме бехтар шудани сатҳи сифати ҳаёт (ба ҳисоби миёна то 1184 балл) дарак медиҳад.

Расми 4.3.- Сифати ҳаёти беморони гурӯҳи назоратӣ то ва пас аз табобат.

Маҷмуи баллҳо дар беморони гурӯҳи назоратӣ пас аз гузаронидани ҷарроҳӣ дар бахшҳои ХУС – 1325 баллро, дар бахши БУС – 420 балл, БЧ – 3600, ФБН – 3600, ФБД – 2425, ҚИ – 2075, СР – 4650, РА – 2050, ВБД – 3875, ВА – 1725, БР – 1125 ва БП – 750 баллро ташкил доданд. Ҳамин тавр, гуфтан мумкин аст, ки тақрибан дар ҳама бахшҳо бехтар шудани сатҳи сифати ҳаёт ба мушоҳида мерасад.



Адабиёт

1. Заболеваемость всего населения в 2018 году с диагнозом, установленным впервые в жизни. Статистические материалы. Часть I. [М.], 2019. URL: <https://mednet.ru/miac/meditsinskaya-statistika> (дата обращения 15.12.2019).
2. Алексеев В.Н. Исследование качество жизни больных с первичной открытоугольной глаукомой./ Алексеев В.Н., Малеванная О.А// Клиническая офтальмология -2003; №3.С 113-115.
3. Алексеев В.Н. Психоэмоциональные и вегетативные изменения - составляющие патологического процесса у больных с сосудистыми оптическими и глаукомными нейропатиями. Алексеев В.Н., Лысенко О.И. Клиническая офтальмология-2014; №14(3): С 121 - 123.
4. Tham Y.C. Global prevalence of glaucoma and projections of glaucoma burden through 2040: a systematic review and meta-analysis / Y.C. Tham [et al.] // Ophthalmology. 2018; 121(11), P. 2081-2090.
5. Scott IU, Quality of life of lowvision patients and the impact of lowvision services/Scott IU, Smiddy WE, Schiffman J, Feuer WJ, Pappas CJ// Amer. J. Ophthalmol- 2012;№128:P 54-62.
6. Rossetti L., et al. Blindness and Glaucoma: A Multicenter Data Review from 7 Academic Eye Clinics/ Rossetti L., Digiumi M., Giovanni M// PLoS ONE- 2015; №10(8): P 136632.
7. Park H.Y., Disc torsion and vertical disc tilt are related to subfoveal scleral thickness in open-angle glaucoma patients with myopia./Park H.Y., Choi S.I., Choi J.A., Park C.K// Invest Ophthalmol Vis Sci-2015; №56(8): P 4927 - 4935.

ИССЛЕДОВАНИЕ КАЧЕСТВО ЖИЗНИ У БОЛЬНЫХ С ГЛАУКОМОЙ ПОСЛЕ ПРОВЕДЕНИЯ СИНУСТРАБЕКУЛЭКСТОМИИ

Махмадзода Ш.К.¹, Мирзоев С. М.,² Маликов М.Х.¹, Останаева П. М.

В данной статье приведены результаты исследования качества жизни после применения синустрабекулэктомии у больных с различными видами глаукомы. Всего было исследовано 20 больных. Мужчин было – n=10 (50%), женщин n= 10 (50%). Возраст

колебался от 27 до 84 лет, в среднем 53. Жителей села было n=12 (60%), городских жителей было n=8 (40%). Теоретически возможный максимальный бал составлял 2500. До операции СТЭ средняя сумма баллов на одного больного составляла 209,5 (варьиру-



вала от 75 до 520), что свидетельствует об очень низком уровне качества жизни. После проведения СТЭ средняя сумма баллов на одного больного составлял 1393,5 (варьировал от 525 до 2365), что свидетельствует о том, что качество жизни достоверно улучшилась (в среднем на 1184 балла). Таким

образом, было установлено, что синучтрабекулэктомии у больных с глаукомой эффективно достоверно повышает качество жизни.

Ключевые слова: глаукома, качество жизни, синустрабекулэктомия, внутриглазное давление.

STUDY OF QUALITY OF LIFE IN PATIENTS WITH GLAUCOMA AFTER SINUSTRABECULEXTOMY

Mahmadzoda¹ Sh.K., Mirzoev² S. M., Malikov¹ M.Kh., Ostanaeva P. M.

This article presents the results of a study of the quality of life after the use of sinustrabeculectomy in patients with various types of glaucoma. A total of 20 patients were studied. There were n=10 (50%) men and n=10 (50%) women. Age ranged from 27 to 84 years old, 53 on average. There were n=12 (60%) residents of the village, n=8 (40%) urban residents. Theoretically, the maximum possible score was 2500. Before STE surgery, the average score per patient was 209.5 (varied from

75 to 520), which indicates a very low level of quality of life. After STE, the average score per patient was 1393.5 (ranged from 525 to 2365), which indicates that the quality of life has significantly improved (on average by 1184 points). Thus, it was found that sinuchtrabeculectomy in patients with glaucoma effectively significantly improves the quality of life.

Key words: Glaucoma, quality of life, sinustrabekulextomy, intraocular pressure

Махмадзода Шамсулло Курбон – н.и.т., дотсент, мудири кафедраи офталмологияи МДТ “ДДТТ ба номи Абуалӣ ибни Сино”, Тел. (+992) 918 63 68 36

Мирзоев С. М. - н.и.т., дотсент, мудири кафедраи офталмологияи МДТ “Донишкадаи таҳсилоти баъдидипломии соҳаи тандурустии Ҷумҳурии Тоҷикистон”.

Маликов Мирзобадал Халифаевич- д.и.т., дотсент, мудири кафедраи бемориҳои ҷарроҳии №2, МДТ “ДДТТ ба номи Абуалӣ ибни Сино”, Тел. (+992) 907 30 50 60.

Останаева Парвин Муртазоевна – н.и.т., дотсент, кафедраи офталмологияи МДТ “ДДТТ ба номи Абуалӣ ибни Сино”, Тел. (+992) 918 63 68 36

Махмадзода Шамсулло Курбон, к.м.н., доцент, заведующий кафедрой офтальмологии ГОУ «ТГМУ имени Абуали ибни Сино» Тел. (+992) 918 63 68 36

Мирзоев С. М. - кандидат медицинских наук, доцент, заведующий кафедрой глазных болезней государственного образовательного учреждения «Институт последиplomного образования в сфере здравоохранения Республики Таджикистан.

Маликов Мирзобадал Халифаевич, д.м.н., доцент, заведующий кафедрой хирургических болезней № 2 ГОУ «ТГМУ имени Абуали ибни Сино» Тел(+992)907305060

Останаева Парвин Муртазоевна – кандидат медицинских наук, доцент кафедры офтальмологии государственного образовательного учреждения «ТГМУ имени Абуали ибни Сино»

Sh.K. Ahmadzoda - The department of ophthalmology of the SEI “ATSMU”

M.S. Mirzoevich - candidate of medical sciences, associate professor, head of Ophthalmology department of State Educational Institution “Institute of Postgraduate Education in Healthcare of the Republic of Tajikistan”

M.Kh. Malikov - The department of surgical diseases №2 of the SEI “ATSMU”

P.M. Ostanaeva– candidate of medical sciences, associate professor of the department of Ophthalmology of SEI “ATSMU”



СТОМАТОЛОГИЯ

ХУСУСИЯТҲОИ ҶАРАЁНИ КЛИНИКӢ ВА ОПТИМИЗАТСИЯИ МУОЛИҶАИ ҶАРРОҲИИ ОМОСҶО ВА РАВАНДҲОИ ОМОСМОНАНДИ ЗАБОН

Сайдахмадов Ш.Б.

Пажӯишгоҳи илмӣ-клиникии стоматология ва ҷарроҳии ҷоғу рӯй. Тоҷикистон.

Муҳимият. Номияҳои бадсифати луобпарда ва узвҳои ковокии даҳон (НБЛПУКД) аз 2 то 10%-и тамоми омосҳои бадсифати одамро ташкил медиҳанд. Аз 80 то 90%-и беморон ҳангоми марҳалаи Т3 ва Т4-и паҳншавӣ мурочиат мекунанд [1-4].

Мувофиқи маълумоти аксари муаллифон мавзегириро дар сохтори НБЛПУКД мувофиқи басомад (аз басомади баланд ба паст) чунин тақсим мекунанд: забон, лунҷо, қабри ковокии даҳон, канори алвеолярии ҷоғи боло ва поён ва ком. Аммо баъзе муаллифон омоси лунҷо ва қабри ковокии даҳонро аз рӯйи басомад дар мақоми дувум ҷой додаанд [1-5].

Саратони забон бештар дар сеяки миёгаи сатҳи паҳлуии узв (62—70%) ва дар решаинкишоф меёбад. Аҳёнан сатҳи поёнӣ, рӯй (7%) ва нӯги забон (3%) иллатнок мешавад. Саратони забонро дар мавриди аз 20 то 40%-ибеморон дучор омадан мумкин аст. саратони паҳнхуҷайраи қисми пеши забон аксаран дар марҳалаи I—II инкишоф мешавад ва бештар аз ғадуди хурди луоб сарчашма мегирад. Беморон омоси бадсифати забонро мустақилона ва хеле барвақт (қисмиҳои дисталии дастрасиашон дукшвор истисно аст) ошкор мекунанд. Зоҳиршавӣ дар натиҷаи пайдо шудани ҳисси дард ва ногуворӣ дар мавзеи ҷойгиршавии номия ва ҳалалёбии хеле барвақт функционалӣ (хойидан, балъидан, нутқ) ба амал меояд. Аксаран худӣ беморон ба воситаи ойина қисми дардноки забонро муоина намуда, зимнан захми омосмонанд, номияро ошкор менамоянд. Саратони забон бештар бе тағйиротҳои ошкорои моқаблӣ дар луобпардаи забон инкишоф ёфта, асосан дар сатҳи паҳлуии забон, гоҳо дар рӯйи забон ё сатҳи поёнии он ҷойгир мешавад. Саратон дар қисми пеши забон аз ҷиҳати морфологӣ сохтори паҳнхуҷайра бо шоҳабандӣ ва дар

қисми ақиб бошад, саратони шоханабаста ба қайд гирифта мешавад. Душворӣ ва маҳдудият дар ҳаракати забон аз мавҷудияти инфилтратаи омосӣ далолат намуда, дар муайян кардани қуҳнагии раванди омосии забон аҳамияти зиёди ташхисӣ дорад. Ҳангоми ламс кардан гоҳо омоси забон номувофиқатии андозаи захми хурду калонро нишон медиҳад, инфилтратаи амиқ дар атрофи он, замоне ба назар мерасад, ки андозаи омоси забон дар самти аз нӯг ба реша меафзояд. Ҳангоми баррасии масъалаи зухуроти клиникӣ қайд кардан зарур аст, ки саратони забон дар марҳалаи ибтидоии инкишоф дар шакли папиллярӣ-занбурӯғшакл (экзофитӣ) ё инфилтративии захмӣ (эндофитӣ) зоҳир мешавад. Замоне шакли папиллярӣ-занбурӯғмонанд дар шакли шоҳа, аз сатҳи забон боло намоён мешаваду асоси саҳт доранд, аз бофтаҳои солими атроф дақиқан ҷудоянд. Дар ҳолати калон шудани андозаи омоси забон марзи гузариш ба бофтаи солим дақиқияти пешинаи худро гум мекунад. Ҳангоми шакли захми инфилтративии саратони забон, ки қиёсан ба папиллярӣ-занбурӯғшакл бештар мушоҳида мешавад, майл ба зуд афзоиш ёфтани омоси аввалия (ба умқи паҳн шудани он) ва решадавонии барвақтӣ ба қайд гирифта шудааст. Дар марҳалаҳои нисбатан таъхирафтаи инкишофи раванди омос гузариши шакли папиллярӣ-занбурӯғмонанд ба захми инфилтративӣ бо ҳамроҳ шудани раванди илтиҳоб ба назар мерасад.

Бо дарназардошти хусусияти ҷойгиршавӣ, паҳншавии омоси забон ба сохтори наздиктарини анатомии ковокии даҳон паҳншавии дард дар аввал хусусияти мавзӣ, шиддатнокии кам дошта, мувофиқи калон шудани номияи забон қад-қади сохтори мушакӣ-асабӣ-рағбӣ дард хусусияти доимӣ касб мекунад, шиддатноктар гарди-

да, қад-қади асаби забон, зеризабон ва шо-
хаҳои асаби сегона паҳн мешавад.

Дар марҳалаи куҳнашудаи саратони за-
бонбеморон бо душворӣ гап мезананд, акс-
ран хӯроки муқаррарӣхӯрда, ҳатто нӯшидан
наметавонанд. Чун даҳону ҳалқум аз омоси
решаи забон пур шуд, аксаран ҳалалёбии
нафас мувофиқи навъи асфиксияи инсидодӣ
ба амал меояд ва ба тартиби таъхирнопа-
зир гузоштани трахеостомро талаб мекунад.
Зуд ва барвақт реша давонидан ба гирехҳои
лимфавии канорӣ хусусияти дигари бадси-
фати омоси забон ба шумор меравад. Ҷам-
чун натиҷаи мавҷудияти шабакаи ғафси
лимфавӣ теъдоди бешумори анастомозҳои
лимфаваридӣ дар байни рағҳои ҳар ду ни-
маи забон аз басомади решадавониҳои до-
хилилатериалӣ ва билатериалӣ дарак меди-
ҳад. Мустақиман рехтани рағҳои лимфавии
қисми дисталии забон ба гирехҳои амики
сеяки болоии гардан сабаби дар ин гурӯҳ
гирехҳои лимфавӣ барвақт ошкор гардида-
ни решадавониҳо мегардад. Аксаран бемо-
рон гирехҳои омосдори гардан, на дар мав-
зеи забонро ошкор мекунад. Замоне ба сто-
матолог, оториноларинголог, ҷарроҳи
умумӣ ё терапевт муроҷиат мекунад, аз
хусуси лимфаденит муолиҷаи номувофиқ
татбиқ мешавад ва шеваи нодурусти муо-
лиҷа сабаби куҳна шудани раванди омос
дар забон мегардад [1-5].

Муолиҷаи омос ва равандҳои омосмо-
нанди забон бояд омехта ва маҷмӯӣ буда,
мақоми соматикӣ ва мавзёӣ, маълумотҳои
усулҳои иловагии таҳқиқ ба назар гирифта
мешавад. Алҳол навъҳои зерини муолиҷаи
омоси забон мавҷуд аст: 1) шуодармонӣ, 2)
усулҳои ҷарроҳӣ ва омехта, 3) электрочок-
кунӣ ва коагулятсия, 4) криодеструксия, 5)
лазери ҷарроҳӣ, 6) муолиҷаи фотодина-
микӣ, 7) технологияи микрочарроҳӣ. Ҳанго-
ми интиҳоби ин ё он усули муолиҷаи омоси
забон ба усулҳои муолиҷаи пешакӣ тат-
биқшуда таваҷҷуҳ намуда, натиҷабархшии
онҳо, дигар қиматҳои мақоми мавзёии
НБЛПУКД, инчунин таъмини техникаи кли-
ника, аз уҳдаи истифодаи техникаи ҷар-
роҳии амалиёти реконструктивӣ-барқарор-
кунанда баромадан ва бисёри дигар нуктаҳо

таҳлил карда мешаванд. Камбудии техноло-
гияи анъанавии муолиҷаи ҷарроҳии омосҳо
ва равандҳои омосмонанди забон: а) пеш-
гирии хунравӣ дар тарафи нимаи солими
забон ба амал оварда намешавад; б) талаф
ёфтани вақт ҳангоми боздоштани хунравӣ
аз тарафи нимаи солими забон ва дароз
шудани замони будубоши бемор таҳти нар-
коз [1-5]. Аз ин рӯ ҳангоми муолиҷаи ҷар-
роҳии омос ва равандҳои омосмонанди за-
бон (ОРОМЗ) ҷустуҷӯи роҳҳои боздошта-
ни хунравӣ зарур аст.

Мақсади таҳқиқ. Таҳияи усулҳои боз-
доштани хунравӣ ҳангоми муолиҷаи ҷар-
роҳии омос ва равандҳои омосмонанди за-
бон.

Мавод ва усулҳои таҳқиқ. Дар солҳои
2017 ва 2022 барои муоинаи ва муолиҷа дар
шароити МД “Маркази илмии саратонши-
носии ҷумҳуриявӣ”-и ВТ ва ҲИА ҚТ
(МИСЧ ВТ ва ҲИА ҚТ) 44 беморе қарор
дошт, ки аз омос ва равандҳои омосмонан-
ди забон ранҷ мекашиданд. Дар миёни
ОРОМЗ зимни 8 (18%) бемор омоси хушси-
фа ва равандҳои омосмонанде мушаххас
гардид, ки дар байнашон аз ҷиҳати морфо-
логӣ; 2 фиброма, 2 нейрофиброма, 2 хуно-
моси каҳфӣ, 1 папиллома, 1 фибропапилло-
ма ҷой дошт, аз ин теъдод 5 (62,5%) нафар-
ро зан ва мардҳо бошанд, 3 (37,5%) нафарро
ташқил медоданд.

36 бемори мубтало ба ЗОЯ барои муои-
наву муолиҷа таҳти назорати мо қарор дош-
танд. Дар байни онҳо инкишофи давомнок
ва такрорёбиҳои барвақтӣ дар шароити
МИСЧ ВТ ва ҲИА ҚТ тайи солҳои 2017-
2022 таҳти омӯзиш буд. Синни гирифторо-
ни НБЗ дар ҳудуди аз 20 то 70-сола буда, аз
ин миқдор 19 (53%) нафарро мард ва 17
(47%) каси дигарро занҳо ташқил менаму-
данд. Зимни сохтори беморони мубтало ба
НБЗ дар мавриди 29 (81%) бемор аз ҷиҳати
морфологӣ омоси бадсифати генезаш эпи-
телиалӣ дар 16 (55%) маризсаратони паҳн-
хучайраи шохабаста, зимни 13 (45%) сара-
тони паҳнхучайраи шоханбаста ва дар 7 (19
) аденокарсинома, яъне омоси ғадулдор
ташхис карда шуд. Тибқи таснифоти бай-
налмилалӣ TNM ҳангоми НБЗ дар 18 (50%)



бемор Т3N0M0, зимни 4(11%) мариз Т3N1M0, дар 14(39 %) патсиент Т2N0M0 ташхис шудааст. Аз чумла 19 (53%) бемор муолиҷаи комплексӣ (2 даври кимиёдармонӣ, шуодармонӣ ва ҷамъи вояи манбаии пешазҷарроҳӣ 30-40 грей) ва 17 (47 %) мариз бошад, муолиҷаи омехта – (шуодармонӣ ва шуодармонӣ ва ҷамъи вояи манбаии пешазҷарроҳӣ 30-40 грей, баъдан ҷарроҳӣ) татбиқ гардид.

Аз ҷониби мо технологияи зерини пешгирии хунравӣ аз забон дар вақти гемиглосэктомия пешниҳод мешавад. Дар оғози ҷарроҳӣ аз ду тараф дар решаи забон дарзи гемостази гузошта шуд, баъдан буриши дарозрӯяи забон бо гузоштани дарзи гирехӣ ба нимаи солими забон иҷро гардид. Дар анҷоми амалиёти гемиглосэктомия аз нимаи дуҷониби боқимондаи солими забон дар-

зи гемостаз кушода мешавад.

Хулоса, ҳангоми муолиҷаи ҷарроҳии омос ва равандҳои омосмонанди забон усули пешниҳоднамудаи гемостази ҷарроҳӣ ба рои дар тамоми беморон боздоштани хунро имконпазир гардонид. Ин ҳолат илтиёми мусоиди пасазҷарроҳии ҷароҳати забон, офиятбахшии тиббӣ-ичтимоиро суръат бахшида, сифати умри беморонро беҳтар намуд. Далели мазкур афзалияти ошкорои усули пешниҳоднамудаи моро аз хусуси гемостази ҷарроҳӣ ҳангоми муолиҷаи ҷарроҳии омос ва равандҳои омосмонанди забон нишон медиҳад. Истифодаи усули мазкур ба такмил додани усулҳои боздоштани хунравӣ ҳангоми амалиёти ҷарроҳии омос ва равандҳои омосмонанди забон ва баъд аз амалиёт мусоидат намуда, муваффақияти амалиётро пешақӣ муайян намуд.

Адабиёт

1. Ганиев А.А. Инновационный подход при хирургическом лечении оророфарингеального рака/ А.А.Ганиеви др. // Евразийский онкологический журнал.- 2020. -Том 8, № 2.-С. 635.
2. Жуманкулова А.М. Высокодозная брахитерапия в лечении местнораспространенного рака языка//Евразийский онкологический журнал.-2020.- Том 8, № 2.-С. 645.
3. Письменный И.В. Злокачественные опухоли языка – хирургическое лечение. Золотое правило в выборе реконструктивного материала. Создание оптимальных условий реабилитации/ И.В.Письменный, В.Д. Архипов, И.М. Байрикови др. // Евразийский онкологический журнал. -№ 2.-Т4. -2016.-С. 104.
4. Седаков И.Е. Вариант комплексного лечения больных раком языка/ И.Е. Седаков и др. // Евразийский онкологический журнал. -2020.- Том 8, № 2.-С. 683.
5. Хабибулаев Ш.З. Особенности реконструкции сквозных дефектов полости рта и ротоглотки / Ш.З. Хабибулаев // Доклады Академии наук Республики Таджикистан. – 2010. – № 2. – Т. 53. – С. 158–162.

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ И ОПТИМИЗАЦИЯ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ОПУХОЛЕЙ И ОПУХОЛЕПОДОБНЫХ ПРОЦЕССОВ ЯЗЫКА

Сайдахмадов Ш.Б.

Научно-клинический институт стоматологии и челюстно-лицевой хирургии. Таджикистан.

Актуальность. Злокачественные новообразования слизистой оболочки и органов полости рта (ЗНСОПР) составляют 2-10% всех злокачественных опухолей человека и 80-90% больных поступают при Т3-Т4 стадии распространённости [1-4].

По частоте поражений в структуре ЗНСОПР (от большей частоты к меньшей), по данным многих авторов, локали-

зации распределяются следующим образом: язык, щека, дно полости рта, альвеолярный край верхней и нижней челюсти, небо, но некоторые авторы ставят на второе по частоте место опухоли щеки, дна полости рта [1-5].

Рак языка чаще развивается в средней трети боковой поверхности органа (62—70%) и в корне. Значительно реже поража-



ются нижняя поверхность, спинка (7%) и кончик языка (3%). Рак корня языка встречается у 20—40% больных. Плоскоклеточный рак передних частей языка чаще бывает I—II стадий развития и нередко может исходить из малых слюнных желез. Злокачественные опухоли языка больные нередко обнаруживают самостоятельно и довольно рано (исключение составляют труднодоступные дистальные отделы). Это происходит в результате появления болезненных и неприятных ощущений в области локализации новообразования и довольно рано возникающих функциональных нарушений (жевания, глотания, речи). С помощью бытовых зеркал больные часто сами, осматривая больную часть языка, выявляют при этом опухолевую язву, новообразования. Рак языка очень часто развивается без отчетливо выраженных предшествующих изменений на её слизистой оболочки и в основном располагается на боковой поверхности языка, реже на спинке или на нижней его поверхности. Морфологический в передних отделах рак языка имеет плоскоклеточное строение с ороговением, а в задних отделах встречается неороговевающий рак. Затруднение и ограничение подвижности языка свидетельствуют о наличии опухолевого инфильтрата и имеют большое диагностическое значение в установлении запущенности опухолевого процесса языка. При пальпации опухоли языка, иногда поражает несоответствие размеров маленькой язвы и большого, глубокого инфильтрата вокруг неё, когда часто наблюдается, что размеры опухоли языка увеличиваются в направлении от кончика к корню. При рассмотрении вопроса клинического проявления следует подчеркнуть, что рак языка в начальной стадии развития она проявляется в папиллярно-фунгозной форме (экзофитной) или язвенной инфильтративной (эндофитной), когда имеется папиллярно-фунгозная форма новообразования проявляется в виде выростов, возвышающихся над поверхностью языка и имеющих твердое основание, четко отграниченное от окружающих здоровых тканей. По мере увеличения раз-

меров опухоль языка её границы перехода в здоровую ткань утрачивают былую четкость. А при язвенной инфильтративной форме рака языка, которая наблюдается чаще, чем при папиллярно-фунгозной форме, но имеется тенденция к более быстрому росту первичной опухоли (распространением ее в глубину) и к раннему метастазированию. В более поздних стадиях развития опухолевого процесса наблюдается переход папиллярно-фунгозных форм в язвенную инфильтративную форму с присоединением воспалительного процесса.

Учитывая особенности локализации, распространения опухоли языка в ближайшие анатомические структуры полости рта распространения боли вначале имеют локализованный характер, небольшую интенсивность, а по мере роста новообразования языка по ходу мышечно-нервно-сосудистым структурам они приобретают постоянный характер, становятся всё более интенсивными иррадируют по ходу язычного, подъязычного и ветвей тройничных нервов.

В запущенных стадиях рака языка больные с трудом разговаривают, часто не могут принимать обычную пищу и даже пить. Как результат заполнения ротоглотки опухолью корня языка, нередко возникает нарушение дыхания по типу обтурационной асфиксии и требуется наложения в ургентном порядке трахеостомы. К другим характерным особенностям злокачественных опухолей языка является частое и раннее метастазирование в регионарные лимфатические узлы. Как следствие наличие густой лимфатической сети, большого количества лимфовенозных анастомозов между сосудами обеих половин языка объясняет частоту контралатеральных и билатеральных метастазов. Прямое впадение лимфатических сосудов дистальных отделов языка в глубокие лимфоузлы верхней трети шеи приводит к раннему обнаружению метастазов в этой группе лимфоузлов. Не редко больные вначале обнаруживают опухолевый узел на шее, а не в области языка, и когда они обращаются к стоматологу, оториноларингологу, общему хирургу или терапевту прово-



дится, неадекватная терапия по поводу лимфаденита то неправильная лечебная тактика приводит к запущенности опухолевого процесса языка [1-5].

Лечение опухолей и опухолеподобных процессов языка должно быть комбинированным, комплексным, учитывающим соматический и местный статус, данные дополнительных методов исследования. В настоящее время существуют следующие виды лечения опухолей языка: 1) лучевая терапия, 2) хирургический и комбинированный методы, 3) электроиссечение и коагуляция, 4) криодеструкция, 5) хирургические лазеры, 6) фотодинамическая терапия, 7) микрохирургическая технология. При выборе того или иного метода в лечении опухолей языка обращают внимание на ранее проведенные методы лечения и анализируя их эффективность и другие параметры местного статуса ХЛОППЯ, а также техническую оснащённость клиники, владение хирургической техникой реконструктивно-восстановительных операций и многое другое. Недостатком традиционной технологии хирургического лечения опухолей и опухолеподобных процессов языка: а) не проводится профилактика кровотечения со стороны здоровой половины языка; б) потеря времени при осуществлении остановки кровотечения со стороны здоровой половины языка и удлинение время нахождения пациента под наркозом [1-5]. Поэтому необходим поиск путей остановки кровотечения во время оперативного лечения опухолей и опухолеподобных процессов языка (ООППЯ).

Цель исследования. Разработать способ остановки кровотечения во время оперативного лечения опухолей и опухолеподобных процессов языка.

Материал и методы исследования. За истекший 2017 и 2022 годы на обследовании и лечении в условиях Государственного учреждения «Республиканский онкологический научный центр» МЗ и СЗН РТ (РОНЦ МЗ и СЗНРТ) находились 44 больных с опухолями и опухолеподобными процессами языка. Среди ООППЯ у 8 (18%) пациентов было установлены доброкачественные опу-

холи и опухолеподобные процессы среди них морфологический; 2 фиброма, 2 нейрофиброма, 2 кавернозная гемангиома, 1 папиллома, 1 фибропапиллома, а согласно полу 5 (62,5%) женщин, 3 (37,5%) мужчин.

Под нашим наблюдением, на обследовании и на лечении находились 36 больных ЗОЯ и среди них изучено продолженный рост и ранние рецидивы их в условиях РОНЦ МЗ и СЗНРТ с 2017 по 2022 годы. Возраст пациентов ЗОЯ колебался от 20 до 70 лет, среди них мужчин было 19 (53%), а женщин – 17 (47%). В структуре пациентов ЗОЯ у 29 (81%) пациентов морфологический были установлены злокачественные опухоли эпителиального генеза плоскоклеточный ороговевающий рак у 16 (55%) больных, у 13 (45%) - плоскоклеточный неороговевающий рак, у 7 (19%) - аденокарцинома, то есть железистые опухоли. Согласно международной классификации TNM при ЗОЯ у 18 (50%) больных установлено T3N0M0, у 4 (11%) больных установлено T3N1M0, у 14 (39%) больных установлено T2N0M0. Больные с ЗОЯ получили различные виды лечения комплексное 19 (53%) пациентов (2 курса химиотерапию, лучевую терапию и предоперационную суммарно очаговой дозой 30-40 Грей) и комбинированное 17 (47%) - (лучевую терапию и предоперационную суммарно очаговой дозой 30-40 Грей, затем операция).

Нами предлагается следующая технология предупреждения кровотечения из языка во время гемиглосэктомий в начале операции производилось наложение гемостатического шва на корень языка с двух сторон, после производится продольный разрез языка с наложением узловых швов на здоровую половину языка и в конце операции гемиглосэктомий снимается гемостатический шов с оставшейся здоровой половины языка.

Выводы. Таким образом, предложенный нами способ хирургического гемостаза во время оперативного лечения опухолей и опухолеподобных процессов языка позволил добиться у всех больных, добиться окончательной остановки кровотечения. Это ус-



корил благоприятное послеоперационное заживление ран языка, медика -социальную реабилитацию, и улучшило качество жизни этих больных. Данный факт демонстрирует очевидное преимущество предложенного нами способа хирургического гемостаза во время оперативного лечения опухолей и

опухолеподобных процессов языка. Применение данной методики способствует усовершенствованию способов остановки кровотечения во время и после оперативного лечения опухолей и опухолеподобных процессов языка, что предопределил успех операции.

FEATURES OF THE CLINICAL COURSE AND OPTIMIZATION OF OPERATIVE TREATMENT OF TUMORS AND TUMOR-LIKE PROCESSES OF THE TONGUE Scientific and Clinical Institute of Dentistry and Maxillofacial Surgery. Tajikistan

Relevance. Malignant neoplasms of the mucous membrane and organs of the oral cavity account for 2-10% of all human malignant tumors and 80-90% of patients are admitted at the T3-T4 stage of prevalence [1-4].

According to the frequency of lesions in the structure of the Malignant neoplasms of the mucous membranes of the oral cavity

(from higher to lower frequency), according to many authors, localizations are distributed as follows: tongue, cheek, floor of the mouth, alveolar edge of the upper and lower jaw, palate, but some authors put it in second place in frequency tumors of the cheek, floor of the mouth [1-5]

Tongue cancer often develops in the middle third of the lateral surface of the organ (62-70%) and in the root. The lower surface, back (7%) and tip of the tongue (3%) are much less commonly affected. Cancer of the tongue root occurs in 20-40% of patients. Squamous cell carcinoma of the anterior parts of the tongue often occurs in stages I-II of development and can often arise from the minor salivary glands. Patients often discover malignant tumors of the tongue on their own and quite early (with the exception of hard-to-reach distal sections).

This occurs as a result of the appearance of painful and unpleasant sensations in the area where the tumor is localized and quite early-onset functional disorders (chewing, swallowing, speech). With the help of household mirrors, patients themselves often examine the diseased part of the tongue and identify tumor ulcers and neoplasms. Tongue cancer very often develops without clearly defined previous changes in its mucous

membrane and is mainly located on the lateral surface of the tongue, less often on the back or on its lower surface. Morphological tongue cancer in the anterior sections has a squamous cell structure with keratinization, and non-keratinizing cancer occurs in the posterior sections. Difficulty and limitation of tongue mobility indicate the presence of a tumor infiltrate and are of great diagnostic importance in establishing the advanced stage of the tongue tumor process. When palpating a tongue tumor, one is sometimes struck by the discrepancy between the size of a small ulcer and the large, deep infiltrate around it, when it is often observed that the size of the tongue tumor increases in the direction from tip to root. When considering the issue of clinical manifestation, it should be emphasized that cancer of the tongue in the initial stage of development, it manifests itself in a papillary-fungous form (exophytic) or ulcerative infiltrative (endophytic), when there is a papillary-fungous form of the neoplasm, it manifests itself in the form of outgrowths rising above the surface of the tongue and having a hard base, clearly demarcated from surrounding healthy tissue. As the tumor of the tongue increases in size, its boundaries of transition into healthy tissue lose their former clarity. And with the ulcerative infiltrative form of tongue cancer, which is observed more often than with the papillary-fungous form, there is a tendency for the primary tumor to grow more rapidly (spreading deeper) and for early metastasis. In later stages of development of the tumor process, a transition from papillary-fungous forms to an ulcerative infiltrative form is observed with the



addition of an inflammatory process.

Taking into account the peculiarities of localization, spread of the tumor of the tongue to the nearest anatomical structures of the oral cavity, the spread of pain initially has a localized nature, low intensity, and as the neoplasm of the tongue grows along the muscular-neurovascular structures, they acquire a permanent character, become more and more intense, and radiate along the course of the tongue, hypoglossal and branches of the trigeminal nerves.

In advanced stages of tongue cancer, patients have difficulty speaking and often cannot eat or even drink. As a result of the filling of the oropharynx with a tumor of the root of the tongue, breathing difficulties such as obstructive asphyxia often occur and an emergency tracheostomy is required. Other characteristic features of malignant tumors of the tongue are frequent and early metastasis to regional lymph nodes. As a consequence, the presence of a dense lymphatic network and a large number of lymphovenous anastomoses between the vessels of both halves of the tongue explains the frequency of contralateral and bilateral metastases. The direct flow of lymphatic vessels of the distal parts of the tongue into the deep lymph nodes of the upper third of the neck leads to the early detection of metastases in this group of lymph nodes. It is not uncommon for patients to first discover a tumor node in the neck, and not in the tongue area, and when they go to a dentist, otolaryngologist, general surgeon or therapist, inadequate therapy for lymphadenitis or incorrect treatment tactics leads to neglect of the tumor process of the tongue [1-5].

Treatment of tumors and tumor-like processes of the tongue should be combined, comprehensive, taking into account the somatic and local status, data from additional research methods. Currently, there are the following types of treatment for tongue tumors: 1) radiation therapy, 2) surgical and combined methods, 3) electrical excision and coagulation, 4) cryodestruction, 5) surgical lasers, 6) photodynamic therapy, 7) microsurgical technology. When choosing a particular method in the treatment of tongue tumors, pay

attention to previously performed treatment methods and analyze their effectiveness and other parameters of local status STTLPT, as well as the technical equipment of the clinic, mastery of surgical techniques for reconstructive operations and much more. The disadvantage of traditional technology for the surgical treatment of tumors and tumor-like processes of the tongue is: a) there is no prevention of bleeding from the healthy half of the tongue; b) loss of time when stopping bleeding from the healthy half of the tongue and prolonging the time the patient is under anesthesia [1-5]. Therefore, it is necessary to find ways to stop bleeding during surgical treatment of tumors and tumor-like processes of the tongue.

Purpose of the study. To develop a method to stop bleeding during surgical treatment of tumors and tumor-like processes of the tongue.

Material and research methods. Over the past 2017 and 2022, 44 patients with tumors and tumor-like processes of the tongue were examined and treated at the State Institution "Republican Oncology Research Center" of the Ministry of Health and social protection of the population of the Republic of Tajikistan. Among

tumors and tumor-like processes of the tongue, 8 (18%) patients had benign tumors and tumor-like processes among them, morphological; 2 fibroma, 2 neurofibroma, 2 cavernous hemangioma, 1 papilloma, 1 fibropapilloma, and according to gender 5 (62.5%) women, 3 (37.5%) men. Under our supervision, 36 patients with thyroid cancer were examined and treated, and among them, their continued growth and early relapses were studied in the conditions of the Republican Cancer Research Center of the Ministry of Health and the Northwestern Cancer Research Center from 2017 to 2022. The age of the thyroid cancer patients ranged from 20 to 70 years, among them there were 19 (53%) men and 17 (47%) women. In the structure of thyroid cancer patients, in 29 (81%) patients, malignant tumors of epithelial origin were morphologically identified: squamous cell keratinizing carcinoma in 16 (55%) patients,



squamous cell non-keratinizing carcinoma in 13 (45%) patients, adenocarcinoma in 7 (19%) patients, then there are glandular tumors. . According to the international TNM classification for ovarian cancer, 18 (50%) patients were diagnosed with T3N0M0, 4 (11%) patients were diagnosed with T3N1M0, and 14 (39%) patients were diagnosed with T2N0M0. Patients with ovarian cancer received various types of treatment: complex 19 (53%) patients (2 courses of chemotherapy, radiation therapy and preoperative total focal dose of 30-40 Gy) and combined 17 (47%) patients (radiation therapy and preoperative total focal dose 30-40 Gy, then surgery). We propose the following technology for preventing bleeding from the tongue during hemiglossectomies: at the beginning of the operation, a hemostatic suture was applied to the root of the tongue on both sides, after which a longitudinal incision of the tongue was made with interrupted sutures

applied to the healthy half of the tongue, and at the end of the hemiglossectomy operation, the hemostatic suture was removed from the remaining healthy half language.

Conclusions. Thus, our proposed method of surgical hemostasis during the surgical treatment of tumors and tumor-like processes of the tongue made it possible to achieve a final stop of bleeding in all patients. This accelerated favorable postoperative healing of tongue wounds, medical social rehabilitation, and improved the quality of life of these patients. This fact demonstrates the obvious advantage of our proposed method of surgical hemostasis during surgical treatment of tumors and tumor-like processes of the tongue. The use of this technique helps to improve methods of stopping bleeding during and after surgical treatment of tumors and tumor-like processes of the tongue, which predetermined the success of the operation.

Сайдахмадов Ш.Б.- ассистенти кафедраи ҷарроҳии ҷоғу рӯйи МДТ «ДДТТ ба номи Абуали ибни Сино», Тел: -003661200

Сайдахмадов Ш.Б.- ассистент кафедраи челюстно-лицевой хирургии ГОУ «ТГМУ имени Абуали ибни Сино», Тел: -003661200.

Saydakhmadov Sh. B. -Assistant of the Department of Maxillofacial Surgery of University named after Abuali ibni Sino, Tel: -003661200.

СТАТУСИ ИММУНИИ БЕМОРОНИ ГИРИФТОРИ БЕМОРИҶОИ ПАРДАИ ЛУОБИИ КОВОКИИ ДАҶОН ДАР ЗАМИНАИ СИРОЯТИ ВИРУСӢ ДАР ШАХСОНЕ, КИ КОНСТРУКСИЯҶОИ ОРТОПЕДИРО ИСТИФОДА МЕКУНАНД.

Юсупова З.Х., Артикова Н.К.

Кафедраи стоматологияи ортопедии МДТ «Донишқадаи тахсилоти баъдидипломи соҳаи тандурустӣ»-и Ҷумҳурии Тоҷикистон».

Муҳиммият. Дар патогенези бемориҳои пардаи луобии ковокии даҳон (ПЛКД) ҷойи асосиро сироятҳои музмини вирусӣ ишғол мекунад, онҳо на танҳо аломатҳои клиники онҳоро тағйир медиҳанд, балки боиси пайдо шудани ҷараёни такроршавандаи онҳо низ мегарданд. Исбот карда шудааст, ки тамоюл ба ҷараёни такроршавандаи музмин ва гуногунии зухуроти клиники бемориҳои ПЛКД аз хосиятҳои ба онҳо хоси иммунӣ- биологияи барангезандаҳо вобаста аст, қобилият доштани сирояти вирусӣ ва репродуксия дар ҳуҷайраҳои системаи иммунӣ барои паст шудани фаъолнокии фун-

ксионалии ҳолатҳо ва персистенсияи тӯлоии барангезанда дар организм оварда мерасонад [1,2]. Тибқи маълумотҳои сарчашмаҳо, герпесвирусҳо индуксияи хоричшавии ситокинҳои илтиҳобиро индуксия мекунад, онҳо боиси ихтилоли муҳофизатҳои механизмҳои иммунӣ мегарданд ва барои фаълони афзоиш ёфтани бактерияҳои пародонтопатогенӣ ҳам дар биопленка ва ҳам дар бофтаҳои пародонт замина фароҳам меоварад [3,4]. Дар таҳқиқотҳои дигар [1,3,5] исбот карда шудааст, ки сирояти герпесвирусӣ метавонад боиси ихтилоли апоптоз мегардад ва ба пешравии колонизатсияи бак-



терияҳои анаэробии пародонтопатогенӣ оварда мерасонад [3]. Дар адабиёти илмӣ оид ба таъсири омилҳои некрози омос ба пайдо шудани бемориҳои илтиҳобии ковокии даҳон бо баланд шудани индуксияи ИЛ-6 ва фаъолнокшавии «каскади интерлейкин» мавҷуд аст, ки ин ба бад шудани протсессҳои патологӣ оварда мерасонад [4,6].

Маълум аст, ки ҳангоми ба организм дохил шудани сирояти вирусӣ, хосиятҳои фенотипии ҳуҷайраҳои ҳуҷайраи тағйир меёбад ва трансформатсияи ҳуҷайраҳо ба амал меояд, ки ин механизми асосии аксуламалҳои иммунопатологӣ мегардад, ки бо иммуносупрессияи вирусиндуксионӣ зохир мегардад, мавҷуд будани конструксияҳои ортопедии дандонҳо бошад, бад шудани статуси иммуниро аз ҳисоби ихтилоли биосенезро вазнинтар месозад [7,8]. Натиҷаҳои як қатор таҳқиқотҳо ба мавҷуд будани иртиботи мутақобилаи байни осебҳои пардаи луобӣ ва персистенсияи сирояти вирусӣ дар пардаи луобии ковокии даҳон ишора мекунаманд [7,8,9]. Ҳангоми ҳолати тӯлонии латентии сирояти вирусӣ иммуносупрессияи ҳаёти ба амал меояд ва ба чараёни музмини ретсидивӣ ПЛКД оварда мерасонад.

Мақсади таҳқиқот. Омӯхтани нишондиҳандаҳои системаи иммуни ҳангоми бемориҳои ПЛКД дар заминаи сирояти вирусӣ дар одамони дорои конструксияҳои ортопедӣ.

Мавод ва усулҳои таҳқиқот. Мавриди таҳқиқот 105 бемори гирифтори бемориҳои ПЛКД дар заминаи сирояти герпесвирусӣ таҳқиқ шуданд: соматити афтозӣ (АС)- дар 22 (21,0%) бемор; гингвит (ГНГ)-дар 20 (19,0%); пародонтит-дар 24 (22,8%); папиллома –дар 22 (21,0%); хейлитҳо –дар 17 (16,2%) беморон. Ҳамаи беморон ба гурӯҳҳо ҷудо карда шудаанд: гурӯҳи I бо адентияи ҷузъӣ бидуни конструксияҳои ортопедӣ -36 бемор, гурӯҳи II бо протезҳои гирифтанашиавандаи дандонҳо- 35 бемор, гурӯҳи III –бо протезҳои таркибӣ (гирифтанашиаванда ва гирифташаванда)- 34 бемор. Нишондиҳандаҳои мутлақ ва нисбии муҳтавои лимфоситҳо дар хуни канорӣ, CD₃ (Т-лимфоситҳо), CD₂₀ (В- лимфоситҳо), субпопулятсияи Т-

лимфоситҳо (CD₄- Т-хелперҳо, CD₈- Т-супрессорҳо), CD₁₆ (НК-киллерҳо), CD₉₅(апоптоз), CD₃₂ (фагоситоз) бо усули иммунофлуоресценсияи «Статус» бо истифода аз маҷмуи антибелаҳои моноклоналӣ ва поликлоналӣ омӯхта шудаанд. Бо усули иммуноферментӣ муҳтавои микдории иммуноглобулинҳои умумии А,М, G ва Е дар серуми хун ва шохиси иммунорегуляторӣ (ШИР) бо усули пресипитатсияи полиэтиленгликолий – нишондиҳандаҳои комплекси сиркулятсионии иммуни (Ю.А.Гриневич ва А.И.Алферов) (1981) муайян карда шуданд («Ситокин»-Россия).

Гурӯҳи мукоисавиро 20 бемор ташкил медиҳад аз гурӯҳҳои зикршудаи дорои бемориҳои ПЛКД бе сирояти вирусӣ (гурӯҳи I-6 бемор, гурӯҳи II-7 бемор, гурӯҳи III-7 бемор). Дар гурӯҳҳои назоратӣ 20 нафар бидуни бемориҳои ПЛКД ва протези дандонҳо, тақсимшуда аз рӯи ҷинс ва синну сол дохил шуда буданд.

Натиҷаҳои ба даст овардашуда ва баррасии онҳо. Муайян карда шуд, ки дар беморони дорои ПЛКД бидуни сирояти вирусӣ нишондиҳандаҳои иммунологӣ хеле кам фарқ мекарданд аз нишондиҳандаҳои гурӯҳи назоратӣ. Дар беморони дорои бемориҳои ПЛКД бидуни сирояти вирусӣ хеле кам паст шудани нишондиҳандаҳои CD₃ муайян карда шуд, ки 66,4±2,4%-ро ташкил дод, яъне аз гурӯҳи назоратӣ паст шудааст (66,9±2,4%). Ба он нигоҳ накарда, ки дар беморони дорои бемориҳои ПЛКД бидуни сирояти вирусӣ нишондиҳандаҳои CD₄ ва CD₈ паст буд ва мутаносибан 37,9±1,2% ва 19,3±1,2%-ро ташкил дод, ин тағйиротҳо ба нишондиҳандаҳои ШИР таъсир намерасонад ва 1,9±2,0-ро ташкил дод, яъне аз ҳамин нишондиҳандаҳои гурӯҳи назоратии беморон фарқ намекард. Чунин нишондиҳандаҳо ба монанди CD₉₅, ки ба ҳолати апоптоз ва Ig A, M, G дар гурӯҳи беморони дорои ПЛКД бидуни сирояти вирусӣ дар ҳудуди нишондодҳои назоратӣ қарор доштанд. Аммо баландшавии нишондодҳои CD₁₆ ва CD₃₂ баланд буданд ва мутаносибан 7,7±54,3±2,0%-ро ташкил доданд, яъне аз нишондодҳои гурӯҳи назоратӣ баланд буданд, ки дар инҷо



CD_{16} $7,3 \pm 1,5\%$ ва CD_{32} $53,0 \pm 2,0\%$ -ро ташкил дод.

Дар ҳамаи гурӯҳҳои беморони дорони бемориҳои ПЛКД дар заминаи сирояти вирусӣ зиёд шудани муҳтавои НК-хучайраҳо CD_{16} +1, ба мушоҳида расид, ки дар ин ҷо CD_{16} $7,3 \pm 1,5\%$ -ро ва CD_{32} $53,0 \pm 2,0\%$ -ро ташкил дод.

Дар ҳамаи се гурӯҳ беморони гирифтори ПЛКД дар заминаи сирояти вирусӣ зиёд шудани муҳтавои НК-хучайраҳо (CD_{16} +)

дида мешавад, ки ин хоси протесси илтиҳобии этиологияи вирусӣ мебошад [18]. Дар муқоиса аз гурӯҳи бемороне, ки гирифтори бемории ПЛКД ҳастанд, бидуни сирояти вирусӣ, нишондиҳандаи НК-хучайра (CD_{16} +) дар гурӯҳи III-1,6 маротиба ($12,3 \pm 0,5\%$ дар муқобили $7,7 \pm 1,5\%$), зиёд буд, дар гурӯҳи II ($8,9 \pm 0,5\%$ дар муқобили $7,7 \pm 1,5\%$) ва дар гурӯҳи I баланд аст ($11,9 \pm 0,5\%$ дар муқобили $7,7 \pm 1,5\%$).

Ҷадвали I. Нишондиҳандаҳои иммунологӣ дар беморони гурӯҳҳои таҳқиқшаванда (n=105).

Нишондиҳандаҳо	Гурӯҳи назоратӣ (n=20)	Бемории ПЛКД бе сирояти вирусӣ (n=20)	Бемории ПЛКД дар заминаи сирояти вирусӣ		
			Гурӯҳи I (n=36)	Гурӯҳи II (n=35)	Гурӯҳи III (n=34)
	1	2	3	4	5
CD_3 (%)	$66,9 \pm 2,4$	$66,4 \pm 2,2$	$67,4 \pm 2,0$	$66,6 \pm 2,0$	$55,5 \pm 2,0$
p	p1-5<0,001, p2-5<0,001, p3-5<0,001, p4-p5<0,001				
CD_4 (%)	$38,9 \pm 1,5$	$37,9 \pm 1,2$	$35,9 \pm 1,4$	$37,5 \pm 1,8$	$31,2 \pm 1,8$
p	p1-5<0,001, p2-5<0,01, p3-5<0,05, p4-p5<0,01				
CD_8 (%)	$19,7 \pm 2,0$	$19,3 \pm 1,2$	$16,2 \pm 1,2$	$20,8 \pm 1,5$	$20,8 \pm 1,5$
p	p1-3<0,05, p2-3<0,05, p3-4<0,001, p3-5<0,001				
ИРИ (CD_4/CD_8)	$1,9 \pm 0,2$	$1,9 \pm 0,2$	$2,2 \pm 0,3$	$1,8 \pm 0,3$	$1,5 \pm 0,2$
p	p3-5<0,05				
CD_{20} (%)	$21,5 \pm 1,5$	$21,3 \pm 1,5$	$22,2 \pm 1,4$	$21,8 \pm 1,8$	$25,1 \pm 1,8$
p	>0,05				
Апоптоз CD_{95}	$27,4 \pm 2,1$	$27,4 \pm 2,1$	$25,8 \pm 2,5$	$26,8 \pm 2,2$	$23,2 \pm 2,1$
p	>0,05				
НК – клетки CD_{16} (%)	$7,3 \pm 1,5$	$7,7 \pm 1,5$	$11,9 \pm 0,5$	$8,9 \pm 0,5$	$12,3 \pm 0,5$
p	p1-3<0,001, p1-5<0,001, p2-3<0,001, p2-5<0,001, p3-4<0,001, p4-5<0,001				
Фагоситоз CD_{32} (%)	$53,0 \pm 2,0$	$54,3 \pm 2,0$	$59,7 \pm 2,6$	$55,7 \pm 2,7$	$54,9 \pm 1,9$
p	p1-3<0,01, p2-3<0,001, p3-5<0,05				
Ig A (г/мл)	$1,7 \pm 0,2$	$1,7 \pm 0,2$	$1,6 \pm 0,1$	$1,6 \pm 0,1$	$1,5 \pm 0,1$
p	>0,05				
Ig M (г/мл)	$1,6 \pm 0,2$	$1,6 \pm 0,2$	$1,5 \pm 0,01$	$1,5 \pm 0,01$	$1,4 \pm 0,01$
p	>0,05				
IgG (г/мл)	$9,7 \pm 0,7$	$9,7 \pm 0,6$	$10,5 \pm 1,2$	$9,9 \pm 0,6$	$11,3 \pm 1,7$
p	>0,05				

Эзоҳ: P- фарқиятҳои назарраси омории нишондиҳандаҳои байни гурӯҳҳои дахлдор (тибки U-критерияи Манн-Уитни).

Тавре ки дар ҷадвали I дида мешавад, дар беморони гурӯҳи III нишондиҳандаҳои CD_3 ва CD_4 , ки Т-хелпери типии дуҷум ба ҳисоб меравад, дар муқоиса аз гурӯҳи II 1,2 маротиба паст аст, ки ин аз нокифоя будани звенои хучайравӣ – эффектори иммунитет дарак медиҳад. Дар ин маврид, дар гурӯҳи I-и беморон, нишондиҳандаи CD_3 $67,4 \pm 2,0\%$ -ро ташкил дод, ки аз ҳолати гиперфаъолии иммунитет дарак медиҳад. Ғайр аз ин, ин нишондиҳанда дар муқоиса аз беморони

гурӯҳи III ($55,5 \pm 2,0\%$) 1,2 маротиба баланд буд. Дар беморони гурӯҳи I нишондиҳандаи ШИР аз нишондодҳои контролӣ ($1,9 \pm 2,0\%$) баланд буд ва $2,2 \pm 1,2\%$ -ро ташкил дод, ки аз ҷавоби барзиёди иммунӣ хабар медиҳад, дар ҳоле, ки дар беморони гурӯҳи III, баръакс, паст шудани ШИР то $1,5 \pm 1,5\%$ паст шудааст, ки нишонаи мавҷуд будани иммунодефитсит аст. Ин тағйироти нишондиҳандаҳои иммунӣ дар ин гурӯҳи беморон ба аксуламали номуносиби иммунӣ ишора мекунад.



д. Нишондиҳандаҳои нисбатан баланди CD_{20} дар беморони гурӯҳи III низ муайян карда шуданд, ки аз гурӯҳи назоратӣ 1,2 маротиба ($25,1 \pm 1,8\%$ дар муқобили $21,5 \pm 1,5\%$) баланд буд. Дар беморони гурӯҳи II каме баланд шудани ин нишондиҳанда ($21,8 \pm 1,8\%$) нисбат ба нишондиҳандаҳои контролӣ ($21,5 \pm 1,5\%$) баланд буд. Дар заминаи баланд шудани нишондиҳандаи CD_{20} , ки масъули синтези антитела аст, дар ҳамаи гурӯҳҳои беморони таҳқиқшуда кам шудани мӯхтавои IgA ва M ба мушоҳида расид, тағйироти нисбатан бештар дар беморони гурӯҳи III дида шуд, ки ин аз мавҷуд будани протсесси сироят дар организм вас уст шудани иммунитет гувоҳӣ медиҳад. Ғайр аз ин, дар ин гурӯҳ сатҳи IgG назар ба гурӯҳи назоратӣ 1,2 маротиба зиёд буд ($11,3 \pm 0,16$ г/л дар муқобили $9,7 \pm 0,74$ г/л), кимузмин шудан ва ретсидивӣ будани протсесси сироятро нишон медиҳад. Дар заминаи нишондиҳандаҳои муайянкардашудаи иммунитети ҳучайравӣ ва гуморалӣ тағйир ёфтани нишондиҳандаи ретсептори CD_{95} , дида мешавад, ки дар назорат кардани фаъолия-

ти системаи иммунитет нақши бузург дорад, чунки яке аз ретсепторҳои апоптоз ба шумор меравад. Паст шудани ин нишондод дар ҳама гурӯҳҳои беморон муайян карда шуд, ки аз ҷараёни музмину такроршавандаи протсесси патологӣ гувоҳӣ медиҳад. Дар заминаи баланд шудани мӯхтавои киллерҳои ҳолис дар хуни беморони таҳқиқшаванда баланд шудани нишондодҳои CD_{32} дар беморони гурӯҳҳои I ва III муайян карда шуд, ки дар онҳо вай мутаносибан $11,9 \pm 0,5\%$ ва $12,3 \pm 0,5\%$ -ро ташкил дод, ки аз гурӯҳи назоратӣ ($7,3 \pm 1,5\%$) 1,6 маротиба баланд аст. Нишондиҳандаҳои нисбатан баланди фагоситоз дар беморони гурӯҳи I муайян карда шуд, ки дар онҳо CD_{32} $59,7 \pm 0,9\%$ -ро ташкил дод, ки на танҳо назар ба гурӯҳи назоратӣ ($53,0 \pm 2,0\%$), балки нисбат ба гурӯҳҳои II ва III низ хеле баланд аст. Дар ҳама беморҳои ПЛКД тағйирёбии нишондиҳандаҳои иммунитети ҳучайравӣ ва ҳам гуморалӣ муайян карда шуд, ки дар муқоиса аз гурӯҳи назоратӣ (ҷадвали 2).

Ҷадвали 2. – Нишондиҳандаҳои иммунологӣ дар беморони дорони беморҳои ПЛКД СОПР (n=105)

Показатели	Контр-я группа (n=20)	АС (n=22)	ГНГ (n=20)	ПДТ (n=24)	ППЛ (n=22)	ХТ (n=17)
	1	2	3	4	5	6
CD_3 (%)	$66,9 \pm 2,4$	$64,4 \pm 2,0$	$64,1 \pm 1,8$	$60,4 \pm 2,0$	$56,4 \pm 2,0$	$66,3 \pm 1,4$
p	$p1-4 < 0,05, p1-5 < 0,001, p2-5 < 0,01, p3-5 < 0,01, p4-6 < 0,05, p5-6 < 0,001$					
CD_4 (%)	$38,9 \pm 1,5$	$35,9 \pm 1,4$	$37,5 \pm 1,8$	$31,2 \pm 1,8$	$31,5 \pm 1,8$	$35,2 \pm 1,2$
p	$p1-5 < 0,001, p2-5 < 0,01, p3-5 < 0,05, p4-p5 < 0,01$					
CD_8 (%)	$19,7 \pm 2,0$	$16,3 \pm 1,5$	$20,8 \pm 1,3$	$17,3 \pm 1,2$	$22,5 \pm 1,5$	$17,1 \pm 1,3$
p	$p2-3 < 0,05, p2-5 < 0,01, p4-5 < 0,01, p5-6 < 0,001$					
ИРИ (CD_4 / CD_8)	$1,9 \pm 0,2$	$2,2 \pm 0,5$	$1,8 \pm 0,4$	$1,8 \pm 0,4$	$1,4 \pm 0,3$	$2,1 \pm 0,4$
p	$p2-5 < 0,05, p5-6 < 0,05$					
CD_{20} (%)	$21,5 \pm 1,5$	$22,2 \pm 1,8$	$23,5 \pm 1,2$	$23,7 \pm 1,4$	$25,1 \pm 1,8$	$22,5 \pm 1,5$
p	$> 0,05$					
Апоптоз CD_{95}	$27,4 \pm 0,1$	$27,0 \pm 1,2$	$26,8 \pm 0,2$	$26,4 \pm 0,5$	$24,2 \pm 1,2$	$27,4 \pm 0,1$
p	$> 0,05$					
NK – клетки CD_{16} (%)	$7,3 \pm 0,5$	$8,9 \pm 0,5$	$9,2 \pm 0,6$	$11,9 \pm 0,5$	$14,3 \pm 0,5$	$7,3 \pm 0,4$
p	$p1-2 < 0,05, p1-3 < 0,01, p1-4 < 0,001, p1-5 < 0,001, p2-4 < 0,01, p2-5 < 0,001, p2-6 < 0,05, p3-4 < 0,01, p3-5 < 0,001, p3-6 < 0,01, p4-5 < 0,001, p4-6 < 0,001, p5-6 < 0,001$					
Фагоситоз CD_{32} (%)	$53,0 \pm 2,0$	$55,7 \pm 1,9$	$57,3 \pm 2,5$	$59,7 \pm 2,8$	$54,9 \pm 2,9$	$55,4 \pm 2,0$
p	$> 0,05$					
Ig A (г/мл)	$1,7 \pm 0,2$	$1,6 \pm 0,1$	$1,6 \pm 0,1$	$1,6 \pm 0,1$	$1,5 \pm 0,1$	$1,7 \pm 0,1$
p	$> 0,05$					
Ig M (г/мл)	$1,6 \pm 0,2$	$1,5 \pm 0,01$	$1,5 \pm 0,01$	$1,5 \pm 0,01$	$1,4 \pm 0,01$	$1,5 \pm 0,2$
p	$> 0,05$					
IgG (г/мл)	$9,7 \pm 0,74$	$9,9 \pm 0,36$	$10,2 \pm 0,37$	$10,5 \pm 0,41$	$11,3 \pm 0,46$	$9,9 \pm 0,35$
p	$p1-5 < 0,01, p2-5 < 0,01, p5-6 < 0,01$					

Эзоҳ: P-фарқиятҳои аз ҷиҳати омӯри муҳимми нишондиҳандаҳои байни гурӯҳҳои дахлдор нишон дода шудааст (тибқи U- критерияи Манн-Уитни).

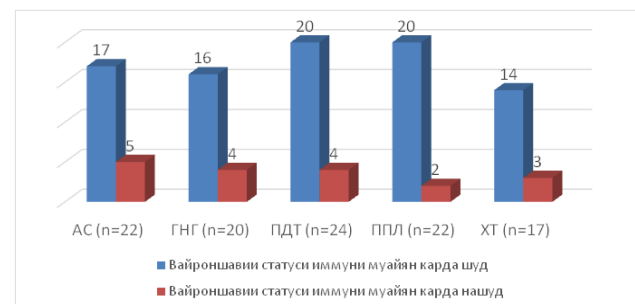
Тавре ки дар чадвал оварда шудааст, но-расоии нисбатан возеҳи звенои ҳучайравӣ –эффектории иммунитет дар беморони дорои ППЛ ПЛҚД дида шуд, дар онҳо нишондиҳандаи CD_3 $56,4 \pm 2,0\%$, нишондиҳандаи CD_4 $31,5 \pm 1,8\%$ -ро ташкил дод, ки 1,2 маротиба аз гурӯҳи назоратӣ камтар аст (мутаносибан $66,9 \pm 2,4\%$ ва $38,9 \pm 1,5\%$). Нишондиҳандаи шохиси иммунорегуляторӣ (ШИР) дар беморони дорои ППЛ аз вучуд дошта ни иммунодефитсит дар онҳо шаҳодат медиҳад, зеро он $1,4 \pm 1,5\%$ -ро ташкил медиҳад, вале дар беморони дорои АС ин нишондиҳанда аз нишондодҳои назоратӣ баланд ($1,9 \pm 2,0\%$) буд ва $2,2 \pm 1,2\%$ -ташкил дод, ки ин нишондиҳандаи ҳолати сенсibiliзатсияи организм аст. Нишондиҳандаи ШИР дар беморони дорои ППЛ аз мавҷуд будани иммунодефитсит дар онҳо дарак медиҳад, чунки вай аз нишондодҳои назоратӣ баланд аст ($1,9 \pm 2,0\%$). Дар беморони дорои ГНГ ва ПДТ ШИР $1,8 \pm 1,5\%$ -ро ташкил дод, яъне аз нишондиҳандаҳои назоратӣ камее фарқ мекунад, дар беморони дорои ХТ бошад, ШИР назар ба гурӯҳи назоратӣ баланд буда, ($2,1 \pm 2,0\%$)-ташкил медиҳад.

Ихтилоли иммунитетии гуморалӣ бо дуршавиҳо нисбат ба нишондиҳандаҳои CD_{20} , Ig A, M ва G зоҳир гашт. Нишондиҳандаи нисбатан баландтари CD_{20} низ дар беморони дорои ППЛ ($25,1 \pm 1,8\%$) муайян карда шуд. Дар ҷои дуюм беморони дорои ГНГ ва ПДГ меистанд, ки дар онҳо вай мутаносибан ба $23,5 \pm 1,2\%$ ва $23,7 \pm 1,4\%$ баробар буд. Новобаста аз бемориҳои ПЛҚД ихтилолҳои иммунитетии гуморалӣ муайян карда шуданд, ки на танҳо бо баланд шудани CD_{20} , балки бо баланд шудани сатҳи IgG низ зоҳир мешавад, ки аз музмин ва такроршаванда гаштани протсесси сироятӣ дарак медиҳад. Аммо нишондиҳандаҳои баландтари IgG дар беморони дорои ППЛ ($11,3 \pm 0,74$ г/мл) ба қайд гирифта шуд. Нишондиҳандаи нисбатан пасти IgG дар беморони дорои ХТ ($9,9 \pm 0,16$ г/мл) муайян карда шуд. Паст шудани апоптоз низ дар беморони дорои ППЛ ба назар расид, бо паст шудани нишондодҳои CD_{95} то $24,2 \pm 1,2\%$ зоҳир гаштааст, ки на танҳо аз нишондиҳандаҳои

назоратӣ, балки дар муқоиса аз беморони дорои ГНГ ва ПДТ низ хеле паст аст, ки дар инҳо вай мутаносибан $26,8 \pm 0,2\%$ ва $26,4 \pm 0,5\%$ -ро ташкил додаст.

Дар заминаи баланд шудани муҳтавои киллерҳои ҳолис дар ҳуни беморони таҳқиқшуда, баланд шудани нишондиҳандаҳои CD_{32} ба назар расид, ки аз пурқувват шудани функцияи фагоситарии организм дарак медиҳад. Нишондиҳандаи нисбатан баланди CD_{16} дар беморони дорои ППЛ дида шуд, ки вай дар онҳо $14,4 \pm 0,5\%$ -ро ташкил дод, яъне 1,5 маротиба зиёд буд дар беморони дорои ГНГ ($9,2 \pm 1,5\%$) ва 1,2 маротиба баландтар назар ба беморони дорои ПДТ ($11,9 \pm 0,5\%$). Дар беморони дорои ХТ CD_{16} аз гурӯҳи назоратӣ фарқ намекард, вале 1,2 маротиба нисбат ба беморони дорои СА ($7,3 \pm 1,5\%$ дар муқобили $8,9 \pm 0,5\%$) паст буд.

Таҳлили статуси иммунии беморони таҳқиқшуда нишон дод, ки бештар ихтилолҳои нишондиҳандаҳои иммунии дар беморони дорои ППЛ ва ПДТ дида мешаванд (расми 1).

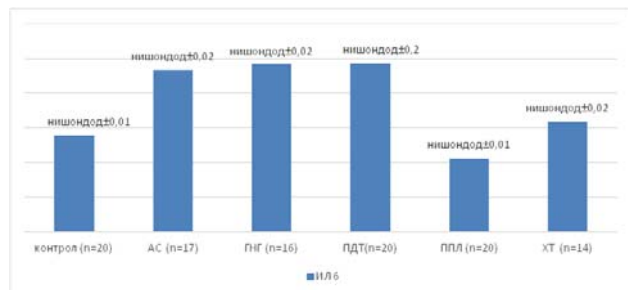


Расми 1.- Басомади ихтилолҳои статуси иммунии дар беморони дорои бемориҳои ПЛҚД.

Тавре ки аз расми 1. бармеояд, дар беморони дорои ППЛ ихтилоли статуси иммунии дар $20/22$: $91,0\%$ -и ҳолатҳо муайян карда шудааст, яъне бештар аз беморони дорои ПДГ ($20/24$: $83,3\%$). Дар беморони дорои СА ва ГНГ ихтилоли статуси иммунии мутаносибан дар $17/22$: $72,2\%$ ва $16/20$: $80,0\%$ -и ҳолатҳо муайян карда шуд. Дар беморони дорои ХТ ихтилоли статуси иммунии дар $14/17$: $82,3\%$ -и ҳолатҳо муайян карда шуд. Яъне бештар аз беморони дорои СА ва ГНГ, аммо камтар аз беморони дорои ППЛ ва ПДТ. Ҳамин тавр, ихтилоли статуси им-



мунӣ бештар дар беморони дорои ППЛ ва ППТ ва камтарин ҳангоми СА, ГНГ, ХТ ба назар расид. Ихтилоли статуси иммунӣ бо тағйиротҳои муайян кардашуда дар хун ИЛ-6 (расми 2) тасдиқ карда шуд.



Расми 2.- Муҳтавои интерлейкии 6 (пг/л) дар беморони дорои ихтилоли статуси иммунӣ вобаста аз бемориҳои ПЛКД.

Тавре ки дар расми 2 дида мешавад, дар гурӯҳи назоратӣ ИЛ-6 $2,78 \pm 0,01$ пг/л-ро ташкил дод, баландшавии он дар гурӯҳи беморони дорои ПДТ ($4,86 \pm 0,2$ пг/л), ГНГ $4,82 \pm 0,02$ пг/л ва СА сатҳи ИЛ-6 аз нишон-

додҳои назоратӣ 1,7 маротиба баланд буд. Дар беморони дорои ХТ муҳтавои ИЛ-6 дар хун аз гурӯҳи назоратӣ каме баланд $3,17 \pm 0,02$ вале 1,5 маротиба баландтар назар ба беморони дорои ППЛ ($2,12 \pm 0,01$ пг/л) мебошад.

Хулоса, дар 82,9%-и беморони дорои ПЛКД дар заминаи сирояти вирусӣ ихтилоли статуси иммунӣ муайян карда шуд, ҳангоми мавҷуд будани конструкцияҳои ортопедӣ онҳо 1,4 маротиба бештар ҳастанд, назар ба беморони дорои протезҳои бедандон. Бештар аз ҳама ихтилолҳои иммунӣ зиёдтар ҳангоми папилломаҳои ПЛКД (90,9%-и ҳолатҳо) ва аз ҳама камтар ҳангоми стоматити аортозӣ (СА) (77,3%-ҳолатҳо) дида шуданд. Ихтилолҳои муайян кардашудаи статуси иммунӣ ба музмин шудани протезҳои илтиҳобии бемориҳои ПЛКД оварда мерасонад, ки инро ҳангоми табобат кардани ин гурӯҳи беморон ба эътибор гирифтани лозим аст.

Адабиёт

- Исаков В. А. Герпесвирусная инфекция: Рекоменд. для врачей / В. А. Исаков, С. Б. Рыбалкин, М. Г. Романцов // С. Пб., 2006. – 96 с. .
- Успенская О.А. Динамика показателей местного иммунитета полости рта у больных хроническим рецидивирующим афтозным стоматитом и урогенитальной инфекцией / О.А. Успенская // Стоматология. – 2015. - № 3 (38). - С. 196-198
- Report on the burden of endemic health-care-associated infection worldwide: Clean care is safer care / World Health Organization. – Geneva. - 2011. – 40 p.
- Sharma S. Revelation of Viral – Bacterial Interrelationship in Aggressive Periodontitis via Polymerase Chain Reaction: A Microbiological Study. / S Sharma, R. P. Tapashetti, S.R. Patil / Journal of International Oral Health. – 2015. - №7(9). – С.101-107
- Царев В. Н. Пародонтопатогенные бактерии – основной фактор возникновения и развития пародонтита / В. Н. Царев, Е. Н. Николаева, Е. В. Ипполитов // Журнал микробиология, эпидемиология, иммунобиология. 2017. - № 5. - С.101-112
- Экспрессия рецепторов TLR-2 и TLR-4 на лимфоидных клетках как маркер инфекционных поражений пародонта. Инфекционные болезни. / Царев В. Н., Николаева Е. Н., Ипполитов Е. В., Грецов, Е. В. // Новости, мнения, обучение. – 2015. - №11(2) – С. 71-76
- Ягодина Е. А. Молекулярные маркеры этиологических агентов герпес-вирусной инфекции и обоснование противовирусной терапии при обострении хронического пародонтита. Российская стоматология. 2017. - №1(10). - С.64-65
- Карпук И. Ю. Иммунопатология у пациентов с ортопедическими конструкциями в полости рта // Вестник Витебского государственного медицинского университета. – 2014. – Т. 13. – №. 4. – С. 29-35.
- Кедрова А. Г. Местные иммуносупрессорные повреждения при персистенции вируса папилломы человека // РМЖ. Мать и дитя. – 2017. – №. 26. – С. 1971-1976.



ИММУННЫЙ СТАТУС БОЛЬНЫХ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА НА ФОНЕ ВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ У ЛИЦ, ПОЛЬЗУЮЩИХСЯ ОРТОПЕДИЧЕСКИМИ КОНСТРУКЦИЯМИ

Юсупова З.Х., Артыкова Н.К.

Кафедра ортопедической стоматологии

ГОУ «Институт последипломого образования в сфере здравоохранения» РТ

Актуальность. Вирусная инфекция приводит к репродукции в клетках иммунной системы и приводит к развитию вторичных иммунодефицитных состояний, что отражается на хроническом рецидивирующем течении СОПР.

Цель исследования. Изучить показатели иммунной системы при заболеваниях СОПР на фоне вирусной инфекции у лиц с ортопедическими конструкциями.

Материал и методы исследования. Обследовано 105 пациентов с заболеваниями СОПР на фоне герпесвирусной инфекции: I группа с частичной адентией без ортопедических конструкций - 36 пациентов, II группа с несъемными зубными протезами - 35 пациентов, III группа с сочетанными зубными протезами - 34 пациента. Изучали показатели клеточного и гуморального иммунитета и содержание провоспалительного цитокина ИЛ-6 в сыворотке крови.

Полученные результаты и их обсуждение. У пациентов с заболеваниями СОПР без вирусной инфекции иммунологические показатели незначительно отличались от показателей в группе контроля. Во всех трех группах пациентов отмечалось повышение содержа-

ния NK-клеток (CD16+), что характерно для воспалительного процесса вирусной этиологии. Снижение Показателей CD₃ и CD₄ указывало на недостаточность клеточно-эффекторного звена иммунитета, а снижение ИРИ указывало на наличие иммунодефицита и неадекватную иммунную реакцию. Во всех группах отмечалось снижение показателя рецептора CD₉₅, что указывало на нарушения апоптоза и хроническое рецидивирующее течение патологического процесса. У пациентов с афтозным стоматитом, гингивитом и пародонтитом повышение содержания ИЛ-6 указывало на активную фазу воспаления, а у пациентов с папилломами снижение уровня ИЛ-6 указывало на наличие хронического течения вирусной инфекции.

Заключение. У 82,9% пациентов с заболеваниями СОПР на фоне вирусной инфекции имеются нарушения иммунного статуса, причем при наличии ортопедических конструкций они встречаются в 1,4 раза чаще, чем у пациентов без зубных протезов.

Ключевые слова: заболевания слизистой оболочки полости рта, показатели иммунитета, интерлейкин, вирусная инфекция, ортопедические конструкции

IMMUNE STATUS OF PATIENTS WITH DISEASES OF THE ORAL MUCOSA AGAINST THE BACKGROUND OF VIRAL INFECTION IN PERSONS USING ORTHOPEDIC STRUCTURES

Yusupova Z. Kh., Artykova N. K.

Department of Orthopedic Dentistry

State Educational Institution "Institute of Postgraduate Education in Healthcare" of the Republic of Tatarstan

Relevance. The viral infection is accompanied by reproduction in the cells of the immune system and leads to the development of secondary immunodeficiency states, which is reflected in the chronic recurrent course of SOPR.

Purpose of the study. To study the parameters of the immune system in patients with SOPR diseases on the background of viral infection in persons with orthopedic structures.

Material and methods of research. patients with diseases of the SOPR on the background



of herpesvirus infection were examined: group I with partial adentia without orthopedic structures-36 patients, group II with fixed dentures-35 patients, group III with combined dentures-34 patients. The parameters of cellular and humoral immunity and the content of proinflammatory cytokine IL-6 in blood serum were studied.

The results obtained and their discussion. In patients with COPD diseases without viral infection, the immunological parameters slightly differed from those in the control group. In all three groups of patients, there was an increase in the content of NK cells (CD16+), which is characteristic of the inflammatory process of viral etiology. A CD3 and expanders indicated insufficiency of the cell-effector link of immunity, and a decrease in IRI indicated the presence of immunodeficiency and an

inadequate immune response. In all groups, there was a decrease in the CD receptor index₉₅, which indicated violations of apoptosis and chronic recurrent course of the pathological process. In patients with aphthous stomatitis, gingivitis and periodontitis, an increase in IL-6 levels indicated an active phase of inflammation, and in patients with papillomas, a decrease in IL-6 levels indicated the presence of a chronic course of viral infection.

Conclusion. 82.9% of patients with SOPR diseases on the background of viral infection have disorders of the immune status, and in the presence of orthopedic structures they occur 1.4 times more often than in patients without dentures.

Key words: diseases of the oral mucosa, immunity indicators, interleukin, viral infection, orthopedic constructions

Юсупова Зарина Хикматовна – н.и.т., мудири кафедраи стоматологияи ортопедии МДТ «Донишкадаи таҳсилоти баъдидипломи соҳаи тандурустӣ»-и Ҷумҳурии Тоҷикистон», email ; телефон +992- 900-56-33-88.

Артикова Нигина Каримджоновна – унвонҷӯи кафедраи стоматологияи ортопедии МДТ «Донишкадаи таҳсилоти баъдидипломи соҳаи тандурустӣ»-и Ҷумҳурии Тоҷикистон». email nigina_artikova@mail.ru+992-933-37-77-47

Юсупова Зарина Хикматовна– к.м.н., заведующая кафедрой ортопедической стоматологии ГОУ «Институт последипломного образования в сфере здравоохранения» РТ; email ; телефон +992- 900-56-33-88

Артыкова Нигина Каримджоновна– соискатель кафедры ортопедической стоматологии ГОУ «Институт последипломного образования в сфере здравоохранения» РТ; email nigina_artikova@mail.ru+992-933-37-77-47

Yusupova Zarina Khikmatovna -Candidate of Medical Sciences, Head of the Department of Orthopedic Dentistry of the State Educational Institution “Institute of Postgraduate Education in Healthcare” of the Republic of Tatarstan; email ;phone +992-900-56-33-88

Artykova Nigina Karimdzhonovna-Candidate of the Department of Orthopedic Dentistry of the State Educational Institution “Institute of Postgraduate Education in Healthcare” of the Republic of Tatarstan; email nigina_artikova@mail.ru+992-933-37-77-47



ТИББИ ОИЛАВӢ

ВАЗӢИ ФИЗОГИРИИ МОДАРОН ВА КӢДАКОНИ СИННИ ХУРДСОЛ ДАР ТОЧИКИСТОН

Мукарамова Д.А.,¹ Кабирзода Т.Д.,¹ Тоирова Н.А.²

1. Кафедраи тибби оилавӣ, МДТ “ДДТТ ба номи Абуалӣ ибни Сино”;

2. Табиб- офталмологи МСШ ш.Ҳисор

Мухиммият: Ҳифзи саломатии модар ва кӯдак самти афзалиятноки сиёсати Ҳукумати Ҷумҳурии Тоҷикистон мебошад. Яке аз масъалаҳои мубрами имрузаи бо ғизо алоқаманд, ин норасогии сифат ва миқдори ғизо мебошад, ки табибони оилавиرو ба ташвиш меандозад. Норасогии миқдориву сифатии ғизо мушкилотҳои ҷиддиро, яъне ба ҳалалдоршавии инкишофи ҷисмонии руҳии кӯдакон оварда мерасонад, ки ин боиси вайроншавии вазъи саломатии кӯдак, ба фаъолияти мағзи сар, рушди узвҳо, низоми масъуният, қобилияти азхудкуни ва натиҷаи хониш таъсири манфӣ расонида, дар оянда метавонад боиси маҳдуд шудани маҳсулноки ва қобилияти кӯдак гардад (1,4,6). Ғизо дар ниғаҳдории солимии аҳоли алалхусус барои инкушофи ҷисмонии равонии кӯдак аҳамияти калон дорад. Интиҳоб ва ворид намудани ғизоҳои иловагии мувофиқ ба синну сол, қофи, бехатар, тарзи дуруст истеъмоли он, тарзи тайёркуни, вақту реча муҳим мебошад. Дониши шахсонеро, ки бо нигоҳубини кӯдакон машғуланд (модарон, падарон ва бибию бобоҳо) бояд сайқал дод, ба эътиқоду малакаҳои онҳо таъсир расонида ба нигоҳубин ва ғизогирии кӯдакон аҳамияти калон дод(2). Инчунин, занони ҳомиладор ва модарони ширмакон маҳсулоти дорои микроэлементҳои ғизоии гуногунро тибқи дастурамалҳои Созмони Умумиҷаҳонии Тандурустӣ истеъмом кунанд. Ғизоҳои беҳтарини дастрас ба монанди шир, меваю сабзавоти тар, гӯшт, моҳӣ, тухм, ғалладонагиҳо, нахудо лубиё истифода намоянд. Қабул кардани ҳабиҳои таркибаш оҳан ва кислотаи фолат, витамини А пас аз таваллуд ё дар давоми 6 ҳафтаи баъди таваллуд кардан, истифода намудан аз намаки ошӣ ёднокшуда барои занони ҳомила ҳатми мебошад.

Ҳомиладор бояд таҳти назорати қатъии табибон буда, баъд аз таваллуд синамакони аввалро барои тифлашон дар давоми 1 соати баъди таваллуд бояд шурӯъ кард. Дар давоми 6 моҳ синамакони холисро ва баъдан ворид намудани ғизоҳои иловагиро мувофиқ ба синну сол, қофи, бехатар ва бо тарзи дуруст хӯронидашуда оғоз кард(5). Дар ҳар ғизодиҳи шаклҳои гуногуни ғизо бояд тайёр намуд, масалан: ғизои аз маҳсулоти чорво тайёршуда (гӯшт, моҳӣ, чигар, тухм, маҳсулотҳои ширӣ), маҳсулоти асосии маҳаллӣ: (чуворӣ, гандум, биринҷ, арзан ва наск решаҳо ва бехмева (сабзиву картошка), лубиёгиҳо; (лубиё, наску нахудо ва чормағз (арахис) ва тухмиҳо (кунҷит), меваю сабзавоти аз витамини А бой (шафтолу, зардолу, оби гелос, афлесун, қаламфури булғори, сабзи, картошка ва каду) ва дигар меваю сабзавотҳо (банан, ананас, тарбуз, помидор, харбуза, гулкарам ва карам) ва инчунин тайи ду сол ва аз вай зиёд синамакони бояд идома дод (1,3). Тарғиби маданияти ғизогирӣ ба занони ҳомила, ширмакон ва кӯдакони синни хурдсол асосан бо иштироки фаъолони кормандони тандурустӣ, алалхусус табибони оилавӣ иҷро мегардад. Масъалаҳои тарғиботи дурусти ғизогирии занони ҳомила ва кӯдакони синни барвақта кори асосии имрузаи табибони оилавӣ ба ҳисоб меравад.

Мақсади татқиқот: ошкорсозии камбудии масъалаҳои ғизогирӣ ба занони ҳомила, навзодон ва кӯдакони хурдсол дар таҷрибаи табибони оилавӣ дар МСШ №15.

Мавод ва усулҳои татқиқот: Таҳти назорати мо 50 (100%) нафар занҳои ҳомиладори аз синни 18 то 30 сола қарор доштанд; аз онҳо бо ҳомиладории аввалин дар синни 18-21 солагӣ - 24 нафар (48%), бо ҳомиладории дуум аз 20 - 25 сола бо интервали



байни зоиш 1 сол - 16 нафар (32%), бо ҳомиладории сеюм бо синни соли аз 26 - 30 сола бо фосилаи байни зоиш аз 2 сол зиёд 10 нафар (20%) -ро ташкил намуданд. Муддати 3 сол дар давраҳои антенаталӣ ва баъд аз таваллуд кардани онҳо нигоҳубини кӯдакон дар давраҳои синни аз 0 - 24 моҳа тахти назорат гирифта шуданд. Вазъи саломатии ҳомиладорон мунтазам то таваллуд ва баъди таваллуд ва инчунин кӯдакон аз давраҳои навзодӣ то синни 2 солагӣ тахти назорат гирифта шуданд.

Натиҷаи тадқиқот. Занҳои ҳомиладори синни аз 18 - 21 сола таваллуди якум бо кӯдакони инкушофи мӯътадили ҷисмони бо вазни 3200-4000г, 16 нафар (66,6%), аз онҳо бо асфиксияи дараҷаи сабук ва миёна 10 нафар (62,5%) таваллуд ёфтанд. Ин кӯдакон дар 3 моҳи аввали ҳаёт бо ихтилоли ғизои 5 нафар (0,5%) сари вақт ошкор карда шуда, ғизои иловагӣ барвақттар дар 3-4 моҳагӣ ворид карда шуд, лекин иммунизатсияи онҳо аз рӯи нақша гузаронида нашуд, аз он сабаб, ки бо ташҳиси энсефалопатияи перинаталӣ муддати 6 моҳ табобат гирифтаанд. Ба 6 нафар (0,37%) кӯдак сари вақт ғизои иловагӣ дар вақташ ворид карда нашуд аз сабаби надонистани воридкунии ғизои иловагӣ аз тарафи аҳли оила, инчунин инкор намудани тавсияҳои додашуда, паст будани маърифатнокӣ, маданияти хӯрок ва шароити иқтисодиву иҷтимоӣ хонавода ва инчунин нарасидани потенциалӣ кадрӣ дар маркази саломатӣ.

Кӯдакони бо боздошти инкушофи дохилибатни вазни 2300-3200г 8 нафар (33,3%) буданд. Аз ин гуруҳи кӯдакон 2 нафар (25,0%) дар марҳилаи навзодӣ ба этапи дуҷуми табобат оиди боздошти инкушофи ҷисмонӣ ва сирояти дохилибатнӣ, камхуни норосоии оҳан, норосоии Витамини Д, табобати статсионари гирифтаанд ва то ҳол ихтилоли ғизои мушоҳида мешавад, аз онҳо 1 нафар (1,25%) бо боздошти инкушофи ҷисмонӣ ақлонӣ ва нутқ тахти назорати табибони асабшинос ва логопед мебошад, гайр аз ин, онҳо зуд – зуд беморшаванда ҳастанд. Дар 2 нафар (25,0%) кӯдакон аз сабаби гипогалактияи модар аввал ба хӯро-

ниши омӯхта ва бадан пурра ба хӯрониши сунъӣ гузаронида шуданд, ки ғизои иловагӣ ворид кардан то синнӣ 9 моҳаги ноилоч буд, аз сабаби кӯдакон аз шиша ва пистонак шири сунъӣ меҳӯрданд. Боз 2 нафар (25,0%) кӯдак бошад, аз сабаби нодуруст ғизои иловагӣ ворид намудан, истифода аз маводҳои ғайритавсиявӣ барои кӯдакони хурдсол бо диатези аллергӣ дуру дароз табобат гирифтаанд. Аз ин гуруҳи кӯдакон 2 нафар (25,0%) инкушофӣ мӯътадили ҷисмонӣ равонӣ доранд.

Яъне аз 24 нафар (48%) модарони синни наврас таваллудшуда кӯдакон ҳамагӣ 2 (8,3%) нафар ба гуруҳи саломатии дуҷум А, танҳо 6 нафар (25,0%) ба гуруҳи саломатии дуҷум А, 15 нафар (62,5%) ба гуруҳи саломатии дуҷум Б, 1 нафар (4,1%) бошад ба гуруҳи саломатии сеҷуми А дохил карда шуданд.

Дар модарони бо фосилаи ками байни зоиш ҳомиладории пайдар пай 9 нафар (18,0%), буданд, ки кӯдакони якумашон аз синни 4-5 моҳаги ба хӯрониши сунъӣ гузаронида шуданд, чунин ҳолатҳоро доранд. Дар 3 нафар (0,33%) кӯдак дар синни семоҳагӣ рахит дараҷаҳои дуҷум, камғизои дараҷаи якум дида шуд. Ин кӯдакон муддати то яксолагӣ аз 4-5 маротиба зиёдтар бо бемориҳои респираторӣ шадид ва зершадид табобати амбулаторӣ гирифтаанд. Дар 2 (22,0%) нафари онҳо илтиҳоби шуш дар 5-6 моҳагӣ сар шуда, камхунии дараҷаи сабук, камғизои дараҷаи миёна дида шуд, онҳо муддати тӯлонӣ табобат гирифтаанд, аз онҳояк нафарашон (11,1%) дар шӯъбаи камвазнӣ табобати статсионари гирифт. Иммунизатсияи ин кӯдакон аз рӯи нақша фаро гирифта нашуд, баъд аз 9 моҳагӣ сар карда шуд. Аз ин гуруҳи кӯдакон дар 4 (44,4%) нафарашон аломатҳои камхуни, ихтилоли ғизо (дар як нафар кӯдак паратрофия) дида шуд.

Яъне кӯдаконе аз модарони фосилаи ками байни зоиш гуруҳи саломатии кӯдакони онҳо дуҷум Б буда, тӯлонӣ назорат ва табобат карда шуданд.

Ворид накардани ғизои иловагӣ, надонистани тарз ва усулҳои дурусти омодакунии хӯрок, нодуруст истифода бурдан аз маҳсу-



лотҳои ғайритабиаҷавӣ ба кӯдакони хурдсол боиси сар задани ихтилоли ғизоӣ, камхунии норасоии оҳан, ҳолатҳои сатҳи монанди рахит, диатезҳои эксудативию катарали, аллергики ва паст шудани масъуният, зуд-зуд беморшави оварда расонид.

Кӯдакони бо хӯрониши табиӣ дар сари вақт фаро гирифта ва танҳо бо шири модар инкушофи кофӣ ёфта то синни 6 моҳагӣ 30 нафар (60,0%) ро ташкил намуданд, ин аз он далолат дод, ки дар бораи аҳамияти хӯрониши табиӣ дониши ҷавонзанон кофӣ нест, аз сабаби кам будани корҳои табиғотию фаҳмондадиҳи аз тарафи кадрҳои марказҳои саломатӣ (кам будани табибони оилавӣ).

Аз 10 (18,0%) модароне, ки баъд дар синни 26-30 солагӣ таваллуди сеюм, кӯдакон мӯътадил ба воя расиданд, ба гуруҳи саломатии яқум ва дуҷуми А ворид карда шуданд.

Хулоса: Тадқиқоти гузаронидашудаи 3 солаи ретроспективӣ чунин натиҷахоро ни-

шон дод. Дар модарони ҷавон аз сабаби набудани дониши кофӣ оид ба масъалаҳои хӯрокхурии зани ҳомила, афзалиятнокии хӯрониши табиӣ кудак аз навзодӣ ва давом додани синамакони дар давоми ду сол ва аз вай зиёд, беаҳамияти оиди ворид кардани ғизои иловагӣ дар муддат, нодуруст истифодабарии маводи хӯрока микдоран ва сифатан ба кӯдакон барои инкушофи ҷисмонӣ равони ва инчунин ба саломатии онҳо таъсири ҷиддӣ расонид.

Аз ин бар меояд, ки модарони ҷавон (навраст) нигоҳубини махсусро талаб менамоянд, бояд ғизои иловагӣ истеъмол намоянд ва бештар истироҳат намоянд то, ки фарзанди солим ба дунё оваранд. Инчунин бо падарон, бибиёну бобоҳо оиди маданияти ғизогирии занони ҳомила ва кӯдакони хурдсол корҳои фаҳмондадиҳиро пурзӯр кард. Сафи табибон ва ҳамширагонӣ оилавино бояд зиёд кард.

Адабиёт

1. Қарори Ҳукумати Ҷумҳурии Тоҷикистон аз 27 майи соли 2020 №292 Дар бораи Барномаи миллии коммуникатсионии 1000 рӯзи аввали ҳаёти кӯдак дар Ҷумҳурии Тоҷикистон барои солҳои 2020-2024, 2020-с 17.
2. Вазорати Тандурусти ва Ҳифзи Иҷтимоии аҳолии Ҷумҳурии Тоҷикистон дар якҷоя бо ЮНЕСКО Корҳои машварати барои кормандони тиб. Майи соли 2020
3. Батури, А.К. Практика вскармливания детей первых двух лет жизни в Российской Федерации /А.К. Батури, О.К. Нетребенко //Педиатрия. – 2010. -№ 3. – С. 99-105.
4. Бельмер, С.В. Современная концепция прикорма./С.В. Бельмер//Вопросы Детской Диетологии. – 2014. – Т.12.- №5. – С.60-65.
5. Глобальная стратегия по кормлению детей грудного и раннего возраста. – Женева: ВОЗ, ЮНЕСКО, 2003. – 34 с.
6. Development of healthy eating habits early in life. Review of recent evidence and selected guidelines/C. Schwartz, [et al.]/Appetite.-2011.-Vol.57(3).-P/796-807.

СОСТОЯНИЕ ПИТАНИЯ МАТЕРЕЙ И ДЕТЕЙ МЛАДШЕГО ВОЗРАСТА В ТАДЖИКИСТАНЕ

Мукарамова Д.А., Кабирзода Т.Д.№, Тоирова Н.А.І

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

2.Врач офтальмолог в ГЦЗ г. Гиссар

В данной статье рассматривается состояние питания матери и детей младшего возраста в Таджикистане. Защита здоровья матери и ребенка является приоритетным направлением политики Правительства Республики Таджикистан, так как количественный и качественный

дефицит питания создает серьезные проблемы у детей. Проведено 3-х летнее проспективное исследование на базе городского центра здоровья №15, которое включало наблюдение за 50 беременными женщинами, начиная с антенатального периода, далее послеродового пе-



риода и заканчивая уходом за детьми в возрасте от 0 до 24 месяцев. Анализ полученных данных показал следующие результаты: у молодых матерей из-за отсутствия достаточных знаний по вопросам питания беременной женщины, приоритета естественного вскармливания и продолжения грудного вскармливания в течении последующих 2-х лет, включения в рацион дополнительного питания для детей с 6-ти месяцев, а также неправильного использования количественного и качественного состава продуктов питания для детей, оказало серьёзное влияние на их физическое и психическое развитие.

В связи с этим, молодые матери заслуживают особого внимания, они нуждаются в сбалансированном питании и достаточном отдыхе, чтобы иметь здоровых детей. На первичном звене здравоохранения санитарно-просветительная деятельность должна быть направлена на работу с членами семьи по культуре питания беременных женщин и маленьких детей. Желательно уменьшить нагрузку на специалистов первичного звена, увеличив число семейных врачей и медсестер.

Ключевые слова: беременные женщины, дети, питание.

NUTRITIONAL STATUS OF MOTHERS AND YOUNG CHILDREN IN TAJIKISTAN

D.A.Mukaramova, T.D.Kabirzoda№, N.A.Toirova

1.Department of Family Medicine, SEI «TSMU named after Abuali ibni Sino»

2.Ophthalmologist At City Health Center in Gissar city

This article examines the nutritional status of mothers and young children in Tajikistan. The protection of the health of mother and child is a priority direction of the policy of the Government of the Republic of Tajikistan, since quantitative and qualitative nutritional deficiencies create serious problems for children. A 3-year prospective study was conducted on the basis of the city health Center No. 15, which included the observation of 50 pregnant women, starting from the antenatal period, then the postpartum period and ending with the care of children aged 0 to 24 months. The analysis of the data obtained showed the following results: in young mothers, due to the lack of sufficient knowledge about the nutrition of a pregnant woman, the priority of natural feeding

and continued breastfeeding for the next 2 years, the inclusion in the diet of additional nutrition for children from 6 months, as well as the misuse of quantitative and qualitative composition of food for children, it had a serious impact on their physical and mental development. In this regard, young mothers deserve special attention, they need a balanced diet and sufficient rest to have healthy children. At the primary level of health care, sanitary and educational activities should be aimed at working with family members on the nutrition culture of pregnant women and young children. It is desirable to reduce the burden on primary care professionals by increasing the number of family doctors and nurses.

Key words: pregnant women, children, nutrition.

Мукарарова Дилором Абдуманоновна-ассистенти кафедраи тибби оилавии МДТ“ДДТТ ба номи АбпалӣибниСино”, тел:900-99-04-00

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

Тоирова Нигина Анваровна- табиби офталмолог дар МСШ ш. Ҳисор, тел:888882772

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

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

Тоирова Нигина Анваровна- врач офталмолог в ГЦЗ г. Гиссар, тел:888882772

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

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

Toirova Nigina Anvarovna-Ophthalmologist At City Health Center in Gissar city, <tel:888-88-27-72>

ФАРМАКОЛОГИЯ

СИНТЕЗИ ҲОСИЛАИ ТИАДИАЗОЛОПИРИМИДИН БО ФРАГМЕНТИ ФЕНОЛӢ

Гулмаҳмадзода З.Г.

Маркази илмию тадқиқоти фарматсевтии Вазорати тандурустӣ ва ҳифзи иҷтимоии аҳолии Ҷумҳурии Тоҷикистон

Муҳимияти кор. Яке аз синфҳои муҳими моддаҳои органикӣ пайвастагӣҳое мебошанд, ки дар сохторашон ҷузъи фенолӣ до-ранд. Ин гуна моддаҳо дар синтези органикӣ ҳамчун пайвастагӣҳои ибтидоӣ барои истеҳсоли моддаҳои доругӣ васеъ истифода мебаранд[1-3]. Мо тахмин менамоем, ки воридсозии ҷузъи фенолӣ ба молекулаи тиадiazолопиримидин имкон медиҳад, хосиятҳои биологӣ он бамаротиб афзун гардад[2]. Инчунин моддаи синтезшавандаро осон ба дигар моддаҳои фаъоли биологӣ табдил додан, мумкин мебошад. Ёдовар мегардем, ки тиадiazолопиримидинаналогии синтетикӣ пурин буда, метавонад ҳамчун моддаи эҳтимолии биологӣ фаъол ҳисобида шавад.

Таҳлили адабиётҳои илмӣ нишон медиҳанд, ки ҳосилаҳои алкилҳои 1,3,4-тиадiazоло[3,2-а] пиримидин дорой фаъолияти баланди зидди саратонӣ мебошанд. Тадқиқотҳои нишон додаанд, ки дар мавқеи 6-ум сикл мавҷуд будани ивазкунандаҳои фаъолияти биологӣ пайвастагиро зиёд мекунад[3]. Афзоиши фаъолияти зидди саратони ҳосилаҳои 1,3,4-тиадiazоло[3,2-а] пиримидин тавассути ворид кардани гурӯҳҳои Cl, C₂H₅, COOC₂H₅ ва NO₂ ба мавқеи 6 рабт дорад[1-3].

Илова бар ин, нишон дода шудааст, ки ҳосилаҳои сулфиди 1,3,4-тиадiazоло[3,2-а] пиримидин дар мавқеи 6-ум хосиятҳои зидди аллергӣ, бедардкунанда ва иммуностимуляторӣ доранд.

Мақсади кор. Мақсади асосии кори мазкур ин синтези ҳосилаи фенолдори 1,3,4-тиадiazоло[3,2-а] пиримидин мебошад.

Мавод ва усули тадқиқот. Айни ҳол се усули синтези ҳосилаҳои сулфиди 1,3,4-тиадiazоло[3,2-а] пиримидин таҳия шудааст[1-3]:

1. Усули аввал реаксияи 2-амин-5-меркапто-1,3,4-тиадiazолро бо ҳосилаҳои галогенӣ дар муҳити ишқорӣ ва баъдан реаксияи

сиклоконденсатсия бо эфири асетосетикӣ дар ҳарорати 100-130° С мебошад.

2. Усули дуюм аз ду марҳила иборат аст. Дар марҳилаи аввали он таъсири мутақобилаи эфири алкил кислотаи тиосианӣ ва тиосемикарбазид сурат мегирад. Дар марҳилаи дуюм бе изолятсияи иловагии маҳсулоти мобайнӣ, эфири асетосетикӣ илова мегардад.

3. Усули сеюм ба таъсири мутақобилаи 2-бromo-7-метил-5-оксо-5Н-1,3,4-тиадiazоло [3,2-а] пиримидин бо меркаптанҳо дар муҳити ишқорӣ асос ёфтааст.

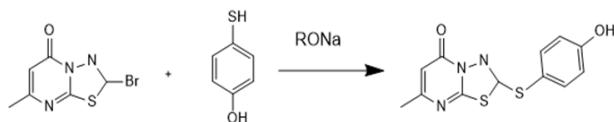
Аз усулҳои дар боло зикр гардида, усули дуюм муосиртар ва такмилёфта ҳисобида мешавад аммо усули сеюм нисбат ба ду усули аввал имкониятҳои васеътари синтетикӣ дорад. Дар асоси ин, мо усули сеюми синтези ҳосилаҳои тиадiazолопиримидинро, ки қисми фенолии онҳо доранд, ба кор бурдем.

Моддаи тайёри синтезкардашуда 2-((4-гидроксифенил)тио)-7-метил-5Н-3л²-[1,3,4]тиадiazоло[4,5-а] пиримидин-5-он аз озмоишгоҳи химияи пайвастаҳои гетеросиклии Институти химияи ба номи В.И. Никитини Академияи миллии илмҳои Тоҷикистон дастрас карда шуд.

Натиҷаҳо ва баррасии онҳо. Реаксияи байни 2-бром-7-метил-5Н-3л²-[1,3,4]тиадiazоло[4,5-а] пиримидин-5-он бо 4-гидрокси-тиофенол ба таври зерин сурат гирифт: дар марҳилаи аввал ба муҳити обӣ-спиртии дорой NaOH миқдори эквиволярии 4-гидрокси-тиофенол илова карда, 15 дақиқа омехта намудем. Аз сабаби кислотаи бештари гурӯҳи меркапто дар муқоиса бо кислотаи гурӯҳи OH, маҳз гурӯҳи меркапто бо NaOH ба реаксия рафта, аниони тиолат ба вучуд меояд, ки он нуклеофилӣ хубест, ки ба реаксияи ивазкунии нуклеофилӣ дохил мешавад. Баъди иловаи 2-бром-7-метил-5Н-3л²-



[1,3,4]тиадиазол[4,5-а]пиримидин-5-он ба муҳити реаксионӣ ва омехтасозӣ дар муддати 2-3 соат маҳсули реаксия (2-((4-гидроксифенил)тио)-7-метил-5Н-3л²-[1,3,4]тиадиазоло[4,5-а]пиримидин-5-он) таҳшин мешавад.



Расми 1. Реаксияи ҳосилшавии ҳосилаи фенолии тиадиазолопиримидин

Барои таъбири сохтори пайвастагии 2-((4-гидроксифенил)тио)-7-метил-5Н-3л²-[1,3,4]тиадиазоло[4,5-а]пиримидин-5-он усулҳои таҳлили элементарӣ, спектроскопияи инфрасурх (IR) ва резонанси ядрой-магнитӣ (РЯМ)-ро истифода бурдем. Дар спектри IR-и пайвастагии ҳосилшуда максимумҳо дар 1670 см⁻¹, ки ба ларзишҳои дарозшавии гурӯҳи карбонил алоқаманданд ва банди абсорбсионӣ дар минтақаи

3200 см⁻¹ аз сабаби мавҷудияти гурӯҳи гидроксилии фенолӣ мушоҳида карда шуданд.

Спектри РЯМ-и таркиби 2-((4-гидроксифенил)тио)-7-метил-5Н-3л²-[1,3,4]тиадиазоло[4,5-а]пиримидин-5-он дорои сигналҳои зерин буд: ду сигнали дугона дар минтақаи 7,5 ppm ва 6,87 ppm мувофиқ ба гурӯҳҳои ароматӣ бо протони симметрӣ дар мавқеҳои 2, 3 ва 5,6-ум; як синглет дар 2,17 ppm бо ишора ба қисмҳои метил; синглет дар 6,65 ppm бо ишора ба протонҳо дар мавқеи шашуми ҳалқаи пақвастагии 2-((4-гидроксифенил)тио)-7-метил-5Н-3л²-[1,3,4]тиадиазоло[4,5-а]пиримидин-5-он.

Хулоса. Пайвастагии 2-((4-гидроксифенил)тио)-7-метил-5Н-3л²-[1,3,4]тиадиазоло[4,5-а]пиримидин-5-он, ки дорои фрагменти фенолӣ мебошад, дар озмоишгоҳ амалан ҳосил намудем. Натиҷаҳои таҳлили спектроскопияи инфрасурх ва резонанси ядрой-магнитӣ аз ҳосилшавии он гувоҳӣ медиҳанд.

Адабиёт

1. Куканиев М.А. Синтез и химические превращения конденсированных производных 1,3,4-тиадиазола. Диссертация на соискание ученого звания доктора химических наук. Душанбе, -1997, 363с.
2. Куканиев М.А., Салимов Т.М., Хайдаров К.Х. Химия и биологическая активность производных 1,3,4-тиадиазола, -Москва, Спутник, -2004, 156с.
3. Сангов З.Г. Синтез и антимикробная активность некоторых производных 1,3,4-тиадиазоло[3,2-а]пиримидина. Диссертация на соискание ученого звания канд. хим. наук. Душанбе, -2004. 114 с.

СИНТЕЗ ПРОИЗВОДНОГО ТИАДИАЗОЛПИРИМИДИНА С ФЕНОЛЬНЫМ ФРАГМЕНТОМ

Гулмахмадзода З.Г.

Научно-исследовательский фармацевтический центр Министерства здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан

Введение фенольного компонента в молекулу тиадиазолопиримидина позволяет значительно повысить его биологические свойства. В связи с этим был осуществлен синтез соединения 1,3,4-тиадиазол[3,2-а]пиримидина с фенольного фрагмента. Строение полученного вещества подтверждено мето-

дами инфракрасной спектроскопии и масс-спектрометрии ядерного магнитного резонанса.

Ключевые слова: гетероциклические соединения; 1,3,4-тиадиазол, пиримидин; 2-бром-6-фтор-7-метил-5-оксо-5Н-1,3,4-тиадиазол[3,2-а]пиримидин; фенол; синтез.



SYNTHESIS OF THIADIAZOLEPYRIMIDINE DERIVATIVE WITH PHENOL FRAGMENT

Gulmahmadzoda Z.G.

Research Pharmaceutical Center of the Ministry of Health and Social Protection of the Population of the Republic of Tajikistan

The introduction of a phenolic fragment into the thiadiazolopyrimidine molecule can significantly improve its biological properties. In this regard, the synthesis of 1,3,4-thiadiazole[3,2-a]pyrimidine derivative with phenolic fragment was carried out. The structure of the obtained substance was

confirmed by infrared spectroscopy and nuclear magnetic resonance mass spectrometry.

Key words: *Heterocyclic compounds; 1,3,4-thiadiazole, pyrimidine; 2-bromo-6-fluoro-7-methyl-5-oxo-5H-1,3,4-thiadiazole [3,2-a]pyrimidine; phenol; synthesis.*

Зафар Гулмахмадзода. Маркази илмию тадқиқоти фарматсевтии Вазорати тандурустӣ ва ҳифзи иҷтимоии аҳолии Ҷумҳурии Тоҷикистон, ходими калони илмӣ. 734064, Ҷумҳурии Тоҷикистон, ш. Душанбе, кӯчаи Муҳаммадиев, хонаи 16, хучраи 53. Телефон. 918-61-97-93; E-mail: zsangov@mail.ru

Зафар Гулмахмадзода. Научно-исследовательский фармацевтический центр Министерства здравоохранения и социальной защиты населения Республика Таджикистан. Старший научный сотрудник, 734064, Республика Таджикистан, г. Душанбе, ул. Мухаммадиев дом 16, кв 53, Телефон. 918-61-97-93; E-mail: zsangov@mail.ru

Zafar Gulmahmadzoda. Research Pharmaceutical Center of the Ministry of Health and Social Protection of the Population of the Republic of Tajikistan. Senior Researcher, 734064, Republic of Tajikistan, Dushanbe, Mukhammadievst., house 16, apt. 53, Phone. 918-61-97-93; E-mail: zsangov@mail.ru

ПРОГНОЗ В СИСТЕМЕ MICROCOSM BIOS СПЕКТРА ТАРГЕТНОЙ ФАРМАКОЛОГИЧЕСКОЙ АКТИВНОСТИ ЛЕКАРСТВЕННОГО СРЕДСТВА «БРОММЕТРИН» И ВЫЯВЛЕНИЕ РЕЛЕВАНТНЫХ БИОМИШЕНЕЙ

Гулмахмадзода З.Г.¹, Юсуфи С.Дж.¹, Озеров А.А.², Васильев П.М.², Голубева А.В.²

¹ Научно-исследовательский фармацевтический центр Министерства здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан; ² Научный центр инновационных лекарственных средств Волгоградского государственного медицинского университета

Мавод ва усулҳои таҳқиқ. Дар таҳқиқот усули пешгӯӣ намудани спектри фаълнокии таргетӣ дар системаи Microcosm BioS истифода шудааст, ки хангоми омӯзиши гипогликемӣ [1], зиддимикробӣ [2] ва хосиятҳои пайвастагиҳои анксиолитикӣ [3] ва чандин маротиба баррасӣ шуда, самаранокии баланди худро нишон дод.

Ба сифати иттилоӣ ибтидоӣ дар бораи сохтори химиявии пайвастагиҳои TDPI аз файли формати *.sdf. истифода карда шуд. Бо ёрии модулҳои комплекси барномавӣ Microcosm 7.3.интиқоли файли ибтидоӣ ба тавсифи дескрипсии забони QL иҷро карда шуд [4].

Барои ба ҳисоб гирифтани спектри фаълнокии таргетӣ системаи Microcosm BioS v20.6.6 ба сифати асоси QSAR-базаи чамъовардашуда ва таҷрибашуда дар 11509 намууди таргети фаълнокии биологӣ аз ChEMBL-ро дорад [5]. Системаи Microcosm BioS QSAR-база 20 аз ҷиҳати сохторӣ монанд бо молекулаҳои таҳқиқшавандаи модаҳо эталонҳо дар асоси нишондиҳандаҳои максималии 2D дар шакли QL коэффитсенти модификатсионии Танимото (Tmax) мегарад [4]. Барнома барои мода-эталонҳои интихобшудаи рӯйхати таргетҳо аз QSAR-база пешниҳод мегардад, ки дар онҳо пай-



вастагиҳо ба таври эксперименталӣ бо нишон додани шохиси сатҳи интизории фаъолнокии Ind анҷом дода мешавад. Бо роҳи чудо кардани як қатор нишондодҳо ба детсил (10%-аз миқдори умумии пайвастагиҳо, ки дар ин намуди фаъолнокӣ таҳқиқ шудаанд) нишондоди Ind муайян карда мешавад, дар ин ҷо: +5- фаъолнокӣ хеле баландаст; +4- фаъолнокии ниҳоят баланд; + 3 – фаъолнокии баланд; +2- аз миёна хеле баланд аст; +1- аз миёна баланд; 0- миёна; -1- аз миёна поён; -2- аз миёна хеле паст аст; -3- фаъолнокии кам; -4- фаъолнокии хеле кам; -5- нофаъол.

Барои пайвастагиҳои TDP1 нишонди-

ҳандаҳои миёнаи шохиси сатҳи фаъолнокии Ind Mean ҳамчун нишондиҳандаи дурнамо нисбат ба ҳадафи мушаххаси таҷрибашуда ва нишондиҳандаи миёнаи коэффисенти монандии сохтории Tmean барои 20 эталони муайянкардашуда аз QSAR- база буда, ҳисоб карда мешавад.

Натиҷаҳо ва баррасии онҳо. Дар натиҷаи таҳлили маълумотҳои пешгӯикунанда даҳ биоҳадаф муайян карда шуд, ки нисбат ба онҳо пайвастагии TDP1 бояд фаъолнокии ба қадри кофӣ баланд нишон диҳанд, ки ин ба шохиси Ind e⁺+4,0 мувофиқат мекунад, нишондиҳандаҳои ниҳони миёнаи пешгӯӣ дар ҷадвал оварда шудааст.

Ҷадвал. Натиҷаи баҳодиҳии *in silico* спектри сатҳи фаъолнокии таргетнии пайвастагиҳои TDP1 нисбат ба ҳадафҳои биологии алоқаманд бо *Homo sapiens*

Ҳадаф	Рамз	Tmean	IndMean
Caspase-1	CASP1	0,5	4,9
Caspase-7	CASP7	0,5	4,9
Caspase-8	CASP8	0,5	4,6
Melatonin receptor	MTNR1A/ MTNR1B	0,5	4,6
Carbonic anhydrase 6	CA6	0,4	4,2
Hypoxia-inducible factor prolyl hydroxylase 4	HIF-P4H	0,4	4,1
Thyroid hormone receptor alpha	THRA	0,3	4,1
Transmembrane protease serine 6	TMPRSS6	0,4	4,1
Phosphoinositide 3-kinases beta	PIK3C2B	0,7	4,0
Serine/threonine-protein kinase aurora-c	AURKC	0,4	4,0

Эзоҳ: Рамз- гени экспрессшуда: Tmean-миёна, QL- коэффисенти модификатсионии монандии Танимото: Ind Mean-шохиси миёнаи сатҳи фаъолнокӣ.

Таҳлили маълумотҳои пешгӯикунандаи ҷадвал нишон медиҳад, ки дар байни ҳадаф якҷанд каспаз вучуд доранд, ки барои протсессҳои илтиҳобӣ ва марғи барномарезишудаи ҳуҷайравӣ нақши калидӣ дорад. Муайян карда шуд, ки ингибиторҳои каспаз пайвастагӣ мебошанд, ки истифодаи онҳо дар табобати бморихои артрити ревматоид [8], диабет қанд [9], шоки септикӣ [10], бемории Алсгеймер [11], бемории Паркинсон ва дигар беморихои илтиҳобӣ ёрӣ мерасонад. Ретсенторҳои мелатогени ритмҳои сиркалиро танзим мекунанд, протсессҳои иммунӣ, дар детоксикатсияи радикалҳои озод иштирок мекунанд, таъсиррасонӣ ба онҳо низ аз таъсири антиоксидантӣ ба амал меояд, бо шарофати таъсиррасонӣ ба ретсепторҳои MT3 ба амал меояд, ки майнаро

аз стресси оксидшавӣ муҳофизат менамояд.

Пайвастагиҳои TDP1 ба ин ҳадаф таъсир мерасонад бо шохиси фаъолнокии хеле баланд+4,9. Гурӯҳи антидепрессантҳои насли охири маълуманд, ки дар асоси таъсири онҳо таъсир ба ретсенторҳои мелатогени нэргӣ меистад [12], имконпазирии TDP1 бояд ҳамчун номзад ба ин гурӯҳи табобатӣ бояд баррасӣ карда шудааст. Карбоангидризи типӣ 6 табдил ёфтани ду оксиди карбон ба кислотаи карбон, баръакс катализатсия мекунад, дар дастгирӣ намудани pH дар бофтаҳои гуногун ва моеъҳои биологӣ иштирок мекунад, бар иловаи ин ин фермент ҳадафи препаратҳоро ҳангоми табобати глаукомаро намояндагӣ мекунад [13]. Оид ба ин ҳадаф моддаи таҳқиқшаванда шохиси ба сатҳи андозаи кофӣ баланди фаъ-

олнокӣ мавҷуд аст. Маҳсулотҳои ген HIF-1 α иштирокчиёни калидӣ дар протесси гипаксия ба ҳисоб мебаранд. Препаратҳои ингибиторҳои далелҳо, ки индуксияи гипаксия ҳастанд. Ҳангоми табобати камхунии беморони дорои беморимизмини гурдаҳои истифода мешаванд, дар фармакотерапияи бемориҳо, ки дар патогенези онҳо ишемия дида мешавад ояндадор аст, масалан дар бемориҳои онкологӣ ва ревматикӣ [14,15]. Омӯзиши пайвастагиҳо нисбат ба ин ҳадаф аз рӯи натиҷаҳои пешгӯӣ баҳои “хеле фаъолнокии баланд”-ро дорад. Ҳамин гуна баҳогузориҳои фаъолнокии TDP1 барои ретсептори гормонҳои ғадуди сипаршакл низ ҳос аст, ки воситаи фаъолнокии биологии молекулаҳои дахлдор мегардад. Ҳамчунин таъсири гайригормоналии танзимкунандаи ин ретсептор ба ангиогенез ва тонуси рағҳо муайян карда шудааст [16]. Фаъолнокии ниҳоят баланд барои протеазҳои серинии типҳои 6, ки экспрессияи гормони танзим мекунад, пешгӯӣ карда шуд. Ин гормон ҷаббидани ғадудро назорат мекунад ва дорои хосияти зиддимикробиро дорад [17].

Маълум аст, ки гурӯҳи ингибиторҳои фосфоинозитид-3-киназа (ингибиторҳои PI3K) аз синфи препаратҳои иборат аст, ки онҳо асосан барои табобати марҳалаҳои дери саратон истифода мешаванд [18]. Пешгӯӣ карда мешавад, ки дар TDP1 нисбат ба ин биоҳадаф фаъолнокии баланд зо-

хир менамояд. Киназа Aurora C дар митоз нақши муҳим дорад, ҳамчунин иштироки бавоситаи он дар сперматогенез муайян карда шуд, шохиси сатҳи фаъолнокии пайвастагии таҳқиқшуда нисбат ба ин ҳадаф низ баланд аст [19].

Хулоса, бо усули шабоҳат доштан ба эталон бо ёрии системаи Microcosm BioS 10 биоҳадаф муайян карда шуд, ки нисбат ба онҳо пайвастагии TDP1 бояд фаъолнокии ба қадри кофӣ баланд нишон диҳад: CASP1, CASP7, CASP8, MTNR1A/MTNR1B, CA6, HIF-1 α , THRA, TMPRSS6, PIK3C2B, AURKC.

Спектри муайянкардашудаи *in silico* фаъолнокии таргетӣ имконият медиҳад, ки тахмин ткарда шавад, ки ин модда қобилияти возеҳи таъсиррасонӣ ба намудҳои гуногуни протессҳои илтиҳобиро дорад.

Таъсирҳои асосии муқарраркардашуда ро ҳангоми таъсиррасонӣ ба биомишени зикршуда пайваст намуда, дар бораи он хулоса баровардан мумкин аст, ки пайвастагии TDP1 метавонад дорои фаъолнокии патофизиологӣ, махсусан аз протессҳои, ба монанди ба монанди гипоксия ва ангиогенез дар бофтаҳо бошад. Ҳамин тавр, натиҷаҳои таҳқиқоти мо самтҳои асосии тағйирӣ мавқеияти воситаҳои доругии «Бромметрин»-ро муайян карданд, ки айни замон ба сифати препаратҳои антибактериалии ветеринарӣ истифода мешавад.

Адабиёт

1. Васильев П.М. и др. Исследование зависимости между структурой хемотипов некоторых природных соединений и спектром их таргетных активностей, соотносимых с гипогликемическим действием // Журнал структурной химии. - 2019. - Т. 60. - №. 11. - С. 1901-1906. - https://doi.org/10.26902/JSC_id48260.
2. Khomenko T.M. et al. Antimicrobial activity of substituted benzopentathiepin-6-amines // The Journal of Antibiotics. - 2019. - Vol. 72. - No. 8. - P. 590-599. - <https://doi.org/10.1038/s41429-019-0191-y>.
3. Vassiliev P.M. et al. Consensus Ensemble Multitarget Neural Network Model of Anxiolytic Activity of Chemical Compounds and Its Use for Multitarget Pharmacophore Design // Pharmaceuticals. - 2023. - Vol. 16. - No. 5. - P. 731. - <https://doi.org/10.3390/ph16050731>.
4. Васильев П.М. и др. Иерархическая оценка структурного сходства фармакологически активных соединений // Химико-фармацевтический журнал. - 2020. - Т. 54. - № 10. - С. 37-41.
5. ChEMBL, 2017. - <https://www.ebi.ac.uk/chembl/>.
6. PubChem, 2017. - <https://pubchem.ncbi.nlm.nih.gov>.
7. BindingDB, 2017. - <https://www.bindingdb.org/>.



8. Graczyk P. P. Caspase Inhibitors as Anti-inflammatory and Antiapoptotic Agents // Progress in medicinal chemistry. - 2002. - Vol. 39. - P. 1-72. - [https://doi.org/10.1016/s0079-6468\(08\)70068-7](https://doi.org/10.1016/s0079-6468(08)70068-7).
9. Cai L. et al. Hyperglycemia-induced apoptosis in mouse myocardium: mitochondrial cytochrome C-mediated caspase-3 activation pathway // Diabetes. - 2002. - Vol. 51. - No. 6. - P. 1938-1948. - <https://doi.org/10.2337/diabetes.51.6.1938>.
10. Hotchkiss R. S. et al. Caspase inhibitors improve survival in sepsis: a critical role of the lymphocyte // Nature immunology. - 2000. - Vol. 1. - No. 6. - P. 496-501. - <https://doi.org/10.1038/82741>.
11. Pompl P. N. et al. Caspase gene expression in the brain as a function of the clinical progression of Alzheimer disease // Archives of neurology. - 2003. - Vol. 60. - No. 3. - P. 369-376. - <https://doi.org/10.1001/archneur.60.3.369>.
12. Zlotos D. P. et al. MT1 and MT2 melatonin receptors: ligands, models, oligomers, and therapeutic potential // Journal of medicinal chemistry. - 2014. - Vol. 57. - No. 8. - P. 3161-3185. - <https://doi.org/10.1021/jm401343c>.
13. Курышева Н. И. Ингибиторы карбоангидразы в лечении глаукомы. Обзор. Часть 1 // Офтальмология. - 2020. - Т. 17. - №. 3s. - С. 542-549. - <https://doi.org/10.18008/1816-5095-2020-3S-542-549>.
14. Жукова А. Г. и др. Гипоксией индуцируемый фактор (HIF): структура, функции и генетический полиморфизм. Обзор // Гигиена и санитария. - 2019. - Т. 98. - №. 7. - С. 723-728. - <http://doi.org/10.18821/0016-9900-2019-98-7-723-728>.
15. Новиков В. Е. и др. Перспективы применения ингибиторов фактора адаптации к гипоксии в медицинской практике // Обзоры по клинической фармакологии и лекарственной терапии. - 2015. - Т. 13. - №. 3. - С. 9-17.
16. Селиванова Е. К. и др. Негеномное действие тиреоидных гормонов: роль в регуляции сосудистой системы // Вестник Московского университета. Серия 16. Биология. - 2020. - Т. 75. - №. 4. - С. 226-236.
17. Park C. H. et al. Hepcidin, a urinary antimicrobial peptide synthesized in the liver // Journal of Biological Chemistry. - 2001. - Vol. 276. - No. 11. - P. 7806-7810. - <https://doi.org/10.1074/jbc.M008922200>
18. Mishra R. et al. PI3K inhibitors in cancer: clinical implications and adverse effects // International Journal of Molecular Sciences. - 2021. - Vol. 22. - No. 7. - P. 3464. - <https://doi.org/10.3390/ijms22073464>.
19. Sasai K. et al. Aurora C kinase is a Novel Chromosomal Passenger Protein that Can Complement Aurora B kinase Function in Mitotic Cells // Cell Motility and the Cytoskeleton. - 2004. - Vol. 59. - No 4. - С. 249-263. - <https://doi.org/10.1002/cm.20039>

**ПРОГНОЗ В СИСТЕМЕ MICROCOSM BIOS СПЕКТРА ТАРГЕТНОЙ
ФАРМАКОЛОГИЧЕСКОЙ АКТИВНОСТИ ЛЕКАРСТВЕННОГО СРЕДСТВА
«БРОММЕТРИН» И ВЫЯВЛЕНИЕ РЕЛЕВАНТНЫХ БИОМИШЕНЕЙ**

Гулмахмадзода З.Г.¹, Юсуфи С.Дж.¹, Озеров А.А.², Васильев П.М.², Голубева А.В.²

¹ Научно-исследовательский фармацевтический центр Министерства здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан; ² Научный центр инновационных лекарственных средств Волгоградского государственного медицинского университета.

Методами компьютерного прогноза теоретически обоснована возможность репозиционирования антибактериального ветеринарного препарата «Бромметрин». Показана высокая вероятность наличия у препарата «Бромметрин» выраженной противо-

воспалительной и антидепрессивной фармакологической активности.

Ключевые слова: «Бромметрин», тидазол, пиримидин, прогнозирование, фармакологическая активность



**FORECAST IN THE MICROCOSM BIOS SYSTEM OF THE SPECTRUM OF
TARGETED PHARMACOLOGICAL ACTIVITY OF THE DRUG “BROMMETRIN”
AND IDENTIFICATION OF RELEVANT BIOMARKERS**

**Zafar Gulmahmadzoda Yusufi Salomuddin Jabbor Ozerov Alexander Alexandrovich Vasilyev
Pavel Mikhailovich Golubeva Arina Vladimirovna**

The possibility of repositioning the antibacterial veterinary drug “Brommetrin” has been theoretically substantiated using computer forecasting methods. A high probability of the presence of pronounced anti-inflammatory and

antidepressant pharmacological activity in the drug “Brommetrin” has been demonstrated.

Keywords: “Brommetrin”, thiadiazole, pyrimidine, forecasting, pharmacological activity.

Зафар Гулмаҳмадзода.- Маркази илмию тадқиқоти фарматсевтии Вазорати тандурустӣ ва ҳифзи иҷтимоии аҳолии Ҷумҳурии Тоҷикистон, ходими калони илмӣ. 734064, Ҷумҳурии Тоҷикистон, ш. Душанбе, кӯчаи Муҳаммадиев, хонаи 16, хучраи 53. Телефон. 918-61-97-93; E-mail: zsangov@mail.ru

Юсуфӣ Саломуддини Ҷаббор.- Маркази илмию тадқиқоти фарматсевтии Вазорати тандурустӣ ва ҳифзи иҷтимоии аҳолии Ҷумҳурии Тоҷикистон. Академики АМИТ, доктори илмҳои фарматсевтӣ, профессор. Суроға: Тоҷикистон, ш. Душанбе, хиёбони Рӯдакӣ, 139, Тел. +992901002059, E-mail: salomudin@mail.ru

Озеров Александр Александрович.- Донишгоҳи давлатии тиббии Волгоград. Кафедраи химияи фарматсевтӣ ва токсикологӣ. Профессор. Суроға: 400066, Федератсияи Россия, Волгоград, к. Мир 26, кв. 58. Телефон: +7-960-889-3322. E-mail: prof_ozerov@yahoo.com

Василев Павел Михайлович.- Донишгоҳи давлатии тиббии Волгоград. Кафедраи фармакология ва биоинформатика. Профессор. Суроға: 40005, Федератсияи Россия, Волгоград, Ленин 56, 12. Телефон: +7-099-967-3404. E-mail: pvassiliev@mail.ru

Голубева Арина Владимировна.- Донишгоҳи давлатии тиббии Волгоград. Кафедраи фармакология ва биофарматсевтика. Аспирант. Суроға: 400033, Волгоград, к. Менжинский, 15, кв. 159. Телефон: +7-917-720-8271. E-mail: arina_arina_golubeva@mail.ru

Зафар Гулмаҳмадзода.- Научно-исследовательский фармацевтический центр Министерства здравоохранения и социальной защиты населения РТ. Старший научный сотрудник, 734064, Республика Таджикистан, г. Душанбе, ул. Мухаммадиева дом 16, кв 53, Телефон. 918-61-97-93; E-mail: zsangov@mail.ru

Юсуфи Саломуддин Джаббор.- Научно-исследовательский фармацевтический центр Министерства здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан. Академик НАНТ, доктор фармацевтических наук, профессор. Адрес: Таджикистан, г. Душанбе, пр. Рудаки 139, Тел.: +992901002059, E-mail: salomudin@mail.ru

Озеров Александр Александрович - Волгоградский государственный медицинский университет. Кафедра фармацевтической и токсикологической химии. Профессор. Адрес: 400066, Российская Федерация, Волгоград, ул. Мира, 26, кв. 58. Телефон: +7-960-889-3322. E-mail: prof_ozerov@yahoo.com

Васильев Павел Михайлович.- Волгоградский государственный медицинский университет. Кафедра фармакологии и биоинформатики. Профессор. Адрес: 40005, Российская Федерация, Волгоград, пр. Ленина, 56, кв. 12. Телефон: +7-099-967-3404. E-mail: pvassiliev@mail.ru

Голубева Арина Владимировна.- Волгоградский государственный медицинский университет. Кафедра фармакологии и биофармации. Аспирант. Адрес: 400033, Волгоград, ул. Менжинского, 15, кв. 159. Телефон: +7-917-720-8271. E-mail: arina_arina_golubeva@mail.ru

Zafar Gulmahmadzoda.- Research Pharmaceutical Center of the Ministry of Health and Social



Protection of the Population of the Republic of Tajikistan. Senior Researcher, 734064, Republic of Tajikistan, Dushanbe, Mukhammadiev st., h. 16, apt. 53, Phone. 918-61-97-93; E-mail: zsangov@mail.ru

Yusufi Salomuddin Jabbor -. Research Pharmaceutical Center of the Ministry of Health and Social Protection of the Population of the Republic of Tajikistan. Academician of NAST, Doctor of Pharmaceutical Sciences, Professor. Address: Tajikistan, Dushanbe, Rudaki Ave. 139, Tel.: +992901002059, E-mail: salomudin@mail.ru

Ozerov Alexander Alexandrovich-. Volgograd State Medical University. Department of Pharmaceutical and Toxicological Chemistry. Professor. 400066, Russian Federation, Volgograd, ul. Mira, 26, apt. 58. Phone: +7-960-889-3322. E-mail: prof_ozarov@yahoo.com

Vasilyev Pavel Mikhailovich-. Volgograd State Medical University. Department of Pharmacology and Bioinformatics. Professor. 40005, Russian Federation, Volgograd, pr. Lenina, 56, apt. 12. Phone: +7-099-967-3404. E-mail: pvassiliev@mail.ru

Golubeva Arina Vladimirovna-. Volgograd State Medical University. Department of Pharmacology and Biopharmaceutics. Graduate student. 400033, Volgograd, ul. Menzhinskogo, 15, apt. 159. Phone: +7-917-720-8271. E-mail: arina_arina_golubeva@mail.ru

МУҲТАВОИ ПАЙВАСТАГИҶОИ ФЕНОЛӢ ВА ФАЪОЛНОКИИ АНТИОКСИДАНТИИ НАМУДИ ЭНДЕМИКИИ РАСТАНИҶОИ ЧИНСИ *FERULA - FERULAVIOLACEAE* EKOROVIN

Мавлоназарова С.Н.

Кафедраи фармакогнозия ва ташкили иқтисоди фарматсевтӣ,
МДТ «ДДТТ ба номи Абуалӣ ибни Сино»

Мубрамияти таҳқиқот. Чустучӯ ва таҳқиқи сарчашмаҳои бехатару ояндадори табиӣ пайвастагиҳо, ки дорои фаъолнокии антиоксидантӣ (ФАО) ҳастанд, хеле мубрам маҳсуб мешавад. Вайрон шудани муҳофизати фаъолнокии антиоксидантӣ организм, ки таҳти таъсири омилҳои номатлуби экзогенӣ ва эндогенӣ ба амал меоянд, дар патогенези бемориҳои дилу рағҳо, бемориҳои онкологӣ, нейродегенеративӣ, эндокринӣ ва дигар бемориҳои одамон нақши бузург дорад [1, 2, 3]. Бояд зикр кард, ки дар даҳсолаҳои охир муносибати мутахассисони соҳаи фарматсия ва тиб нисбат ба растаниҳо ба кулӣ тағйир ёфтааст. Муқаррар карда шудааст, ки растаниҳои шифоӣ муҳимтарин сарчашмаи воридшавии моддаҳои фаъоли биологӣ (МФБ) барои организми одам ба шумор мераванд [4].

Растаниҳои шифоӣ дорои миқдори фаровони пайвастагиҳои химиявӣ ҳастанд, ба организми одамон таъсири гуногун ва биосёрчониба мерасонанд. Дар ин маврид, таҳ-

ти таваҷҷуҳи махсуси мутахассисон он растаниҳое, қарор гирифтаанд, ки пайвастагиҳои фенолӣ ва полифенолӣ доранд, аз хамин сабаб барои тиб, ҳамчун сарчашмаи растаниҳои шифоӣ дорои спектри васеи таъсир аҳамияти бузург доранд. Бештари пайвастагиҳои фенолӣ, ки дар растаниҳои шифоӣ мавҷуд ҳастанд, боиси пайдо шудани таъсири антиоксиданӣ, зиддиилтиҳобӣ, зиддимикробӣ, зиддивирӯсӣ, спазмолитикӣ ва нейропротекторӣ онҳо мегарданд [5, 6].

Ба хосиятҳои бартаридоштаи бисёр пайвастагиҳои полифенолӣ қобилияти иштирок кардани онҳо дар ақсуламалҳои протсессҳои оксидкунанда - барқароркунандаи нейтрализатсияи шаклҳои фаъоли оксигенро дохил мекунанд. Маълумотҳо дар бораи полифенолҳои дорои таъсири антимулагенӣ ва антикансерогенӣ диққатро ҷалб мекунанд. Исбот карда шудааст, ки ҳангоми таҷзияи радиатсионии ДНК пайвастагиҳои полифенолӣ қобилияти манъ кардани ин протсессро доранд. Онҳо ҳамчунин дорои



қобилияти маҳдуд кардани пайвастагии шаклҳои фаъоли мутагенро бо ДНК ҳастанд, аксуламалҳои озоди радикалиро суст мекунанд, метавонанд, ки ба сифати антагонистҳои промоторҳои омосҳо баромад кунанд. Бисёр пайвастагии феноли растанигӣ ба сифати иловаҳои ғизоӣ истифода мешаванд, чунки хӯрокро бомазза мекунанд ва дар саноати хӯроқворӣ ба таври васеъ ба кор бурда мешаванд [7]. Дар байни рустаниҳои шифоие, ки дар Тоҷикистон мерӯянд, аҳамияти бештари тиббиро намоёндагонит чинси *Ferula* касб кардаанд, ки зиёда аз 39 намуд доранд. Намудҳои ферула дорои рангорангии васеи фармакогнозӣ ҳастанд. Таъсири таъбобатии намудҳои гуногуни ин растанӣ аз он вобаста аст, ки дар онҳо миқдори зиёди рағани эфир, кислотаи феруловӣ, асарезен, фарнезиферол, сесквитерпен, асафетид, кумарин ва дигар компонентҳо мавҷуданд [8].

Дар тибби мардумӣ бо мақсади таъбобат реша ва лӯндаи онро дар шакли хушк ва тару тоза, қиём ва обҷӯш истифода мекунанд. Феруларо ҳангоми диспепсия, диабет қанд, невроз, ревматизм, астмаи бронхиялӣ, ҳамчун доруи зиддиалтиҳобӣ асноӣ

пневмония, сили шушҳо, бемориҳои чигар ва гурдаҳо, сифилис, атеросклерози серебрялӣ, ҳамчунин таъбобати номияҳои бадсифат ба кор мебаранд. Дорои таъсири зиддиалтиҳобӣ ва талхаронӣ мебошад [9].

Аз 39 намуди чинси *Ferula*, ки дар ҳудуди ҷумҳурии мо мерӯянд, бештар *F.tajikorum* омӯхта шудааст. Намудҳои боқимонда, аз ҷумла ҳамаи 6 намуди эндемикҳо, наомӯхта боқӣ мондаанд, яъне оид ба ҳосиятҳои фармакогнозӣ, фитиохимиявӣ ва дигар хусусиятҳои онҳо маълумот дар даст надорем.

Мақсади таҳқиқот. Омӯхтани муҳтавои умумии ҳосиятҳои полифенолҳо ва ҳосиятҳои антиоксидантии маводе, ки аз реша ва тухми растании намуди *F.violacea* ҳосил мекунанд.

Мавод ва усулҳои таҳқиқот. Объекти таҳқиқот намуди эндемикии ферула – *F.violacea* мебошад. Барои ҳосил кардани экстракт аз усули дар лабораторияи «Рустаниҳо ва солимии одамон» -и Донишгоҳи Ратгерс (ИМА) таҳияшуда истифода намудем [10].

Натиҷаҳои таҳқиқот. Тавассути таҳқиқот муқаррар карда шуд, ки муҳтавои умумии полифенолҳо аз усули ҳосил кардани экстракт вобаста аст (ҷадвали 1).

Ҷадвали 1.- Муҳтавои полифенолҳои умумӣ ва ФАО маводҳое, ки аз реша ва тухми *Ferulavioleacea* Кор. ҳосил мекунанд.

Намуди растанӣ	Маводи таҳқиқот	Қисми растанӣ	Концентрацияи полифенолҳо (Смг/Л)	ФАО (ммол/г)
<i>F. violaciae</i>	70% экстракт спиртӣ	реша	1640.00	62.68
<i>F. violaciae</i>	шарбат ё фишурда	реша	2853.33	36.62
<i>F. violaciae</i>	70% экстракт спиртӣ	тухм	1200.00	56.34
<i>F. violaciae</i>	шарбат ё фишурда	тухм	1653.33	83.80

Тавре ки дар ҷадвал оварда шудааст, муҳтавои бештари пайвастагии фенолӣ дар шарбати холис ё афшурдаи *F.violacea*, ба назар расид, ки дар ин ҷо консентратсияи онҳо 2853,33 Смг/Л-ро ташкил дод, ин аз ҳамин хел маводе, ки аз тухми он ҳосил карда шудааст, хеле баланд - 1653.33 Смг/Л аст. Он чиз диққатҷалбкунанда аст, ки муҳтавои пайвастагии феноли аз ҳарду узв, яъне реша ва тухм ба даст овардашуда (мутаносибан 2853,33Смг/Л ва 1653.33Смг/Л) нисбатан дар афшурдаҳо зиёданд, назар ба экстрактҳои спиртӣ (мутаносибан 1640,00Смг/Л ва 1200,56 Смг/Л).

Натиҷаҳои омӯзиши фаъолнокии ФАО дар маводҳои таҳқиқотӣ аҳамияти бузург дорад, ки ин аз савҷуд набудани коррелятсияи муҳимми байни муҳтавои онҳо дар маводи аз қисмҳои болоизаминӣ ва зеризаминии растанӣ гирифташуда вобаста аст. Ҳамин тартиб, экстракти аз решаи *F. violaciae*, бо истифода аз спирти этилии 70%, ки дорои консентратсияи каме пасти пайвастагии фенолӣ мебошад (1640.00Смг/Л), тақрибан 2 маротиба бештар АОА (62.68ммол/г) дорад, назар ба шарбати холис ё афшурдаи реша (36.62 ммол/г), ки бо доштани миқдори зиёди полифенолҳои



умумӣ фарқ мекунад (2853.33Cmg/L). Дар айни замон, экстракти спиртӣ аз тухми растанӣ ҳангоми консентратсияи пасти полифенолҳои умумӣ (1200.00Cmg/L) ФАО-и хеле пастро нишон дод (62.68 ммол/г), назар ба шарбати холис ё афшурда (83.80ммол/г), ки барои онҳо доштани миқдори зиёди пайвастагиҳои фенолӣ хос аст (1653.33Cmg/L). Ба андешаи мо, аз як тараф ин гувоҳи он аст, ки пайвастагиҳои фенолии на ҳама узвҳои растанӣ дар ФАО-и умумӣ нақши калидӣ доранд, ки аз ин хусус муҳаққиқони дигар низ ьмаълумот додаанд. Аз тарафи дигар, истисно нест, ки ФАО-и қисмҳои болоизаминӣ ва зеризаминии рас-

танӣ, аз ҷумла *F. violacea* сбо консистенсияи маводи таҳқиқшуда ё экстрагенти истифодашуда алоқаманд аст.

Хулоса. Муҳтавои полифенолҳои умумӣ ва ФАО дар узвҳои гуногуни *F. violacea* Кор. хеле фарқ мекунад. Муҳтавои назар ба тухмҳои ҳамин намуди ферула нисбатан зиёди пайвастагиҳои фенолӣ дар шарбат ё афшурда, ки аз реша гирифта шудаанд, ба мушоҳида мерасад. Маводе, ки аз қисмҳои болоизаминӣ ва зеризаминии растанӣ ҳосил карда шудааст, дараҷаҳои гуногуни ФАО-ро нишон медиҳад, ки инро ҳангоми коркарди иловаҳои фаъоли биологӣ ё препаратҳои доругӣ ба ҳисоб гирифтани лозим аст.

Адабиёт

1. Азатян С. Г., Мажитова М. В. Прикаспийский вестник медицины и фармации. 2022. Т. 3, № 1. С. 6–14.
2. Сайрамов Ф.Б. Международный научный журнал №5 (100), часть 2 «Научный импульс» Декабрь, 2022, С.1048-1055
3. Эндемичные лекарственные растения флоры Туркменистана, применяемые при сахарном диабете / Д. Т. Атаева, Б. К. Шайымов, М. Б. Бекиева [и др.]. — Текст : непосредственный // Молодой ученый. — 2023. — № 8 (455). — С. 81-85
4. Asyakina L., Ivanova S., Prosekov A., Dyshlyuk L., Chupakhin E., Ulrikh E., Babich O., Sukhikh S. Determination of the qualitative composition of biologically active substances of extracts of in vitro callus, cell suspension, and root cultures of the medicinal plant *Rhaponticum carthamoides*. Appl. Sci. 2021;11:2555. doi: 10.3390/app11062555
5. Dawurung CJ, Jurbe GG, Usman JG, Elisha IL, Lombin LH, Pyne SG. Antidiarrheal activity of some selected Nigerian plants used in traditional medicine. PhcogRes. 2019;11(4):371–7. <https://doi.org/10.4103/pr.pr.43.19>.
6. Barbosa F, Hlashwayo D, Sevasyanov V, Chichava V, Mataveia A, Boane E, et al. Medicinal plants sold for the treatment bacterial and parasitic disease in humans in Maputo city markets, Mozambique. BMC Complement Alternat Med. 2020;19:1–13.
7. Samir, N., Цзеркан, D., Данэюман-Калэндемиртае, F. et al. Synthesis and Anticancerogenic Effect of New Generation Ruthenium-Based Nanoparticle from *Homalothecium sericeum* with Eco-Friendly Method. J Pharm Innov (2023). <https://doi.org/10.1007/s12247-023-09725-6>
8. Sonigra P and Meena M (2021) Metabolic Profile, Bioactivities, and Variations in the Chemical Constituents of Essential Oils of the *Ferula* Genus (Apiaceae). Front. Pharmacol. 11:608649. doi: 10.3389/fphar.2020.608649
9. Зубайдова Т.М., Джамшедов Дж.Н., Ходжиматов М., Назаров М.Н., Исупов С.Д., Загребельный И.А., Самандаров Н.Ю., Сухробов П.Ш. Применение ферулы вонючей в древнетрадиционной и народной медицине - Вестник Таджикского Национального Университета. Серия Естественных Наук 2013, 1-2, 205-213
10. Raskin I, Ribnicky DM, Komarnytsky S, Ilic N, Poulev A, Borisjuk N, et al. Plants and human health in the twenty-first century. TRENDS in Biotechnology. 2002;20(12):522-31



СОДЕРЖАНИЕ ФЕНОЛЬНЫХ СОЕДИНЕНИЙ И АНТИОКСИДАНТНАЯ АКТИВНОСТЬ ЭНДЕМИЧНОГО ВИДА РАСТЕНИЙ РОДА *FERULA* - *FERULA VIOLACEAE* KOROVIN

Мавлоназарова С.Н.

Кафедра фармакогнозии и организации экономики фармации,
ГОУ «ТГМУ им. Абуалиибни Сино»

Изучено содержание суммарных полифенолов и антиоксидантная активность материалов (чистый сок или спиртовой экстракт), полученных из корня и семян эндемичного вида ферулы - *F. violacea*. Установлено, что концентрация фенольных соединений и АОА в этих органах (частях) этого

вида растений варьирует в больших диапазонах. Материалы, полученные из надземных и подземных частей данного растения проявляют различную степень АОА, что необходимо учитывать при разработке биологически активных добавок или лекарственных препаратов.

CONTENT OF PHENOLIC COMPOUNDS AND ANTIOXIDANT ACTIVITY OF AN ENDEMIC PLANT SPECIES OF THE GENUS *FERULA* - *FERULA VIOLACEAE* KOROVIN

S. N. Mavlonazarova

Department of Pharmacognosy and Organization of Pharmacy Economics, State Educational Institution "ATSMU"

The content of total polyphenols and the antioxidant activity of materials (pure juice or alcohol extract) obtained from the roots and seeds of the endemic species of ferula - *F. violacea* were studied. It has been established that the concentration of phenolic compounds and

AOA in these organs (parts) of this plant species varies over wide ranges. Materials obtained from above-ground and underground parts of this plant exhibit varying degrees of AOA, which must be taken into account when developing dietary supplements or drug.

С.Н. Мавлоназарова – аспирант кафедры фармакогнозия ва ташкили иқтияоди фармация, МДТ «ДДТТ ба номи Абуалӣ ибни Сино».

С.Н. Мавлоназарова- аспирант кафедры фармакогнозии и организации экономики фармации, ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино»

S. N. Mavlonazarova -post- student of the Department of Pharmacognosy and Organization of Medical Pharmacy, State Educational Institution "ATSMU"



ҚАРРОҲӢ

БЕМОРИҲОИ ҲАМРОҲШУДА ДАР БЕМОРОНИ ДОРОИ СИРРОЗИ ЧИГАР

Гулшанова С.Ф.^{1,2}, Исмоилов С.С.^{1,2}, Гулов М.Қ.^{1,2}, Мирғозиев М.М.¹.

¹Маркази миллии илмӣ трансплантатсияи узвҳо ва бофтаҳои одам ВТ ва ҲИА ҚТ;

²Кафедраи ҷарроҳии инноватсионӣ ва трансплантологияи

МДТ “ДДТТ ба номи Абуалӣ ибни Сино”.

Муҳиммият. Бемориҳои ҳамроҳшуда дар муқоиса аз аксари нишондиҳандаҳои лабораторӣ ва клиникӣ, ки ҳолати беморро нисбат ба порчаи замони начандон зиёд инъикос меёбад, вазнинии клиникӣ ва пешгрии табобатро дар дурнамои табобат муайян мекунад. Дар як бемор якҷоя шудани ду ё зиёда бемории музмин, ки аз ҷиҳати этиопатогенетикӣ байни якдигар робитаи мутақобила доранд ё аз ҷиҳати замон новобаста аз фаъолнокии ҳар кадоми онҳо пайдо мешаванд, коморбидӣ номида мешавад, ҳамчунин дар дар адабиёти илмӣ истилоҳи мултиморбидӣ низ истифода карда мешавад. Статуси коморбидӣ ҳангоми бемориҳои музмини чигар тибқи маълумоти анатомӣ Jerspen P. ва ҳаммуаллифон тақрибан 40%-ро ташкил медиҳанд, 12,7% -диабети қанд, решмарази роҳҳои ҳозима-12,2%, бемориҳои роҳҳои нафаскашӣ-7,3%, бемориҳои кардиоваскулярӣ тақрибан 7%, бемориҳои онкологӣ 6,7%-ро ташкил медиҳанд [1]. Қайд карда шудааст, ки беморони гирифтори сиррози чигар дорои хатари баланди пайдошавии ихтилолҳои метаболикӣ, оризаҳо, ШМБ зиёда аз 30 омили мустақили хатари декомпенсатсияи СҶ ба ҳисоб мераванд [2]. Тибқи маълумотҳои таҳқиқоти илмӣ ҳангоми сиррози алкоғолии чигар дар ИМА диабет қанд дар 11,7% ҳолат ба мушоҳида мерасанд [3]. Дар сарчашмаҳои илмӣ хатари баланди фаврӣ дар беморони дорои диабет қанд дар якҷоягӣ бо СҶ дар муқоиса бо беморони дорои ДҚ будуни бемориҳои чигар хеле баланд аст [4,5]. Ҳамин тавр, бемориҳои ҳамроҳшуда дар беморони дорои сиррози чигар сершумор ва гуногун мебошанд ва пешгрии якдигарро бадтар месозанд, онҳо ба пайдошавии оризаҳо ва натиҷаи беморӣ таъсир мерасонанд.

Мавод ва усулҳои таҳқиқот: Таҳқиқоти

дар асоси таҳқиқот ва табобат 120 (100%) ретсипиентҳо то ва пас аз трансплантатсияи чигар аз донори зинда асос ёфтааст, ки дар шуъбаи гипертензияи порталӣ ва муоинаи диспансерии ННҚТОИТҚ ВТ ва ҲИАҚТ қарор доштанд.

Нишондиҳандаи синнусолии беморон аз 15 то 67 солро (медiana 44 сол) ташкил медиҳад. Ҳама номзадҳои потенсиалӣ ба ТП аз таҳқиқоти пурраи бисёрсоҳа барои муайян кардани бемориҳои ҳамроҳӣ гузаронида шудаанд. Дар номзадҳои порчаи трансплантатсияи чигар дар асоси шикоят анамнез, антропометрия, фибросканеркунии чигар, сонографияи ултрасадоӣ бо доплерометрия, томографияи гелии магнитӣ-резонансӣ, МСКТ чигар бо қувватбахшии дохиливаридӣ бо таҳқиқоти шарёнӣ, фазаи варидӣ ва портография, HLA-типӣ сохтан ва cross-match таҳқиқот, ПСР ва таҳқиқоти серологияи соҳаи вирусология, таҳқиқоти умумиклиникӣ, таҳқиқоти муҳтавои моеи астситикии девораи вариди ҷавфи батнӣ ва вариди порталӣ таҳқиқ карда шуданд. УЗДГ таҳқиқот бо дастгоҳи GE Voluson S8 истеҳсоли GEHealthcare-и ИМА гузаронида шуд. Усулҳои таҳқиқоти лабораторӣ дар дастгоҳи Abbot-Architest (ИМА) таҳлил карда шуд. Қарори ниҳой дар бораи барпайхати беморони дорои бемории ҳамроҳшуда пас аз консилиуми қатъии бисёрсоҳаи мутахассисон қабул карда мешавад.

Натиҷаҳо ва баррасии онҳо. Баҳодихӣ ба системаи дитлу рағҳо дар протсессии таҳқиқот мавқеи асосиро ишғол мекунад. Усули идеалии баҳо додан ба функцияи он аст. Барои истисно кардани бемориҳои ҳамроҳшудаи дилу рағҳо дар ҳамаи беморони ТП ЭКГ ва Эхо ЭКГ гузаронида шуд. Ба беморони дилрои якҷанд омили хатари бемориҳои дилу рағҳо ки синну солашон аз 50-сола боло

Ҷадвали 1. Сохтори бемориҳои ҳамроҳшуда бо бемориҳои пахнэфтаи музмини чигар дар солҳои 2012-2022.

Ташхис	Беморон 120%				
	Миқдори мутлақ	Басомад %	<18	19-44	45-65
Диабети қанд типии II	6	5		2	4
Фишорбаландии шарёӣ	12	10		3	9
Стенокардия	9	7,5		3	6
Фишорпасти (гипотензия)	45	37,5	12	25	8
Осеби рағҳои периферӣ	14	11,7	1	9	4
Камхунӣ	58	48,3	18	25	15
Пневмония	28	23,3	6	14	8
Патологияи ғадуди сипаршакл					
Ҷоғари пахнэфтаи токсикӣ	23	19%	13	8	2
Ҷоғари гирехӣ	8	6,7	2	4	2
Ҷоғари кистозӣ	4	3,3	1	2	1
Гастрити музмин	88	73,3	8	40	32
Реши меъда ва ё рӯдаи 12-ангушти	24	20	1	15	8
Панкреатити музмин	75	62,5	4	33	38
Патологияи роғҳои талхарон	15	12,5	6	4	5
Пиелонефрити музмин	25	21	8	7	10
Поликистози гурдаҳо	3	2,5	-	1	2
Бемории санги пешоб	11	9,2	2	5	4
Остеопороз	19	16	3	9	7
Эндометрити музмин	21	17,5	-	12	9

намунаи дилу шушҳо бо сарбории ҷисмонӣ гузаронида шуд, бо мақсади муайян кардани БИД-и бесимптом. Дар беморони дорои сиррози чигар таҳаммулпазирӣ ҳангоми иҷрои машқҳо ба таври назаррас паст аст, зиёд шудани партоби дил дар 14 (11,7%) бемор дида шуд. Стресс-тести фармакологии машварат бо хулосаи кардиолог ва муоинаи минбаъда гузаронида шуд. Дар бештари мавридҳо гипотензияи шарёӣ дар 45 (37,5%) бемор, стенокардия 9 (7,5%), норасоии дил дар 8 (6,7%), гипертензияи шарёӣ дар 12 (10%) ва осеби рағҳои периферӣ дар 14 (11,7%) ретсипиентҳо ташхис карда шуд.

Барои баҳо додан ба ҳолати системаи нафаскашӣ дар ҳамаи ретсипиентҳо таҳқиқоти функсияи нафаскашии беруни ва рентгенографияи қаафаси си на гузаронида шуд. Синдроми гепатопулмоналӣ дар 12 (10%)-и беморони дорои сиррози чигар муайян карда дшуд ва барои он васеъ шудани рағҳои дохили шуш махсусан дар қисмҳои поёнии шушҳо хос аст. Ҳангоми гипоксемия зарурат ба оксигенотерапия дар 5 (4,1%) бемор ба амал омад. Ташхиси барвақт ва таъбиқот бо препаратҳои васеъкунандаи рағҳои шуш ва машварати пульмонолог талаб

карда шуд. Азбаски баъди ТП гшӯшҳо маҳкам мешаванд, ин усул ягона усули радикалии таъбиқот ба ҳисоб меравад. Синдроми гепатореналӣ дар 6 (5%) ретсипиент ташхис карда шуд. Бемориҳои ҳамроҳшудаи гурда дар шакли пиелонефрит дар 25 (21%), бемориҳои санги пешоб 11 (9,1%), поликистози гурдаҳо дар 3 (2,5%) –и беморони таҳқиқ кардаи мо ба мушоҳида расид.

Эндометрити музмин дар ретсипиентҳо (занҳо) 21 (17,5%) бо усули таҳқиқоти ултрасадоӣ ташхис карда, бо таҳқиқотҳои микроскопи бактериологӣ аз ифрозоти канали сервикалӣ ва маҳбал тасдиқ шуд. Сиррози чигари ба ғизо алоқаманд дар 60% беморони дорои марҳалаи терминалии осеби чигар дида шуд. Хатари нисбатан баланди оқибати бад дар беморони дорои ИМБ<18,5 кг/м² - дар 50 (41,7%) мавҷуд аст. Ҳангоми марҳалаи терминалии осеби чигар барои баҳо додан ба ҳолати умумӣ ва статуси ғизоӣ таҳқиқотҳои иловагӣ ниҳоят лозиманд, онҳо имконият медиҳанд, ки нишондиҳандаҳои махсуси статуси ғизо ҳангоми сирроз таҳия карда шавад. Ислоҳ кардани ғизо пеш аз ТП кори осон нест, зеро дар беморон интихобю кардани парҳез хеле мурак-



каб аст. Беморони дорои ШМБе³⁰ кг/м², 18 (15%) дар муқоиса бо беморони дорои массаи муътадили бадан – 52 (43,3%) аст.

Диабети қанди навъи 2 дар 6 (5%) ретсипиентҳо пеш аз ТП тибқи сатҳи гемоглобини гликолизшуда, қанди хун дар меъдаи холӣ, инсулин дар хун, С-пептид ва дисмепротендемия мувофиқи сатҳи холестерин, ЛПВН, ЛПНП, ЛПОНП муайян карда шуд, бо онҳо эндокринолог машварат кард. Азбаски Тоҷикистон минтақаи эпидемикии бемориҳои ғадуди сипаршакл аст, дар байни 120 ретсипиент: ҷоғари паҳншуда дар 23 (19%), ҷоғари гиреҳӣ дар 8 (6,7%), ҷоғари кистозӣ дар 4 (3,3%) муайян карда шуд. Беморон таҳти муолиҷа ва муоинаи диспансерии кардиолог қарор доштанд.

Остеопороз дар беморони дорои сиррози ҷигар махсусан ҳангоми холестази музмин дар 19 (16%) бемор ошкор карда шуд. Денситометрияи устухонҳо имконият дод, ки осеби устухонҳо баҳогузорӣ карда шавад, ки дар беморони дорои сиррози ҷигар зан 10,8 % (n=13), ҷинси мард 5% (n=6) ва дорои ШМБ паст ва дар байни ретсипиентҳои сигоркаш ташхис карда шуд.

Беморони дорои сиррози ҷигар нисбат ба сироятҳо осебпазиранд, онҳо метавонанд, ки боиси пайдо шудани оризаҳои сироятӣ гарданд. Ҳангоми мурочиат намудани беморон ба марказ ба ҳамаи ретсипиентҳо ва донорҳои потенциали скрининги антитело бар зидди ВИЧ-1 ва ВИЧ-2 маркерҳои серологии HBV, HCV, HDV антитела ва вирусҳои гепатити А (HAV), RW, ситомегаловирус (CMV) ва рентгенографияи қафаси сина гузаронида шуд. Таҳқиқот скрининги *Mycobacterium tuberculosis* (анамнез + намунаи Манту), вирусҳои Эпштейн-Бар (EBV), вирусҳои герпеси одӣ - навъҳои 1 ва 2, кишти пешоб, таҳлили пасафкан, молишаки спрехи бинӣ, муоинаи стоматолог ва гинекологро дар бар мегирад. Вобаста аз пандемия аз оғози соли 2021 дар ҳамаи ҷуфтҳо, ки барои ТП омода карда мешаванд, ПТСР-ташхиси вирусҳои SARS- KOV-19 гузаронида мешавад. Ҳангоми таҳқиқ кардани донорҳо ва ретсипиентҳо аз усулҳои муосири молекуляриву генетикии ташхиси *Cone Xpert*/

RIF, технологияҳои пешрафтаи ташхиси бемории сил истифода шудааст. Рентгенографияи қафаси сина бо мақсади қатъиян истисно кардан ё ошкор намудани бемории сил ҳамчунин тағйиротҳои постковидӣ дар шушҳо гузаронида мешавад. Пневмония сабаби муҳими сироят дар беморони дорои сирроз аст (дар 28/23,3%) бемор муайян карда шуд. Дар байни ретсипиентҳои дорои осебҳои музмини ҷигар аксар вақт осебҳои занбуруғии шушҳо, рпдаҳо, кандидемия муайян карда мешавад. Пеш аз ТП ҳатман скрининг барои сироятҳои бактериалӣ, вирусӣ ва занбуруғ гузаронида мешавад. Мавҷуд будани сирояти фаъол барои ТП зиддинишондод мебошад. Замони профилактикаро СМК – статуси донор ё ретсипиент муайян мекунад. Профилактикаи зиддивирӯсӣ ва таъбиқот бо препаратҳои Валсит ва Симевен гузаронида мешавад.

Ретсипиентҳо ва донорҳо вобаста аз бемориҳои рпҳӣ таҳқиқ мекунад, аз машварати психиатр мегузаронанд. Ҳангоми зарурати энсефалопатияи ҷигар тести невропсихологӣ, ТМП-и майнаи сар, электроэнсефалография имконият медиҳад, ки баргаштпазирии ҳолати невропсихикӣ муайян карда шавад. Анемия дар беморони дорои сиррози ҷигар дар натиҷаи спленомегалия, гиперспленизм ва панситопения дар 58 (48,3%) бемор муайян карда шуд. Анемияи вазнин пас аз хунравӣ аз варидҳои варикозии васеъшудаи сурхрпда дар 25 ретсипиент ташхис карда шуд. Гемоглобин аз 79 г/л дар 21% беморон паст буд.

Бемориҳои роҳи ҳозима дар бештари беморон - 104 (87%) муайян карда шуд. Дар ретсипиентҳо ФЭГДС гузаронида шуд, ҳамчунин варидҳои варикозии васеъшудаи сурхрпда ва меъда бо хунравӣ дар 25 (21%) бемор, бидуни хунравӣ дар 56 (47%) бемор, ё пас аз бастании эндоскопӣ дар 12 (10%), гастрити музмин дар 88 (73,3%), решмарази меъда ва ё рпдаи 12-ангуштӣ дар 24 (20%) бемор ташхис гардид. Бемориҳои роҳҳои талхарон дар 15 (12,5%) ва панкреатити музмин дар 75 (62,5%) бемор ҳангоми таҳқиқоти ултрасадоӣ ва тибқи маълумотҳои лабораторӣ муайян карда шуданд.



Хулоса. Вазнинии ниҳоят зиёди соматикӣ беморони гирифтори сиррози чигарро қайд кардан лозим аст. Зиёда аз 70% беморони гирифтори СҶ бемориҳои гуногуни хамроҳшуда доранд. Микдори онҳо аз эти-

ологияи СҶ вобаста нест, аммо бо гузашти солҳо зиёд мешавад. Дар беморони дорои СҶ мавҷуд будани бемориҳои хамроҳшуда хатари маргро дар давоми 3 сол новобаста аз оризаҳои СҶ зиёд мекунад.

Адабиёт

1. Jepsen P., Vilstrup H., Lash T.L. Development and validation of a comorbidity scoring system for patients with cirrhosis. // *Gastroenterology*. 2014. - № 146. - С. 147–156.
2. Berzigotti A., Albillos A., Villanueva C., Genesca J., Ardevol A., Augustin S., et al. Effects of an intensive lifestyle intervention program on portal hypertension in patients with cirrhosis and obesity: The SportDiet study. // *Hepatology*. -2017. -V.65,№ 4. -С. 1293–1305.
3. Nguyen T.A., De Shazo J.P., Thacker L.R., Puri P., Sanyal A.J. The Worsening Profile of Alcoholic Hepatitis in the United States. // *Alcohol Clin Exp Res*. - 2016. -V. 40, № 6. -С.1295–1303.
4. Trombetta M., Spiazzi G., Zoppini G., Muggeo M. Review article: type 2 diabetes and chronic liver disease in the Verona diabetes study. // *Aliment Pharmacol Ther*. -2005. -V.22, № 2. -С. 24–7.
5. Wlazlo N., van Greevenbroek M.M, Curvers J., Schoon E.J., Friederich P., Twisk J.W. et al. Diabetes mellitus at the time of diagnosis of cirrhosis is associated with higher incidence of spontaneous bacterial peritonitis, but not with increased mortality. // *Clin Sci (Lond)*. -2013. - V. 125. -С. 341-348.

СОПУТСТВУЮЩИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ У БОЛЬНЫХ ЦИРРОЗОМ ПЕЧЕНИ

Гулшанова С.Ф.^{1,2}, Исмоилов С.С.^{1,2}, Гулов М.К.^{1,2}, Миргозиев М.М.¹.

¹Национальный научный центр трансплантации органов и тканей человека МЗиСЗН РТ; ²Кафедра инновационной хирургии и трансплантологии ТГМУ имени Абуалиибни Сино

Цель: улучшения результатов трансплантации печени путем профилактики и лечения пострасплантационных осложнений, связанных с сопутствующими заболеваниями.

Методы: Все потенциальные кандидаты на ТП прошли полное многопрофильное обследование для исключения сопутствующих заболеваний. Тенденция к увеличению кандидатов на трансплантацию связана с улучшением диагностики, и с изменением эпидемиологии поражения печени. Окончательное решение о включении в список пациентов с сопутствующими заболеваниями должно приниматься после тщательного многопрофильного консилиума специалистов.

Результаты: У больных с сопутствующими заболеваниями циррозом печени для улучшения результата трансплантации печени требует обратить особое внимание на необходимость тщательного комплексного

обследования. Таким образом, всем кандидатам на трансплантацию печени было проведено лабораторные и инструментальные обследования, предписанные в протоколе по трансплантации печени от живых родственных доноров. Также в зависимости от сопутствующего заболевания проводились дополнительные обследования, осмотр и консультация специалиста по данному направлению.

Выводы: Следует, отметить значительную соматическую отягощенность пациентов с циррозом печени. Высокая частота сопутствующей патологии и её большое прогностическое значение требуют обратить внимание на необходимость тщательного комплексного обследования, профилактики и лечения различной патологии внутренних органов.

Ключевые слова: сопутствующие заболевания; цирроз печени.



CONCOMITANT DISEASES IN PATIENTS CIRRHOSIS OF THE LIVER

Gulshanova S.F.^{1,2}, Ismoilov S.S.^{1,2}, Gulov M.Q.^{1,2}, Mirgozиеv M.M.¹

¹National Scientific Center for Transplantation of Human Organs and Tissues, Ministry of Health and Social Protection of the Republic of Tajikistan, ²Department of Innovative Surgery and Transplantation, ATSMU named by Abuali ibn Sino

Objective: Improving the results of liver transplantation by preventing and treating post-transplant complications associated with concomitant diseases.

Methods: All potential candidates for LT underwent a complete multidisciplinary examination to exclude concomitant diseases. The trend towards an increase in candidates for transplantation is associated with improved diagnosis and changes in the epidemiology of liver damage. The final decision to include patients with concomitant diseases should be made after a thorough multidisciplinary consultation of specialists.

Results: In patients with concomitant diseases with liver cirrhosis, in order to improve the outcome of liver transplantation, special attention must be paid to the need for a

thorough comprehensive examination. Thus, all candidates for liver transplantation underwent laboratory and instrumental examinations prescribed in the protocol for liver transplantation from living related donors. Also, depending on the concomitant disease, additional checkup, examination and consultation with a specialist in this area were carried out.

Conclusions: It should be noted that there is a significant somatic burden in patients with liver cirrhosis. The high frequency of concomitant pathology and its great prognostic significance require attention to the need for a thorough comprehensive examination, prevention and treatment of various pathologies of internal organs.

Key words: concomitant diseases; liver cirrhosis.

Гулшанова Ситорабону Фарходовна – н.и.т., кафедраи ҷарроҳии инноватсионӣ ва трансплантологияи МДТ «ДДТТ ба номи Абуали ибни Сино», табиби ҷарроҳ – Тел. 985 16 05 84; e-mail: sitorabonu2011@yandex.ru.

Исмоилзода Саймаҳмуд Саидахмад – директори д.и.т., профессори МД «Маркази миллии илмӣи трансплантатсияи узвҳо ва бофтаҳои одам» ВТ ва ҶИА ҚТ, сартрансплантолог ҚТ; Тел. 918 66 04 80.

Гулзода Маҳмадшоҳ Курбоналӣ - д.и.т., профессори кафедраи ҷарроҳии умумии №1-и МДТ «ДДТТ ба номи Абуали ибни Сино».

Мирғозиев Маҳмадшариф - мудири шуъбаи трансплантатсияи ҷигар ва гипертензияи порталӣи ММИТҚ ва ТО.

Гулшанова Ситорабону Фарходовна - заведующая кафедрой инновационной хирургии и трансплантологии ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибн Сино», врач хирург-трансплантолог отделения трансплантации печени и портальной гипертензии ННЦТО и ТЧ, моб. 985 16 05 84; e-mail: sitorabonu2011@yandex.ru

Исмоилов Саймаҳмуд Саидахмадович - директор д.м.н., профессор ГУ «Национального научного центра трансплантации органов и тканей человека» МЗ и СЗН РТ, главный трансплантолог РТ; моб. 918 66 04 80; Республика Таджикистан, город Душанбе, район Фирдавси, улица Н. Карабаева 60.

Гулзлов Маҳмадшоҳ Курбоналиевич - д.м.н., профессор Ректор ГОУ «ТГМУ имени Абуали ибни Сино».

Мирғозиев Маҳмадшариф - зав. отделением трансплантации печени и портальной гипертензии ННЦТО и ТЧ.

Gulshanova Sitorabona Farkhodovna - Head of the Department of Innovative Surgery and Transplantation of the State Educational Institution “Abuali ibn Sino TSMU”, a surgeon-



transplantologist of the Department of Liver Transplantation and Portal Hypertension of the NNCTO and PM

mob. 985 16 05 84; e-mail: sitorabonu2011@yandex.ru

Ismoilov Saimakhmud Saidakhmadovich-Director of the State Institution “National Scientific Center for Human Organ and Tissue Transplantation” of the Ministry of Health and Health of the Republic of Tatarstan, Chief transplantologist of the Republic of Tatarstan; mob. 918 66 04 80: Republic of Tajikistan, Dushanbe, Firdavsi district, N. Karabayev Street 60.

Gulov Makhmadshokh Kurbonalievich-Doctor of Medical Sciences, Professor, Rector of Abuali Ibni Sino State Medical University

Mirgoziev Makhmadsharif-Head of the Department. department of Liver Transplantation and Portal Hypertension NNCTO and PM 917 26 02 21

ИМКОНИЯТИ УСУЛҲОИ МИНИИНВАЗИВЪ ДАР ТАБОБАТИ ҶАРРОҶИИ ХОЛЕСИСТИТИ ШАДИДИ САНГДОРИ ОРИЗАНОК

Қобилов Қ.К., Ашуров А.С., Холов И.Ш.

Кафедраи амалияи ҷарроҳӣ ва анатомияи топографӣ ба номи профессор Каримов М.К.
МДТ ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино.

Муҳиммият. Холесистити шадиди калкулёзӣ (ХШК) яке аз бемориҳои паҳнғаштатарин бемориҳои таъчилии узвҳои ковокии шикам ба ҳисоб меравад. Дар Ҷумҳурии Тоҷикистон ҳамасола зиёда аз 200 бемор бо ХШК ҷарроҳӣ мешаванд. Ба ҳиссаи шакли оризаёфта ХШК 35% рост меояд. То нимаҳои солҳои 90-и асри ХХ усули умумии муолиҷаи ҷарроҳии ХШК анъанавӣ, яъне холесистэктомияи кушода ба ҳисоб мерафт. Фавтнокӣ ҳангоми ҷарроҳии кушода 16-25%-ро ташкил дода, дар ҳолати шакли оризавии ХШК ба 18% мерасад.

Дурнамои нав дар илочиҳои ҷарроҳии беморони гирифтори ХШК ба туфайли ворид намудани чунин ҷарроҳии кам осеб ба монанди холесистэктомияи лапараскопӣ ва холесистэктомияи миналапаратомӣ пайдо шуданд. Солҳои охир дар адабиёт мақолаҳо дар бораи истифодаи усулҳои миниинвазӣ ҳангоми шаклҳои оризавии ХШК ба назар мерасанд. Усулҳои миниинвазӣ дар давраи баъдиҷарроҳӣ имконият фароҳам меоварад, ки нишондиҳандаҳои басомади оризаҳо аз 32,2% то то 7,2 ва фавтнокӣ бошад, аз 18% то 3% паст карда шаванд. Вале то имрӯз амалан принципҳои истифодаи усулҳои миниинвазӣ ҳангоми шаклҳои оризавии ХШК дар ҳолати таҳия

қарор доранд. Фоидаҳои якҷандкаратаи ин усулҳо ҳангоми ХШК оризанок муҳимияти онро нишон медиҳад.

Мақсади тадқиқот. Беҳтар намудани натиҷаҳои муолиҷаи ҷарроҳии ХШК оризанок.

Мавод ва усулҳои тадқиқ. Тадқиқот ба асоси натиҷаҳои муолиҷаи ҷарроҳии 120 бемори гирифтори шакли оризавии ХШК, ки аз солҳои 2015 то 2022 гузаронида шудаанд, ба роҳ монда шудааст. Мардҳо 17 (14,16%) нафар ва 103 (85,84%) нафари боқимондари занҳо ташкил доданд. Давомнокии марҳилаи шадидии беморӣ дар ҳудуди аз 73 соат то 120 соат аз саршавии бемориро ташкил меод. Дар 65 (72,2%) нафар беморон бемориҳои ҳамрадифи узвҳои ҳаётан муҳим - БИД, бемориҳои фишорбандии дараҷаи II ва III, фабеҳии дараҷаи III ва IV ва диабетӣ қанд дида мешуд.

Барои омӯзиши натиҷаҳои муолиҷаи беморони гирифтори ХШК оризанок беморон ба ду гурӯҳ ҷудо карда шуданд. Ба гурӯҳи аввал 58 беморе, ки бо усули лапараскопӣ ҷарроҳӣ карда шуд шомил гардида, гурӯҳи дуюмро 62 бемори бо усули миналапаратомӣ ҷарроҳишуда ташкил доданд. Хусусияти оризаҳо ҳангоми ХШК дар чадвали №1 оварда шудааст.



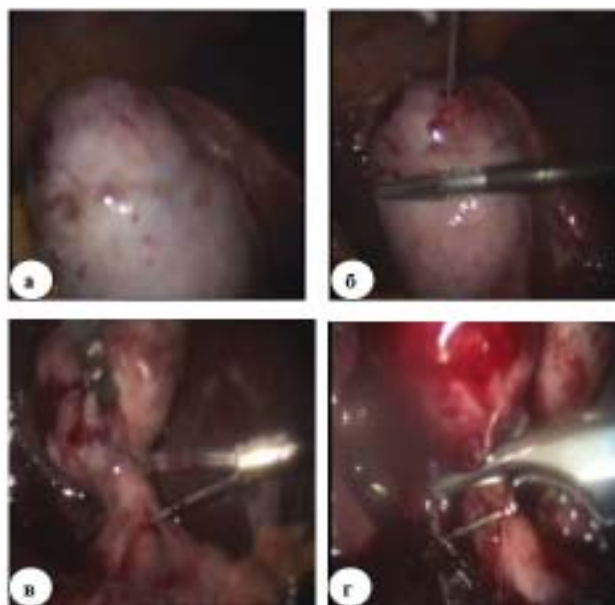
Чадвали 1.- Хусусияти оризаҳо ҳангоми ХШК

Оризаҳо	N,%	
	ХЭЛ	ХЭМ
Истискои талхадон	8 (13,8%)	3 (4,83%)
Дабилаи (эмпиема) талхадон	12 (20,68%)	5 (8,06%)
Синдроми Маризи 1	1 (1,72%)	3 (4,83%)
Холедохолитиаз ва зардпарвини механикӣ	-	22 (35,48%)
Инфилтрати гирдиталхадонӣ	19 (32,75%)	16 (25,80%)
Перитонити маҳдуд	14 (24,13%)	8 (12,9%)
Ҳамагӣ	58(100%)	62(100%)

Аз нишондодҳои чадвал бармеояд, ки шумораи аксари оризаҳои ХШК-ро зардпарвини механикӣ ва инфилтрати гирдиталхадонӣ ташкил додаанд. Беморонро аз тадқиқоти ултрасадоӣ (ТУС)-и узвҳои ковокии шикам ва қисмати гепатодуоденалӣ гузаштанд ва мувофиқи нишондод ба 17 бемор виделапараскопияи ташхисӣ ва ба 20 бемор холангиографияи дохиличарроҳӣ гузаронида шуд.

Троакарҳои қорӣ ворид карда шуда, амалиёти лапараскопӣ дар шароитҳои шиддатноки (10-15мм.сут.сим.) пневмоперитонеум гузаронида шуд. Сипас санҷиши узвҳои ковокии шикам, аз ҷумла минтақаи «бухронӣ» (чигар, талхадон банди чигару рӯдаи дувоздаҳангушта) гузаронида шуд. Марҳилаи асосии чарроҳии худӣ холетсистэктомия, одатан, мувофиқи усули «аз гарданак» иҷро гардид. Дар ҳолати мавҷудияти илтиём ва часпишҳои зиёд байни чигару талхадон, инчунин дар қисмати секунҷаи Кало, дар ҳолате ки фарқ намудани сохтори анатомӣ хеле душвор буд, ХЭЛ-и ғайристандартӣ гузаронида шуд. Бо чунин усул дар 8 бемор чарроҳӣ гузаронида шуд, дар 5 бемор ХЭЛ аз қаъри дар 3 ва бо усули Прибрам.

Чарроҳии минилапаратоми мувофиқи усули М.И.Прудков бо ёрии дастаи асбобҳои «Мини-ассистент» асосан дар беморони ҳолаташон вазнин ва гирифтори холедохолитиаз гузаронида шуд. Дар зери қабурғаи рост бурриши амудии транректалии дарозиаш 3-5 см гузаронида шуд. Дар фазои зери чигар дар атрофии талхадон васеъкунакҳои ҷароҳат гузошта шуд. Холеститэктомия «аз гарданак» ё бо усули омехта гузаронида шуд. Зимни ин холангиографияи дохиличар-



Расми 1. Марҳилаҳои холесистэктомияи лапараскопӣ (сурати дохиличарроҳӣ). а) Холесистити шадидӣ калкулёзӣ. б) Ожиданм талхадон бо гирифтани муҳтавояш. в) чудо гардани элементҳои секунҷаи Кало г) клипсгузори қардани маҷроҳи талхадон ва шароёни он

роҳи дар 20 (22,2%), захкашқунии маҷроҳи умумии талхароҳа мувофиқӣ усули А.В.-Вишнеский дар 13 (14,4%) ва холедоходуоденоанастомоз бошад, дар 4(4,4%) бемор иҷро гардид.

Натиҷаҳои тадқиқ ва муҳокимаи онҳо. Дарачаи маълумотдиҳии дастгоҳи ТУС дар муайян намудани оризаҳо ва дарачаи деструксияи талхадон ба 93,1-98,4% арзёбӣ қарда мешавад. Ин нишондиҳандаҳо дар байни мушоҳидаҳои мо 95,6%-ро ташкил медиҳад. Дар 4 (4,4%) бемор оризаҳои холесистити шадид ҳангоми чарроҳӣ муайян гашт, дар як бемор ҳангоми чарроҳӣ думмали

Адабиёт

1. Гостищев В.К. Особенности хирургической тактики при остром холецистите у больных старческого возраста/ Гостищев В.К., Евсеев М.А. // Хирургия. - 2021. - № 9. - С. 30-31.
2. Иванов. В.А., Роль и место лапароскопической холецистэктомии в лечении острого деструктивного холецистита у больных с высокой степенью операционно-анестезиологического риска. // Материалы 3 Международного конгресса по эндохирургии. – Москва, 1999. – С. 119-120.
3. Коссович М.А. Выбор оптимальных сроков выполнения оперативного вмешательства при остром калькулёзном холецистите/ Коссович М.А. Хрусталева М.В., Годжела Э.А.// Журнал им. Пирогова 2020, №3, С-56-60.
4. Кригер А.Г., Джебаев К.Э., Воскресенский П.К. и др. Опасности, ошибки и осложнения при лапароскопических операциях на желчных путях // Анналы хирургической гепатологии. - 2000. - Т. 5, №1. - С. 90-97.
5. Махмадов Ф.И. Результаты неотложной лапароскопической холецистэктомии у больных с высоким операционным риском/ Махмадов Ф.И., Мербегиев Д., Каримов П.Ш.// Вестник Авицена, 2019, Том 21, №1, С-121-128
6. Назаров Ф.Н. Особенности лапароскопической холецистэктомии при остром холецистите. / Назаров Ф.Н. Ходиев Ш.И. //Эндоскопическая хирургия, 2012.-№2.-С23.
7. Прудков М.И. Современные эндохирургические технологии в лечении острого калькулёзного холецистита / Прудков М.И., А.В.Столин, А.Ю.// Эндоск. хир. 2007. №1. С. 68
8. Borzellino G. Sauerland S., Minicozzi AM Laparoscopic cholecystectomy for severe acute cholecystitis 1 A metaanalysis of results Surg.1. Endosc. 2008; 22(1): 8-15.
9. Hobbs M.S. Mai Q.; Knuiman M.W. et al. Surgeon experience and trends in intraoperative complications in laparoscopic cholecystectomy 2016; 93: 844-853.
10. Urgent cholecystectomy for acute cholecystitis in a district general hospital-is it feasible. M.N.Khan et al. // Ann K Coll Surg Engl.-2019,-Vol.91, -P.30-34

**МИНИИНВАЗИВНЫЕ МЕТОДЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ
ОСЛОЖНЁННЫХ ФОРМ ОСТРОГО КАЛЬКУЛЁЗНОГО ХОЛЕЦИСТИТА****Қобилов Қ.К., Ашуров А.С., Холов И.Ш****Кафедра оперативной хирургии и топографической анатомии
ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино»**

Изучены возможности и результаты применения миниинвазивных методов в лечение 120 больных с острым осложненным холециститом. При этом лапароскопическая холецистэктомия выполнена у 58, а холецистэктомия из мини-доступа у 62 больных. Операции, выполненные с применением малоинвазивной технологии у больных с осложненными формами острого калькулёзного холецистита сопровож-

дались минимальной частотой различных осложнений. Отмечено, что современные возможности миниинвазивных методов раскрывают новые перспективы хирургического лечения осложненных форм острого калькулёзного холецистита.

Ключевые слова: острый осложнённый холецистит, лапароскопическая холецистэктомия, минидоступ.

**MINIMALLY INVASIVE METHODS OPPORTUNITIES DURING THE SURGICAL
TREATMENT OF COMPLICATED FORM THE ACUTE CALCULOUS
CHOLESCYSTITIS****Kobilov K.K., Ashurov A.S., Kholov I.Sh.****The chair of operative surgery and topographical anatomy (chief of chair J.M. Kurbonov)
Tajik State Medical University named after Abuali Ibni Sino**

There were studied opportunities and results of treatment in 120 patients with an acute calculous applying the minimally invasive methods of cholecystitis complication. Laparoscopic



cholecystectomy were accomplished in 58 patients and a cholecystectomy from minilaparatomic access performed 62 patients. Operations performed in patients with an acute calculous cholecystitis supported a minimum rate of different complications. It was emphasized that the modern

opportunities of minimally invasive methods reveals new perspectives for surgical treatment of complicated form of the acute calculous cholecystitis.

Key words: acute cholecystitis complication, laparoscopy of cholecystectomy, minilaparatomic.

Кобиллов Кобилджон Кенджаевич – н.и.т., дотсенти кафедраи амалияи ҷарроҳӣ ва анатомияи топографӣ, МДТ «ДДТТ ба номи Абуалӣ ибни Сино», тел. 934200221

Ашууров Абдурахмон Саторович - н.и.т., дотсенти кафедраи амалияи ҷарроҳӣ ва анатомияи топографӣ, МДТ «ДДТТ ба номи Абуалӣ ибни Сино», тел. – (992) 918 58 88 31.

Холов Исломидин Шералиевич - докторант PhD кафедраи амалияи ҷарроҳӣ ва анатомияи топографӣ, МДТ «ДДТТ ба номи Абуалӣ ибни Сино», тел. 917260221

Кобиллов Кобилджон Кенджаевич - к.м.н., доцент кафедраи оперативной хирургии и топографической анатомии ТГМУ им. Абуали ибни Сино, Таджикистан, г. Душанбе пр. Рудаки 139, тел. 934200221

Ашууров Абдурахмон Саторович – к.м.н., доцент кафедраи оперативной хирургии и топографической анатомии ТГМУ им. Абуали ибни Сино, Таджикистан, г. Душанбе пр. Рудаки 139, тел – (992) 918 58 88 31.

Холов Исломидин Шералиевич докторант PhD кафедраи оперативной хирургии и топографической анатомии ТГМУ им. Абуали ибни Сино, Таджикистан, г. Душанбе пр. Рудаки 139, тел. 917260221

Kobiljon Kobilov Kenjavevich- in this case. Doctor of Medical Sciences, Associate Professor of the Department of Operative Surgery and Topographical Anatomy named after v TGK. Abuali ibn Sino, Tajikistan, P Monday. Rudaki 139, tel. 934200221

Satorovich Abdurakhmon Ashurov– in this case. Doctor of Medical Sciences, Associate Professor of the Department of Operative Surgery and Topographical Anatomy named after v TGK. Abuali ibn Sino, Tajikistan, P Monday. Rudaki 139, tel. - (992) 918 58 88 on 31.

Islomiddin Kholov Sheralievich PhD student of the Department of Operative Surgery and Topographical Anatomy named after v TGK. Abuali ibn Sino, Tajikistan, P Monday. Rudaki 139, tel. 917260221

ТЕХНОЛОГИЯИ ЛАПАРОСКОПИ ДАР ҶАРРОҶИИ РЕШҶОИ СҶРОХШУДАИ МЕЪДА ВА РҶДАИ ДУВОЗДАҲАНГУШТА

Ҳофизова Г.А.

Кафедраи ҷароҳии “ Донишкадаи таҳсилоти баъдидипломи кормандони соҳаи тандурустии Ҷумҳурии Тоҷикистон ”

Муҳиммият. Тибқи маълумотҳои адабиётҳои дахсолаҳои охир аз муваффақияти бешубҳаи табобати консервативии бемории реши меъда (РМ) ва рӯдаи дувоздаҳангушта (РДА) дар робита ба таҳияи стратегияи оқилонаи табобати ин патология ва пайдоиши доруҳои самараноки зидди улсерозӣ аз арсенали терапияи доруворӣ шаҳодат медиҳад [3,4,8]. Новобаста аз ин, бо вучуди коҳиши шадиди ҷанбаи ҷарроҳӣ ва мушкilot дар робита ба баланд бардоштани сифат ва самаранокии терапияи доруворӣ

зидди реш, тамоюли назаррас дар камшавии миқдори оризаҳои бемории реш (БР) мушоҳида карда намешавад, ки ин бо суръати баланди (15-30%) амалиётҳои ҷарроҳӣ, ки то ҳол барои ҳалли мушкilotи БР равона карда мешуд, тасдиқ карда мешавад. Яке аз мушкilotи ҷиддӣ БР сӯроҳии девори меъда ё РДА мебошад, ки басомади он 5-10% ва фақт аз 10 то 40%-ро ташкил медиҳад [1,6,7,9].

Таърихи табобати ҷарроҳии реши сӯроҳшуда бо номи J, Mikulicz, ки бори аввал соли

1880 реши сӯрохшудаи меъдаро дӯхта буд, алоқамандӣ дорад ва ин чарроҳӣ то ҳол маъмул аст. Дар амалияи клиникӣ қорӣ намулдани технологияҳои муосири эндовидеочарроҳии каминвазивӣ (ЭВЧ) ба истифодаи вариантҳои гуногуни усулҳои табобати лапароскопии решҳои сӯрохшудаи гастродуоденалӣ (РСГД) мусоидат кард, ки дар якҷоягӣ бо таъсири самаранок ба пайвандҳои этиопатогенетикии раванди улсерогенез дар солҳои охир шумораи зиёди қонибдорро ба даст меоранд [1,2,9,12]. Мувофиқи баъзе муаллифон, чунин стратегияи табобати РСГД имкон медиҳад, ки дар 75.7- 93% беморон натиҷаҳои аъло ва хуби дурдаст ба даст оранд. Бори аввал бастании лапароскопии сӯроҳии реши (СР) ва пиёзаки РДА бо усули васл кардан бо пардаи чарбӯи калон ва пломбаи фибринӣ соли 1989 аз қониби Р. Mouret иҷро карда шуд. Дар соли 1990 L.Nathanson дӯхтан тариқи лапароскопии (ДЛ) реши сӯрохшудаи РДА-ро бо герметизатсияи иловагии кӯкҳо тавассути оментопластика анҷом дод. То имрӯз дар адабиётҳои махсус шумораи зиёди асарҳо нашр шудаанд, ки иҷрошаванда, бехатарӣ ва самаранокии методикаи ДЛ РСГД-ро нишон медиҳанд [13,14]. Бисёре аз чарроҳон эълон мекунанд, ки дар айни замон истифодаи якҷояи усули ДЛ РСГД ва табобати комплекси зидди реши дар давраи аввали пас аз чарроҳӣ ба “стандарт” - и муайян, ки ба таляботи амалӣ ҷавобгӯ аст, наздик шуд.

Дар айни замон, нишондодҳо ва зиддиятҳои барои истифодаи технологияи лапароскопикӣ, ки ба чарроҳии анъанавии РСГД ислоҳоти ҷиддӣ ворид мекунанд, ба таври возеҳ баён карда шудаанд. Аксари муаллифон бар ин назаранд, ки нишондодҳои барои иҷрои лапароскопия дар беморони РСГД бояд на танҳо бо назардошти имкониятҳои ташхисӣ, балки табобати он низ баррасӣ карда шаванд [8,11]. Нишондоди асосии усули лапароскопии табобати РСГД аз он иборат аст, ки муддати на бештар аз 8-12 соат, таърихи кӯтоҳмуддати сӯрохшуда, андозаи СР на бештар аз 7-8мм, набудани дигар оризаҳои БР. Ба зиддиятҳои мӯҳлати дер (беш аз 12 соат) сӯрохшавии реш, решҳои девори

қафои меъда ё РДА, мавҷуд будани перитонити паҳнғаштаи фиброзӣ-фасодӣ бо ногузариши паралитикии рӯдаҳо, гумонбарӣ ба малигнизатсияи реш, омезиши сӯроҳиҳо бо дигар оризаҳои БР, раванди лиҳомӣ дар шикам, ки ҳаҷми фазои қориро барои иҷрои ЭВЧ маҳдуд мекунад [6,7]. Баъзе муаллифон бар ин назаранд, ки ҳамаи зиддиятҳои ба ДЛ РС метавонанд ҳангоми гузаронидани фиброгастродуоденоскопия ва лапароскопияи ташхисӣ ошкор карда шаванд [3]. Бо риояи нишондодҳои дахлдор, имконияти иҷрои ДЛ РСГД бе табдил додани амалиёти қушод 51-87% - ро ташкил медиҳад. Бисёре аз чарроҳон бар ин назаранд, ки тавсеаи беасоси нишондодҳои барои истифодаи чарроҳии лапароскопикӣ танҳо метавонад ин усули муосирро, ки барои гирифтани қои муносиб дар табобати чарроҳии РСГД пешбинӣ шудааст, беътибор кунад [1,3].

Ҳама чарроҳон ба андешаҳои розӣ ҳастанд, ки муваффақиятҳои табобати беморони гирифтори РСГД вобастагӣ дорад аз иҷрои вазифаҳои ташкилотӣ бо истифода аз технологияи лапароскопӣ, аз ҷумла муҷаҳҳаз кардани статсионарҳои чарроҳӣ бо дастгоҳҳо ва таҷҳизоти муосири гаронбаҳо барои иҷрои амалиёти ЭВЧ, мавҷудияти мутахассисони соҳибихтисос оид ба технологияи каминвазивӣ ва таҷрибаи шахсии чарроҳ оид ба чарроҳии фаврии адоминалӣ [9,11]. Таҷрибаи аксари чарроҳон нишон медиҳад, ки истифодаи технологияи лапароскопикӣ на танҳо ташхиси топикии РСГД-ро беҳтар мекунад, балки ба аксари беморон имкон медиҳад, ки амалиёти ЭВЧ-и миниинвазивиро иҷро кунанд [2,12,13]. Ба ақидаи бисёре аз чарроҳон, хароҷоти баландтари иқтисодӣ барои истифодаи лапароскопия дар табобати чарроҳии РСГД ва давомнокии зиёди ДЛ, ки камбудии асосии амалиёти ЭВЧ мебошанд, функцияҳои физиологиро бо барқарорсозии барвақтии давраи баъдичарроҳӣ ҷуброн карда мешаванд, паст кардани оризаҳои бармаҳали баъдичарроҳӣ, кам шудани мӯҳлати будубоши беморон дар беморхона ва давомнокии давраи барқарорсозӣ, бозгашти барвақти беморон ба фаъолияти иҷтимоӣ ва таъси-



ри баланди косметикӣ мебошад [5,14]. Самаранокии лапароскопия дар ташхис ва табобати чарроҳии РСГД нишон медиҳад, ки муносибати мутавозин ва пурмазмун дар муайян кардани нишондодҳо ва зиддиятҳои возеҳ бо истифодаи технологияҳои ЭВЧ имкон медиҳад, муоинаи пеш аз чаррохию ба таври назаррас коҳиш дода шавад, муайян кардани ташхиси топикӣ, ҷойгиршавӣ ва андозаи РС, имкониятҳои иҷро намудани усулҳои каминвазивиро арзёбӣ мекунад [12].

Тарафдорони истифодаи технологияи лапароскопикӣ бар ин назаранд, ки аз рӯи меъёрҳои самаранокӣ натиҷаҳои ДЛ РСГД на танҳо бо натиҷаҳои дӯхтани кушода (ДК) муқоиса карда мешаванд, балки аз рӯи бисёр нишондиҳандаҳо аз ҷиҳати омӯри дурусттаранд ва бо ин роҳ аз усули анъанавии чарроҳӣ болотар мебошанд [13]. Дар муқоиса бо усулҳои чарроҳии кушодаи анъанавӣ, чарроҳии лапароскопикӣ, бо бартари мининвазивӣ, осебпазирии ҳадди аққал, имкон медиҳад, ки шиддати синдроми дардҳои баъдичаррохию ба таври назаррас коҳиш диҳад, талабот ба доруҳои дардпаस्तкунанда кам карда шавад, ба фаъолшавии барвақтии беморон мусоидат мекунад, барқароршавии зудтари функсияи моторӣ-эвакуатории рӯдахоро мусоидат кунад, эҳтимолияти пайдоиши лиҳомҳои шикамро кам мекунад [5].

Камбудихоии асосии усулҳои ЭВЧ, давомнокии дуру дарози чарроҳӣ, хароҷоти зиёди моддӣ ва арзиши баланди таҷҳизот мебошанд. Арзёбии муқоисавии самаранокии иқтисодии усулҳои лапароскопикӣ ва кушодаи табобати РСГД, ки аз ҷониби Мувофиқи маълумоти А.В.Алекберзаде ва дигар муааллифон мӯҳлати бистарӣ шудани шудани беморонро дар назди ДЛ ва ДК РСГД аз ҷиҳати омӯри фарқ намекард. Баъзе чарроҳон бартариҳои бозътимоди техникаи дӯхтани лапароскопии РСГД-ро пеш аз истифодаи технологияи кушода дар пасманзари натиҷаҳои бевоситаи амалиёти ЭВЧ пайдо намекунанд ва зарурати таҳқиқоти тасодуфии назоратшавандаро дар ин масъала нишон медиҳанд [4].

Меъёрҳои муайянкунандаи самаранокии лапароскопия дар табобати чарроҳии РСГД ин басомади пайдо шудани мушкилоти баъдичарроҳӣ ва сатҳи фавт мебошанд. Тибқи адабиётҳо, сатҳи оризаҳои пас аз чарроҳии лапароскопӣ 14,3%-ро ташкил медиҳад, ки нисбат ба нишондиҳандаҳои чарроҳии кушодаи анъанавӣ камтар аст (26,9%). Сатҳи фавт 3,6% - ро ташкил медиҳад, ки нисбат ба амалиёти чарроҳии лапароскопӣ 2 маротиба камтар аст [7,9]. Дар сохтори оризаҳои баъдичарроҳии лапароскопӣ норасоии кӯкҳои РС бо оризаи перитонит, ки дар марҳилаи аввал меистад ҷои пешсафро номуносибии дӯхтани РС бо рушди перитонит ишғол мекунад, ки басомади он 2,3 – ро 8% - ро ташкил медиҳад [2,10]. Яке аз ҷанбаҳои амалан муҳими чарроҳии лапароскопии РСГД дуруст муайян кардани нишондод барои гузариш ба усули анъанавии чарроҳӣ мебошад. Аксари чарроҳон бар ин назаранд, ки нишондод барои табдилёбии лапаротомия мушкилоти техникаи интраоперативӣ мебошанд, ки бо диаметри РС зиёда аз 10 мм-ро ташкил медиҳад, имконнопазирии визуализатсияи лапароскопии РС ҳангоми ҷойгирбудани реш дар девори қафои меъда ё РДА, мавҷудияти инфилтратии периулселлярӣ (беш аз 3 см) дар якҷоягӣ бо экспозисияи номусоиди минтақаи сӯроҳӣ, ки имкониятҳои техникаро барои иҷрои амалиёти ЭВЧ маҳдуд мекунад, тариқи дарзҳо ҳангоми гузоштани онҳо ба канори илтиҳобии РС, деформасияи дағали доғи захми минтақаи пилоробулбарӣ, тағйироти шадиди муносибатҳои топографӣ-анотомии узвҳо ва бофтаҳо, ки тафтиши пурраи холигии шикамро хеле душвор мекунанд [6,7,10]. Бисёре аз чарроҳон ҳангоми ҷойгиршавии РС дар меъда ё шӯъбаи препилорикӣ аксар вақт конверсияро иҷро мекунанд. Мувофиқи маълумоти баъзе муаллифон, басомади он 5,7-14,2%, мувофиқи маълумоти дигарон 17,6-28,5%, баъзан ба 60% мерасад [3,7].

Дар айни замон, ҷанбаҳои техникаи амалиётҳои чарроҳӣ бо истифодаи технологияи лапароскопӣ то охир ҳал нашудаанд. Вариантиҳои гуногуни усули табобати лапарос-

копии РСГД пешниҳод карда шудаанд, ки ДЛ, ДЛ-и оддиро дар якҷоягӣ бо оментопластика, васл кардани РС бо пардаи чарбуи калон бо истифодаи кӯкҳои пуркунанда дар бар мегиранд. Баъзе муаллифон барои таъмини герметикӣ кӯкҳои лапароскопикӣ ҳангоми мавҷуд будани инфилтратсияи периулселярии бофтаҳо дастгоҳи Endo Switch истифода мешавад [12]. Бо мақсади таъмини эътимоднокии ДЛ РС аз ҷониби муаллифон усули дӯхтани пуркунандаи ҳалқавӣ таҳия ва озмоиш карда шуд, принсипи он маҳкамкунии аутопластикии РС бо пардаи чарбуи калон бо усули Опел-Поликарпов асос ёфтааст. Афзалиятҳои раднашавандаи усули пешниҳодшуда соддагии техникии он мебошад, ки имкон медиҳад, ки герметикӣ будани паноҳгоҳи РС ва набудани хатари пайдоиши стенози пилородуоденалӣ таъмин карда шавад. Мувофиқи маълумоти ин муаллифон [11], табилии дастрасӣ ба лапаротомия дар 5 бемор бо сабаби диаметри калон (беш аз 10 мм) РС дар 2 бемор, ҷойгиршавии РС дар меъда дар 2 бемор аз сабаби якҷоя будани сӯроҳшавӣ ва хунравӣ дар 1 бемор, давомнокии ДЛ РС 50 дақиқа, мӯҳлати миёнаи будубоши беморон дар статсионар 6 рӯз, давраи барқарорсозӣ 10 рӯзро ташкил дод. Н. Lau чунин мешуморад, ки бе оментопластика давомнокии амалиёти ҷарроҳии лапароскопиро коҳиш додан мумкин аст, аммо хатари норасогии кӯкҳои РС зиёд мешавад. К. Y. Song ва ҳаммуаллиф. ДЛ РС-ро бо оментопластика пурра мекунанд. Баъзе муаллифон имконияти истифодаи эндостеплер, дӯхтани доимӣ ва усули омехтаи лапароэндоскопии дӯхтани РСГД-ро имконпазир мешуморанд. T. Sammour ва ҳаммуаллифон васл кардани РС-ро бо пайвандҳои мудаввари сафарбаршудаи чигар маҳкам карда, саҳт кардани онро бо сабади Дормиа ба сӯроҳии РДА, ки тавассути канали биопсияи фиброгастроскоп пешниҳод кардааст. Дарзи ва ҳамкорон оментопексияро дар атрофи пӯшидаи РС бо ёрии степлери чурра тавсия додаанд.

Микдори зиёди муаллифон [1,9,12] дар асоси таҳлили муқоисавии натиҷаҳои табобати ҷарроҳӣ 42 бемори гирифтори РСГД

бо истифода аз технологияҳои анъанавӣ (дар 15-35, 7%) ва лапароскопикӣ (27-6,3%) бар ин назаранд, ки ҳангоми ҳалли масъалаи иҷрошавандагии ДЛ РС, омодагии техникии ҷарроҳон аҳамияти муҳим дорад. Мувофиқи маълумоти ин муаллифон, иттилооти ташхисии лапароскопия ҳангоми гунбарии РСГД 93-98% ва имконияти руйпӯш кардани РС-ро бо усули лапароскопикӣ 86-100%-ро ташкил дод. Онҳо нишон доданд, ки андозаи РС дар гурӯҳи беморони бо усули лапароскопикӣ ҷарроҳӣшуда 3,8-1,1 мм ва онҳое, ки ҷарроҳии кушода гузаронидаанд, 5,6-1,7 мм-ро ташкил медиҳад. Басомади конверсия 15,5%-ро ташкил медиҳад. Сабабҳои конверсия имконнопазирии бастании герметикии РС аз сабаби мавҷудияти илтиҳобии периулселярӣ (дар 3 бемор), тарқиши кӯкҳо (дар 1 бемор) ва безътимодии герментикии дӯхтани РС (дар 1 бемор) буд. Давомнокии миёнаи амалиёт ҳангоми иҷрои ҷарроҳии кушода 91±37 дақиқа ва лапароскопӣ 111±39,4 дақиқаро ташкил дод. Басомади инкишофи номуносибии ДЛ 7,4% ва дар беморони бо усули лапаротомӣ ҷарроҳӣшуда 6,6% аз нишондиҳандаи шабех баландтар буд. Мӯҳлати миёнаи будубоши беморон дар статсионар пас аз амалиёти ҷарроҳии лапароскопикӣ 4-5 рӯз, пас аз кушода 7-8 рӯзро ташкил дод.

Истифодаи технологияи лапароскопӣ дар 32 бемори РСГД ба С.В.Тарасенко ва дг.муаллифон имкон дод, ки осебпазирии амалиётро ба ҳадди аққал расонад, ҷойгиршавӣ ва андозаи РС, дараҷаи паҳншавии перитонитро мушаххас кунад, решӣ сӯроҳшударо боэътимод ва герметикӣ бартараф кунад. Аз 32 бемор дар 26 (52%) ДЛ РС-ро бо ташаккули интракорпоралии гиреҳ тариқи лапароскопӣ дӯхтааст. Басомади табилии 3,1% -ро ташкил дод, ки сабаби он буридаи риштаҳои ба канори РС наздик гузошташуда буд. Мувофиқи маълумоти ин муаллиф, мушкилоти баъдичарроҳӣ дар 2 (6,2) бемор ба вучуд омадаанд.

Натиҷаи таҳлилҳои табобати ҷарроҳии 62 бемори доройи решӣ сӯроҳшудаи дуоденалӣ бо истифодаи технологияи ЭВЧ, А.В.Алекбарадзе ва ҳамкорон. гуфта мешавад, ки ла-



пароскопияи ташхисӣ имкон дод, ки аз иҷрои ДЛ-и реши сӯрохшудаи дуоденалӣ (РСД) дар 7 (11,3%) аз 62 бемор бо сабаби мавҷудияти инфилтрат дар фазои зери чигар бо ташаққули абса дар 1 бемор, реши каллезии РДА бо нишонаҳои стенози пилородуоденалӣ дар 4 бемор ва дар робита бо ҷойгиршавии РС дар девори пеши болоии пиёзаки РДА ва дастнорас будани нуқсонҳои тасвири лапароскопикӣ дар 2 бемор даст кашад. Муаллифон мавҷудияти парези устувори рӯдаро дар заминаи перитонит, ки интубасияи назоинтегиналӣ ва инчунин стенози пилородуоденалиро талаб мекунад, муқобилияти мутлақ ба ДЛ РСД мешуморанд. Муаллифон инчунин истифодаи оментопластикаро бо назорати дуоденоскопия барои пӯшидани диаметри зиёда аз 0,7 см асоснок ва қулайтар мешуморанд. Онҳо вариантҳои гуногуни мустақкам кардани ҳатти кӯкҳоро истифода мебаранд: бо истифодаи пардаи чарбуи калон дар 27 бемор ё пайвандаки мудаввари чигар дар 2 бемор ва аппликасияи пластинаи Тахо Комбро дар 20 бемор истифода бурдаанд.[7].

Дар асоси арзёбии муқоисавии натиҷаҳои ДЛ (дар 12,8-51,4%) ва ДК (дар 107-43%) РСГД дар 249 бемор аз 15 то 78-сола Р.И.Хисамутдинов ва дг. [12] муаллифон гумон меравад, ки ба ҳамаи бемороне, ки ба РСГД гумонбар шудаанд, видеолапароскопия бо мақсади муайян кардани ташхис ва муайян кардани имконияти ЭВЧ-и минбаъда нишондод гузаронд. Муаллифон 14 (5,6%) беморонро ба лапаротомия табдил доданд. Онҳо видеолапароскопияро ҳангоми РСГД ба даст намудани осебпазирӣ мешуморанд, кам кардани мӯҳлати будубоши беморон дар беморхона ва давраи маъҷубӣ мешуморанд, ки барои беҳтаргардонии натиҷаҳои табобат дар марҳилаи наздик ва ҳам дурдаст беҳтар карда шаванд, ки дар маҷмӯъ имкон медиҳад, ки сифати зиндагии беморонро баланд бардошта шавад, таъсири иҷтимоӣ ва иқтисодӣ ба даст оварда шавад.

Тадқиқоти L.E.Veserra Cojal ва ҳаммуаллифон сазовори тавачҷӯханд, ки дар он таъсири усулҳои гуногуни ДЛ-и решҳои сӯрохшуда пилородуоденалӣ ба функсияи мо-

торӣ-эвакуатории меъда ва РДА дар 133 бемор омӯхта шудааст. Муаллифон усулҳои ДЛ-и реши сӯрохшударо (РС) - ро истифода кардаанд, ба монанди эндошови яксатрӣ, эндошови дусатрӣ ва оментопексия. Тибқи маълумоти онҳо, деформасияи пиёзаки РДА ҳангоми гузоштани эндошови яксатрӣ дар 12% беморон мушоҳида карда шуд, дар ҳоле ки ҳангоми истифодаи эндошови дусатрӣ ва оментопексия вайроншавии гузариши дуоденалӣ мутаносибан дар 40 ва 27,9% ҳолатҳо вохӯрданд. Баъд аз оментопексияи лапароскопии РС дар 62,8% беморон гастродуоденостаз ошкор карда шуд, дар ҳоле ки ҳангоми истифодаи як қатор аз чихати омӯри камтар аст (2,8%). Пас аз ДЛ РС бо роҳи гузоштани эндошҳои дусатрӣ аломатҳои рентгенологии гастродуоденостаз нисбат ба усули дӯхтани эндошҳои яксатрӣ тақрибан 2 маротиба бештар буданд. Дар асоси натиҷаҳои бадастомада, муаллифон бар ин назаранд, ки дар ДЛ РС диаметри камтар аз 0,5 см ва набудани инфилтрати периульцеллярӣ, эндошови яксатрӣ, ки функсияи моторӣ-эвакуатории меъда ва РДА-ро таъмин мекунад, бояд афзалият дода шавад. Дар диаметри СР дар доираи 0,5-1,5 см ва мавҷудияти инфилтрати илтиҳобии периулсерозии девори рӯда, ин муаллифон буриши алмосшакро ва дӯхтани нуқсонҳои РДА-ро бо кӯкҳои яксатра тавсия медиҳанд. Онҳо бар ин назаранд, ки ҳангоми диаметри РС зиёда аз 1,5 см ё илтиҳоби периулселлярӣ беш аз 3 см мавҷуд бошад, истифодаи усули ЭВЧ ва дӯхтани РС метавонад хеле душвор бошад ва дар ҷунин ҳолатҳо бояд ба лапаротомия табдил дода шавад. Мавҷудияти перитонити паҳншудаи фиброзӣ - фасодӣ бо парези шадиди рӯда нишондоди мутлақ табдилдиҳии дастрасӣ дар марҳилаи ташхисии амалиёти ЭВЧ мебошад.

Ҳамчун ҷонибдорони асосии муносибати фарқкунанда дар интиҳоби усули табобати ҷарроҳии РСГД С.А.Вавринчук ва ҳаммуаллифон дар 331 бемор вариантҳои гуногуни усули лапароскопиро истифода бурданд. Беморон вобаста ба диаметри СР ба 3 гурӯҳ тақсим карда шуданд: дар гурӯҳи 1 диаметри СР аз 5 мм зиёд набуд, дар гурӯ-



ӯҳи 2 аз 7 то 10мм, дар гурӯҳи 3 аз 10мм зиё д буд. Муаллифон вариантҳои гуногуни ДЛ РС-ро дар 243 (73,4%) беморон иҷро карданд. Усули васлкуниро бо пардаи чарбуи калон дар 65 (19,6%) истифода шудааст: дар 33 (10%) пардаи чарбуи калон бо усули лапароскопӣ ба СР ворид карда шудааст ва бо кӯкҳои гирехӣ ё клипсҳои металлӣ дар сатҳи меъда собит карда шудааст; дар 32 (9,7%) СР бо пардаи чарбуи калон тавассути СР ба меъда васл карда шуда, бо шипчаҳои биопсионии тавассути гастроскоп аз тарафи меъда ва бо герниостеплер ба девори он собит шудааст. Муаллифон муайян кардаанд, ки ҳангоми дӯхтани диаметри сӯроҳӣ то 0,7 см, басомади оризаҳои баъдичарроҳӣ ба 1,6% мерасад, бо диаметри то 1см 7,1 % (ҳангоми дӯхтан ва васлкунонии РС бо пардаи чарбуи калон). Мувофиқи маълумоти ин муаллифон, бо зиёд шудани диаметри СР, мушкilotи дӯхтани он бо усули лапароскопикӣ меафзояд. Дар маҷмӯъ, мушкilotи дохиличарроҳӣ дар ДЛ СР, аз ҷумла кӯкҳои гирехӣ, дар бемороне, ки диаметри СР аз 10 мм (33,9%) зиёдтар буд, нисбат ба онҳое, ки диаметри СР аз 7 то 10 мм (10,1%) тағйир меёфт, 3 маротиба бештар мушоҳида карда шуд, ғавт 6,3% - ро ташкил дод.

Алекберзаде А.В. ва дигар муаллифон натиҷаҳои ДЛ дар 78 бемор ва ДК дар 75 бемор, решӣ сӯрохшудаи пептикии (РСП) дар 153 бемор бо назардошти давомнокии чарроҳӣ, шиддатнокии синдроми дарди баъдичарроҳӣ, давомнокии истифодаи доруҳои дардпаस्तкунанда, басомади оризаҳои баъдичарроҳӣ, мӯҳлати бистарӣ шудан ва барқарорсозии беморон ва таъсири косметикии онро муқоиса кардаанд. Мувофиқи маълумоти ин муаллифон, давомнокии ДЛ РСП 74 дақиқа-ро ташкил дод, ки нисбат ба он дар гурӯҳи Д 48 дақиқа боэътимод зиёдтар буд. Таҳлили натиҷаҳои табобат нишон медиҳад, ки давомнокии миёнаи истифодаи аналгетикҳо барои рафъи дарди пас аз чарроҳӣ пас аз ДЛ нисбат ба гурӯҳи ДК (1,8-0,1) шабонарӯз камтар (1,1-0,2) буд. Басомади оризаҳои пас аз ДЛ 10,2% - ро ташкил дод, ки аз нишондодҳои чарроҳии ДК 3 маротиба камтар аст (30,7%). Муаллифон ак-

сар вақт норасоии кӯкҳои РСП-ро танҳо дар ДЛ дар 3 (3,8%) беморон буд, мушоҳида кардаанд. Мӯҳлати миёнаи будубоши беморон дар статсионар пас аз ДЛ (61,9%) шабонарӯз ҳангоми истифодаи ДК 2,5 шабонарӯзро ташкил медод, ки наонқадар фарқият дошт. Арзебии таъсири косметикӣ дар минтақаи решӣ баъдичарроҳӣ аз рӯи микёси визуалӣ-аналогӣ фарқиятҳои назарраси оморӣ ҳангоми муқоисаи ДЛ ва ДК нишон дод, ки мутаносибан 7,9-0,9 ва 5.2-+0,6 - ро ташкил дод. Мувофиқи маълумоти ин муаллифон, зарурати табдил додани дастрасии лапаротомӣ дар 5,1 % мушоҳида кардааст. Дар асоси таҷрибаи худ, онҳо бо-варӣ доранд, ки барои стандартизатсия, арзебии бехатарӣ, афзалиятҳо ва нуқсонҳои воқеии дӯхтани РСП бо истифода аз технологияи лапароскопӣ тадқиқоти минбаъдаи тасодуфӣ зарур аст.

Ҳамин тариқ, баррасии адабиёт имкон медиҳад, ки дар даврони қорӣ кардани технологияи ЭВЧ – и каминвазивӣ ба амалияи клиникӣ, усули ДЛ самти афзалиятнокро пайдо мекунад ва тадриҷан дар табобати чарроҳии РСГД қойгоҳи стандартро ба даст меорад.

Бо вучуди афзалиятҳо ва бартариҳои рад-нашаванда, ДЛ наметавонад ва набояд ҳамчун интиҳоби усул дар табобати чарроҳии РСГД, ки бо як қатор омилҳои субъективӣ ва объективӣ шарҳ дода мешавад, мувофиқат кунад. Пеш аз ҳама, бояд қайд кард, ки чарроҳии лапароскопӣ бо мураккабии иҷрои техникӣ фарқ мекунад ва қисми зиёди статсионарҳои умумичарроҳӣ ҳанӯз бо таҷҳизот ва таҷҳизоти муосири гаронбаҳо, ки барои иҷрои амалиёти чарроҳии баландтехнологӣ ва миниинвазивӣ заруранд, мучаҳҳаз нестанд, мутахассисони баландхитисоси технологияи ЭВЧ РСГД надоранд. Аз ин рӯ, ба назари мо, усулҳои табобати чарроҳии решӣ сӯрохшудаи гастродуоденалӣ, ки дар таҷрибаи ҳаррӯза васеъ истифода мешаванд, аз арсенали табобати чарроҳӣ бо технологияи лапароскопии миниинвазивӣ берун карда намешаванд ва чарроҳии анъанавӣ дар ояндаи наздик низ ба “шаҳрвандӣ” ҳуқуқ хоҳад дошт [3,7,9].



Адабиёт

1. Алекбарзаде А.В. и [др.]. Ушивание перфоративной пептической язвы: лапароскопическое или открытое?. Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова. 2017;(2):45-50.
2. Амонов Ш.Н. и [др.]. Лапароскопическое лечение перфоративной гастродуоденальной язвы, осложненной распространенным перитонитом. Авчи Зухал. 2020, №4. С.72-77
3. Ахмедов С.М. и [др.]. Возможности улучшения результатов хирургического лечения больных перфоративной язвой желудка и двенадцатиперстной кишки. Вестник Авиценны. - 2009. №3. - С. 26-30
4. **Вавринчук С.А., Косенко П.М., Чернышов Д.С.** Современные аспекты хирургического лечения перфоративной язвы двенадцатиперстной кишки. Хабаровск, 2013. 243стр.
5. Гулов М.К. Исследование качества жизни пациентов- важный инструмент для оценки эффективности методов хирургического лечения осложненной язвенной болезни. Вестник Авиценны. 2018;20(2-3):181-189.
6. Кадыров Д.М., Сайдалиев Ш.Ш. Сочетание перфорации язвы двенадцатиперстной кишки одновременно с кровотечением, пенетрацией и стенозом. Здравоохранение Таджикистана. 2022;(4):107-111.
7. Курбонов К.М. и [др.]. Патогенез, диагностика и хирургическое лечение перфораций хронических гастродуоденальных язв. Вестник Национального медико-хирургического Центра им. Н.И. Пирогова. 2014, т. 9, № 1.-С.48-53.
8. Сайдалиев Ш.Ш. и [др.]. Современные подходы в лечении перфоративных гастродуоденальных язв. Здравоохранение Таджикистана. 2018;(1):81-87.
9. Сафаров Ф.Ш. Диагностика и хирургическое лечение перфорации гастродуоденальных язв. Дисс.канд.мед.наук. -Душанбе, 2012.-116стр.
10. Сайфуддинов А.С. Совершенствование хирургического лечения перфоративных гастродуоденальных язв. Дисс.канд.мед.наук. -Душанбе, 2011.-141стр.
11. Тарасенко С.В. и [др.]. Современные аспекты комплексного лечения перфоративной язвы желудка и двенадцатиперстной кишки. Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова. 2021;(1):42-46.
12. Хисамутдинов Р.И., Тимербулатов Ш.В. Сагитов Р.Б. Видеолапароскопические операции при прободных гастродуоденальных язвах. Практическая медицина. 2017, №6 (017).-С.127-130.
13. Becerra Coral LE, Gomez Ceron LN, Delgado Bravo AI. Peritonitis treated by laparoscopy as an effective treatment. Rev Gastroenterol Peru. 2018 Jul-Sep; 38(3):261-264.
14. Sammour T, Kahokehr A, Hill AG. Peritoneal changes due to laparoscopic surgery. SurgEndosc. 2012 Feb; 26(2):587.

ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИЕ ТЕХНОЛОГИИ В ЛЕЧЕНИИ ПЕРФОРАТИВНЫХ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫХ ЯЗВ

Хофизова Г.А.

Кафедра хирургии “Институт последипломного образования в сфере здравоохранения Республики Таджикистан”

В работе приведены некоторые исторические аспекты лечения одного из острых, грозных осложнений гастродуоденальных язв-прободение и обзор ее литературных сведений. Поэтапно освещаются вопросы актуальности болезни с ее социальной направленностью, существующие традиционные методы операции и использование со-

временных технологий, в частности видеолапароскопического ушивания ПГДЯ что, безусловно, сказывается на качестве жизни и трудоспособности данного контингента больных.

Ключевые слова: гастродуоденальные язвы, видеолапароскопические технологии, прободение, осложнения.



**LAPAROSCOPIC TECHNOLOGIES IN THE TREATMENT OF PERFORATED
GASTRODUODENAL ULCERS
KHOFIZOVA G.A.**

Department of Surgery of the State Education Establishment «Institute of Postgraduate Education in Health Sphere of the Republic of Tajikistan»

The paper presents some historical aspects of the treatment of one of the acute and dangerous complications of gastroduodenal ulcers - perforation and a review of its literary information. The issues of the relevance of the disease with its social orientation, existing traditional methods of surgery and the use of

modern technologies, in particular video-laparoscopic suturing of PGD, which, of course, affects the working ability of this contingent of patients, are gradually covered.

Key words: gastroduodenal ulcers, videolaparoscopic technologies, perforation, complications.

Ҳофизова Гулбиби Азизовна, аспиранти кафедраи ҷарроҳии “ Донишкадаи таҳсилоти баъдидипломии кормандони соҳаи тандурустии Ҷумҳурии Тоҷикистон ”, Email: hofizovagulbibi@gmail.com, тел: +992-909-90-14-48.

Хофизова Гулбиби Азизовна, аспирант кафедри хирургии “ Институт последипломного образования в сфере здравоохранения Республики Таджикистан ” Email: hofizovagulbibi@gmail.com, тел: +992-909-90-14-48.

Khofizova Gulbibi Azizovna, graduate student of the department of surgery of the State Education Establishment «Institute of Postgraduate Education in Health Sphere of the Republic of Tajikistan» Email: hofizovagulbibi@gmail.com; tel: +992-909-90-14-48.



ШАРҲИ АДАБИЁТ

СИНДРОМИ БРОНХООБСТРУКТИВӢ ДАР КӮДАКОН

Бабаева Л.А., Разоқова К.Р., Ашурова Н.П.

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

Муҳимият. Дар сохтори бемориҳои кӯдакони патологияи узвҳои нафаскашӣ маънаи муҳим дорад, ки 70-90% -и мурочиати ин гуна беморонро барои ёрии тиббӣ аз ин хусус шаҳодат медиҳад. Имрӯзҳо дар тамоми ҷаҳон афзоиши миқдори патологияи шушҳои бо синдроми бронхо-обструктивӣ (СБО) ҷараёнгиранда ба назар мерасад, новобаста аз он ки дар бораи паҳншавии он далелҳои мушаххас мавҷуд нестанд. Мувофиқи маълумоти адабиётҳо аз чор як нафар кӯдаки то 6-сола СБО-ро аз сар мегузаронад, ҳол он ки дар зиёда аз нисфи онҳо беморӣ хусусияти ретсидивӣ дорад. СБО миёни кӯдакони синни барвақтӣ, ки бо сабаби ИШВР (ОРВИ) бистарӣ карда шудаанд, дар 5-40% ҳолатҳо мушоҳида карда мешавад. [3,8,17,33]. Сабаби диапазони васеи дучоршавӣ ба ин беморӣ мавҷуд набудани ташхисоти ягона, шарҳи этиология ва патогенези беморӣ ба ҳисоб меравад.

Мувофиқи маълумотҳои ГУТ СБО ҳамчун тангшавӣ ё окклюзияи роҳҳои нафас тавсиф меёбад, ки метавонад дар натиҷаи ҷамъшавии маводи дар ҷойи холигӣ ба амал омада, афзоиши девораи бронхҳо, кашишхӯрии мушакҳои бронхиалӣ, коҳишёбии қувваи ретраксияи шуш, зарарёбии бронхҳо ба осеби бофтаҳои алвеоларӣ ва / ё компрессияи роҳҳои нафас пайдо шавад. Сабаби тангшавии роҳҳои нафас метавонад гуногун – ҳам шадид ва ҳам музмин бошад. Ба таври клиникӣ ҳалалёбии гузаронандагии бронхҳо ба тариқи нафастангии экспираторӣ дар шакли нафаскашии ноором бо нафасбарории давомнок, варами қафаси сина ва фарогирии ҷойҳои холӣ, сулфай вазнин, экспиратории диффузӣ, аксар вақт хуштакдор, инчунин хир-хири хушк ва намноки вариабелӣ зоҳир мешавад. [21,23]. Обструксия аксар вақт дар кӯдакони синни барвақтӣ бо сабаби хусусиятҳои анатомӣ-

физиологияи шушҳо пайдо мешавад. [20]. Ҳаҷм, ғунҷоиш ва параметрҳои вентилятсияи шушҳо дар кӯдакон ва калонсолон аз рӯи ҳисоби воҳиди дарозии бадан яхеланд. Тангии мутлақи роҳҳои хурди ҳавобар (бронхиолаҳои терминалии навзодон 0,1 мм дар диаметр, дар калонсолон — 0,5 мм), пардаи луобии тунук, каркаси мушакӣ ва эластикӣ сусти бронхҳо моилии кӯдакони синни барвақтӣ ба инкишофи обструксия дар заминаи бронхити этиологияшон гуногун ифода менамояд. [21,26]. Дар кӯдакони соли аввали ҳаёт СБО ҳамчун яке аз омилҳои муҳими ҳифзи шушҳо дар заминаи номукаммалии эпителияи ларзиш ва функцияи секретории бронхҳо ҳисобида мешавад. Зиёдшавии суръати ҳаво дар бронхҳо беҳтар тозашавии онҳоро аз луоб ва микроорганизмҳо таъмин менамояд, ки бо басомади хеле ками инкишофи пневмония дар заминаи он (<5%) зоҳир мешавад. Дар пайдоиши СБО варами илтиҳобӣ ва гиперсекретсияи луоби ғализ афзалият дошта, нақши бронхоспазм чандон зиёд нест. [20]. Бо мақсади диагностикаи барвақтии патологияи мазкур дониши амиқи механизмҳои патофизиологӣ заруранд, ки асоси инкишофи манзараи клиникӣ СБО-ро ташкил медиҳанд. [1,28]. Мушакҳои нозуки бронхҳо бо нахҳои асабии парасимпатикии бронхоконстрикторӣ иннерватсия мешаванд. Роҳҳои нафас ҳангоми таъсири ҳамдигарии в2-адреноретсепторҳои дар бронхҳо мавҷудаи дорои катехоламини сиркулятсияшаванда ё препаратҳои в2-таъсири адреномиметикӣ (салбутамол) васеъ мешаванд. Системаи асаби симпатикии нокифояи шушҳо амалан дар бронходилататсия таъсире надорад. Бактерияҳои пневмотропӣ, вирусҳо ва моддаҳои фаъоли биологӣ, ки ҳангоми илтиҳоби инфекционӣ/аллергӣ хориҷ мешаванд, эпителияи роҳҳои нафас-

ро осеб расонида, ретсепторҳои парасимпатикиро ба стимул меоранд, ки ин ба инкишофи бронхоспазм, варами пардаи луобӣ, гиперсекрецияи луоб сабаб мешавад ва дар натиҷа сӯроҳии бронхҳои хурдро баста, ба эпителии осеб мерасонад. Хамаи аломатҳои дар боло номбаршуда ба афзоиши муқовимати роҳҳои нафас сабаб мешаванд. Муқовимат ба маҷрои воридшавии ҳаво мутаносибан ба дараҷаи чоруми коҳишёбии сӯроҳии бронхҳо афзоиш ёфта, ҳангоми 2 баробар тангшавии бронхҳо муқовимат 16 маротиба зиёд мешавад. Дар бронхҳои тангшуда суръати ҳаракати ҳаво зиёд мешавад, ки ин муқовимати маҷрои ҳаворо зиёд мегардонад. Мувофиқи меёр нафаскашӣ аз ҳисоби кашишхӯрии диафрагма амалӣ мешавад, дар ин ҳолат фишори дохилиплевралӣ аз дараҷаи атмосферӣ паст фаромада, ҳаво дар алвеолаҳо дармемонад. Нафасбарорӣ ҳангоми сустшавии диафрагма то баробаршавии фишори дохилиплевралӣ бо атмосферӣ ба таври нофаъол сурат мегирад. Ҳангоми баландшавии муқовимат дар роҳҳои нафас фаъолияти мушакҳои нафаскашӣ зиёд мешавад, махсусан ҳангоми нафасбарорӣ, ки акнун бояд фаъол бошад. Дар ҳолати чунин нафасбарорӣ фишори дохилиплевралӣ зиёд мешавад, таносубан вақти нафасбарорӣ қувваи дар бронхҳо аз берун мавҷуда зиёд мегардад. Девораҳои хурди бронхҳо, ки каркаси тағоякӣ надоранд, тадричан паст фаромада, ҳолате ба амал меояд, ки нафасбарорӣ минбаъда имконнопазир мегардад. Девораҳои хурди бронхҳо вазифаи клапанро ба ҷо меоранд, ки дар ҳолати нафасбарорӣ пӯшида мешаванд, ҳаво дармемонад ва ин ба дом шабоҳат дошта, алвеолаҳо ҳамешагӣ кушода боқӣ мемонанд. Дар чунин ҳолатҳо, ки нафасбарорӣ бо суръат ва ҳаҷми зиёд номумкин аст, сулфа самаранок нест, дар бронхҳо тарашшуҳи часпанда ба амал омада, ба инкишофи ҳолати ислоҳнашаванда оварда мерасонад. [1,6,9,19].

Хирроси экспираторӣ ҳангоми СБО дар натиҷаи ларзиши девораи роҳҳои нафаси муқобили ҳамдигар ҷойгиршуда дар лаҳзаи зичии пурраи онҳо ҳангоми нафасбарорӣ

пайдо мешавад. Дар трахея ва бронхҳои калон миқдори максималии садоҳои экспираторӣ мушоҳида мешавад, зеро онҳо бо бофтаи шушӣ пӯшида нашудаанд. Ба онҳо бевосита фишори баланди дохилиплевралӣ таъсир мерасонад. Бинобар ин ақидаи зерин нодуруст аст, ки гӯё хирроси хуштакмонанд ҳангоми нафасбарорӣ, ки аксар вақт ҳангоми СБО шунида мешавад, танҳо натиҷаи гузаштани ҳаво тавассути роҳҳои нафаси хурди тангшуда аст. Новобаста аз садо (тембр), ҳама гуна садоҳои экспираторӣ, ки дар дохили қафаси сина ҷойгиранд, ба обструксия далолат менамоянд, ки ба таври қатъӣ аз садоҳои респиратории берунақафасисинагии ҷойгиршавии обструксия – стенози ҳалқуми хусусияти инспираторӣ дошта фарқ мекунад. [14,15,22].

Сабаби асосии СБО дар кӯдакон — «бемории бронхҳои реактивӣ»: астмаи бронхиалӣ (АБ), бронхити обструктивӣ ва рефлюкси гастрозофагалӣ (РГЭ) мебошад. Диагностикаи ин бемориҳо дар синни барвақтӣ душворихоӣ зиёдеро пеш меорад, зеро ҳангоми АБ ва бронхити обструктивӣ гиперсекрецияи луоб ва варами девораи бронхиалӣ мавқеи асосӣро ишғол менамоянд, на бронхоспазм дар кӯдакони синни болоӣ, ки дар ин ҳолат ба пайдоиши клиникаи ба худ хоси «астмаи намнок» ё бронхити астматикӣ сабаб мешавад. Мувофиқи маълумоти адабиётҳо пас аз 4—8 соли бистаригардонӣ бо сабаби СБО-и зоҳиршуда дар заминаи ИШВР зиёда аз нисфи чунин кӯдакон аз АБ-и дар синни барвақтӣ ошкорнашуда азият мекашанд. [18,20,24]. Ҳол он ки ташхисоти нафастангӣ аз рӯи аломатҳои хоси он имконпазир аст. [4,11.19]. Синну соли бемори гирифтори обструксияи шадиди бронхиалиро дар заминаи ИШВР ба назар гирифтани зарур аст. Дар синни 1,5 –солагӣ эҳтимолияти ташхиси АБ хеле баланд мешавад, то синни 1-солагӣ эҳтимолияти бронхити обструктивӣ хеле баланд аст. Такроршавӣ арзиши баланди ташхисотӣ дорад. Дар кӯдакони синни аз 4—5 – сола боло генези инфекционии обструксияи такрорӣ ҳодисаи муқаррарист. Инчунин ташхисоти АБ аз рӯи принсипи «се эпизоди



обструкция дар анамнези -АБ» хеле содалавхона аст. Баҳоидиҳои параметрҳои диғари клиникӣ низ зарур аст.[16,28].

Сабаби тез-тез рух додани СБО дар кӯдакони синни барвақтӣ рефлюкси гастрозофагалӣ (РГЭ) мебошад. Ба хусусиятҳои функционалии кӯдакони синни барвақтӣ норасоии сфинктери кардиалии сурхрӯда мансуб аст.[21]. Инкишофи СБО ба ду механизм алоқаманд аст: 1) ҳамчун натиҷаи ихроҷи муҳтавои меъда ба сӯроҳии танаи бронхиалӣ ҳангоми рефлюкси зоҳиргаштаи кӯдакони гирифтори осеби системаи асаб (синдроми аспиратсияи музмини ғизо); 2) механизми дуҷуми РГЭ-и обструкцияи бронхиалии индуташида нисбатан аҳамиятнок ҳисобида мешавад. Ретсепторҳои вагусии сурхрӯда ба нотсепторҳо мансубанд, яъне ангижиши онҳо ҳангоми мавҷудияти илтиҳоб - — РГЭ – бемориҳо ба амал меояд ва ҳамин тариқ тавсиф мешавад, ки чаро рефлюкси физиологӣ ба сулфа ва хурӯҷҳои нафастангӣ намеорад. [8,9,16].

Ташхисоти фарқкунандаи РГЭ ва АБ масъалаи душвор мебошад. [1]. Чараёни вагомутеият ҳосилкунии кислотаи хлорид ба ҳисоб меравад, ки ба таври максималӣ дар давраи аз соати 24 то 4 – и сахар сурат мегирад, ҳангоме ки муҳтавои меъда хусусияти агрессивӣ дорад. Хурӯҷҳои нафастангӣ ва сулфаи хушки хурӯҷмонанд аксар вақт чунишабона ба амал меоянд, ба монанди АБ. Дар 50% ҳолатҳо РГЭ дар кӯдакони ширхорагӣ бо таҳаммулнопазирии сафедаҳои шири гов алоқаманд аст. Дар бисёр ҳолатҳо дар онҳо дерматити атопикӣ мушоҳида мешавад. Ҳамин тавр, аломатҳои раднашавандаи АБ-и кӯдакон чунинанд: мавҷудияти СБО, симптомҳои сулфаи хурӯҷмонанди хусусияти такроридошта, ки шабона бе аломатҳои ИШВР, инчунин бе аломатҳои ғайришушии атопия, эозинофилия, баландшавии дараҷаи IgE пайдо мешаванд. Ташхисоти дифференциалӣ ҳангоми истифодаи рН-метрияи трансғизоӣ, ФЭГДС имконпазир аст, чорабиниҳои зиддирефлюксӣ самаранок ҳисобида мешаванд. Кишти бактерияҳои рӯда аз девораи ақиби ҳалқум аломатҳои ғайримустақими РГЭ ба

ҳисоб меравад. [16,19,22].

СБО ҳамчун реаксияи муҳофизатии кӯдакони синни ширхорагӣ ҳама гуна бронхитро ҳамроҳӣ менамояд, вале аз ҷиҳати клиникӣ на дар ҳамаи пациентҳо ошкор карда мешавад. Зоҳиршавии обструкция ба хусусиятҳои вируси барангезанда ва аз бисёр ҷиҳат бо мавҷудияти гиперфаъолнокии ибтидоии бронхҳо алоқаманд аст, ки метавонад характери ирсӣ дошта бошад ё натиҷаи пневмопатияҳои аз сар гузаронидашуда, дисплазияи бронху шушҳо дар давраи навзод будан, инчунин омилҳои номусоиди экологӣ ба ҳисоб меравад. Мисли ҳамаи реаксияҳои муҳофизатӣ СБО манбаи халақӣ ба ҷиддии кӯдакон шуда метавонад. [8,12].

Мувофиқи таснифот бронхити обструктивии шадид (БОШ) ва бронхиолити шадид (БШ) вариантҳои чараёни бронхити шадид ҳисобида мешаванд. БОШ бо синдроми обструкцияи бронхиалии диффузӣ, меъёрҳои клиникӣ чараён мегирад, ки онҳо чунинанд: нафастангии экспираторӣ, нафаскашии ноороми хуштакдор дар заминаи ИШР, хирроси паҳншудаи хушк ва намнокӣ гуногункалибр. Дараҷаи сабук/муътадили норасоии нафаскашӣ (НН) мушоҳида карда мешавад. Басомади нафаскашӣ (БН) дар ҳадди меъёр ё каме зиёд. Дар шушҳо дар мавзеи симметрии қафаси сина – садои муътадили перкуторӣ бо инъикоси қуттишакл. Ба тариқи рентгенологӣ дар заминаи зиёдшавии шаффофии мавзеи шушҳо ва инъикоси шушҳо, мавҷуд набудани аксҳои манбавӣ ва инфилтративӣ ошкор карда мешавад. БОШ (ООБ) аксар вақт дар кӯдакони 4 соли аввали ҳаёт мушоҳида карда мешавад. [5,10,20].

БШ (ОБ) – ин бемории илтиҳобии роҳҳои поёнии нафас бо осеби бештари бронхҳои хурд ва бронхиоли этиологияшон вирусӣ мебошад. Ба ҳиссаи RS-вирусҳо 90% - и ҳолатҳо [29,30], антитела рост меояд, ки ҳамаи кӯдакон дар синни 2-солагӣ ба он гирифтор мешаванд, танҳо дар қисми ками онҳо клиникаи бронхиолит инкишоф меёбад. БШ – инфекцияи нисбатан бештар дучоршавандаи роҳҳои поёнии нафас ҳисо-



бида шуда, бино ба маълумоти адабиётҳо қариб 10% кӯдакони синни ширхорагӣ онро паси сар менамоанд. Дар кӯдакони гирифтори бемориҳои музмини бронху шушҳо ва иллатҳои дили модарзодӣ БШ бо ғавтияти зиёд (10—20%) аз сабаби маҳкамшавии механикии бронхиолаҳо бо эпителияи некротикӣ ва ҳучайраҳои илтиҳоб чараён мегирад. [1,2,13].

Меъёрҳои асосии клиникии БШ - нафастангии зоҳиршудаи дорои хусусияти экспираторӣ/ омехта, сианози периоралӣ, барҷастагии теғаҳои бинӣ, сулфаи нисбатан кам, аускултативӣ - диффузӣ мебошад. Манзараи равшани клиникии БШ дар рӯзҳои 3—4-ум инкишоф меёбад, ИШВР, ҳарорати бадан муътадил ё субфебрилӣ аст. [25]. Табларза ба эҳтимолияти баланди бронхиолити облитератсионӣ далолат менамояд. [7].

Сабаби нисбатан бештар дучоршавандаи БШ RS-вирус мебошад. Дар синни 2-солагӣ дар ҳамаи кӯдакон ба RS-вирус антителаҳо ҳосил мешаванд. Танҳо дар 1% - и онҳо аломатҳои клиникии бронхиолит мавҷуд аст, ки бистаригардониро талаб менамояд. [27,33].

Аломати нисбатан муҳими БШ гипоксия ба ҳисоб меравад. PO₂ аксар вақт то 55—60 мм ст.сим. коҳиш меёбад, PCO₂ бештар коҳишёфта (гипервентилятсия), ки ба инкишофи атсидоз монё мешавад. Симптоми асосии ҳалалёбии нафаскашии кӯдакони дорои БШ иштироки мускулатураи ёридиҳанда дар чараёни нафаскашӣ, кашидашавии зоҳиршудаи мавзёҳои болои қулақ, миёниқабурғавӣ, шоҳаи теғмонанди туш, садоҳои инспираторӣ ё мавҷуд набудани онҳо (бесадо сабук) мебошад. БН метавонад мувофиқи меъёр бошад. Барои баҳодиҳии вазнинии БШ дар оғози беморӣ бо оксиген пур будани хунро (сатуратсия SaO₂) бо ёрии пулсоксиметрия муайян кардан зарур аст. SaO₂ < 95% ба чараёни вазнини беморӣ ва зарурати бистаригардонии кӯдак ба шӯбаи терапияи шиддатнок ва шӯбаи эҳғарӣ далолат менамояд. Коҳишёбии ҳалалёбии нафаскашӣ ва маҳдудшавии обструксия дар рӯзҳои 10—14-уми беморӣ аз динамикаи мусбат шаҳодат медиҳад.

БШ дар кӯдакони норасид ва навзодон бо эпизоди апноэ чараён мегирад, дар ин ҳолат бозистии нафаскашӣ метавонад ба инкишофи симптомҳои дигари респираторӣ сабаб шавад. Ба гурӯҳи хатари зиёди марг дар натиҷаи апноэ кӯдакони < 44 ҳафтаина дохил мешаванд. [3,31]. Ба тариқи рентгенологӣ ба БШ инҳо хосанд: варами шушҳо, шиддатнокии инъикоси рағҳо, метавонад микроателектаз муайян карда шавад. Дар 10—20% патсиентҳо дар рентгенограмма тағйиротҳо ошкор карда намешаванд. [6,32].

Ба хронизатсияи чараён ва инкишофи бронхиолити постинфексионӣ бо облитератсия боқӣ мондани ҳалалёбии нафаскашӣ, хирроси хурдхубобчавӣ >2 ҳафта дар заминаи муътадилгардии ҳарорат далолат менамояд. [7]. Он ҳамчун оризаи инфекцияҳои вазнини респираторӣ-вирусӣ инкишоф меёбад, ки миёни онҳо дар беморони 1-2 – сола инфекцияи аденовирусӣ ва респираторӣ-синцитиалӣ, дар кӯдакони нисбатан калонтар инфекцияҳои легионелёзӣ ва микоплазменӣ нақши манфӣ доранд. Манзараи хоси бронхиолити облитератсияшуда ташкили экссудат, пролифератсияи бофтаи васлкунанда дар девораи бронхҳои хурд ва бронхиолаҳо, тангшавии сӯроҳии онҳо ва роҳҳои нафаси канорӣ ба ҳисоб меравад. Ҳалалёбии гузаронандагии ин мавзёҳо, паҳншавии илтиҳоб дар самти дисталӣ ба варами бофтаҳои шуш, ҳалалёбии чоришавии хун бо инкишофи гипертензияи шушҳо, деструксияи девораҳои алвеоларӣ ва эмфизема сабаб мешавад. Илтиҳоб ба бронхҳои тағоякӣ паҳн мешавад, ки ин ба пайдоиши бронхоэктаз мусоидат менамояд. [7,9,28].

Вобаста ба паҳншавии чараён 4 навъи беморӣ тавсиф карда мешавад: «тоталӣ» (умумӣ)— синдроми Маклеод (31%) - қисми зиёди бронхиолаҳои як шуш облитератсия шудааст, «манбавӣ» яктарафа (55%) ва дутарафа (8%), «ҳиссаӣ» (6%) – бо аломатҳои облитератсияи сегментҳои алоҳида. Дарачаи зоҳиршавии симптоматикаи клиникӣ ҳангоми шаклҳои гуногуни он аз ҳамдигар фарқ мекунад. Шиддатнокии беморӣ одатан дар заминаи ИШР ба амал меояд ва бо инкишофи СБО зоҳир мешавад. Ба таври



рентгенологӣ камшавии акси раги шушҳо, хатто то дараҷаи «шаффофии зиёд»-и якта-рафаи шушҳо ошкор карда мешавад. Ҳангоми андозаи коҳишёфтаи шушҳо, ошкор-созии вариантҳои «умумӣ» ва якта-рафаи «манбави»-и симптоми мусбати «доми хавой» дар мавзеи нафасбарории дил ба тарафи шуши солим ҷой мегирад ва фарқи-яи шаффофии шушҳо зиёд мешавад. Халалёбии устувори вентилясионӣ бо афзалияти шакли обструктивӣ (75%), гузаронан-дагии бронхҳои ҳамаи дараҷаҳо хосанд. Яке аз хусусиятҳои асосии бронхиолити обли-тератсияшуда халалёбии перфузияи шушӣ ба ҳисоб меравад. Ҳангоми пневмосинтиг-рафия дар ҳамаи беморон коҳишёбии маҷ-

рои хуни шушӣ мушоҳида мешавад. Ҳанго-ми доплеркардиография дар зиёда аз 50% беморон аломатҳои бештари выявлёшудаи признаки легочной гипертензии шушӣ, дар вақти ЭхоКГ — тағйиротҳои морфометрии меъдачаи чап дар шакли дилататсияи маҳ-дудгаштаи сатҳи он (26%) ё дар шакли омех-таи дилататсияи сатҳи меъдачаи чап ва гипертрофияи миокарди девораи озоди ро-сти меъдача ошкор карда мешавад, ки аз шуши музмини дил шаҳодат медиҳад. Дар нисфи беморон ин тағйиротҳо дар давоми 3-4- соли аввали оғози беморӣ инкишоф меёбанд. Дар СБД (ЭКГ) дар ҳар шашумин кӯдак аломатҳои дили музмини шуш му-шоҳида карда мешавад. [7, 8,13,14,26].

АДАБИЁТ

1. Гриппи М.А. Патологическая физиология легких, изд. 2-е испр. - М. - СПб., 2000.
2. Бойцова Е.В. Новые методы диагностики хронического бронхита у детей // Российский вестник перинатологии и педиатрии. №3, 2001. С. 36-40.
3. Острые респираторные заболевания у детей: лечение и профилактика // Пособие для врачей. - М., 2002.
4. Геппе Н. А., Малышев В. С., Лисицын М. Н., Селиверстова Н. А., Поденова Т. А. Бронхофонография в комплексной диагностике бронхиальной астмы у детей // Пульмонология. 2002, № 5, с. 33–39. Национальная программа «Бронхиальная астма у детей».
5. Чучалин А.Т., Черняев А.Л. Бронхиолиты // Русский медицинский журнал. №4, т. 11, 2003. С.156-160.
6. Зайцева О.В. Бронхообструктивный синдром у детей / Педиатрия. — 2005. — № 4. — С. 94-104.
7. Спичак Т. В. Постинфекционный облитерирующий бронхит у детей. - М., 2005.
8. Практическая пульмонология детского возраста (справочник - 3-е изд.) // Под ред. Таточенко В.К. - М., 2006.
9. Дамианов И. Секреты патологии [перевод с англ.]. - М., 2006. С. 366-405.
10. Царькова С.А. Современные аспекты диагностики и лечения острого бронхита у детей // Вопросы практической педиатрии. №1, т. 1, 2006. С. 50-55.
11. Скачкова М. А., Тарасенко Н. Ф. и др. Дифференциальная диагностика рецидивирующих бронхитов у детей / Пульмонология детского возраста: проблемы и решения Под ред. Ю.Л. Мизерницкого, А.Д. Царегородцева Выпуск 6. – Москва 2006. – с 17-19
12. Сорока Ю.А. Бронхообструктивный синдром в педиатрической практике Журнал «Здоровье ребенка» 2(2) 2006 – с 17.
13. Овсянников Д.Ю., Кузьменко Л.Г., Дегтярева Е.А. Течение бронхолегочной дисплазии у детей грудного и раннего возраста / Педиатрия. — 2007. — № 4. — С. 35-42.
14. Баранов, А.А. Детские болезни: Учебник. - М.:«ГЕОСТАР-Медиа», 2007.- 674с.
15. Доскин В.А. Амбулаторно-поликлиническая педиатрия: - Учебное пособие. – М.: «МИА», 2008.-464с.
16. Аршба С.К. Современные аспекты сочетанной патологии: бронхиальная астма и заболевания верхних отделов желудочно-кишечного тракта у детей // Педиатрическая фармакология. №4, т. 5, 2008. С. 70-75.



17. Зосимов А.Н. Детская пульмонология. Принципы терапии. - М., 2008.
18. Мизерницкий Ю.Л. Диагностика и принципы терапии острой бронхиальной обструкции у детей // *Consilium medicum*, приложение «Педиатрия». №1, 2008. С. 41-45.
19. Аллергология и иммунология: клинические рекомендации / под общей редакцией Баранова А.А., Хаитова Р.М. – М. : Союз педиатров России, 2008. – с. 132-136.
20. Геппе Н.А., Розина Н.Н., Волков И.К. и др. Новая рабочая классификация бронхолегочных заболеваний у детей / Доктор. Ру, 2009. — № 1. — С. 7-13.
21. Геппе Н.А. Пропедевтика детских болезней: Учебник. – М.: «ГЕОТАРМедиа», 2009.- 464с.
22. Мельникова Н.Ю. Детские болезни 2т: Учебник. М.: «ГЕОТАР-Медиа», 2009.- 608с.
23. Фёдоров А. В., Пономарева И. А. Бронхообструктивный синдром у детей / Медицинская газета №8 от 6.02.2009; №9 от 11.02.2009.
24. Мизерницкий Ю.Л. Дифференциальная диагностика и принципы дифференцированной терапии бронхообструктивного синдрома при острой респираторной инфекции у детей // *Земский врач*. №3, 2010. С. 5-10.
25. Овсянников Д.Ю. Острый бронхолит у детей // *Вопросы практической педиатрии*. №2, т. 5, 2010. С. 75-84.
26. Быков В.О. Руководство по практическим умениям педиатра: Учебное пособие. – Ростов н/Д: «Феникс», 2010.-574с.
27. Савенкова М.С. Многоликая острая респираторная инфекция: от основных возбудителей к выбору препарата // *Лечащий врач*. №3, 2011. С. 58-65.
28. Шабалов Н.П. Детские болезни том 1,2: Учебник.- СПб.: «Питер», 2011.- 928с.
29. Acute viral Bronchiolitis: to Treat or not to Treat - That Is the Question // *The Journal of pediatrics*. September, 2007. P. 235-237.
30. Hall C.B. Respiratory Syncytial virus, what we know now // *Contemp. Pediatr*. 10, 1994. P. 92-110.
31. Smyth R., Openshaw P.M. Bronchiolitis // *The Lancet*. V. 368, 2008. P. 312-322.
32. Swingle G.H., Hussey G.D., Swarenstein M. Randomised controlled trial of clinical after chest radiograph in ambulatory acute lower - respiratory infection in children // *Lancet*. V. 351, 1998. P. 404-408.
33. Wennergren G. Epidemiology of respiratory infection associated with wheezing in children / *ERS Copenhagen 2005 congress. PG-S-pediatrics: respiratory infection in children*. P. 5-31.

БРОНХООБСТРУКТИВНЫЙ СИНДРОМ У ДЕТЕЙ

Бабаева Л.А., Разокова К.Р., Ашурова Н.П.

Кафедра пропедевтики детских болезней ГОУ “ТГМУ имени Абуали ибни Сино”

В статье изложены распространённость, этиопатогенез, клиника, диагностика и дифференциальная диагностика бронхообструктивного синдрома у детей раннего возраста.

Ключевые слова: дети, ранний возраст, бронхообструктивный синдром, эпидемиология, этиология, патогенез, клиника, дифференциальная диагностика.

BRONCHO-OBSTRUCTIVE SYNDROME IN CHILDREN

Babaeva L.A., Razoqova K.R., Ashurova N.P.

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

The article presents the prevalence, etiology, pathogenesis, clinical picture, diagnosis and differential diagnosis of broncho-obstructive syndrome in early age children.

Key words: children, early age, broncho-obstructive syndrome, epidemiology, etiology, pathogenesis, clinic, differential diagnosis.



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

Разокова Комилаи Рачабӣ – ассистенти кафедраи таълими асосҳои бемориҳои кӯдаконаи МДТ «Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абуалӣ ибни Сино», E.mail: razkomila@gmail.com, тел.: 556663310.

Ашурова Наргис Пулодшоҳевна - ассистенти кафедраи таълими асосҳои бемориҳои кӯдаконаи МДТ «Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абуалӣ ибни Сино», E.mail: asurovanargis98@gmail.com, тел.: 985633679

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

Разокова Комилаи Раджаби – ассистент кафедры пропедевтики детских болезней ГОУ «Таджикский государственный медицинский университет им. Абуали ибни Сино», E.mail: razkomila@gmail.com, тел.: 556663310.

Ашурова Наргис Пулодшоҳевна- ассистент кафедры пропедевтики детских болезней ГОУ «Таджикский государственный медицинский университет им. Абуали ибни Сино», E.mail: asurovanargis98@gmail.com, тел.: 985633679

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.

Razoqova Komilai Rajabi – assistant of the department of propaedeutics of children diseases of the SEI «ATSMU», E.mail: razkomila@gmail.com, tel.: 556663310.

Ashurova Nargis Pulodshohevna - assistant of the department of propaedeutics of children diseases of the SEI «ATSMU», E.mail: asurovanargis98@gmail.com, тел.: 985633679

БАЪЗЕ ЧИХАТҲОИ ПАТОГЕНЕЗ ВА ОМИЛҲОИ ХАФНОК ДАР ФИШОРБАЛАНДИИ ШАРАЁНИИ СИСТОЛИКИИ МАҲДУД

Умаров А.А., Сохибов Р.Ғ., Умарова С.А., Шарифова Н.Ҷ.

Кафедраи бемориҳои дарунии №2 Муассисаи давлатии таълимии
МДТ «Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абуалӣ ибни Сино»

Муҳиммият. Фишорбаландии маҳдуди систоликии калонсолон (ФМСК) шакли маъмултарини баландшавии фишори хун (ФХ) дар одамони солхпрда ва пиронсолон мебошад. Тадқиқотҳои калони эпидемиологӣ нишон доданд, ки фишорбаландии систоликии омили мустақил, доимӣ ва ислоҳшавандаи хавф барои ҳама оризаҳои дилу рағҳои хунгард мебошад. ФМСКфавтро аз бемориҳои дилу рағҳо 2-5 маротиба, фавти умумиро 51% ва ҳодисаҳои сактаи магзи сарро ба 2,5 маротиба дар муқоиса бо шахсони дорои фишорбаландии шараёнии муқаррарӣ дошта зиёд мекунад [1-4].

Сатҳи фишори систолиқӣ ва диастолиқӣ табиатан бо гузашти синну сол баланд мешавад. Баландшавии фишориси столиқӣ то

70-80-солагӣ идома меёбад, дар ҳоле ки фишори диастолиқӣ танҳо то 50-60-сола боло меравад ва баъдан сатҳи он метавонад, ҳатто паст шавад [4,5]. Фишорибаландии набзро метавон ҳамчун омили хавф баррасӣ кард, ки ба афзоиш ва паҳншавии ФМСК, ки яке аз шаклҳои маъмултарини фишорбаландии шараёний (ФШ) дар пиронсолон аст, мусоидат кунад. Хавфи фишорбаландии шараёний ва муносибати он бо ФМСК беҳтар тавсиф карда мешавад, зеро фишори хуни диастолиқӣ аз сабаби дуруштии артериявӣ метавонад нодуруст паст бошад. Якчанд таҳқиқоти охири нишон доданд, ки фишори набзии хун, махсусан дар якҷоягӣ бо афзоиши фишори хуни систолиқӣ, робитатаи қавитарин байни фишори хун ва хата-



ри ҳаводиси дилу раг дорад [9]. Як қатор муаллифон склерози аорта ва рағҳои калонро омили асосии патогенетикии инкишофи ФМСК, асосан дар натиҷаи склерози пардаи мобайнии рағҳо, ки боиси паст шудани чандирии онҳо мегардад, медонанд. Баландшавии дурушти аорта асосан аз ҳисоби коллагенизатсияи, пардаи мобайнӣ на аз ҳисоби атеросклероз ба амал меояд. Дар маводи сексиявӣ дар гурӯҳҳои одамони калонсоли дорои гипертонияи систоликӣ, фишорбаландии шараёни ва фишори муқаррарӣ, дараҷа ва марҳилаи атеросклероз ба таври назаррас фарқ нашофт [10,11]. Бисёр тағйироти гистологӣ, ки бо синну сол дар деворҳои рағҳои хун ба амал меоянд, ба тағйироти атеросклероз монанданд. Бо вучуди ин, нақши атеросклероз дар патогенези ФМСК дар одамони калонсол баҳснок аст. Як гурӯҳи муаллифони белгиягӣ фарзияро омпхтанд ва муайян карданд, ки полиморфизми гаптоглобин омили ирсӣ буда, бо баланд шудани фишори хуни систоликӣ дар пиронсолӣ алоқаманд аст. Дар беморони пиронсоле, ки гирифтори фишорбаландӣ ҳастанд, мавҷудияти гаптоглобин 1-1 фенотипӣ бо зиёд шудани фишори хуни систоликӣ алоқаманд аст. [12]. Муаллифон кпшиш карданд, ки робитаи эҳтимолии байни полиморфизми гениферменти табдилдиҳандаи ангиотензин ва хатари пайдоиши фишорбаландии шараёни ва бемории ишемикии дилро дар гурӯҳҳои синну соли гуногун муқаррар кунанд. Тадқиқотчиён муайян карданд, ки генотипи DD гени ферменти табдилдиҳандаи ангиотензин бо рушди сактаи миокард дар беморони то сини 50 –сола ва мавҷудияти ФМСК дар беморони гирифтори бемории ишемикии дил аз 65 сола боло алоқаманд аст [12]. Дар беморони гирифтори ФМСК, ноустувории бештари фишори хун хеле маъмул аст, ки махсусан зери сарборихои психогенӣ, ба паст шудани хотира барои рӯйдодҳои охири, душворӣ дар омпхтани чизҳои нав, паст шудани фаъолияти корӣ, заиф шудани диққат ва пайдоиши аксуламалҳои эмотсионалӣ оварда мерасонад. Дар тадқиқотҳо нақши омилҳои психогенӣ дар саршавӣ ва ҷараёни беморӣ нишон до-

данд, зеро яке аз механизмҳои генетикии баландшавии фишори хуни шараёни ин вайроншавии худтанзимкунии психофизиологӣ мебошад [13,14,15,16,17,18]. Ба гуфтаи И.В. Давидовский, фишорбаландии шараёни бемории тарзи ҳаёти одами муосир мебошад [19]. Аз ин ҷиҳат фишорбаландии шараёниро ҳамчун як мушкилии психосоматикӣ баррасӣ кардан лозим аст, ки дар воқеъ ҳалли масъалаҳои муносибати байни ягонагии соматикӣ, равонӣ, иҷтимоиро аз нуқтаи назари фаҳмиш ва биниши муосири психосоматика муайян мекунад [1,5, 20,21]. Омпиши муносибатҳои психосоматикӣ дар беморони гирифтори ФМСК ва ихтилоли равонии сарҳадӣ аз нуқтаи назари бархпрди систематикӣ ба таҳлили шароитҳои ҳамбастагӣ муҳим аст [29]. Илова ба бемории асосӣ, омили синну солро дар афзоиши ҳолати афсурдаҳолӣ бояд қайд кард, зеро ба ҳама маълум аст, ки дар шахсони амалан солим аксар вақт ҳолати афсурдаҳоли мушоида карда мешавад.

Паҳншавии назарраси ФМСК ва рушди мушкилиҳои ҷустуҷуи роҳҳои нави таҳис ва табобатро талаб мекунад. Тадқиқотҳои васеи ояндадор нишон доданд, ки афсурдаҳоли ва изтироб омилҳои мустақили хатар мебошанд, ки ҳам ба рушди фишорбаландии шараёни ва ҳам ба пешгрии зиндамории беморони гирифтори беморихои дилу рағҳо таъсир мерасонанд [17,24,30]. Ба афсурдаҳоли нозогенӣ – аксуламали психогенӣ, ки дар натиҷаи ба ҳам пайвастании омилҳои психогенӣ ва вазъияти вобаста ба огоҳии хатари беморӣ, ранҷи ҷисмонӣ ва тағйирёбии сифати зиндагӣ ба вучуд меояд, аҳамияти махсус дода мешавад. Нишон дода шудааст, ки ихтилоли изтироб-афсурдаҳоли дар зиёда аз 50% беморон ошкор карда мешаванд ва аксар вақт бо фишорбаландии шараёни бо ҷараёни бпхронӣ, ки аксар вақт ба сактаи магзисар ва сактаи калб мураккаб мешаванд, ҳамроҳӣ мекунанд [17,21,32]. Дар беморони гирифтори тағйироти гуногуни психопатологӣ, аксуламали шадидтар ва дарозмуддати фишорбаландии шараёни дар шароити фишори равонӣ муайян карда мешавад. Дар байни ин шароити



тҳо ҷои аввалро ихтилоли равонии сарҳадӣ, бахусус невротикӣ ва неврозӣ, ки бо алоими изтиробӣ, васвоси-фобӣ, неврастения, афсрдаҳоли, гипохондриакалӣ ва истерикӣ ё маҷмӯи онҳо ифода мекунад, ишғол мекунад [23,25,33,34]. Дар 60-80% беморони гирифтори фишорбаландии шараёни ихтилоли равонии сарҳадӣ мушоҳида мешавад ва мавҷудияти онҳо ба ҷараёни беморӣ таъсири манфӣ мерасонад, ва яке аз сабабҳои паст шудани фаъолият буда, муносибати махсусро ба табобат ва барқарорсозии беморон талаб мекунад [16,17].,24,35]. Ҳангоми арзёбии ихтилоли равонӣ, бо фишорбаландии шараёни алоқаманданд, як қатор муаллифон дар 70% ҳолатҳо вайроншавии психоэмоционалӣ, асосан дар шакли неврастения ва аз рӯи як қатор мушоҳидаҳо, дар 80% беморони фишорбаландии шараёни номутобикати иҷтимоӣ равоиро муайян кардаанд. [29,36,37]. Одатан, ду гурӯҳи ихтилолхоро ҷудо мекунад: якум – психогенӣ, ки бо аксуламали беморӣ зич алоқаманд аст, дуюм – ихтилоли неврозмонанди пайдоиши рағҳо, ки аз ҷараёни фишорбаландии шараёни алоқамандии зичдоранд. [1,9,17,18,38]. Чунин ба назар мерасад, ки ду нуқтаи назар вучуд дорад. Ба гуфтаи яке, дар ташаккули ихтилоли равонӣ фишорбаландии шараёни нақши асосиро ҳислатҳои шахсият мебозанд, на тағйироти дуумдараҷаи системаи марказии асаб, ки дар натиҷаи баландшавии дарозмуддати фишори хун ба вучуд меоянд [31,35,39]. Ба ақидаи дигар, ихтилоли равонии сарҳадӣ ба таври соматогенӣ ба вучуд меоянд, зеро фишорбаландии шараёни дарозмуддат аксуламалҳои невротикӣ ва ҳолати неврозро ба вучуд меорад [40-42]. Аксар вақт, бо шиддат гирифтани ихтилоли равонӣ, аломатҳои соматикӣ ба замина меафтанд ва алоими аффективӣ, пеш аз ҳама изтироб, ҷои аввалро ишғол мекунад. Ҳамзамон ҳолатҳои вучуддоранд, ки расми барҷастаи бемории асоси беморҳои равониро пинҳон мекунад [2,43]. Мафҳуми «вобастагии давравӣ» сазовори таваҷҷӯҳи бештар аст, ки ихтилоли соматикӣ ва равонӣ дар фишорбаландии шараёни ҳамчун як раванди ягонаи пато-

логӣ, ки дар он доираи таъсири нохуши мутақобилаи ранҷҳои соматикӣ ва ихтилоли равонӣ ба вучуд меояд [8,25,34].

Дар байни ихтилоли афсрдаҳоли ва патологияи системаи дилу рағҳо таъсири мутақобилаи мураккаб вучуд дорад: патологияи дил бо афзоиши басомади ихтилоли ҳамроҳ мешавад, илова шудани афсрдаҳоли ба беморҳои шадиди дилу рағҳо хатари пайдоиши оризаҳои шадиди дилу рағҳо (сактаи миокард ва вайроншавии хунгардиши майнаи сар), фавти умумӣ ва фавт аз беморҳои дилу рағҳоро ба таври назаррас зиёд мекунад. [16,35]. Паҳншавии афсрдаҳоли бо синну сол, дар ҳар 10 соли ҳаёт 1-2 маротиба меафзояд [24]. Сатҳи афсрдаҳоли дар пиронсолон (60-74 сола) 2 маротиба ва дар одамони аз 75 сола боло 6 маротиба нисбат ба ҷавонон зиёдтар аст [16,42]. Аммо, афсрдаҳоли на танҳо сифати ҳаёти инсонро паст мекунад, балки сабаби асосии афзоиши фавт аз сактаи дил ва магзи сар мебошад [5,17]. Бисёре аз беморони гирифтори фишорбаландии шараёни, ки ихтилоли афсрдаҳоли доранд, ё тамоман табобат карда намешаванд ё ба таври нопурра табобат карда мешаванд, ки ин боиси афзоиши минбаъдаи фавт аз садамаҳои коронарӣ мегардад [3,17,23]. Мувофиқи маълумоти ТУТ, зиёда аз нисфи беморони гирифтори афсрдаҳоли аз ҷониби табибони оилави табобат карда мешаванд ва аз зери назари равоншиносон дур мемонанд [34]. Чунин афсрдаҳолиҳо соматогени номида шуда, дар зери пардаи аломатҳои гуногуни соматовегетативӣ ба амал меоянд ва зухуроти воқеии афсрдаҳоли ғайриоддӣ мешавад. Ин эквивалентҳои соматовегетативӣ бениҳоят гуногунанд ва дар байни онҳо номутавозунии қисмҳои системаи вегетативии асаб бо зиёд шудани фаъолияти симпатикӣ ва паст шудани қисми парасимпатикӣ ва ихтилоли аффективӣ таваҷҷӯҳи зиёддоранд. Дар солҳои охир, тадқиқотҳои алоҳида нишон доданд, ки изтироб ва афсрдаҳоли, инчунин дисфунксияи системаи автономии асаб бо зухури гуногунии ритми дил, омилҳои мустақили хатар мебошанд, ки ҳам ба рушди фишорбаландии шараёни ва ҳам ба пешг-



пии зинда мондани беморони гирифтори беморихои дилу рағҳо таъсир мерасонанд [21], 32, 37, 39, 40]. Таҳлили гуногунии ритми дил ба мо имкон медиҳад, ки қисматхоеро, ки таъсири системаи вегетативии асабро ба сохтори ритми дил тавсиф мекунад, ба таври кофӣ арзёбӣ кунем. Муқаррар карда шудааст, ки суръати пасти тағирёбии ритми дил нишондиҳандаи мустақили оқибатҳои номатлуб (инкишофи инфаркти миокард, аритмияҳои марговар, марги нобахангом) дар беморони фишорбаландии шараёни мебошад. Мақсади ниҳонии табобати беморони пиронсоле, ки гирифтори фишорбаландии шараёни ва баҳусус ФМСК мебошанд, на паст кардани фишори хун, балки пешгирии аворизи (аксар вақт марговар), ки

хангоми баланд шудани фишори хуни систоликӣ ба вучуд оянда ва аз ин рӯ, дарозумри, инчунин беҳтар кардани сифати зиндагии онҳо мебошад. Дар адабиёт якҷанд асарҳои махсусе мавҷуданд, ки ба омпзиши хусусиятҳои зухуроти клиникӣ-хунгардиш ва дисфунксияи системаи вегетативии асаб дар беморони ФМСК дар якҷоягӣ бо ихтилоли аффективӣ, дараҷаи таъсир ва аҳамияти тағирёбии гуногунии ритми дил бахшида шудаанд, пешгӯи ин гуруҳи беморон. Дар ҳоле ки равшан кардани ин ҳолатҳо метавонад ба амиқтар тафсири робитаҳои патогенетикии ин мушкилот мусоидат кунад, оптимизатсияи табобат, ки ба назари мо, аҳамияти муҳими назариявӣ ва амалӣ дорад.

Адабиёт

1. Гарганеева П., Тетенов Ф.Ф., Семке В.Я., Леонов В.П. Артериальная гипертония как психосоматическая проблема. /П.Гарганеева [и др.] // Клиническая медицина № 1, 2004, С. 35-41
2. Кушаковский М.С. Гипертоническая болезнь и вторичные артериальные гипертензии. /М.С.Кушаковский – 2-е изд., перераб. и доп. – М.: Медицина, 1982. 288 С.
3. Havranek E.P., Ware M.G., Murberg T.A., Brue E., Aarsland T., Suebak S. Functional status and depression among men and women with congestive heart failure. / E.P.Havranek[et al.] //Int J Psychiatry Med. 1998; 28: P. 273-291
4. Murberg T.A., Brue E., Aarsland T., Suebak S. Functional status and depression among men and women with congestive heart failure. /T.A.Murberg[et al.] //Int. J Psychiatry Med. 1998; 28. P. 273-291
5. Fielding R. Depression and acute myocardial infarction: a review and reinterpretation. / R.Fielding //SocSelMed 1991;32. P.1017-1027
6. Арабидзе Г.Г., Фагард Р., Петров В.В., Стассен Я. Изолированная систолическая гипертония у пожилых. / Г.Г. Арабидзе [и др.] //Тер. арх. 1996; 11. С. 77-82
7. Dahlot B., et al. Morbidity and mortality in the Swedish Trial in old patients with hypertension (STOP-Hypertension). / B.Dahlot[et al.] // Lancet, 1991; 338. P. 1181-1185
8. Jiang W., Alexander J., Christopher E., Kuchibhatla M., Gaulden L.H., Cuffe M.S., Blazing M.A., Davenport C., Califf R.M., Krishnan R.R., O'Connor C.M. Relationship of Depression to Increased Risk of Mortality and Rehospitalization in Patient With CHF Archives of Internal Medicine August / W. Jiang [et al.] 13-27 2001 161(15). P.1849-1856
9. Staessen J.A., Gasowski J., Wang J.G. et al. Risks of untreated and treated isolated systolic hypertension in the elderly: meta-analysis of outcome trials / J.A.Staessen [et al.] // The Lancet. - Vol. 355. - P. 865-872 (2000)
10. Хамидов Н.Х. Систолическая артериальная гипертония в пожилом и старческом возрасте (Распространение, патогенез, клиника и лечение). / Н.Х. Хамидов //Дисс. д.м.н. – М., 1973. – 243С.
11. Цфасман А.З., Хамидов Н.Х. Артериальные гипертонии в старших возрастах. / А.З.Цфасман [и др.] // Душанбе, «Ирфон», 1985. 160 С.
12. Delanghe J., Duprez D., De Buyzere M., et al. Haptoglobin polymorphism and hypertension in the elderly. / J.Delanghe[et al.] //Eur Heart J 1998; 19 (AbstrSuppl). P. 72



13. Боровков Н.М. Изолированная систолическая артериальная гипертония у больных пожилого и старческого возраста: особенности вегетативной регуляции ритма сердца / Н.М. Боровков, В.П.Носов, М.Т. Сальцева // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. - 2004. -№3. -ч.II. -С.10-15.
14. Бунова С.С. Ситуативная и личностная тревожность у пациентов с артериальной гипертонией / С.С. Бунова, Н.Н. Карловская, А.М. Винжегина // Психосоматическая медицина 2007: сборник материалов II Международного конгресса. - СПб. -2007.-С.51-52.
15. Гуревич М.А. Изолированная систолическая артериальная гипертония у пожилых / М.А.Гуревич // Кардиология. -2002. -№3. -35-41. 16. Березин Ф.Б., Безносюк Е.В., Соколова Е.Д. Психологические механизмы психосоматических заболеваний. / Ф.Б. Березин [и др.] // Российский медицинский журнал. - 1998. №2. С.43–49.
16. Васюк Ю.А., Нестерова Е.А., Довженко Т.В., Козина А.А. и др. Современные антидепрессанты в комплексном лечении больных с артериальной гипертензией с сопутствующими аффективными расстройствами. / Ю.А.Васюк [и др.] //Кардиология, 2004, № 8, С.72-79.
17. Воробьев П.А. Депрессия в пожилом возрасте / П.А.Воробьев, А.В. Власова // Клиническая геронтология. -2007.-Т.13.-№3.-С.22-33.
18. Давыдовский И.В. Геронтология / И.В. Давыдовский // М; Медицина, 1966. 298 С.
19. Ariyo A.A. Depressive symptoms and risk of coronary heart disease and mortality in elderly Americans / A.A. Ariyo [et al.] // J. Circulation. -2000.-Vol.102.-P.1773-1779.
20. Brenda W.J. Depression and cardiac mortality. Results from a community-based longitudinal study / W.J.Brenda[et al.] //Arch. Gen. Psychiatry. -2001.-V.58.-P.221-227.
21. Глушков Р.Г. Депрессии в общемедицинской практике / Р.Г. Глушков, Н.И.Андреева, Г.Н. Алеева // Русский медицинский журнал. - 2005.- Т.13.- №12.-С.858-860.
22. Довженко Т.В. Особенности патогенетической взаимосвязи депрессии и сердечно-сосудистых заболеваний / Т.В.Довженко, Ю.А.Васюк, Е.Л.Школьник // Журнал «Психические расстройства в общей медицине». -2007. -№1. -С.14-19. 23. Иванов С.В. Депрессия и сердечно-сосудистая патология / С.В. Иванов //Кардиология. -2009.-№7-8.-С.115-120.
24. Александровский Ю.А. Психические расстройства в общемедицинской практике и их лечение / Ю.А. Александровский // М.ГЭОТАР-МЕД. - 2004.-240стр.
25. Friedman M.M., Griffin J.A. Relationship of physical symptoms and physical functioning to depression in patients with heart failure. /M.M.Friedman[et al.] //Heart Lung. 2001; 30. P. 98-104.
26. Ларина В.Н. Тревожно-депрессивное состояние у больных пожилого возраста с хронической сердечной недостаточностью / В.Н.Ларина, Б.Я.Барт // Кардиология. -2012.-№10.-С.26-31.
27. Brown J.M. Risk of Coronary Heart Disease Events Over 15 Years among Older Adults with Depressive Symptoms / J.M.Brown [et al.] // Am. J. Geriatr Psychiatry.-2011.-19.-P.721-729.
28. Чазов Е.И., Оганов Р.Г., Погосова Г.В. и др. Депрессивная симптоматика ухудшает прогноз у больных артериальной гипертонией и ишемической болезнью сердца: первые результаты проспективного этапа российского многоцентрового исследования КООРДИНАТА. / Е.И.Чазов [и др.] //Кардиология 2007; 10. С. 24-30.
29. Carmel M. Increased Stroke Volume and Aortic Stiffness Contribute to Isolated Systolic Hypertension in Young Adults / M.Carmel, McEniery [et al.] // Hypertension.-2005.-V.46.-P.221-226.
30. Ballenger J.C., Davidson J.R.T., Lecrubier Y., Nutt D.J. (International Consensus Group on Depression and Anxiety); and Roose SP, Sheps DS Consensus statement on depression, anxiety, and cardiovascular disease. /J.C.Ballenger[et al.] //J. Clin. Psychiatry 2001; 62 (suppl 8) P.4-27.
31. Abramson J., Berger A., Krumholz H.M., Vaccarino V. Depression and risk of heart failure among older persons with isolated systolic hypertension. /J.Abramson[et al.] //Archives of Internal Medicine, 2001 Jul 23; 161(14). P. 1725-30.



32. Смулевич А.Б. Депрессия в общемедицинской практике. / А.Б. Смулевич //М.: Берг; 2000. С. 5-72.
33. Чазов Е.И., Оганов Р.Г., Погосова Г.В. и др. Клинико-эпидемиологическая программа изучения депрессии в кардиологической практике: у больных артериальной гипертонией и ишемической болезнью сердца (КООРДИНАТА): результаты многоцентрового исследования. / Е.И.Чазов [и др.] //Кардиология 2007; 3. С. 28-37.
34. Погосова Г.В. Депрессия – фактор риска развития ишемической болезни сердца и предиктор коронарной смерти: 10 лет научного поиска. / Г.В. Погосова // Кардиология. - 2012.- №12.-С.4-11.
- 35.Верткин А. Л., Тополянский А. В., Любшина О. В. Применение антидепрессантов в кардиологии. /А. Л.Верткин[и др.] //Архив номеров 2001 #07 С. 48-57.
36. Brenda W.J.H. Penninx, Aartjan T.F. Beekman, Adriaan Honing, Dorly J.H. Deeg, Robert A. Schoevers, Jacques T.M. van Eijk, Willem van Tilburg Depression and cardiac mortality. Results from a community-based longitudinal study. /W.J.H. Brenda [et al.] //Arch Gen Psychiatry. 2001; 58. P. 221-227.
37. Ковалева О.Н. Артериальная гипертензия у пожилых. / О.Н. Ковалева //Medicus Amicus 2002, № 6 С.17-21.
38. Koenig H.G. Depression in hospitalized older patients with congestive heart failure. / H.G.Koenig //Gen. Hosp. Psychiatry 1998;20. P. 29-43.
39. Смулевич А. Б. Депрессии в общемедицинской практике. / А. Б. Смулевич //Москва, 2000. С.134-135.
40. Kenneth M.A. McMahon, Gregory Y.H. Lip. Psychological factors in heart failure. / M.A.Kenneth [et al.] //Arch Intern Med 2002; (162)11. P.509-516.
41. Справочник по диагностике и лечению заболеваний у пожилых. /Под ред. Л.И. Дворецкого, Л.Б.Лазебника. - М.: ООО «Издательство Новая Волна», 2000. – 543С.
42. Brundtland G. H. Mental health in the 21st century. / G. H. Brundtland //Bulletin of World Health Organization 2000, 78. P.411.
43. Оганов Р.Г. Депрессивная симптоматика ухудшает прогноз сердечно-сосудистых заболеваний и снижает продолжительность жизни больных артериальной гипертонией и ишемической болезнью сердца / Р.Г. Оганов [и др.] // Кардиология. -2011.-№2.-С.59-66.

НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ ПАТОГЕНЕЗА И ФАКТОРОВ РИСКА ПРИ ИЗОЛИРОВАННОЙ СИСТОЛИЧЕСКОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ

Умаров А.А., Сохибов Р.Г., Умарова С.А., Шарифова Н.Дж.

Кафедра внутренних болезней №2 ГОУ «ТГМУ имени Абуали ибни Сино»

В обзоре литературы представлены современные данные об изолированной систолической артериальной гипертонии, распространённости, клинической значимости и аспекты её патогенеза. Отмечено, что наряду с основными патогенетическими факторами, существенную роль играют аффективные расстройства и дисфункции вегетативной нервной системы. Указанные расстройства у этой категории больных увеличивают риск развития различных ос-

ложнений и повышают уровень смертности. Рассматриваются возможные варианты связи между аффективными расстройствами и дисфункцией вегетативной нервной системы, как факторы риска, влияющие на развитие артериальной гипертонии.

Ключевые слова: сердечно-сосудистые заболевания, артериальная гипертония, аффективные расстройства, дисфункция вегетативной нервной системы



SOME ASPECTS OF PATHOGENESIS AND RISK FACTORS ON ISOLATED SYSTOLIC ARTERIAL HYPERTENSION

Umarov A.A., Soibov R.G., Umarova S.A., Sharifova N.J.

The content of literature includes contemporary information about the spread and number of pathogenesis isolated systolic arterial hypertension. It is noted that anxious depressive disorders together with neurovisceral dysfunction system are seen with many patients having arterial hypertension and therefore becomes a

threat for the complication of fundamental disease. At the same time, however, timely detection of such cases is significant for the purpose to supplement pathogenetic characteristics and support prevention and curing methods.

Key words: cardiovascular diseases, comorbid depression, ISAH, heart rate variability

Умаров Ахмад Абубакрович, номзади илми тиб, дотсенти кафедраи беморихои дарунии №2, МТД «ДДТТ ба номи Абуали ибни Сино», ORCID ID: 0009-0007-2719-7957, Email:ahmad.umarov@bk.ru

Умаров Ахмад Абубакрович, кандидат медицинских наук, ассистент кафедры внутренних болезней №2, ГОУ «Таджикский государственный медицинский университет им. Абуали ибни Сино». ORCIDID: 0009-0007-2719-7957, Email:ahmad.umarov@bk.ru

Umarov Ahmad Abubakrovich, Candidate of Medical Sciences, Associate Professor of the Department of Internal Diseases No. 2, Avicenna Tajik State Medical University. ORCID ID: 0009-0007-2719-7957, Email:ahmad.umarov@bk.ru

Сохибов Рахматулло Гулямович, номзади илми тиб, дотсент, мудири кафедраи беморихои дарунии №2, МТД «ДДТТ ба номи Абуали ибни Сино» ORCIDID: 0000-0002-2413-9299, E-mail:sohibov.rahmatullo@mail.ru

Сохибов Рахматулло Гулямович, кандидат медицинских наук, доцент, заведующий кафедрой внутренних болезней №2, ГОУ «Таджикский государственный медицинский университет им. Абуали ибни Сино», ORCIDID: 0000-0002-2413-9299, E-mail:sohibov.rahmatullo@mail.ru

Sohibov Rahmatullo Gulyamovich, Candidate of Medical Sciences, Associate Professor, Head of the Department of Internal Diseases No. 2, Avicenna Tajik State Medical University. ORCID ID: 0000-0002-2413-9299, E-mail: sohibov.rahmatullo@mail.ru

Шарифова Нилуфар Чураевна – н.и.т. ассистенти кафедраи беморихои дарунии №2, МТД «ДДТТ ба номи Абуали ибни Сино» Тел.: (+992)93-320-07-59, E-mail nina20-a@mail.ru.

Шарифова Нилуфар Джураевна - к.м.н. ассистент кафедры внутренних болезней №2 «ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино» Тел.: (+992)93-320-07-59, E-mail nina20-a@mail.ru.

Sharifova Nilufar Dzuraevna-Candidate of Medical Sciences, Assistent of the Department of Internal Diseases No. 2, Avicenna Tajik State Medical University. Тел.: (+992)93-320-07-59, E-mail nina20-a@mail.ru.

Умарова Ситора Ахмедовна – номзади илми тиб, дотсенти кафедраи беморихои дарунии №2, МТД «ДДТТ ба номи Абуали ибни Сино», Тел.: (+992)918-72-00-93, E-mail Sitas22@mail.ru.

Умарова Ситора Ахмедовна- кандидат медицинских наук, ассистент кафедры внутренних болезней №2, ГОУ «Таджикский государственный медицинский университет им. Абуали ибни Сино». Тел.: (+992)918-72-00-93, E-mail Sitas22@mail.ru.

Umarova Sitora Ahmedovna- Candidate of Medical Sciences, Associate Professor of the Department of Internal Diseases No. 2, Avicenna Tajik State Medical University. Тел.: (+992)918-72-00-93, E-mail Sitas22@mail.ru.



МАСЪАЛАҶОИ ҲАЛТАЛАБИ ҲОЗИРАЗАМОНИ БАРТАРАФНАМОИИ МАҶМУИИ ПАСОМАДҶОИ ПЕРИТОНИТИ ФАСОДИИ ПАҲНГАШТА

Назаров Ш.К., Хасанов Н.Ш., Назаров Ҳ.Ш., Ализода, С.Ғ.

Кафедраи бемориҳои ҷарроҳии №1 ба номи академик Қурбонов К.М.,
МДТ “ДДТТ ба номи Абуалӣ ибни Сино”

Ба ҳама дастовардҳои тибби имрӯза нигоҳ накарда, то кунун масъалаи ташхиси табобати беморони гирифтори перитонити фасодии паҳнғашта (ПФП), алалхусус дар шахсони солхӯрда ва пиронсол муҳиму ҳалталаб боқӣ мемонад. Навобаста аз пешравиҳои назаррас дар самти фармакологияи имрӯза ва истифодаи маводҳои пуртаъсири зидиимикробӣ гузаронидани табобати интенсивии беморони гирифтори ПФП, инчунин гузаронидани усулҳои гуногуни амалӣҳои ҳозиразамони ҷарроҳӣ, дар бештари маврид бемориҳои ҷарроҳии узвҳои ковокии батн оризаи ПФП медиҳанд, ки дар 20-30% ҳолат сабабгори асосии фавти чунин беморон мебошад. [1]. Масъалаи табобати ПФП дар тамоми дунё диққати махсуси мутахассисонро ба худ ҷалб менамояд. Дар замони худ академик А.Н. Бакулев масъалаи перитонити паҳнғаштаро “пирнашаванда” номида буд. Инчунин олими дигар В.Н. Шамова ибраз намудаанд, ки: “Перитонит аз қадимулаём то кунун дар пеши назари ҷарроҳон масъалаи ҳалталаб боқӣ монда, як фавтро аз дунболи дигараш бо худ мебарад”. Масъалаи дигари муҳим ин зиёдшавии шумораи беморони гирифтори ПФП миёни шахсони солхӯрда ва пиронсол мебошад, ки ин гурӯҳ беморон на танҳо амалӣҳои ҷарроҳиро вазнин пушти сар менамоянд, балки гузаронидани ҷарроҳӣҳои такрорӣ дар онҳо аз ҳисоби ҷой доштани бемориҳои ҳамрадиқ хатари зиёдро ба бор оварда, шумораи аворизи баъдичарроҳӣ дар онҳо то ба 15 - 38% мерасад. Дар ин асно сабаби асосии ба чунин ҳолат дучор гардидан ин дермурочиат намудани беморон ба муассисаҳои лозима, сари вақт ва ё дуруст нагузаронидани амалӣҳои ҷарроҳии лозима, но-пурра ва бетаъсир гузаронидани амалӣҳои тозанамоӣ ва шустани батн, давомёбии перитонит, но-пурра гузаронидани табобати лозимаи интенсивӣ ба ҳисоб меравад [2].

Дар марҳилаи барвақтии баъдичарроҳӣ бештари муаллифон бо мақсади баҳо додан ба ҳолати дохили шикам ва саривақт пайдономаҳои аломатҳои перитонит гузаронидани назорати динамикиро аз болои фишори дохили батн, гузаронидани ТУС ковокии батн ва фазои паси сифоқпарда ва дар ҳолатҳои лозима гузаронидани усулҳои миниин-вазивии ташхисро тавсия менамоянд [3]. Таҳлили натиҷаҳои ба дастовардашудаи муаллифон зимни истифодабарии дастгоҳҳои лозима дар беморони гирифтори перитонити паҳнғашта (ПП) нишон дода аст, ки гузаронидани назорати динамикии ултрасадоӣ ба сари вақт окшорсозии ҷараёнҳои илтиҳобию фасодиро дар дохили батн имконият дода, дар ҳолати лозима истифодабарии дастгоҳҳои лапароскопӣ боиси кам гардидани басомади аворизи баъдичарроҳӣ мегарданд. Истифодаи усулҳои баландтехнологӣ имкон медиҳанд, ки дар зерин назорати онҳо амалӣҳои лозима бо усули пунксионӣ гузаронида шаванд [4]. Раванди баъдичарроҳии ПФП ва хусусияти табобати маҷмуӣи алоими норасоии вазоифии рӯдаҳоро омӯхта, муаллифон бар он назаранд, ки барои баҳогузорӣ ба ҳолати умумии бемор на танҳо аломатҳои саририи беморӣ, натиҷаҳои ташхисҳои рентгенологӣ ва сонографӣ дар марҳилаи баъдичарроҳӣ муҳим буда, инчунин муаяннамоии нишондодҳои ҷадвалҳо, шохисҳо (индексҳо) ва коэфитсентҳои ҳозиразамон муҳим мебошад, зеро тавассути онҳо хатари сар задани аворизи баъдичарроҳӣ ва фавти беморон пешгӯӣ карда шуда, имконият фароҳам меоранд то тариқи дурусти табобат интиҳоб карда шавад [5].

Муаян карда шуда аст, ки дар ҷараёни омӯзиши раванди баъдичарроҳии беморони гирифтори ногузароғии шадиди рӯдаҳо (НШР) агар камшавии назарраси фишори дохилибатнӣ дар марҳалаи баъдичарроҳӣ



ба мушохида нарасад, ин аз мавҷуд будани аворизи дохилибатнӣ шаҳодат медиҳад [6]. Ғайр аз ин, муаллифон дар ҳолати ҷой доштани аворизи баъдичарроҳӣ ва баландшавии фишори дохилибатнӣ ба гузаронидани релапаротомия тавсия медиҳанд. Гузаронидани назорати динамикӣ аз болои фишори дохилибатнӣ на танҳо хатари инкишофёбии норасогии бисёрузвӣ (НБ), балки чи қадар ҷой доштани хатари фавти баъдичарроҳии беморонро низ пешгӯӣ менамояд [7]. Дар натиҷаи табобати 241 бемори гирифтори ПФП, ки оризаи сепсиси абдоминалӣ доштанд, муаян намуданд, ки дар 74 бемор нишондод ба гузаронидани амалётҳои пунксионияи захкашӣ (пункционно-дренирующаи вмешательств) зери назорати ташхиси сонографӣ ҷой дошта, дар 15 бемор гузаронидани релапаротомия лозим омад [8]. Натиҷаи хубро дар ҷараёни табобати беморони гирифтори ПФП истифодабарии усулҳои беаҳрғардонии экстракорпоралӣ, алалхусус гемофилтратсияи варидию варидаи, плазмофорез ва диализи перитонеалӣ нишон доданд, ки зимни истифодабарии онҳо фавти баъдичарроҳӣ аз 23,3% то 14,1% расонида шуд [9].

Дар ҷараёни гузаронидани кори илмии худ муаллифон ба натиҷабахшии табобати маҷмӯии эндолимфатикии фалаҷи рӯдаҳо дар ҷараёни табобати беморони гирифтори ПП ишора намудаанд. Вориднамоии антеградии эндолимфатикии маҳлули 0,5% новокаин, дар муқоиса бо вориднамоии дохиливаридии он 4-6 соат барвақттар ба фаллашавии ҳаракатнокии рӯдаҳо оварда мерасонад [10]. Инчунин дар марҳилаи баъдифарроҳӣ гузаронидани лимфостимулятсияи эндолимфатикӣ бо роҳи вориданмоии эндолимфатикии антеградии маҳлули физиологӣ, прозерин, деларгин, гепарин, ки таъсири беаҳрғардониро таъмин менамоянд, ҳаракатнокии рӯдахоро таъмин намуда, захролудшавии эндогениро кам ва натиҷаи табобати перитонитро беҳтар месозад [11].

Дар ҷараёни омӯзиши ҳолати иммунии 103 бемори гирифтори ПФП натиҷанокии гузаронидани озонотерапияи мавзей ва до-

хиливаридии системавӣ муаян карда шуд, ки он метавонад ҳолати иммунии организми чунин беморонро беҳтар созад [12]. Натиҷабахшии муътадилсозии маҷмӯии ҳолати энтералӣ тавассути воридсозии дохилирӯдавии озони тиббӣ дар беморони гирифтори ПП муаян карда шуда аст. Бо ин мақсад ҳамаи беморони дар раванди омӯзиш қарордошта ба се гурӯҳ тақсимбандӣ гардиданд: беморони гурӯҳи 1 – ум танҳо табобатро бо роҳи ананавӣ қабул намуда, ба беморони гурӯҳи 2-юм бошад тозанамоии перитонеалӣ ва меъёрсозии энтералӣ бо истифодаи маҳлули физиологӣ озонидашуда, вориданмоии дохиливаридии якрӯздармиёни 400 мл маҳлул бо иловаи озон (2,5-5 мг/л) то 7 маротиба (сеанс) гузаронида шуда аст. Ба беморони гурӯҳи 3-юм иловатан ба дохилибатн ва тавассути микрокатетер ба тариқи эндолимфатикӣ ба гирехҳои масориқаи рӯдаи борик 30-50 мл маҳлули озонидашуда 2 маротиба дар як шабонарӯз гузаронида шуд. Натиҷаҳои бадастомада нишон доданд, ки тозанамоии дурусти дохилибатн ва энтерокорексия тавассути маҳлули озонидашуда имкон медиҳад, ки контаминатсияи (пахншавии микробҳо) рӯдаи борик кам гардида, ҷараёни аз нав сироятгирии ковокии батн пешгирӣ ва барқароршавии ҳаракатнокии рӯдаҳо таъмин карда шавад [13-14].

Инчунин ба натиҷабахшии истифодабарии озони тиббӣ дар раванди табобати беморони гирифтори ПФП дигар муаллифон низ ишора намудаанд. Ин муаллифон вориднамоии дохиливаридии маҳлули физиологӣ озонидашударо бо миқдори аз 5 то 15 мг/л мавриди истифода қарор доданд. Ғайр аз ин зимни гузаронидани амалёти ҷарроҳӣ бо истифодаи маҳлули физиологӣ озонидашуда ба миқдори 20 то 30 мг/л ковокии шикамро тоза шуста, аутогеомоозонотерапия гузаронидаанд. Бо мақсади гузаронидани озонотерапия намудҳои гуногуни озонотарҳои тиббӣ истифода бурдаанд, ки зимни он миқдори амалҳо (количество сеансов) аз 10 то 20 маротибаро вобаста ба ҳолати сарирӣ ташкил намуданд. Ин ҳолат ба беҳтаршавии натиҷаи табобати беморони ги-

рифтори ПФП гардид, ки он ба камшавии шумораи аворизи баъдичарроҳӣ ва фавти баъдичарроҳии ин гурӯҳи беморон асоснок карда мешавад [15-16].

Дар 42 бемори гирифтори ПФП натиҷаи мусбати истифодабарии ситофлавин ба андозаи 10 мл дар 400 мл 5% маҳлули глюкоза 2 маротиба дар муддати 5 шабонарӯз нишон дода шуда аст. Муаян карда шуда аст, ки маводи ситофлавин хусусияти барқарорсозии назоратнамоии ҳуҷайраҳои иммунокомпетентиро дар муносибат бо хусусияти мигратсионии гранулоситҳои нейтрофилӣ дошта, инчунин фаолшавии ҳуҷайраҳои моноклеарии хунро ба амал меорад [17].

Равиши баъдичарроҳии перитонит аз марҳилаи инкишофёбии он ва намуди амалёти чарроҳии гузаронидашуда вобастагии зиёд дорад. Аз ин лиҳоз дар миёнаи асри гузашта миёни табибон мафҳуми гузаронидани амалётҳои такрорӣ ва тозанамоии ковокии батн, баҳогузори ба ҳолати динамикии перитонити ҷойдошта мавриди истифодаи васеъ қарор гирифта буд [18].

Навобаста аз осебрасонандагии зиёди усули “шиками кушода”- лапаростомия, лапаротомияи нақшавӣ то кунун онҳо мавқеи худро гум накарда, дар бархе аз беморон, алалхусус зимни ҷой доштани перитонитҳое, ки дар як марҳала пурра тоза намудани ковокии батн ғайриимкон мебошад мавриди истифода қарор мегиранд. Ҳолатҳои зикаргардида ба кам гаштани миқдори релапаратомияҳои мавқуфгузошта ва фавти беморон боис мегардад [19]. Дар асоси натиҷаҳои зимни табобати 103 бемори гирифтори ПП ба даст оварда, ки онҳо ба ду гурӯҳ таксимбандӣ гардидаанд, муаллифон ҳулосабарориҳои худро иброз доштанд. Ба гурӯҳи якум 81-беморе шомил буданд, ки зимни табобати онҳо лапаростомия ҳамчун усули асосӣ истифода бурда шуда, инчунин дар онҳо табобати вакумӣ ва тозанамоии ковокии шикам гузаронида шуда аст. Ба гурӯҳи дуюм бошад- 22 беморе шомил буданд, ки зимни табобати онҳо иловатан бо лапаростомия тозанамоии дохиличарроҳиро бо истифоданамоии дастгоҳи cleanest ба роҳ монда, амалёти чарро-

хиро бо табобати вакумӣ ба анҷом расонидаанд. Яқоянамоии тозанамоии набзии (пульсирующий лаваж) ковокии шикам бо табобати вакумӣ дар беморони лапаростоматошта имконият дод, ки шумораи фавти беморони гирифтори ПП аз 11,1% то 9,1% кам карда шавад. Ин бори дигар аҳамияти амалӣ доштани релапаротомияи нақшавиро тасдиқ менамояд [20]. Зимни истифодаи релапаротомияи нақшавӣ дар 35 бемори гирифтори ПП, ки дар ҳолати ниҳоят вазнин қарор доштанд, кам шудани нишонҳои фавти баъдичарроҳӣ то ба 45,7% ба мушоҳида расида аст. Давомнокии гузоштани найча дар рӯда ва намуди он, ҳамзамон миқдори аз нав тозанамоии ковокии батн зимни ҷой доштани перитонити фазлавӣ бояд барои ҳар як ҳолати вохӯранда инфирода бошад [21].

Зимни омӯзиши таркиби микробии (уфунатнокии) моеи дохили батн дар шахсони перитонитдошта муаян карда шуда аст, ки дар зиёда аз 88,3% ҳолат мавҷудияти чӯбчамикроби рӯда, энтерококкҳо, стафилококкҳо, пептострептококкҳо ва бактероидҳо ошкор карда мешавад. Контаминатсияи агрессивии онҳо дар рағҳои хунрав ва лимфогард ба авҷгирии захролудшавии организми беморон ва инкишофёбии садмаи сироятӣ захрӣ ва сепсиси абдоминалӣ боис мегардад. Мавқеи муҳимро дар ин бобат эндотоксини флораҳои грамманфӣ ишғол менамоянд [22]. Дар ҳар як сеюм бемор мавҷудияти сироятҳои анаэробӣ ошкор гардида, миқдори анаэробҳои факултативии флораҳои грамманфӣ афзун ва анаэробҳои облигантӣ микроорганизмҳои граммусбӣ боад баракс кам мегардад. Дар ин асно, зимни омӯзиши хусусияти уфунатдорӣ мӯхтавои перитнеалӣ маълум карда шуд, ки аксаран *E.coli* (46,7%), *P.aeruginosa* (24%), *E.faecalis* (8,4%) дар он ҷой доранд [23]. Аҳамияти махсус зимни омӯзиши хусусиятҳои уфунатҳои ошкоргардида ба муаяннамоии резистентнокии ин гурӯҳи сироятҳо ба доруҳои зиддимикробӣ равона карда шуда аст. *E.coli* пенитсиллин, сефалоспоринҳои гурӯҳи 1-3, макролидҳо ва тетрациклин ҳасос набуда, аз таъсири имипенем, петилмит-



син ва гатифлоксатсин нобуд мегардад. Аз ин лихоз, бо мақсади гузаронидани табобати таъсирноки маҷмӯӣ зимни табобати беморони гирифтори ПП нақшаҳои муаяни истифодабарии доруҳои зиддимикробии таъсирнок пешниҳод гардида, мавриди истифодаи васеъ қарор доранд [24]. Бояд қайд намуд, ки дар раванди табобати ин гурӯҳи беморон мавқеи муҳимро сифати табобати оғозии дорӯгӣ (стартового консервативно-го лечения) ва антибиотикотерапияи эмпирикӣ ишғол менамояд. Ин гурӯҳи муаллифон бар он назаранд, ки таъсирнокии зиёдро истифодабарии доруи эртапенем дар вақти гузаронидани табобати оғозии беморони гирифтори бемориҳои шадиди узвҳои батн, ки бо оризаи перитонит ва ё садмаи абдоминалӣ бистарӣ гардидаанд, доро мебошад [25]. Дар натиҷаи омӯзиши натиҷаҳои зимни табобати 49 бемори бо ташҳиси ПП дуоиминдараҷа ҷарроҳигардида бархе аз муаллифон як қатор аворизро мушоҳида намуданд, ки басомади онҳо чунин мебошад: эвиссератсия – дар 15% (30,6%) бемор, эвентратсия – дар 12 (24,5%) бемор, ҷураҳои баъдичарроҳии калон ва азимҷусса – дар 22 (44,9%) бемор. Муаян карда шуд, ки гузаронидани усулҳои нави мукамалгардонидашудаи бартарифномаи нуқсонии девораи шикам бо истифода аз эндопротезҳои гуногун, ки вазифаи нигоҳдории девораи шикамро иҷро менамоянд, инкишофи алоими баландфишории дохилибатниро (абдоминально компартмент-синдром) дар марҳалаи баъдичарроҳӣ пешгирӣ намуда, боиси кам гардидани миқдори аворизи баъдичарроҳӣ мешаванд [26]. Тарақиёбии технологияҳои муосир водор месозад, ки роҳҳои нави баланд бардоштани сифати табобати ҷарроҳии беморон ҷӯста шуда, дар равиши ташҳисгузорӣ ва табобати беморон тағйирот дароварда шавад. Навобаста аз доштани таърихи тӯлонии омӯзиши сабабаҳои пайдоиш ва тарзи инкишофёбии перитонити шадид, ба даст омадани пешравиҳои назаррас дар самти ташҳисгузорӣ ва табобати ПП, то кунун суолҳои вобаста ба тарзи ташаккулёбии беморӣ то ба охир омӯхта нашудаанд, ки маҳз он сабабгори кам

нагардидани миқдори ҷавти беморон дар айни замон ба ҳисоб меравад. Аввалин маротиба перитонеосанатсия аз ҷониби G. Wegner дар соли 1877 гузаронида шуда аст [27]. Тарафдорони ин амал ба он назар буданд, ки тозанамоии механикӣ ковокии батн усули асосии табобати беморони гирифтори ПП мебошад. Аммо, ба таърихи беш аз 150 солаи он нигоҳ накарда, ҳатто дар айни замон масъалаи пурра тоза шудани ковокии батн аз сироят ва дигар мӯхтавоҳои патологӣ зимни гузаронидани намудҳои гуногуни тозанамоии механикӣ ковокии шикам баҳсангез боқӣ мемонад [28]. Дар охири асри гузашта бештари муаллифон бар он назар омаданд, ки дар раванди табобати ҷарроҳии беморони гирифтори перитонити шадид мавқеи хосро бартарифномаи пурраи манбаи беморӣ ва тозанамоии дурӯсти дохилиҷарроҳии ковокии шикам аз мӯхтавоҳои патологӣ ишғол намуда, истифодаи маводҳои беаҳтаргардонӣ, зиддироҷӣ ва дигар табобатҳои инфузионӣ дар савқеи дуоим қарор мегиранд. Дар раванди табобати перитонит аҳамияти махсус ба бартариф намудани ҷараёнҳои илтиҳобӣ дар дохили шикам равона карда мешавад. Ин оризаи бемориҳои илтиҳобии узвҳои батн то кунун масъалаи ҳалталаб дар самти ҷарроҳии абдоминалӣ боқӣ мемонад [29]. Гарчанде бартарифномаи манбаи перитонит зинаи асосии табобати перитонит ба ҳисоб меравад, бештари мутахассисон аҳамияти махсусро ба тозанамоии ковокии шикам аз мӯхтавои патологӣ равона месозанд, ки маҳз он пешгирии паҳншавии сироятро ба хун таъмин менамояд ва аз ин лихоз зинаи муҳими ҷарроҳӣ ба ҳисоб меравад [30]. Мебояд қайд намуд, ки яке аз суолҳои муҳим дар ҳалли ин масъала интиҳобии дору барои гузаронидани тозанамоии батн ва шустани он мебошад. [31]. Бештари муаллифон бар он назаранд, ки барои шустани ковокии шикам бояд маҳлулҳои намакдор истифода бурда шавад, чунки зимни истифодаи маҳлулҳои бенамак аз ҳисоби гардинети осмотикӣ зиёдшавии гузароши захрҳо ба рағҳои хунгард ва лимфагард ба амал меояд, ки ин ҳолат хатари захролуд-

шавии баданро зиёд мегардонад [32]. Бо ин мақсад зимни табобати ПП ҳатто истифодабарии маҳлулҳои гиперосмолярӣ тавсия дода мешавад, зеро онҳо на танҳо пахншавии экстраперитонеалии захрҳоро пешгирӣ менамоянд, балки ба гузаштани субстратҳои захрҳои кам ва зиёдмолекулавӣ аз фазои байнихучайравӣ ва хучайравӣ ба ковокии батн мусоидат менамоянд.

Бо мақсади пурра ва натиҷанок гузаронидани тозанамоии ковокии шикам бояд ҳиссиётнокии уфунати аз дохили шикам дарёфтшуда бо маҳлуле, ки бо он ковокии батн шуста мешавад, муаян карда шавад [33]. Мушкилӣ дар он аст, ки на дар ҳама ҳолат имконият ба даст меояд, то миқдор ва хусусияти микроорганизмҳо дар маҳлули аз ковокии батн ва ё бофтаҳои аз қабатҳои сифокпарда (виссералӣ ва париеталӣ) гирифташуда дуруст муаян карда шавад [34]. Усулҳои ташхисгузориҳои фаврии (методи экспресс-диагностики) манбаъҳои уфунат вобаста ба камёфт будан ва гаронарзишиашон, ҳамзамон талаб намудани мутахассиси баландтаҷриба барои гузаронидани онҳо, айни замон на он қадар васеъ мавриди истифода қарор доранд [35]. Аз ин лиҳоз бештари мутахассисон зимни табобатнамоии ПП вобаста ба сабабҳои пайдоиши перитонит, вақти инкишофёбии он, хусусияти моеъоти дохили батн ба маълумотҳои адабиёт таъя намуда, табобати эмпирикии зидмикробиро (алалхусус зимни интиҳоби маҳлули зиддимикробӣ барои шустани ковокии батн) истифода мебаранд [36].

Бештари ҳолат зимни тозанамоии ковокии шикам дар беморони гирифтори ПП маҳлули фуратсила, декаметоксин, хлоргексидин, диоксидин, димексид ва бетадин мавриди истифода қарор мегиранд. Баъзан вақт бо мақсади гузаронидани табобати зиддизаҳрӣ ва зиддимикробӣ ковокии шикам бо маҳлули гипохлориди натрий, маҳлули 0,8% хлориди калии бо усули электрокимёвӣ фаъолгардонидашуда шуста мешавад [37]. Бояд гуфт, ки гарчанде бархе аз муаллифон бо мақсади натиҷадиҳандатар намудани таъсири бактериостатикӣ ва бактериосидии маҳлули шустушукунандаи ко-

вокии батн маводҳои зиддимикробӣ истифода мебаранд, аммо қисмати дигари онҳо бар он назаранд, ки илова намудани чунин доруҳо таъсирнокии амали шустани батнро зиёд наменамояд. Ба ақидаи олимони гурӯҳи дуҷум (муқобили илованамоии доруҳои зиддимикробӣ) дар муддати кӯтоҳе, ки ин доруҳо ба сифокпарда таъсир мерасонанд наметавонад таъсири зидмикробии онҳо дар дараҷаи лоима иҷро карда шавад, ва баракси он истифодаи онҳо хусусияти чаббিশнамоии сифокпардаро зиёд сохта хатари ба рағҳои хунгард ва лимфагард гузаштани захрҳоро бештар менамояд. Илова бар ин барои инкишофёбии ҷараёнҳои ҳадшаҳосилшавӣ дар сифокпарда шароити мусоид фароҳам меоранд [38].

Мебояд қайд намуд, ки дар марҳилаи ҳозираи тараққиёти илму техника зимни истифодабарии усулҳои гуногуни тозанамоии ковокии батн ҳангоми ҷой доштани ПП аҳамияти махсус ба усулҳои пегиринамоии ҳосилшавии ҳадшаҳои виссеро-виссералӣ ва виссеро-париеталӣ равона карда мешавад, ки бо ин мақсад маҳлулҳои гуногуни хусусияти зиддиҳадшавидошта зимни шустушунанамоии ковокии батн истифода бурда мешавад. Дар адабиёт оиди бо ин мақсад маводҳои гуногун пешниҳод гардида аст, ки миёни онҳо маълутаринашон маҳлули новокаин, преднизолон, гепарин, ингибиторҳои протеаз ба ҳисоб мераванд, онҳо на танҳо хусусияти таъсиррасонии зиддиҳадшавӣ дошта, балки боиси кам гаштани чаббиши маводҳои захрнок аз қабатҳои сифокпарда, зиёд гаштани ҳиссиётнокии микроорганизмҳо ба маводҳои зиддимикробӣ, кам гардидани ҳосилнамоии ферментҳои патологӣ аз ҷониби стафилококкҳо мегарданд. Ба ҳамаи дастовардҳои тибби имрӯза нигоҳ нокарда то кунун тарзи инкишофёбии ҳадшаҳои дохилибатнӣ ва роҳҳои пешгиринамоии он яке аз масъалаҳои омӯзишро талабкунанда боқӣ мемонад [40].

Гарчанде корҳои таҷрибавӣ ва клиникалии зиёде, ки ба омӯзиши амиқи сабабҳои пайдоиш ва тарзи инкишофёбию пешигиринамоии ба амал омадани ҳадшаҳои дохилибатнӣ бахшида шудаанд ҷой доранд, то ку-



нун ин масъала ҳалли пурраги худро наёфта, ҷустуҷӯи роҳҳои нави пешгиринамоии ҳосилшавии ҳадшаҳои дохилибатнӣ идома дорад [41]. Яке аз омилҳои асосии пайдошавии ҳадшаҳои дохилибатнӣ ин ҷой доштани уфунат дар моеъи патологияи дохили батн ва қабатҳои сифокпарда дар беморони гирифтори ПП мебошад, ки зимни ҷой доштани ин ҳолат авҷгирии ҷараёни илтиҳобии сифокпарда ва зиёдшавии хатари инкишофёбии ҳадшаҳои виссеро-висералӣ ва виссеро-парателай ҷой дорад. Дар вобастагӣ ба ин ҳолат, зимни гузаронидани ҷораҳои пешгирикунандаи ҳосилшавии ҳадшаҳои дохилибатнӣ аҳамияти махсус ба тозанамоии ковокии батн аз уфунат ба ҳисоб меравад. Муаян карда шуда аст, ки зимни як маротиба шустан ковокии батн бо маҳлулҳои зиддиуфунӣ (антисептикӣ) бо давомнокии (экспозиция) 15 дақиқа камшавии паҳншавии (контaminaция) микробҳо то 60%, зимни ду маротиба шустан камшавии он то 65%, зимни се маротиба шустан то 70% ва дар ҳолати чаҳор маротиба шустан ковокии батн бо ҷунин маҳлулҳо камшавии паҳнгардии микробҳо то ба 75% мерасад [42].

Таъсирнокии хубро истифодабарии усули шуштушӯнамоии ковокии батн тавассути маҳлули антисептикии оксигенкунонидашуда, ки зери фишор ворид карда мешавад ва сипас ковокии шикам бо нурҳои ултрабунафш тамиз гардонидани мешавад доро мебошад. Ҷунин тарзи шустан ва тамизнамоии ковокии батн барои бартараф намудани на танҳо анаэробҳо дар он, балки барои нест намудани микроорганизаҳо ҳам дар қабатҳои сифокпарда ва ҳам дар зери қабатҳои фибрини дар ковокии батн ҳосилшуда натиҷабаш ҳисобида мешавад [43]. Муаян карда шуда аст, ки ҷунин тозанамоии батн боис мегардад, то миқдори микроорганизаҳои анаэробӣ дар моеъи дохили батн то ба 86% ва миқдори аэробҳо бошад то ба 80,3% кам гардида, дар сифокпардаи париеталӣ то 67,9% ва дар қабатҳои фибрин бошад то ба 86,3% кам мегардад. Бояд гуфт, ки ҳатто зимни пурра шустан ковокии батн дар қабатҳои сифокпарда, ҷавфҳои дохили

батн, қабатҳои фибрин аз 11% то 23% микроорганизаҳо боқӣ мемонанд, ки ин ҳолат метавонад сабаби дар оянда инкишоф ёфтани думалҳои дохилибатнӣ ва ё авҷгирии перитонити ҷойдошта гарданд [44].

Мебояд қайд намуд, ки ҳатто зимни истифоданамоии маводҳои саҳттаъсири ҳозиразамони зиддимикробӣ низ дар баъзе ҳолатҳо миқдори уфунатро кам карда наметавонад ва миқдори онҳо дар мӯҳтавоии дохили батн ба 10^8 - 10^9 КОЕ/мл баробар мебошад. Дар қабатҳои фибрини ҳосилшуда бошад миқдори микроорганизаҳо то ба 10^5 - 10^7 КОЕ/мл мерасад. Аз ин лиҳоз бештари ҷарроҳон зимни гузаронидани амалёти ҷарроҳӣ дар беморони гирифтори ПФП кӯшиш ба ҳарч медиҳанд, ки ҳарчӣ бештар фибрини дар батн ҳосилшударо тоза намоянд, зеро маҳз мавҷудияти онҳо яке аз сабабҳои асосии давом ёфтани ҷараёни илтиҳобию фассодӣ дар дохили батн мебошанд [45]. Аммо зимни омӯзиши марҳилаҳои инкишофёбии перитонит ошкор карда шудааст, ки дар вақти бо мушкилӣ гирифта дур намудани фибрини ба узвҳо часпида вайроншавии мезотелияи сифокпарда ба амал меояд, ки он ба дигаргуншавии сохти ҳуҷайраҳои (альтерация) ин қисмат оварда, билохира сабабгори аз нав пайдошавии фибрин дар ин мавзъ мегардад. Бо ин мақсад бештари муаллифон натиҷанокии табобатро ба сифати тозанамоии ковокии батн аз мӯҳтавоҳои патологӣ вобаста медонанд [46]. Айни замон ҷустуҷӯи роҳҳои баҳогузори объективии маҳакҳои (критерии) пурра тозашавии ковокии бант зимни шустан он дар беморони ПП дошта идома дорад. Мутаассифона айни замон усули асоситарини баҳогузорӣ ба сифати тозашавии ковокии батн зимни ПП ин баромадани моеи шафоф аз дохили батн зимни шустан он ба ҳисоб меравад, ки зимни он аз 3 то 20 л моеъ (бо истифода аз маҳлулҳои зиддимикробӣ) истифода бурда мешавад (вобаста ба ҳолати ҷойдошта). Айни замон ҷустуҷӯи роҳҳои баҳогузори фаврии дохилиҷарроҳӣ (интраоперационной экспресс-оценке) барои омӯзиши на-

тичанокии шустани ковокии бант ва нишондогузорӣ барои муҳиммияти гузаронидани шустушӯӣ такрорӣ он идома дорад [47]. Ин ҳолат имкон медиҳад, ки тозанамоии ковокии батн ба таври лозима гузаронида шавад, то на тариқи ташхиси микроскопӣ ва на тариқи омузиши микробиологии мӯхтавои батн уфунат дарёфт карда нашавад. Бояд гуфт, ки дар вақти як маротиба шустани ковокии батн, агарчӣ ба таври лозима амалёти шустушӯӣ он иҷро карда шуда бошад ҳам ба даст овардани ҳолати абактериалии пурра ғайриимкон буда, ин ҳолат барои чи гуна дӯхтани захми девораи шикам дар гузаронидани ҷарроҳии аввалин диққати махсус ва интихоби дурустро талаб менамояд [48]. В.Н. Короткий бо ҳаммуаллифонаш тарафдори онанд, ки дар марҳалаи барвақтии баъдичарроҳӣ ба муддати тулонӣ тавассути заҳкашҳои дар батн гузошташуда, бо истифодаи 1,5-2 л. маҳлули антисептикӣ, ки ба муддати 24-48 соат нигоҳ дошта мешаванд (экспозиция) ковокии батн шуста шавад. Ин ҳолат имкон медиҳад, ки ба маҳлули зидиуфунӣ бо уфунатҳои дар батнбуда ба муддати тулонӣ таъсир расонанд [49]. Роҳҳои гуногуни дарёфтнамоии усулҳои натиҷабархӣ сифатан хуби тозанамоии ковокии батн дар адабиёти ҳозиразамон дарҷ гардидаанд. Бархе аз олимон бо ин мақсад усули шустушӯнамоии ковокии батнро тавассути дастгоҳи вориднамоии маводҳои моеию-газӣ ба роҳ мондаанд, ки тавасути як найча ба ковокии батн маводи антисептикӣ ворид ва тавассути найчаи дигар моеъот аз ковокии шикам ихроҷ карда мешавад. Муаян карда шуда аст, ки истифоданамоии маводҳои зиддиинфексионӣ, зиддиуфунӣ, фаббишкунанда, сенсibiliзатсияи организмро кам кунада (десенсибилизирующий) бо усули ултрасадои зудиаш паст (низкочастотного ультразвука) ва нурафшонии лазерӣ дар раванди табобати

перитонити шадид таъсирнокии назаррасдоранд [50].

Бо истифода аз ташхиси иммуногистокимӣ мавзӯҳои осебдидаи сифоқпарда дар 25 бемори гирифтори сӯроҳшавии захи меъда ва рӯдаи дувоздаҳангушта маълум карда шуд, ки зимни гузаронидани диализи дарозмуддати перитонеалӣ дар шахсони пиронсол ва солхӯрда ба камшавии хусусияти адгезивии сифоқпарда оварда мерасонад [51]. Гузаронидани диализи давомноки перитонеалӣ дар беморони солхӯрда ва пиронсол зимни ҷой доштани намудҳои гуногуни перитонит ба камшавии миқдори аворизи баъдичарроҳии дохилибатнӣ то 23,2%, аворизи ба системаи нафаскашӣ вобаста то 10% ва оризаҳо аз ҷониби захм то 3,8% оварда мерасонад [52]. Навобаста аз ҷой доштани корҳои зиёди илмӣ дар самти ҷустуҷӯи роҳҳои беҳтари тозанамоии ковокии батн зимни ҷой доштани ПФП натиҷаҳои ба даст овардаи тадқиқотҳо муаян менамоянд, ки шустани якмартабаи ковокии батн, навобаста аз усул ва тарзи гузаронидани он наметавонад ба пуррагӣ ковокии батнро аз уфунат ва заҳрҳо тоза намояд. Ин аз ҷой доштани омилҳои гуногуни таъсиррасон зимни инкишофёбии ПП аз қабилӣ сабаби инкишофёбӣ, намуди перитонит, марҳалаи перитонит, паҳншавии перитонит, синну соли беморон ва ғ. вобаста мебошад [53].

Ҳамин тариқ, шарҳи гузаронидашудаи адабёт аз зарурияти давом додани корҳои илмӣ тадқиқотӣ дар самти омӯзиши тарзи инкишофёбии норасогии бисёрӯзвӣ ва сепсиси абдоминалӣ дар беморони гирифтори ПФП, интихоби роҳҳои беҳтари тозанамоии ковокии батн зимни ҷой доштани ПФП, инчунин коркарди усулҳои нави гузаронидани амалётҳои ҷарроҳӣ бо истифода аз дастгоҳҳои ҳозиразамони тиббӣ дар беморони гирифтори перитонити шадиди фасодӣ шаҳодат медиҳад.

Адабиёт

1. Влияние сочетанной и местной цитокино- и озонотерапии на показатели липопероксидации, эндогенной интоксикации и ферропротеины при распространенном перитоните / Н.Д. Гаджиев, М.Я. Насиров, С.В. Сушков, Е.М. Климова // Вестник хирургии имени И.И. Грекова. 2014;2:38–41.



2. Гостищев В.К. Перитонит / В.К. Гостищев, П.В. Сажин, А.Л. Авдовенко. – М. : ГЭО-ТАР-МЕД.2002:240.
3. Исторические аспекты и новые возможности улучшения результатов лечения больных генерализованным перитонитом / Ю.З. Лифшиц, В.Л. Валецкий, П.А. Зайченко та ін. // Хірургія України. 2014; 2:84–88.
4. Криворучко І.А. Хірургічне лікування хворих з приводу абдомінального сепсису / І.А. Криворучко, О.Ю. Усенко, С.А. Андрєєщев // Клінічна хірургія. 2014; 8:34–38.
5. Лапароскопічні технології в лікуванні перитоніту при невідкладних оперативних втручаннях / М.І. Тутченко, О.В. Васильчук, С.М. Піотрович, Д.В. Ярошук // Хірургія України. 2014;2:91–94.
6. Ларичев А.Б. Видеолапароскопические технологии в этапной санации брюшной полости при распространенном гнойном перитоните / А.Б. Ларичев, Е.Ж. Покровский // Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова. 2015; 2:44–49.
7. Ларичев А.Б. Приоритеты эндовидеохирургии в лечении распространенного гнойного перитонита с субкомпенсированной полиорганной дисфункцией / А.Б. Ларичев, Е.Ж. Покровский // Вестник хирургии имени И.И. Грекова. 2014;1:89–92.
8. Малоинвазивная хирургия распространенного перитонита, осложненного абдоминальным сепсисом / Н.И. Изимбергенов, А.С. Койшибаев, Б.Ж. Каримов та ін. // Вестник хирургии имени И.И. Грекова. 2014; 2:42–46.
9. Показания к проведению экстракорпоральной детоксикации у больных с абдоминальным сепсисом / Л.С. Саенко, И.Н. Тюрин, А.Д. Пряников, Б.Р. Гельфанд // Аналлы хирургии. 2015;1:12–20.
10. Применение медицинского озона в комплексном диффузного гнойного перитонита / А.В. Борота, Ф.И. Гюльмамедов, И.А. Плахотников та ін. // Вестник неотложной и восстановительной медицины. 2014; 1: 57.
11. Прогностична значущість показників ендогенної інтоксикації та системи монооксигенази на етапах хірургічного лікування хворих з приводу абдомінального сепсису / І.А. Криворучко, В.І. Жуков, М.С. Повеличенко, С.А. Андрєєщев // Клінічна хірургія. 2014;3:5–9.
12. Салахов Е.К. Мониторирование внутрибрюшного давления в послеоперационном периоде у пациентов с распространённым перитонитом / Е.К. Салахов, К.К. Салахов // Казанский медицинский журнал. 2015; 2: 214–219.
13. Суковатых Б.С. Влияние иммобилизованных форм натрия гипохлорита на ближайшие и отдаленные результаты лечения больных с распространенным перитонитом / Б.С. Суковатых, Ю.Ю. Блинков, К.Г. Макиенко // Вестник хирургии имени И.И. Грекова. 2014;2:47–51.
14. Чернов В.Н. Патогенез нарушения висцеральных функций при распространенном перитоните / В.Н. Чернов, Б.М. Белик, С.Ю. Ефанов // Вестник хирургии имени И.И. Грекова. 2014; 4:35–38.
15. Чурпій І.К. Характеристика мікробного пейзажу перитонеального ексудату у хворих на третинний перитоніт / І.К. Чурпій // Шпитальна хірургія. 2014; 1: 86–87.
16. Abdominal abscess in Crohn's disease: multidisciplinary management / E.J. de Groof, F. Carbonnel, C.J. Buskens, W.A. Bemelman // Dig Dis. 2014; 3:103–109.
17. Adjunctive treatment of abdominal catastrophes and sepsis with direct peritoneal resuscitation: indications for use in acute care surgery / J.W. Smith, R. Neal Garrison, P.J. Matheson et al. // J Trauma Acute Care Surg. 2014;3: 393–398.
18. Alteco endotoxin hemoadsorption in Gram-negative septic shock patients / H.P. Shum, Y.W. Leung, S.M. Lam et al. // Indian J Crit Care Med. 2014;12:783–788.
19. Angiotensin II in septic shock: effects on tissue perfusion, organ function, and mitochondrial respiration in a porcine model of fecalperitonitis / T.D. Corrick, V. Jeger, A.J. Pereira et al. // Crit Care Med. 2014;8:550–559.



20. Antioxidant protection of statins in acute kidney injury induced by sepsis / F.D. Santos, M. Watanabe, C.F. Vasco et al. // *Rev Esc Enferm USP*. 2014;5:820–826.
21. An unusual cause of peritonitis in a deployed environment / A. Proffitt, R. Faulconer, P. Kreishman et al. // *J R Army Med Corps*. 2015;1:69–70.
22. Apibunyopas Y. Mortality rate among patients with septic shock after implementation of 6-hour sepsis protocol in the emergency department of Thammasat University Hospital / Apibunyopas // *J Med Assoc Thai*. 2014; 7:182–193.
23. A prospective clinical study of pleth variability index in prediction of volume responsiveness in patients with septic shock / N. Lu, R. Zheng, H. Lin et al. // *Zhonghua Wei Zhong Bing Ji Jiu Yi Xue*. 2015; 6:17–21.
24. Badrising S. Peritonitis in a peritoneal dialysis patient due to *Rhizobium radiobacter* and *Moraxella osloensis*: case report and literature review / S. Badrising, L. Bakker, S. Lobatto // *Perit Dial Int*. 2014;7: 813–815.
25. D-dimer as an early marker of severity in patients with acute superior mesenteric venous thrombosis / S. Yang, X. Fan, W. Ding et al. // *Medicine (Baltimore)*. 2014;9:270–283.
26. Delayed closure of open abdomen in septic patients is facilitated by combined negative pressure wound therapy and dynamic fascial suture / R.H. Fortelny, A. Hofmann, S. Gruber-Blum et al. // *Surg Endosc*. 2014;3: 735–740.
27. Determinants of outcome following laparoscopic peritoneal lavage for perforated diverticulitis / F. Radj, F. Bretagnol, M. Auguste et al. // *Br J Surg*. 2014;12: 1602–1606.
28. Diagnostics, therapy and outcome prediction in abdominal sepsis: current standards and future perspectives / A. Hecker, F. Uhle, T. Schwandner et al. // *Langenbecks Arch Surg*. 2014;1:11–22.
29. Dual role of leukotriene B4 receptor type 1 in experimental sepsis / X.J. Li, H.Y. Fu, W.J. Yi et al. // *J Surg Res*. 2015; 2: 902–908.
30. Duration of hemodynamic effects of crystalloids in patients with circulatory shock after initial resuscitation / T.S. Nunes, R.T. Ladeira, A.T. Bafi et al. // *Ann Intensive Care*. 2014; 4: 14–25.
31. Early predictive value of hemodynamic parameters during fluid resuscitation in patients with sepsis shock / X. Zang, S. Niu, C. Lyu et al. // *Zhonghua Wei Zhong Bing Ji Jiu Yi Xue*. 2015;1:43–47.
32. Eckmann C. Prognostic factors for mortality in (fecal) peritonitis: back to the roots! / C. Eckmann, M. Bassetti // *Intensive Care Med*. 2014; 2: 269–271.
33. Effect of hydrogen-rich water on acute peritonitis of rat models / J. Zhang, Q. Wu, S. Song et al. // *Int Immunopharmacol*. 2014; 1: 94–101.
34. Evaluating the prognostic value of selected prognostic scales in patients operated on due to peritonitis / K. Padaszyska, K. Kaczka, A. Dworzyska et al. // *Pol Przegl Chir*. 2014; 9:422–428.
35. Exogenous recombinant adiponectin improves survival in experimental abdominal sepsis / B. Salman, T.U. Yılmaz, T. Tezcaner et al. // *Balkan Med J*. 2014;3:244–248.
36. Group A Streptococci: A rare and often misdiagnosed cause of spontaneous bacterial peritonitis in adults / M. Malota, T.W. Felbinger, R. Ruppert, N.C. Nessler // *Int J Surg Case Rep*. 2015; 6: 251–255.
37. Influence of fluid loading in patients at different stages of septic shock: a prospective study / L. Zhi, W. Feng, Y. Guo et al. // *Zhonghua Wei Zhong Bing Ji Jiu Yi Xue*. 2015; 6:13–16.
38. Kumar P. Treatment of perforated giant gastric ulcer in an emergency setting / P. Kumar, H.M. Khan, S. Hasanrabba // *World J Gastrointest Surg*. 2014; 6:5–8.
39. Management of the open abdomen using vacuum-assisted wound closure and mesh-mediated fascial traction / A. Willms, C. Gьssen, S. Schaaf et al. // *Langenbecks Arch Surg*. 2015;1:91–99.
40. Mast cells aggravate sepsis by inhibiting peritoneal macrophage phagocytosis / A. Dahdah, G. Gautier, T. Attout et al. // *J Clin Invest*. 2014; 10:77–89.
41. Perforation peritonitis and the developing world / R.S. Bali, S. Verma, P.N. Agarwal et al. // *ISRN Surg*. 2014; 2: 74–78.
42. Peritonitis incidence was correlated with duration of peritoneal dialysis rather than leptin or neutrophil to lymphocyte (n/l) ratio in peritoneal dialysis patients. / Y. Bilen, E. Cankaya, N. Bilen et al. // *Eurasian J Med*. 2014; 3: 145–150.



43. Peritoneal dialysis outcomes in a modern cohort of overweight patients / S. Ananthakrishnan, N. Sekercioglu, R. Elias et al. // *Int Urol Nephrol*. 2014; 1: 183–189.
44. Prevalence of low central venous oxygen saturation in the first hours of intensive care unit admission and associated mortality in septic shock patients: a prospective multicentre study / T. Boulain, D. Garot, P. Vignon et al. // *Clinical Research in Intensive Care and Sepsis Group. Crit Care*. 2014; 6: 609–615.
45. Primary anastomosis versus Hartmann's procedure for perforated diverticulitis with peritonitis: an impracticable trial / G.A. Binda, A. Serventi, M. Puntoni, A. Amato // *Ann Surg*. 2015; 4: 116–117.
46. Procalcitonin-guided therapy may reduce length of antibiotic treatment in intensive care unit patients with secondary peritonitis: A multicenter retrospective study / E. Maseda, A. Suarez-de-la-Rica, V. Anillo et al. // *J Crit Care*. 2015; 3: 537–542.
47. Proinflammatory role of neutrophil extracellular traps in abdominal sepsis / L. Luo, S. Zhang, Y. Wang et al. // *Am J Physiol Lung Cell Mol Physiol*. 2014; 7: 586–596.
48. Prophylactic synthetic mesh can be safely used to close emergency laparotomies, even in peritonitis / N. Argudo, J.A. Pereira, J.J. Sancho et al. // *Surgery*. 2014; 5: 1238–1244.
49. Patients with faecal peritonitis admitted to European intensive care units: an epidemiological survey of the GenOSept cohort / A. Tridente, G.M. Clarke, A. Walden et al. // *Intensive Care Med*. 2014; 2: 202–210.
50. Re-evaluation of Mannheim prognostic index in per for ativeperitonitis: prognostic role of advanced age. A prospective cohort study / A. Neri, D. Marrelli, M. Scheiterle et al. // *Int J Surg*. 2015; 13: 54–59.
51. Relevance of Candida and other mycoses for morbidity and mortality in severe sepsis and septic shock due to peritonitis / C. Lichtenstern, C. Herold, M. Mieth et al. // *Mycoses*. 2015; 7: 399–407.
52. Назаров Ш.К. Роль моноцитов в патогенезе распространённого перитонита / Ш.К. Назаров, С.Г. Ализаде // *Вестник Авиценны*. 2020; 3: 455–460
53. Назаров Ш.К. Поксозии контрастии ковокии шикам ва энтеросорбсия хангоми табобати перитонити пахнғашта / Ш.К. Назаров, А.Р. Сараев // *«Авчи Зухал»*. - Душанбе. 2020; 1: 11-16.

СОВРЕМЕННЫЕ ПРОБЛЕМЫ КОМПЛЕКСНОЙ ЛИКВИДАЦИИ ПОСЛЕДСТВИЙ РАСПРОСТРАНЕННОГО ГНОЙНОГО ПЕРИТОНИТА

Назаров Ш.К., Хасанов Н.Ш, Назаров Х.Ш., Ализода С.Г.

Кафедра хирургических болезней №1 им. академика Курбонова К.М.
ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино»

Развитие новых технологий все более привлекает внимание к поиску новых путей в решении неотложных медицинских проблем, среди которых не последнее место занимает острый распространённый гнойный перитонит. Относительно его диагностики и лечения, с учетом исторического опыта не одного столетия, дискуссия между научными сотрудниками и практиками не потеряла актуальности и продолжается до настоящего времени. Несмотря на необходимость индивидуального подхода в проведении хирургического лечения больных с острым распространённым гнойным перитонитом, все больше аргументов звучит в пользу выбора диагностико-лечебной доктрины согласно разным общепринятым шкалам и

индексам оценки степени тяжести протекания патологического процесса с учетом компенсаторных резервов конкретного пациента. Но, несмотря на значительные достижения в лечении пациентов с острым распространённым гнойным перитонитом, общая летальность нередко составляет от 14% до 27%. В отдельных группах больных, особенно пожилого и старческого возраста, в зависимости от степени тяжести протекания заболевания при присоединении полиорганной недостаточности и тяжелого сепсиса летальность достигает даже 86% – 100%.

Ключевые слова: распространённый гнойный перитонит, хирургическое лечение, общая летальность, пожилой и старческий возраст, сепсис.



MODERN PROBLEMS OF COMPLEX ELIMINATION OF CONSEQUENCES OF DIFFERENT PURULENT PERITONITIS

Nazarov Sh.K., Khasanov N.Sh., Nazarov H.Sh., Alizoda S.G.

Department of Surgical Diseases №1 named after Academician Kurbonov K.M. State educational institution “TSMU named after Abuali ibn Sino”

The development of new technologies is increasingly drawing attention to the search for new ways to solve urgent medical problems, among which acute widespread purulent peritonitis is not the last. Regarding its diagnosis and treatment, taking into account the historical experience of more than one century, the discussion between researchers and practitioners has not lost its relevance and continues to this day. Despite the need for an individual approach to the surgical treatment of patients with acute generalized purulent peritonitis, more and more arguments sound in favor of choosing a diagnostic and therapeutic doctrine according to various generally accepted scales and indices for assessing

the severity of the pathological process, taking into account the compensatory reserves of a particular patient. But, despite significant advances in the treatment of patients with acute generalized purulent peritonitis, overall mortality often ranges from 14% to 27%. In certain groups of patients, especially the elderly and senile, depending on the severity of the course of the disease, with the addition of multiple organ failure and severe sepsis, mortality reaches even 86% - 100%.

Key words: widespread purulent peritonitis, surgical treatment, overall mortality, elderly and senile age, sepsis.

Назаров Шохин Кувватович, доктори илмҳои тиб, профессор, мудири кафедраи бемориҳои ҷарроҳии №1 ба номи Абуали ибни Синои МДТ «ДДТТ ба номи Абуали ибни Сино», E-mail: shohin67@mail.ru : 93 588 26 36

Хасанов Насим Шарифович, PhD-докторанти кафедраи бемориҳои ҷарроҳии №1 ба номи Абуали ибни Сино МДТ «ДДТТ ба номи Абуали ибни Сино», hasanov_nasim92@mail.ru: 000606960

Назаров Ҳилолиддин Шарофович, дотсенти кафедраи бемориҳои ҷарроҳии №1 ба номи Абуали ибни Сино МДТ «ДДТТ ба номи Абуали ибни Сино», hiloliddin.nazarov@mail.ru: 900500303

Ализода Сухроб Ғафарович, дотсенти кафедраи бемориҳои ҷарроҳии №1 ба номи Абуали ибни Сино МДТ «ДДТТ ба номи Абуали ибни Сино», suhrob_a@mail.ru: 928217755

Назаров Шохин Кувватович, доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой хирургических болезней №1 ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино». E-mail: shohin67@mail.ru : 93-588-26-36

Хасанов Насим Шарифович, PhD-докторант кафедры хирургических болезней №1 ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино». hasanov_nasim92@mail.ru: 000606960

Назаров Ҳилолиддин Шарофович, дотсент кафедры хирургических болезней №1 ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино». hiloliddin.nazarov@mail.ru: 900500303

Ализода Сухроб Ғафарович, дотсент кафедры хирургических болезней №1 ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино». suhrob_a@mail.ru: 928217755

Nazarov Shokhin Kuvvatovich, Doctor of Medical Sciences, Professor, Head of the Department of Surgical Diseases No. 1, State Educational Institution “ATSMU” E-mail: shohin67@mail.ru : 93-588-26-36

Khasanov Nasim Sharifovich, PhD-doctoral student of the Department of Surgical Diseases No. 1, State Educational Institution “ATSMU”, hasanov_nasim92@mail.ru: 000606960

Nazarov hiloliddin Sharofovich, docent of the department of Surgical Diseases No. 1, State Educational Institution “ATSMU” hiloliddin.nazarov@mail.ru: 900500303

Alizoda Suhrob Gafarovich, dotsent of the department of Surgical Diseases No. 1, State Educational Institution “ATSMU” suhrob_a@mail.ru: 928217755



ҒАЙРИТИББӢ

РУШДИ ТИББИ БАДАХШОН ВА ҲАЛЛИ МУШКИЛОТИ ТАЪМИНИ СОҲАИ ТИБ БО МУТАХАССИСОНИ МАҲАЛЛӢ ДАР СОЛҲОИ 60-70-УМИ АСРИ ХХ Абдурахмонов З.

Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абуалӣ ибни Сино

Тибби Бадахшон таърихи қадима дорад ва ханӯз то омадани русҳо ба ин минтақа дар ин ҷо дар асоси асарҳои тибби қадим, ба монанди “Тибби Акбар”, “Маҳзан-ул-адвия”, “Уммулилоҷ”, “Мизонуттиб” “Тибби Юсуфӣ” “Тибби Шоҳзодамуҳаммад” ва асарҳои тиббии Абпали ибни Сино табибон ба мардум хизмат мекарданд. Ба фаъолияти ин табибон ва аз он ҷумла табиб Шоҳзода Муҳаммад олими рус М.Андреев дар асари машҳураш “Тоҷикони водии Хуф” А.Семёнов, забоншинос И. Зарубин, этнограф Ершов, духтур Хмелевский, Азиз Ниалло ва дигарон хабар додаанд.

Бояд гуфт, ки оғози соҳаи тибби замонавӣ дар Бадахшон бо таъсисёбии аввалин нуқтаи тиббӣ дар шаҳри Хоруғ барои сарҳадбонони рус алоқаманд мебошад. Соли 1914 ин муасиса ба сокинони маҳаллии Хоруғ ва деҳаҳои гирду атроф хизмати тиббӣ мерасонид. Дар ин ҷо ду фелдшери отряди ҳарбӣ ва сокини маҳаллӣ Қонунов Қ. ҳамчун ёрдамчи қор мекарданд. Солҳои 1922-1923 бо саъю кушиши Қонунов Қ. ва Алексей Дяков – табиби калони Отряди сарҳадбонони Помир, дар Хоруғ аввалин бунгоҳи тиббӣ ба фаъолият оғоз мекунад. [9] Маҳз дар ҳамин давра тибби муосир фаъолияти худро дар Бадахшон оғоз карда, духтурон аз шаҳри Сталинобод ба ин ҷо меомаданд. Дар баробари ҳамин барои таъмини соҳа, соли 1937 дар шаҳри Хоруғ низ мактаби дусолаи тиббӣ кушода шуд, ки он баъдтар ба омӯзишгоҳи тиббӣ мубаддал гардид. Ин мактаб аввалан дар хонаи Шабдоловҳо фаъолият мекард, зеро дар он давра барои он иморат набуд. Аввалин сарвар ва тарҷумони ин мактаб Абдол Амадбеков буд. Дар ин мактаб табибони рус Крутих В. – табиби дардҳои дарунӣ, Дроздов Л. – ҷарроҳ, Сарева Л. – раиси шӯъбаи тандурустии вилоят, Гробовский М., Куз-

нетсов Д. ва дигарон дарс меоданд. Аввалин хатмкунандагони ин омӯзишгоҳ соли 1939 ба фаъолияти меҳнатӣ дар беморхонаи вилоятии шаҳри Хоруғ ба қор шурӯъ карданд. Дар қатори аввалин хатмкунандагони ин омӯзишгоҳ Лаълбеков Мамадамон, Отамов Шодмонбек, Валиева Чаҳоннамо, Холмамадова Д., Маъруфшоев М., Амирбеков А. ва дигарон буданд.

Соли 1939 дар шаҳри Хоруғ беморхонаи вилоятӣ дорои 75 кат иборат аз чор шӯъба – шӯъбаи ҷарроҳӣ, шӯъбаи бемориҳои дарунӣ, шӯъбаи бемориҳои ҷашм ва таваллудхона ба истифода дода шуд. То давраи солҳои 50-ум дар ВМКБ муассисаҳои зерини соҳаи тандурустӣ фаъолият мекарданд:

1. Беморхонаҳо – 10 адад. 2. Амбулаторияҳо – 16 адад. 3. Муасисаҳои ёрии таъҷилий – 22 адад. 4. Поликлиникаи бачагона – 5 адад. 5. Катҳои табобатӣ – 171 адад. 6. Духтурони касбӣ – 18 нафар. 7. Ҷамшираи шафқат – 111 адад. 8. Катҳо – 23 адад. 9. Духтурон – 2 нафар. [10]

Камбудии асосии қори системаи тиб дар ин давра нарасидани духтурон дар ноҳияҳои вилоят буд. Дар ин давра хурӯчи бемориҳои домана, табларза ва дарунравӣ сурат гирифт ва аҳоли ба ёрии тиббӣ мӯҳтоҷ буд. Аз Душанбе мувофиқи шумораи аҳоли духтурон фиристонда мешуданд, аммо хусусияти кӯҳистон ва масофаи байни деҳот ва марказҳои шаҳру ноҳияҳо ба назар намегирифтанд. Ҳамин тариқ дар Бартанг барои 140 км ҳамагӣ як духтур, дар Шуғнон барои 210 км 1 духтур ва дар Мурғоб барои 1 ноҳия 1 духтур қор мекарданд. Дар ноҳияи Ванҷ танҳо дар моҳҳои июл ва августи 1942 аз ин бемориҳо ва гуруснагӣ 278 нафар ба ҳалокат расид ва бо қарори Комиссариати халқии тандурустӣ ба ин ноҳия аз шаҳри Душанбе 5 духтур фиристонида шуданд. Дар ин давра шумораи зиёди ҷавонон ба



донишгоҳи тиббии шаҳри Самарқанд ба-рои таҳсил фирстонда шуданд. Дар шаҳри Душанбе низ Донишгоҳи тиббӣ ба кори худ оғоз кард ва ин имкон дод, ки вазъи таъми-ни аҳоли бо хизматрасонии тиббӣ беҳтар гардад. [9] Дар солҳои 60-70-уми асри ХХ норасоии мутахассисон дар соҳаи тиб бо роҳи ҷалби ҷавонони маҳаллӣ ба кори дух-турӣ ҳаллу фасл гардид. Аз он ҷумла, Абду-лалӣев А. (Рушон, деҳаи Хуф), Асанов А. (Роштқалъа), Ғуломносиров А. (Ишқошим), Давлатмамадов Ширинбек Ишқошим), Са-идасанов Ш. (Шуғнон), Қамардинов Хушқ-адам (Ишқошим), Мамадшоев М. Шуғнон), Муллоев А. (Рушон), Нуралиев Юсуф, (Дар-воз), Тиллоев С. (Роштқалъа), Шоинбеков Ш. (Шуғнон) аз ҷумлаи аввалин мутахасси-сони маҳаллӣ мебошанд, ки Донишгоҳи тиббии шаҳри Душанберо хатм намуда, дар беморхонаҳои вилоятӣ ва ноҳиявӣ ба кор шуруъ намуданд. Табибони маҳалли дар хамаи самтҳои тиббӣ дар ин давра кор ме-карданд ва тавонистанд, мутахассисони ди-гар миллатҳоро, ки аз ҷумхуриҳои дигар фирстонидани шуданд, иваз намоянд. Аз он ҷумла Асанов А., (тав. 1938, деҳ. Вознавд, ноҳ. Рӯшон), 1965 Донишгоҳи давлатии тиб-биро дар шаҳри Душанбе хатм карда, авва-лин табиби ҷарроҳӣ дар ноҳияи Рушон таъ-ин гардид.[1] Дар ин давра инчунин зодаи ноҳияи имрӯзаи Роштқалъа Гулшоев М. (тав. 17.11.1948, деҳ. Миденведи ҷамоати деҳоти Барвози ноҳ. Роштқалъа) баъди хат-ми Донишгоҳи давлатии тиббии ба номи Абӯалӣ ибни Сино (1966-1972) Бо хатми Донишқада ба беморхонаи марказии вило-ятӣ шаҳри Хоруғ ба кор фирстонда ме-шавад. Бо дарназардошти эҳтиёҷ ба духту-ри кӯдакона, Раёсати тандурустӣ вилоят М. Гулшоевро ба беморхонаи марказии Роштқалъа ба ҳайси табиби касалиҳои кӯда-кона мефиристонад. Дар ноҳияи Ишқошим аз ҷумлаи аввалин табибони маҳаллӣ Ғуломносиров А. (тав. 1933, деҳ. Қозидех), мебошад, ки соли 1950 омӯзишгоҳи тиббӣ ва соли 1958 Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абӯалӣ ибни Синоро хатм кардааст. Бо заҳматҳои Ғуломносиров А. дар деҳаи Қозидех нуқтаи тиббии амбу-

латорӣ кушода шуд. Дар давоми солҳои 1958-1960 вай ба вазифаи сардухтури бемор-хонаи марказии ноҳияи Ишқошим ва дар солҳои 1960-1962 сардухтури беморхонаи вилоятӣ дар шаҳри Хоруғ кор мекунад. Дар хамин давра биноҳои нави беморхонаи ви-лоятӣ сохта мешаванд. Соли 1973, Ғулом-носиров А. сардухтури бемористони ҷумҳ-уриявии касалиҳои асаби шаҳраки Навобо-ди ноҳияи Ғарм ва 1988 мудирӣ шуъбаи Маркази ҷумхуриявии кӯдакону наврасони шаҳри Душанбе таъин гардид. Давлатмам-дов Ш. соли 1964 Донишгоҳи давлатии тиб-бии Тоҷикистон ба номи Абӯалӣ ибни Си-норо хатм карда, ба сифати духтури ҷарроҳ, духтури атфол ва касалҳои даруна ба ноҳияи Ишқошим фирстонидани мешавад. Соли 1974 вай ба беморхонаи вилоятӣ шаҳри Хоруғ ба кор даъват шуда, ба сифа-ти ҷарроҳ, ҷонишини сардухтури беморхо-наи вилоятӣ оид ба корҳои муолиҷавӣ ва баъдан оид ба корҳои ташкилӣ-методӣ то соли 1983 кор кардааст. Давлатмамадов Ш. бисёр усулҳои навини ҷарроҳиро дар амал ҷорӣ намудааст. Ба қалами ӯ зиёда аз 15 мақолаи илмӣ тааллуқдоранд, ки дар ма-ҷаллаҳои илмӣ Иттиҳоди Шуравӣ (Клини-ческая хирургия, Морфология, Здравоохра-нение Таджикистана) нашр шудаанд. Ӯ ҳам-чунин муаллифи китобҳо доир ба ҷашмаҳои дармонбахши Бадахшон мебошад, ки ба забонҳои русӣ ва тоҷикӣ нашр гардида, сам-ти нави муолиҷаи ҷашмро тавассути обҳои минералӣ пешбинӣ намуданд. Вай усулҳои навини гармобашиносии балнеологӣ, фито-терапӣ ва физиотерапевтиро ба амал тат-биқ карда, равияи гиёҳпизишкӣ ва тибби мардумиро бо тибби замонавӣ омехта ин-кишоф додааст.

Дар самти бемориҳои сироятӣ низ мута-хассисони маҳаллӣ дар солҳои 60-уми асри ХХ ба фаъолият оғоз намуданд. Аз он ҷумла, духтури дараҷаи олии бемориҳои сироятӣ, доктори илмҳои тиб, профессор Қамардинов Х.Д. соли 1958 факултаи муо-лиҷавии ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Си-норо хатм карда, ба вазифаи ҷонишини сар-духтур ва пас сардухтури Беморхонаи Мар-казии ноҳияи Ишқошим таъин мешавад.



Вай аввалин шуда, дар равияи мубориза ба муқобили бемориҳои тропикӣ (вараҷа) ва гепатити вируси В, бемории лептоспироз, пешгирии эпидемияи тифи шикам ва баргараф сохтани хавфи эпидемияи вабо дар ноҳияҳои гуногуни Тоҷикистон фаъолият карда, дар нест кардани онҳо саҳми арзанда дорад. Барои хизматҳои шоиста дар ин самт Қамардинов Х.Д. соли 1980 Раиси ҷамъияти илмии духтурони бемориҳои сироятии Тоҷикистон ва сармутахассиси бемориҳои сироятии Вазорати Тандурустии ҶШСТ таъин карда шуд. Ҳамчунин вай аз ҷумлаи нахустин олимони тибб аз ҷумлаи зодагони Бадахшон маҳсуб меёбад. Қамардинов Х.Д. оиди паразитология, ҳамчунин паҳншавӣ, чараён ва роҳҳои муолиҷаи бемориҳои сироятӣ таҳқиқот гузаронида, зиёда аз 200 асару мақолаи илмӣ ва 18 тавсияи методиро дар ин самт навиштааст ва барои ин хизматҳо бо Ҷоизаи АИ ҶТ ба номи академик Е.Н. Павловский мушарраф гардид. [2] Дар ин давра ба кори илмии худ дар самти бемориҳои сироятӣ Муллоев А. (Рушон) оғоз менамояд ва соли 1974 дар шаҳри Ленинград (ҳозира Санкт-Петербург) дар Донишгоҳи якуми тиббии ба номи Павлов рисолаи номзадиро ҳимоя менамояд. [1] Самти кори илмиро дар солҳои 60-70-уми асри XX қайд намуда, хизматҳои А. Абдулалиевро бояд хотиррасон шуд, ки соли 1976 фаъолияти худро ҳамчун корманди Беморхонаи клиникӣ шаҳрии ёрии таъҷилӣ оғоз намуд ва зиёда аз 72 корҳои таҳқиқотии илмӣ, 15 пешниҳодоти ихтироотӣ, 3 кори илмӣ-методиро ба таъб расонидааст.

Дар баробари дигар соҳаҳои тиб, инчунин дар солҳои 60-уми асри XX дар самти дорусозӣ низ мутахассисон тайёр мешуданд. Яке аз чунин кормандони соҳаи дорусозӣ дар ин давра Мамадшоев М. мебошад, ки соли факултаи фармасевтии Донишқадаи тиббии шаҳри Томскро хатм намуда, фаъолиятро аз вазифаи директори анбори марказии дорухонаҳо (1965-1966) оғоз кардааст. Дар баробари вай инчунин дар солҳои 60-70-уми асри XX Насриддиншоев С. (тав. 10.01.1941, деҳ. Риваки Ҷамоати деҳоти Навобод) ба омӯзиши тибби мардумӣ ва

самти дорусозӣ шуруъ намуд. Бояд гуфт, ки Насриддиншоев С. аз руи тахассуси асосии худ тарҷумони забони дарӣ буд, ва данҳо дар солҳои 80-уми асри XX ба тибби суннатӣ ру овард ва Маркази тиббии гиёҳӣ бо номи “Шифо”-ро таъсис намуд. Дар ин самт инчунин олимони Бадахшон тадқиқот гузаронидаанд. Аз он ҷумла Нуралиев Ю. соли 1967 рисолаи номзадиро дифоъ намуд ва аз ҷумлаи аввалин олимони соҳаи фармакологияи Тоҷикистон ба шумор меравад. Нуралиев Ю. соли 1974 рисолаи докториро дифоъ намуда, мудирӣ шуъбаи Фармакологияи таҷрибавӣ (эксперименталӣ) Институти гастроэнтерологияи АИ Тоҷикистонро ба уҳда гирифт. ӯ муаллифи бештар аз 300 мақолоти илмӣ, 15 китоб ва зиёда аз 20 патент мебошад. [4]

Дар солҳои 60-70-ум аввалин қадамҳои дар самти омӯзиши сохти антропологии мардуми балоандкӯҳи Помир аз тарафи Пестряков А.П. гузаронида мешавад. Дар наичаи экспедитсияҳои антропологии Помир, вай осоре зиёде доир ба Бадахшони Тоҷикистон (Помир) ҷамъоварӣ намуда, китоби “Типи антропологии аҳолии қадимаи Иттиҳоди Шуравӣ”-ро менависад. [5,6,7,8]

Дар солҳои 60-ум инчунин Тиллоев С. (тав. 12.06.1935 деҳ. Тингхони шпрои деҳаи Роштқалъа – ваф. 02.10.2011 деҳ. Медони Ҷамоати деҳоти Роштқалъа, ноҳ. Роштқалъа) нахустин шуда, дар самти табobati бемориҳои ҳирфай дар шифохонаи минтақавӣ Роштқалъа ба фаъолият оғоз намуд ва маркази калонтарини бемориҳои руҳиро дар ноҳия таъсис дод.

Дар самти тадқиқоти вирусология дар солҳои 60-70-ум саҳми Шериков Боронбекро бояд қайд намуд, ки барангезандаи вируси “Иссиқ-кпл”-ро ошкор намуда, дар “Эн-сиклопедияи калони тиббӣ” ин вирус бо номи вай сабт шудааст. Табибони солҳои 60-70-уми асри XX дар поягузории тибби муосири Бадахшон саҳми босазо гузоштанд ва барои ин хизматҳо подполковник Шериков Боронбек бо ордени “Ситораи сурх” ва “Барои хизматҳои Ватан”, табиб Давлатмамадов Ширинбек бо ордени «Байрақи сурхи меҳнат»



(1986), Шоҳинбеков Ш. бо ордени “Байрақи сурхи меҳнат” кадр карда шудаанд. Садҳо табибони дигар бо медалу ифтихорномаҳои давлатӣ ва унвони “Табиби шоистаи Иттиҳоди Шуравӣ” кадрдонӣ гардиданд.

Дар хулоса ҳаминро бояд қайд намуд, ки тибби Бадахшон ҳамчун тибби муосир ҷаҳонӣ худро дар солҳои 20-ум оғоз намуда, аллақай дар солҳои 30-40-уми асри ХХ тавонист аксарияти бемориҳои сироя-

тиро бартараф намояд. Дар ин давра проблемаи асосии соҳа норасоии мутахассисони маҳаллӣ гардид, ки танҳо дар солҳои 60-70-уми асри ХХ ба қор шуруъ намуданд. Хусусияти ин давра маҳз дар ҳамин буд, ки табибони маҳаллӣ тавонистанд, дар аксарияти самтҳо табибони минтақаҳои дигарро, ки барои кумак ба Бадахшон фиристонида шуданд, иваз намуда, дониши хуби замонавиро нишон диҳанд.

Адабиёт

1. Бахтиёр М. Таърихи Рӯшон / М.Бахтиёр. – Душанбе, Илм, 2013.- 416 с.
2. Ишкошим. Китоби раҳнамо. – Душанбе, Нодир, 2011.-256 с.
3. Муҳаммадшерзодшоев У. Тибби Шоҳзода Муҳаммад / У. Муҳаммадшерзодшоев.- Хоруғ, 1994.- 56 с.
4. Пирумшоев Ҳ. Таърихи Дарвоз (аз қадим то замони муосир) / Ҳ.Пирумшоев. -Д., 2008. -704 с.
5. Пестряков А.П. Антропологические типы древнего населения на территории СССР. По материалам антропологической реконструкции // А.П. Пестряков. -М., 1988 г.- 245 с.
6. Пестряков А.П. Антропология населения юго-востока Средней Азии / А.П. Пестряков.-М., 2000)
7. Пестряков А.П. Геногеография системы АВО юго-востока Средней Азии в аспекте взаимодействия кочевых и оседлых групп населения / А.П. Пестряков.-М., 1991.- 135 с.
8. Пестряков А.П. Половой диморфизм размеров мозгового черепа человека: эволюционный аспект изменчивости / А.П. Пестряков -М., 1993.- 230 с.
9. Саидасанов Ю. ВМКБ дар солҳои Ҷанги Бузурги ватанӣ / Ю.Саидасанов.- Душанбе, «Помир», 2011.- 136 с.
10. Бойгонии давлатии ВМКБ, ҷ.1, р. 2, в. 68. Ҳисоботҳои шӯбаи тандурустии ВМКБ солҳои 1940-1970

РАЗВИТИЕ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ БАДАХШАНА И РЕШЕНИЕ ОБЕСПЕЧЕНИЯ ОТРАСЛИ МЕСТНЫМИ КАДРАМИ ПЕРИОДА 60-70-Х ГОДОВ ХХ-ГО ВЕКА

Статья посвящена проблеме организации и деятельности российской системы здравоохранения на Памире. Автор указывает, что до ХХ века в регионе полностью отсутствовали какие-либо квалифицированные медицинские учреждения. Созданная советская система здравоохранения оказалась достаточно эффективной и привнесла в жизнь коренного населения региона новые возможности излечения от разных заболеваний. В данной статье автор анализирует работы врачей периода 60-70-х годов ХХ века, которые оказали помощь в организации работы этой отрасли на Памире. Автор в хронологическом порядке показы-

вает годы создания лечебных центров в городах и районах Памира и вместе с этим отмечает их научную значимость для современной медицины и открытия этой отрасли в ХХ века. В статье также указывается на то что местные врачи первыми положили начало развитию медицины в крае и это было прогрессивным элементом развития региона периода ХХ века. Они внесли большой вклад в развитие этой отрасли относительно данного региона. В данной статье автор также приводит исторический анализ развития медицины и указывает на значение трудов русских исследователей в развитие отрасли медицины и ставит на



обсуждение научное воззрения ученых медиков и показывает их роль в развитие науки и в частности медицины.

Ключевые слова: анализ, местные врачи, русские, население, история, медицина, Бадахшан, ученый, развитие, наука.

DEVELOPMENT OF HEALTH CARE SYSTEM OF BADAKHSHAN AND DECISION OF LACK OF SPECIALIST PROBLEM DURING OF 60-70-s YEARS OF XX CENTURY

The article is devoted to the problem of organization and activity of the health care system in Pamir and author points out that there were completely no qualified medical specialists in early XX century. Pamir healthcare system was subordinate to the medical authorities from other region. Nevertheless, it proved to be quite effective and brought new opportunities for the indigenous population of the region to heal various diseases. In this article author analyze activity of the Russian health care system in prerevolutionary Central Asia during the period the late of XIX and early of XX centuries. Author after chronological order show the

content of works and note the significance of work for contemporary medicine. Author also note the role of military researches for creation qualified medical institutions in Central Asia during the period the late of XIX and early of XX centuries. Also in this article authors give attention to analyses of science legacy of Russian healthcare system scientists, and note the signification of Russian healthcare system for development of this trend in Central Asia of late XIX and early XX century.

Key words: analyze, Russian, local cure man, history, population, medical institutions, Badakhshan, scientists, development, science.

Абдурахмонов Зевар – дотсенти кафедраи фанҳои ҷомеашиносӣ, Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абуалӣ ибни Сино. Тел. 935 98 44 97

Абдурахмонов Зевар – доцент кафедры общественных наук Таджикского государственного медицинского университета имени Абуали ибн Сино. Тел. 935 98 44 97

Abdurahmonov Zevar - associate professor of department of social sciences of Tajik state medicine university after Abuali ibn Sino. tel. 935 98 44 97

НАҚШИ ТАҲАММУЛПАЗИРӢ ДАР НИЗОМИ АРЗИШӢОИ МАЪНАВИИ ТАМАДДУНИ БАШАР Файзуллоев Ғ.Ғ.

МДТ “Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абуалӣ ибни Сино”

Дар воқеъ, масъалаи тамаддун дар низоми арзишҳои маънавии ҷомеаи муосир, бахусус дар ҷомеаи мутамаддин мавқеи хосро доро мебошад. Барои аз ҷиҳати илмӣ ва аз ҷиҳати мантиқӣ ошкор кардани моҳияти масъалаи мазкур мо зарур мешуморем, ки баъзе мафҳуми муносибати ҷамъиятҳои мутамаддинро ҳамчун унсурҳои асосӣ дар улуми ҷомеашиносӣ мавриди таҳаммулпазирии онҳоро баён намоем.

Тавре маълум аст, мафҳуми «тамаддун» аз калимаи латинии «civilis» гирифта шуда, аз ҷиҳати этимологӣ маънои «шаҳравандӣ, ҷамъиятӣ»-ро дорад ва аз нигоҳи этимоло-

гияи худ ба маънои «ҷомеаи шаҳравандӣ» истифода мешавад. Мафҳуми тамаддун яке аз муҳимтарин мафҳумҳои фалсафии муосир буда, бисёрҷанба ва гуногунҷанба аст, вале моҳияти таҳаммулпазирии он то ҳанӯз пурра дарк нашудааст. Агар таърихи пайдоиши ин истилохро ба ёд орем, барои фарқ кардани ҷомеаҳои пешрафта аз ҷамъиятҳои қафомонда, яъне аз давраҳои барбарӣ он ба давраи қадим рост меояд. [1, с.135].

Мутафаккирони Юнони Қадим ва Рими Қадим бо мафҳуми тамаддун ҷомеаи мутараққӣ ва нисбатан пешрафтаеро дар назар доштанд, ки дар асоси қонуният асос ёфта-

аст, ки дар он ҳаёти иҷтимоӣ мувофиқи конституция ба роҳ монда шудааст, ки барои тамоми инсонҳо баробар ва ҳатмӣ буд. Ин санадҳо ҳуқуқи шахсӣ ва манфиатҳои ҷамъиятии ҳамаи аъзоёни ҷамъиятро дар ҳолати таҳаммулпазирии онҳо ҳифз мекард. Аз ин рӯ, ҳар як узви ҷомеаи мутамаддин дар замони қадим ҳамчун шахрванд вазифадор буд, ки талаботи ин қонунҳоро иҷро намояд. Барбарҳо, ба ақидаи юнониёни қадим, халқи ақибмонда ҳисобида мешуданд, зеро ҳаёти иҷтимоӣ қомилан ба шакли муайян, қонуни инкишофёфта асос наёфта буд ва дар ин замина барои худ таҳаммулпазириро муносиб намешумориданд. Аз ин рӯ, сокинони ин сиёсатҳо ҳамеша бо онҳо муҳолифат мекарданд. Онҳо худро мутамаддин мединстанд, яъне. қонунпарвар, озодихоҳ, меҳрубон, бомаърифат, начиб, мақсаднок, ватандӯст, далер, одил ва ғайра. Муқовимат аз замони қадим сарчашма гирифта, ба як меъёри фарқкунанда табдил ёфтааст, ба яке аз омилҳои муҳими худшиносӣ ва этнография табдил ёфта, дар рушди фардӣ ва иҷтимоии шахсият ва ҷомеа таҳассус ёфта, ба тамаддуни башарӣ як қонини ҷиддӣ бахшид. Ташаккули ин навъи ҷомеа имкон дод, ки халқу миллатҳо имкон пайдо кунанд, ки дар ҷомеаи ҷаҳонӣ мавқеи сазоворро ишғол намоянд ва ҳатто аз он дар байни дигар ҷамъиятҳо ва давлатҳои мутараққӣ ифтихор кунанд. Аз ҷиҳат, бунёди ҷомеаи мутамаддин дар таърихи башарият ҳамеша ҳадафи аслии ҳар як миллати пешрафта ва фарҳангӣ будааст, ки бидуни сабру таҳаммул ғайри имкон аст. [2, с.141].

Дар зиндагии рӯзмарра истилоҳи «тамаддун» ҳамчун муодили вожаи «фарҳанг» истифода мешавад ва хусусияти сифатии ҷомеаро нишон медиҳад. Бешак, тамаддун дар таърихи рушди ҷомеа, ки пас аз бераҳмиву ваҳшиёнае, ки дар насабномаи башарият ба вуқӯъ омада буд, баландтарин зина аст. Ин падида ба қадом маънии истифодааш аз мафҳуми «фарҳанг» фарқ мекунад ва дарачаи баланди инкишофи онро дарбар мегирад. Аз ин нуктаи назар мафҳуми «ҷамъияти мутамаддин ҷамъиятест, ки маданияти баланди моддию маънавӣ ва таҳаммулпазирӣ дорад.

Қобили зикр аст, ки падидаи «фарҳанг» дар замони маърифат ва замони нав моҳияти фардӣ ва шахсӣ пайдо карда, бо сохтори ҷомеаи шахрвандӣ печида мешавад ва то андозае бо мафҳуми «тамаддун» якҷоя мешавад. Омпазгорони барҷастаи аврупоӣ истилоҳи «тамаддун»-ро ба ҷомеаи шахрвандӣ – ҷомеаи хеле пешрафта ва фарҳангии барҷастае, ки дар он озодӣ, баробарӣ, маърифат, маориф ва фарҳанг бартарӣ дорад, истифода кардаанд, ки метавон марҳилаи ибтидоии ҷудошавии ин мафҳумҳоро дар натиҷаи таҳаммулпазирӣ арзёбӣ кард. Гузашта аз ин, тамаддун ба гуфтаи онҳо, баландтарин зинаи рушди иҷтимоист, ки пас аз як давраи ваҳшӣ ва ваҳшӣ фаро мерасад. [3, с.73].

Тамаддунро ҳамчун истилоҳи илмӣ дар қиёс бо мафҳуми «фарҳанг» равшанфикронии фаронсавии асри 18 барои тавсифи ҷомеаи шахрвандӣ, ки дар он озодӣ, адолат ва волоияти қонун ҳукмрон буд ва дар фалсафа ва иҷтимоӣ васеъ истифода бурдаанд. Илм мавқеи худро собитқадмона мустақкам намуд. Зимнан равшанфикрон буд, ки вожаи тамаддунро ҳамчун истилоҳи илмӣ барои тавсифи як давраи муайяни рушди ҷомеаи мутараққӣ, ки пас аз даврони ваҳшӣ ва ваҳшиёна ба вучуд омадааст, ки онро инсоният дар таҳаммул ва шекобӣ аз худ кардаанд. Аз тарафи дигар, онҳо тамаддунро ҳамчун таҷассуми тамоми қомебиҳои тафаккури инсонӣ оқилона муайян кардаанд. Ба ақидаи онҳо ҷори намудани хоҷагии қишлоқ ва зироаткорӣ, барпо намудани шахру кишварҳо, ба вучуд омадани хат, ҷори намудани қонун марҳалаи аввалини таърихи тамаддунҳо ин ҳама ба таҳаммулпазирии онҳо алоқаманд мебошад. Маҷмӯи дастовардҳои инсоният тамаддунро равшанфикрон таъриф намуда, ба ин васила ҳуқуқи табиӣ инсон ба озодиро таъкид кардаанд. Онҳо дар назди ҳукумат озодӣ ва соҳибхитиёрии халқро муҳофизат намуда, аз ҳукуматдорон талаб мекарданд, ки поквичдонӣ, масъулиятшиносӣ ва вазифаи худро дар назди тобеон иҷро кунанд. Бисёрии онҳо дар симои тамаддун идеали ҷамъияти тараққипарвар, ҳуқуқбунёд, одил ва ашхоси та-



хаммулпазирро мидиданд. Баъдан истилоҳи тамаддунро мутафаккирон ба ду маъно истифода мебаранд:

1) ҷомеаи хеле рушдёфта, ки ба хирад, адолат, қонун ва таҳаммулпазирии динӣ асос ёфтааст;

2) тамаддун бо дину фарҳанг алоқаи зич дошта, сатҳи баланди рушди фарҳанг нишондиҳандаи пешрафт ва рушди ҷомеа мебошад. Пас, Виктор Рикети де Мирабо масалан, дар китоби худ «Дпсти инсон ё рисола дар бораи аҳолӣ» тамаддунро ҳамчун ҷомеае тавсиф кардааст, ки бар пояҳои олиии ахлоқӣ, беҳтарин қоидаҳои рафтор ва муошират, манъи хушунат ва истисмори инсон аз ҷониби инсон асос ёфтааст. Дар ин асар п менависад:

«Вазирони дин дар ҷомеаи муташаккил ба таври ҳақиқӣ ҷойҳои аввалро ишғол мекунад. Дин бешубҳа, беҳтарин ва муфидтарин ҷилави башарият аст, чашмаи асосии тамаддун аст». [4, с.84].

Дар ибтидои асри 19 Ф.Гизо барои баргараф намудани зиддиятҳои байни пешрафти инсоният ва гуногунии таърихию маданияи халқҳо кӯшиш мекард. Тибқи консепсияи п тамаддун аз ду қисм иборат аст:

1) ҷузъи иҷтимоӣ - берунӣ нисбат ба шахс ва тамоми олам;

2) ҷузъи зеҳнӣ – ҷузъи ботинӣ, ки табиати шахсии про муайян мекунад.

Тамаддун, ба эътиқоди п, таъсири мутақобилаи ин ду падида буда, асоси рушди он ҳамбастагии падидаҳои иҷтимоӣ, таҳаммулпазирӣ ва фикрӣ мебошад. Барои Ф.Гизо мафҳуми «тамаддун» синоними «идеяи прогресс» мебошад, ки афзоиши пай дар пайи ҷамъият, инкишофи прогрессивии он, такмили сохтор ва худтақомули ахлоқии инсон мебошад. Яъне «Ин пешравӣ садсолаҳо вучуд дошт ва ҳамеша дар ҳоли пешрафт аст». [6, с. 113].

Баъдтар Л.Морган дар асари худ «Ҷамъияти қадимӣ» таърихи инсониятро ба ду давраи калон ҷудо мекунад: 1) давраи ибтидоӣ, ки аз ташаккули миллатҳо ва наслҳо оғоз мешавад; 2) давраи минбаъда — ба вучуд омадани территорияҳои сиёсӣ ва иқтисодӣ. Ин марҳалаҳо тамоми халқҳо ва ма-

даниятҳои ҷаҳон — аз пешқадам то ақибмондари фаро гирифта, хусусияту хислатҳои худро доштанд. Кашфи оташ, ихтирои тиру камон ҳамчун воситаи шикор ё муҳофизат, рушди кулолгарӣ, кишоварзӣ, чорводорӣ, заминкорӣ, истифодаи сарватҳои табиӣ, инчунин ташаккули дигар шаклҳои муштараки одамон фаъолият ҳамчун давраҳои пешравӣ ва аз як тамаддун ба тамаддуни дигар гузаштан эътироф карда мешаванд. Морган мефаҳмад, ки дар аввал моликияти ҷамъиятӣ вучуд дошт, вале баъдтар бо инкишофи қувваҳои истеҳсолкунанда дар ҷамъият моликияти хусусӣ ҳукмфармо шуд. Ӯ таърихи пайдоиш ва ташаккули оиларо меомӯзад ва пайдоиши оилаҳои якхами (иборат аз як зан ва як мард)-ро яке аз аломатҳои муҳимтарини тамаддун дар натиҷаи таҳаммулпазирӣ медонад. Ба ақидаи п тамаддун марҳилаи сеюми таърихи рушди ҷомеа аст, ки пас аз замони ваҳшӣ ва ваҳшӣ фаро мерасад. Минбаъд Ф.Энгельс ин ақидаҳои Л.Морганро инкишоф дода, дар асари машҳури худ «Пайдоиши оила, моликияти хусусӣ ва давлат» якҷанд хислатҳои давлатро ҳамчун аломати пешравии ҷамъият муайян кардааст:

1) дараҷаи баланди моддӣ; ва рушди техникӣ;

2) пайдоиши муносибатҳои истеҳсолӣ, пулӣ, бозорӣ ва моликияти хусусӣ;

3) тафриқаи иҷтимоӣ, ба синфҳо ва низоъҳо тақсим шудани ҷомеа; 4) пайдоиши давлат ва ҳуқуқ;

5) оилаҳои якхамӣ.

Бояд гуфт, ки дар асри 19 барои аз нав дида баромадани мафҳум ва моҳияти падидаи «тамаддун» заминаи мустаҳкам гузошта шуд. [7, с.19].

Олими барҷастаи рус Н. Данилевский (1822-1885) аввалин шуда сохти тамаддунии ҷамъиятро ҳамчун проблемаи бисёр тамаддунҳо кашф кард. Вай намудҳои тамаддуни таърихию фарҳангӣ, аз ҷумла типии нави тамаддуни ҷавон — славяниро нишон дод. Ӯ ҳамаи халқҳои мутамаддинро ба се гуруҳи асосӣ тақсим мекунад:

1) таърихнигорони пешқадам;

2) муаллифони ҳикояҳои манфӣ;



3) эҷодкороне, ки ба дигар мақсадҳо хизмат мекунанд.

Мувофиқи таълимоти ӯ ба гурӯҳи якум тамаддунҳое дохил мешаванд, ки ба инкишофи маънавии одамон ҳисса гузоштаанд: тамаддуни мисриёни қадим, хитоии қадим, юнониҳо, румиён ва амсоли он. Данилевский ба гурӯҳи дуввум ҳамон навъи таъриху фарҳангери номидааст, ки боиси фурппошӣ ва нобудии тамаддунҳои таназзулффта, аз қабилҳои туркҳо, муғулҳо ва ғайра гардидаанд. Ба гурӯҳи сеюм фарҳангҳое шомил мешаванд, ки на нақши созанда ва на қувваи харобиоварро дар замони муосир бозидаанд. Ҳар як шакли таърихию фарҳангӣ аз ҳолати этнография ба давлат ва баъд ба тамаддун табдил меёбад. Дар зери мафҳуми давраи тамаддун Н.Я. Данилевский давраи таърихиеро дар назар дорад, ки халқҳо фаъолияти маънавии худро дар ҳамаи соҳаҳои ҳаёти ҷамъиятӣ аз сар мегузаронанд. Дар раванди инкишофи минбаъдаи илмҳои ҷамъиятӣ-гуманитарӣ, дар давраи ташаккул ва афзоиши пай дар пай муносибатҳои ҷамъиятии капиталистӣ дар тадқиқоти мутафаккирони намоёни Ғарб мафҳумҳои «тамаддун» ва «фарҳанг» қатъиян аз ҳам ҷудо карда шуданд. Масалан, комилан бошуурона дар назарияи олими немис О.Шпенглер фарҳанг ва тамаддун ҳамчун ҳодисаҳои ба ҳам зид тавсиф шудааст. Ӯ чунин мешуморад, ки маданиятҳо мустақилона ба вучуд омада, аз ҳамдигар мустақилона инкишоф меёбанд. Ҳар як фарҳанг хусусияти худро дорад ва он як ҷисми рамзист, ки ҳаёти ин мафҳумро таҷассум мекунад. Ҳар он чизе, ки зиндагӣ мекунад, дер ё зуд мемирад. Ҳар он чизе, ки рӯҳ дорад ва таваллуд мешавад, худро ифода мекунад, аз кпдакӣ, калонсолӣ, пирӣ мегузарад ва дар ниҳоят мемирад. Ҳамин чиз бо ҳар фарҳанг, ки «аз рӯҳи беканори одамони ибтидоӣ сарчашма мегирад ва баъд образи асолати бузург ва дар айни замон маҳдудро ба вучуд меоварад. Вай мисли растаниест, ки танҳо дар як макони маҳдуд ва мушаххас месабад ва ҳамеша бо ин макон алоқаманд аст. Тамоми қувваи табиати маданият дар образҳои гуногуни халқҳо ва забонҳо, давлатҳо, таълимо-

ти динӣ, илму санъат зоҳир мегардад». [8, с.20].

Ғайр аз ин, баробари ҷалб шудани тамоми қувваҳои моддию маънавии маданият вай ба бухрон дучор мешавад ва ба ҳолати аслии худ бармегардад. Аммо, ба андешаи мутафаккир раванди пайдоиш, инкишоф ва таназзули фарҳанг содда ва бемамониат нест. Вай маҳлуки зинда аст ва дар вай муборизаи тезутунди дутарафаи қувваҳои гуногун ба амал меояд: — аз як тараф вай ба таври зоҳир қор мекунад — барои қувват гирифтани, мустаҳкам намудани вай ва ба тартиб андохтани муҳит;

— аз тарафи дигар, вай аз рӯи масъалаи дохили амал мекунад, ки дар он ҷо эҳсосоти ҷанговар ҷамъ шудааст, қудрати маданият бар қувваҳо ва вичдони зеҳниро таъмин менамояд. [9, с.126].

Таназзули фарҳанг дар натиҷаи исроф шудани тамоми қувваҳои маънавии он, вақте ки арзишҳои фарҳангҳо беқурб мешаванд ё маъноӣ ҳаётро гум мекунанд, ба амал меояд. Зеро дар ин давра андеша ва нияти одамон ба арзишҳои волои фарҳангӣ не, балки ба ҳадафҳои манфиатҳои шахсӣ ва беҳбудию бетаҳаммулии онҳо моил шудааст. Шпенглер ин рӯзхоро бо фарорасии давраи тамаддун алоқаманд мекунад: «Тамаддун тақдири ногузири маданият аст. Ояндаи Ғарб на танҳо ҳаракати сарҳадист, ки ҳамеша пеш ба боло, ба сӯи идеалҳои мо пеш меравад. Замони нав марҳилаи тамаддун аст, на фарҳанг ва тамаддун марғи маънавии фарҳанг аст». Муаррихи маъруфи фаронсаӣ Ф.Бродел тамаддунро яке аз устувортарин ҷамъиятҳои башарӣ медонад, ки таърихи хеле тплонӣ дорад. Муаррих асоси тамоми тамаддунҳоро дар сохтори тафаккури мардум: дар эътиқод, дин, расму оин, расму оин, муносибати одамон ба ҳаёти оилавӣ, зиндагӣ ва марғ ва ғайра меид. Ба ақидаи ӯ ҳамин сохтори тафаккури одамон аст, ки дар фарҳанги халқҳо аз қадим вучуд дошта, дар муддати тплонӣ ганҷинаи арзишҳои нотакрор, ибтидоӣ хувият, моҳият ва вижагиҳои ягон тамаддун. Вай таъкид мекунад, ки тамаддун моли гузашта аст, на оянда. [10, с.181].



Баррасии мафҳумҳои мавҷуда дар адабиёти фалсафӣ ва фарҳангӣ имкон медиҳад, ки бархӯрдҳои асосии муҳаққиқон оид ба робитаи байни «фарҳанг», «тамаддун» ва «тахаммулпазирӣ» муайян карда шавад:

а) мафҳумҳои «фарҳанг» ва «тамаддун» синоним буда, байни онҳо фарқияти ҳосе вучуд надорад. Масалан, А.Тойнбӣ тамаддунро марҳилаи муайяни фарҳанг мешуморад ва дар самти маънавии он динро унсурҳои асосии ва муайянкунанда медонад;

б) байни фарҳангҳо ва тамаддунҳо ҳам монандӣ ва ҳам тафовути ҷиддӣ вучуд дорад. Ин фикрро муаррих ва этнографи Франспз Ф.Бродел ба миён гузоштааст. Ӯ тамаддунро дар партави падидаҳои маънавий, ки ба табиати тафаккури миллӣ – менталитети асос ёфтаанд, таҳқиқ намуда, тамаддунро асосии фарҳанг шарҳ додааст;

в) фарҳанг ва тамаддун ба ҳам муҳолифанд. Ин ақида дар назарияи файласуфи немис О.Шпенглер дар китоби «таназзули Аврупо», ки ӯ тамаддунро ва маданиятро муқобил гузоштааст, инъикос ёфтааст. Ба ақидаи Шпенглер тамаддун фарҳанги мурдан, яъне мурдан ва пспсида аст. Бо вучуди ин, ба андешаи мо, масъалаи таносуби фарҳанг ва тамаддунро дар ҳоле пурра ҳал кардан мумкин аст, ки агар тамаддун ҳамчун падидаи фарҳангӣ, яъне маҳсули фарҳанг, моҳият ва ҷузъи таркибии он дар зимни таҳаммулпазирӣ ҳисоб карда шавад. Фарҳанг на танҳо усулу технологияи зиндагӣ ва тамоми фаъолияти эҷодии одамонро дарбар мегирад, балки дар асосии арзишҳои муҳимтарини ҳаётӣ ташаккул ёфта, ҳаёт ва мавҷудияти инсонро бо дарки таҳаммулпазирӣ ифода мекунад.

Ин пажӯҳишгар дар ин таҳаввул ҳамчунин мафҳумҳои калидӣ ва бахшҳои печидаи ҷомеашиносии дини ғарбӣ дар мобайни асри

гузашта, аз қабилҳои дунявӣ, гуногунандешии динӣ, шаклҳои нави диндорӣ ва хувияти динӣ, «маҳрумкунӣ»-и дин, шаклҳои диндорӣ, «ҳуқуқи инсон» ва вазифаи «шахси динӣ» ва ғзир намудааст. Ӯ ба падидаи дунявият ва таъсири он ба дин ва ҷаҳонбинии динӣ таваҷҷӯҳи хоса дода, барои ин аз системаи сотсиологи амрикоӣ Л.Шайнер дар таълимоти дигари дунявиятӣ дар илм мавҷуд аст. Бояд гуфт, ки зухуроти тадриҷан онҳоро ҳоло дар ҷомеаи имрӯзаи тоҷик, ки бо роҳи тараккиёти мутамаддин пеш рафта истодааст, мушоҳида кардан мумкин аст. Дар навбати таълимоти дунявият дар ҷомеаҳои мутамаддин ҳамчун коҳиши таъсири дин ба сатҳи шуури фард тавсиф мешавад. Ва яке аз тарафдорони ин навбати таълимоти дунявӣ Б.Вилсон онро ҳамчун «раванде муайян мекунад, ки дар он ниҳодҳои динӣ, шуур ва амалия аҳамияти пештараи иҷтимоии худро гум мекунад. Дар ҳамин ҳол, тағйироти мазҳабӣ дар кишварҳои гуногун ба таври гуногун сурат мегиранд». [16, с.77].

Хулоса, ин пажӯҳишгарон ва дигарон муътақиданд, ки на амалияи фарҳанг ва тамаддунро ва ниҳодҳои динӣ, балки танҳо шуури мазҳабӣ дар ҷомеаи мутамаддини муосир тағйироти амиқ ва қобили мулоҳизае дар пай дорад. Ин аз он сабаб аст, ки одамони муосир назар ба дирӯз дигар ҳел фикр мекунад, ба олам ба таври реалистона менигаранд ва ба аҳкоми динии классикӣ таъна намуда, амалҳои худро камтар ва камтар анҷом медиҳанд. Пардаи институтсионалии дин ва шуури диниро ҳатто метавон нигоҳ дошт, аммо мазмуни он дар ҷомеаҳои мутамаддин бо огоҳӣ аз мазоҳиби гуногун дар ҳоли таҳаммулпазирӣ тағйир меёбад, ки аз дунявӣ будани шуури аъзои он ҷомеа шаҳодат медиҳад.

Адабиёт

1. Альфан Л. Великие империи варваров: от Великого переселения народов до тюркских завоеваний XI века. - М.: Вече. - 2006.
2. Бенвенист Э. Цивилизация. К истории слова. В кн: «Общая лингвистика». - М.: УРСС. 2002. – 448 с.
3. Бродель Ф. Грамматика цивилизаций. - М. - 2008. - 552 с.
4. Вебер М. Протестантская этика и дух капитализма. Перевод с немецкого М. Левиной. – М.: ООО «Издательство АСТ». – 2020. – 223с.



5. Данилевский Н.Я. Россия и Европа. - М. - 2003. – 607с.
6. Ерасов Б.С. Цивилизация: слово - термин - теория // Сравнительное изучение цивилизаций. - М.: Аспект-пресс. - 1998. - 223 с.
7. Морган Л.Г. Древнее общество. - Ленинград. - 1934. – 368с.
8. Огурцов А.П. Философия науки эпохи Просвещения. - М.: Наука. - 1993
- 9 Руткевич Е. Д. Западная социология о перспективе религии/Е.Д. Руткевич // Религия в самосознании народа (Религиозный фактор в идентификационных процессах). - М.: Институт социологии РАН. - 2008. – 348с.
10. Руткевич Е. Д. Западная социология о перспективе религии/Е.Д. Руткевич //Религия в самосознании народа (Религиозный фактор в дентификационных процессах). - М.: Институт социологии РАН. - 2008. – 351с.
11. Семёнов В Ю. И. Философия истории. (Общая теория, основные проблемы, идеи и концепции от древности до наших дней). - М. - 2003. - 776 с.
- 12. Токарев А.М. Секуляризация как социальная форма десокрализации и рационализации духовной жизни (западноевропейский контекст): дисс. ... к. филос. н. (09.00.11). – Нижний Новгород. - 2008.**
13. . Шпенглер О. Закат Европы: Очерки морфологии мировой истории / О. Шпенглер; Пер. с нем., вступ. ст. и прим. К. А. Свасьяна. - М.: Мысль. - 1993. -423с.

РОЛЬ ТОЛЕРАНТНОСТИ В СИСТЕМЕ ДУХОВНЫХ ЦЕННОСТЕЙ ЧЕЛОВЕЧЕСКОЙ ЦИВИЛИЗАЦИИ

Файзуллоев Гайратулло Фатхуллоевич

Таджикский государственный медицинский университет имени Абуали ибн Сино

Прежде чем перейти к вопросу о месте религиозного мировоззрения в системе духовных ценностей современного общества, следует отметить, что цивилизованное общество - это не только наличие своей государственности, но и многие другие составляющие его развития. Для того чтобы научно и логически раскрыть суть обсуждаемого вопроса, мы считаем необходимым обсудить некоторые концепции взаимоотношений цивилизованного общества и религии как элемента поклонения в социальных науках. В то же время мы считаем, что не религиозная практика и религиозные институты, а только религиозное сознание вызовут глубокие изменения в современном цивилизованном обществе.

Это связано с тем, что современные люди думают иначе, чем вчера, реалистично смотрят на мир и действуют в соответствии с классическими религиозными заповедями. Они даже сохраняют основные постулаты религии и религиозного сознания и даже меняют его содержание в обществе, что связано с удаленностью их сознания от сущности религии. Следует отметить, что в сегодняшнем таджикском обществе наблюдается религиозное развитие. Любое учение религиозной и светской науки в цивилизованных обществах описывается как уровень индивидуального сознания.

Ключевые слова: наук, религия, общество, тростник, мысль, мыслитель, ученый, век, предки, просвещение, литература.

THE ROLE OF TOLERANCE IN THE MORAL VALUE SYSTEM OF HUMAN CIVILIZATION

Faizulloev Gayratullo Fathulloevich

Tajik State Medical University named after Abuali ibn Sino

Before moving on to the question of the place of the religious worldview in the system of spiritual values of modern society, it should be noted that a civilized society is not only



the presence of its own statehood, but also many other components of its development. In order to scientifically and logically reveal the essence of the issue under discussion, we consider it necessary to discuss some concepts of the relationship between civilized society and religion as an element of worship in the social sciences. At the same time, we believe that not religious practice and religious institutions, but only religious consciousness will cause profound changes in modern civilized society.

This is due to the fact that modern people think differently than yesterday, look at the

world realistically and act in accordance with the classical religious commandments. They even preserve the basic tenets of religion and religious consciousness and even change its content in society, which is associated with the remoteness of their consciousness from the essence of religion. It should be noted that religious development is observed in today's Tajik society. Any teaching of religious and secular science in civilized societies is described as the level of individual consciousness.

Keywords: science, religion, society, reed, thought, thinker, scholar, century, in, ancestors, enlightenment, literature.

Файзуллоев Гайратулло Фатхуллоевич - МДТ “ДДТТ ба номи Абуалӣ ибни Сино, ассистент, номзади илмҳои фалсафаи кафедраи фанҳои ҷомеашиносӣ. Суроға: 734003, Ҷумҳурии Тоҷикистон, ш. Душанбе, н. Сино, хиёбони Сино 29-31. Тел: (992) 55-444-83-15, E-mail: fath-83@mail.ru.

Файзуллоев Гайратулло Фатхуллоевич – ГОУ “ТГМУ имени Абуали ибн Сино”, ассистент, кандидат философских наук кафедры социологии. Адрес: 734003, Республика Таджикистан, г. Душанбе, р. Сино, проспект Сино, 29-31. Тел: (992) 55-444-83-15, E-mail: fath-83@mail.ru.

Faizulloev Gayratullo Fathulloevich - SEI “ATSMU”, associate professor, candidate of philosophical sciences, sociological department. Address: 734003, Republic of Tajikistan, sh. Dushanbe, n. Sino, Sino prospect, 29-31. Tel: (992) 55-444-83-15, E-mail: fath-83@mail.ru.

БЕМОРШАВИИ МУҚОИСАВИИ МУТАХАССИСОНИ ОИЛАВӢ ВА КОРМАНДОНИ ТИББИИ МУАССИСАҲОИ ЗИДДИСИЛӢ БА БЕМОРИИ СИЛ ДАР ҶУМҲУРИИ ТОҶИКИСТОН ДАР ДАВРАИ СОЛҲОИ 2009-2018

Қурбонов С.Р., Бандаев И.С.

Кафедраи беҳдошти умумӣ ва экология, кафедраи тандурустии ҷамъиятӣ ва омили тиббӣ бо курси таърихи тиб, МДТ «ДДТТ ба номи Абуалӣ ибни Сино»

Мубарамият. Кормандони тиббӣ, бешубҳа, ба гурӯҳи дорои хатари баланди интиқоли нозокомиалии сироятҳои сил дохил мешаванд. Қаблан дар бораи баҳодихӣ ба паҳншавии бемории сил дар байни кормандони тибби Тоҷикистон маводҳои таҳқиқотӣ нашр шудаанд, ки тибқи онҳо нишондиҳандаҳои бадади ба қайд гирифтани ҳолатҳои бемории сил дар байни кормандони тиббии муассисаҳои махсуси зиддисилӣ ва дигар муассисаҳои таъбибу профилактикӣ, ки ҳиссаи сироятнокии баланди протсессҳои махсусро доранд, муайян карда шуда буд [1].

Ба ҳамагон маълум аст, ки агар беморе, ки гирифтори шаклҳои фаъоли сил бошад дар давоми як сол ба ҳисоби миёна 1-15 нафарро ситроятнок мекунад, кормандони тиб, махсусан дар муассисаҳои зиддисилӣ ва дар сохторҳои КАТС, бинобар фаъолияти касбии худ бештар мубтало ба сироятҳои микобактерияҳои сил мегарданд [2]. Ин пробемаро он амиқтар месозад, ки кормандони тиб, махсусан онҳое, ки хориҷ аз муассисаҳои зиддисилӣ кор мекунанд, оид ба назорат кардани сирояти паҳншавии бемории сил дониш ва малакаи зарурӣ надоранд [3].

Таҳлили маълумотҳои ба даст овардашуда аз рӯи чек-варақаҳо нишон дод, ки дар солҳои охир Барномаи миллии зиддисилӣ корҳои мушаххасро дар самти беҳтар кардани таъмини чорабиниҳои назорати сироят дар муассисаҳои шабақаҳои умумии табибии Ҷумҳурии Тоҷикистон ба анҷом расонидааст. Татбиқ намудани як қатор Барномаҳои миллии зиддисилӣ имконият доданд, ки дар ҳама минтақаҳои кишвар барномаи омӯзиши мутахассисони муассисаҳои КАТС аз рӯи масъалаҳои барвақт ва фаъолона ошкор сохтани беморӣ, усулҳои ташхиси зуд, таъоботи муносиби сил ва чорабиниҳои назорати сироят роҳандозӣ карда шавад. Ин омӯзандагони барномаҳо дар бавробари табибони бемориҳои сил (фтизиатрҳо) ва табибони оилавии муассисаҳои КАТС, тамоми кормандони миёнаи тиббии хадамоти силро ва ҳамшираҳои тибби оилавии муассисаҳои КАТС-ро фаро гирифтааст [4]. Илова бар ин, дар кафедраи фтизиопулмонологияи ДДТТ ба номи Абуалӣ ибни Сино ҳамаи донишҷӯёни факултетҳои тиббӣ, педиатрӣ, стоматологӣ, ҳамчунин факултети нигоҳдории тандурустии ҷамъиятӣ курсҳои лексия ва дарсҳои амалӣ гузаронида мешаванд, ки тартиби риояи назорати сирояти зиддисилро фаро мегиранд [5]. Таъкид кардан ба маврид аст, ки малакаҳои ба даст овардашуда барои беҳтар гаштани чорабиниҳои муҳофизати кормандони тиббӣ аз сироятнокшавӣ дар кафедраи

фтизиопулмонологияи, хангоми пандемии COVID-19 мусоидат намуд [6]. Гуфтаҳои болозикр наметавонианд, ки ба сатҳи касбияти фтизиатрҳо ва мутахассисони оилавӣ дар ҷиҳати риоя кардани чорабиниҳои назорати сироятӣ дар муассисаҳои КАТС таъсир боқӣ нагузоранд.

Мақсади таҳқиқот. Баргузори омӯзиши муқоисавии гирифтورشавии кормандони тиббии муассисаҳои зиддисилӣ ва муассисаҳои КАТС ба бемории сил дар солҳои 2009-2018.

Мавод ва усулҳои таҳқиқот. Бо мақсади таҳлил аз маълумотҳои омили расмӣ Вазорати тандурустӣ व्या ҳитфзи иҷтимоии аҳолии Ҷумҳурии Тоҷикистон истифода карда шуд. Шарҳ додан лозим аст, ки дар ин таҳқиқот дар бораи муассисаҳои зиддисилӣ сухан ронда, мо статсионарҳои зиддисилӣ, Марказҳои муҳофизати аҳоли аз сил (диспансерҳо) ва озмоишгоҳҳои хадамоти сатҳҳои гуногуни силро дар назар дорем. Дар бораи муассисаҳои КАТС сухан ронда, хонаҳои саломатӣ, марказҳои маҳаллӣ ва ноҳиявӣ шаҳрии саломатӣ ва марказҳои тибби оилавиро дар назар дорем.

Натиҷаҳои таҳқиқот ва баррасии онҳо. Таҳлили маълумотҳои омили расмӣ нишон дод, ки дар солҳои 2010, 2015-2018 бештар кормандони тиббии муассисаҳои КАТС ($p < 0,001$) гирифтори бемории сил шудаанд, назар ба кормандони муассисаҳои зиддисилӣ (ҷадвали 1).

Ҷадвали 1. – Миқдори кормандони муассисаҳои зиддисилӣ ва мутахассисони оилавӣ ба бемории сил (мутлақ ва %).

Сол	Ҳолатҳои ҳамагӣ дар ҶТ	ПТУ								КАТС – мутахассисони оилавӣ	
		Ҳамагӣ		Статсионар		Диспансер		Лаборатория		сисони оилавӣ	
		Мутл.	%	Мутл.	%	Мутл.	%	Мутл.	%	Мутл.	%
2009	22	11	50,0	3	27,3	7	63,6	1	9,09	8	72,7
2010	26	14	53,8	4	28,6	9	64,3	1	7,14	7	58,3*
2011	31	13	41,9	6	46,2	6	46,2	1	7,69	13	72,2
2012	30	14	46,7	7	50,0	6	42,9	1	7,14	13	81,3
2013	27	9	33,3	2	22,2	6	66,7	1	11,1	12	66,7
2014	31	12	38,7	3	25,0	8	66,7	0	-	13	68,4
2015	34	7	20,6	2	28,6	5	71,4	0	-	19	70,4*
2016	29	5	17,4	1	20,0	3	60,0	1	20,0	20	83,3*
2017	34	6	17,6	2	33,3	3	50,0	1	16,7	20	71,4*
2018	37	6	16,2	2	33,3	3	50,5	1	16,7	25	80,6*

Эзоҳ: * - фарқияти боэътимод хангоми муқоиса кардани беморон байни кормандони ПТУ ва КАТС, мувофиқи сатрҳо ($p < 0,001$)



Осебпазирии назарраси кормандони КАТС, асосан ҳамшираҳои тиббии оилавӣ ба тамосҳои касбии ниҳоят зуд-зуд ва ниҳоят тӯлонӣ доштанишон бо ашхоси гирифтори бемории сил, ҳам дар давраи ошкор кардани онҳо дар маҳалли ба онҳо вобаста кардашуда ва ҳам дар давраи табобти тӯлонии онҳо алоқаманд аст, ки назорат кардани чараёни химиотерапияи доруҳои зиддисилӣ зарур аст. Масалан, дар Маркази саломати ноҳиявӣ ҳамшираҳои тиббии оилавӣ гирифтори бемории сил шуд. Маълум карда шуд, ки вай қоидаҳои назорати сироятиро наомӯхтааст ва ҳамарӯза, дар давоми 6 моҳ, бо мақсади риоя кардани қоидаҳои табобати назоратшаванда, препаратҳои зиддисилро ба хонаи бемор мебурд, ки гирифтори шакли фаъоли сил буд.

Хулоса. Омӯзиши тафриқавии гирифтورشавии кормандони тиббии муассисаҳои

саҳои зиддисилӣ ва муассисаҳои КАТС ба бемории сил ҳақиқати парадоксалии мувофиқат накардани мантиқиро муайян намуд. Дар солҳои охир гирифтورشавии барзиёди аз ҷиҳати оморӣ боэътимоди мутахассисони оилавии муассисаҳои КАТС нисбат ба кормандони муассисаҳои зиддисилӣ муайян карда шуд. Осебпазирии назарраси кормандони КАТС, асосан ҳамшираҳои тиббии оилавӣ ба тамосҳои касбии ниҳоят зуд-зуд ва ниҳоят тӯлонӣ доштанишон бо ашхоси гирифтори бемории сил, ҳам дар давраи ошкор кардани онҳо дар маҳалли ба онҳо вобаста кардашуда ва ҳам дар давраи табобти тӯлонии онҳо алоқаманд аст, ки назорат кардани чараёни химиотерапияи доруҳои зиддисилӣ, ҳамчунин бо ҳамшираҳои тиббӣ бештар таъмин будани муассисаҳои нигоҳдории тандурустӣ нисбат ба табибони оилавӣ аст.

Адабиёт

1. Бобоходжаев О.И. и соавт. Современные меры противотуберкулёзного инфекционного контроля (обзор литературы) / О.И. Бобоходжаев, З.Т. Авгонов, С.С. Сатторов // Вестник Авиценны. -2019. -№2. – С. 298-304.
2. Бобоходжаев О.И. и соавт. Улучшение эпидемиологической ситуации по заболеваемости туберкулёзом среди работников противотуберкулёзной службы Республики Таджикистан /Бобоходжаев О.И., Сатторов С.С., Алиев С.П., Авгонов З.Т. // Здравоохранение Таджикистана. -2019. -№2. -С. 99-101.
3. Бобоходжаев О.И. и соавт. Анализ эпидемиологической ситуации по заболеваемости туберкулезом среди медицинских работников Республики Таджикистан / Бобоходжаев О.И., Алиев С.П., Юсуфи С.Дж., Сатторов С.С., Авгонов З.Т., Раджабзода А.С., Турсунов Р.А. // Журнал ТНУ: Наука и инновация. -2020. -№4. -С. 194-200.
4. Бобоходжаев О.И. и соавт. Закономерности эпидемического процесса и эффективность лечения больных туберкулезом с разными спектрами лекарственной устойчивости в Республике Таджикистан /Бобоходжаев О.И., Сироджидинова У.Ю., Нуров Р.М., Пирмамадзода Б.П., Абдурахимов А.А., Сайдалиев С.М., Бобоходжаев Ф.О., Махмудов М.О. // Туберкулез и болезни легких. – 2023. - №101(2). – С. 73-79.
5. Бобоходжаев О.И., Сироджидинова У.Ю. История развития фтизиатрии в Таджикистане / «Симург». -Душанбе. –2019. -№4. -С. 6-11.
6. Бобоходжаев О.И. и соавт. Опыт противотуберкулёзной службы при возможных вспышках респираторных инфекционных заболеваний с учётом извлеченных уроков в период пандемии COVID-19 / Бобоходжаев О.И., Раджабзода С.Р., Пулатова С.Дж., Саидова С.Н. // Вестник Академии Наук Молдовы: Медицина. - 2023. - №3(77). – С. 55-58.



СРАВНИТЕЛЬНАЯ ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ ТУБЕРКУЛЁЗОМ СЕМЕЙНЫХ СПЕЦИАЛИСТОВ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ ПРОТИВОТУБЕРКУЛЕЗНЫХ УЧРЕЖДЕНИЙ В РЕСПУБЛИКЕ ТАДЖИКИСТАН В ПЕРИОД 2009-2018 гг.

Курбонов С.Р., Бандаев И.С.

Кафедра общей гигиены и экологии

Медицинские работники, несомненно, относятся к группе повышенного риска нозокомиальной передачи туберкулёзной инфекции. Ранее, были опубликованы данные оценки распространенности туберкулёза среди медицинских работников Таджикистана, согласно которым выявлены высокие показатели регистрации

случаев туберкулеза среди медработников специализированных противотуберкулёзных учреждений и других лечебно-профилактических учреждений с высокой долей инфекциозности специфического процесса.

Ключевые слова: медицинские работники, туберкулез, ПМСП, заболеваемость.

COMPARATIVE INCIDENCE OF TUBERCULOSIS AMONG FAMILY SPECIALISTS AND MEDICAL WORKERS OF TB INSTITUTIONS IN THE REPUBLIC OF TAJIKISTAN IN THE PERIOD 2009-2018

Kurbonov S.R., Bandaev I.S.

Applicant of the department of general hygiene and ecology

Medical workers undoubtedly belong to the group of increased risk of nosocomial transmission of tuberculosis infection. Earlier, data on the assessment of the prevalence of tuberculosis among medical workers in Tajikistan were published, according to which high rates of registration of

tuberculosis cases were revealed among medical workers of specialized anti-tuberculosis institutions and other medical institutions with a high proportion of the specific process of infection.

Keywords: medical workers, tuberculosis, Primary health care, morbidity.

Курбонов С.Р. – Унвонҷӯи кафедраи беҳдошти умумӣ ва экологияи МДТ «ДДТТ ба номи Абуалӣ ибни Сино», Душанбе, Ҷумҳурии Тоҷикистон.

Курбонов С.Р. – соискатель кафедры общей гигиены и экологии ГОУ «ТГМУ имени Абуали ибни Сино» Душанбе, Республика Таджикистан.

Kurbonov S.R. - applicant of the department of general hygiene and ecology SEI «ATSMU» Dushanbe, Republic of Tajikistan.

Бандаев И.С. – д.и.т., дотсент, профессораи кафедраи тандурустии ҷамъиятӣ ва омори тиббӣ бо курси таърихи тиб, МДТ «ДДТТ ба номи Абуалӣ ибни Сино». Тоҷикистон.

Бандаев И.С. - д.м.н., доцент, профессор кафедры общественного здравоохранения и медицинской статистики с курсом истории медицины ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино», Таджикистан.

Bandaev I.S. -Doctor of Medical Sciences, Associate Professor, Professor of the Department Public Health and Medical Statistics with a course in the History of Medicine, Tajikistan.

ҚОИДАҲОИ ҚАБУЛИ МАҚОЛАҲО

Муаллиф бояд ҳангоми ба идораи маҷаллаи "Авчи Зухал" пешниҳод намудани мақола ҚОИДАҲОИ зеринро риоя кунад:

1. Мақола бояд дар компютер бо истифода аз барномаи VS Word 6,0-7,0 хуруфи андозааш 14 Times New Roman Tj, ҳошияҳо 2,5 см ва фосилаи байни сатрҳо 1,5 мм хуруфчинӣ ва дар ду нусха дар як тарафи варақ чоп карда, бо ҳамроҳии шакли ҳатмии электронии мақола пешниҳод гардад.

2. Мақолаҳои оригиналие, ки ба мушоҳидаҳои чудагонаи таҷрибаҳои амалӣ бахшида шудаанд, бояд аз 12 саҳифа зиёд набоянд.

3. Пешниҳод кардани Шохиси УДК (индекси мазкурро аз дилхоҳ китобхонаи илмӣ дастрас намудан мумкин аст).

4. Мақолаҳои хулосавӣ бояд муфассал, фаҳмо ва мушаххас бошанд. Маълумотномаи адабиёт бояд маълумотҳои танҳо ба ҳамин мақолаи баррасишаванда марбутро дар бар гирад. Ҳаҷми мақола бояд аз 12 саҳифа зиёд набояд. Иқтибосҳои библиографӣ на бештар аз 50 номгӯ бошанд, дар матн рақамҳо дар қавсайни квадратӣ □ оварда мешаванд. 5. Мақолаҳои илмӣ бе тақриз қбул карда намешаванд. Дар тақриз аслият, муҳиммият, мубрамият ва қаблан чоп нашудани мақола бояд зикр шавад.

6. Дар аввали мақола унвони он (бо хуруфи Caps Lock сиёҳ), ному насаби муаллиф (ним-сиёҳ), номи ҳуқуқи муассиса оварда шавад. Дар охири мақола бо ду забон (русӣ ва англисӣ) маълумот дода шавад. Агар шумораи муаллифон аз 4 нафар зиёд бошад, саҳми ҳар як муаллифро дар таълифи ин мақола додан зарур аст.

7. Мақола бояд бобҳои зеринро дошта бошад: реферат (резюме), калимаҳои калидӣ, муҳиммият (дар ҳаҷми на бештар аз 1 саҳифа), мақсад, мавод ва усули таҳқиқ, натиҷаҳо ва баррасии онҳо, хулоса, номгӯи адабиёт, суроға барои мукотибот. Аннотатсия (резюме) бояд мазмуни мақоларо дар шакли фишурда ифода кунад. Дар асоси аннотатсия калимаҳои калидӣ на камтар аз 7 то 10 калима ё ибора нишон дода шаванд.

8. Ҳамаи формулаҳо бояд ба таври ҷиддӣ санҷида шуда ва дуруст бошанд. Агар маълумотҳои бо рақам ифодакардашуда зиёд бошанд, онҳоро дар шакли ҷадвал ворид кардан зарур аст. Ҷадвалҳо, диаграммаҳо ва расмҳо бояд мӯъҷаз, ифодаҳо возеҳу равшан, бе ихтисора ва ба забони тоҷикӣ бошанд.

9. Иллюстратсия (ороиш) -ҳо бояд дақиқу возеҳ ва мушаххас бошанд, овардани шарҳ ва ифодаҳои тартибӣ (бо ҳарф ё рақам) ва навиштаҷоти зери расмҳо ҳатмист.

10. Номгӯи адабиёт дар мақолаҳои оригиналӣ бояд аз 20 адад бештар набояд, рақамгузори сарчашмаи адабиёт мувофиқи тартиби дар матн иқтибосшудани онҳо оварда шавад. Рӯйхати адабиёти истифодашуда бояд дар асоси талаботи ГОСТ 7.1-2003 ва ГОСТ 7.0.5-2008 таҳия гардад. Масъулияти дуруст будани маълумот танҳо ба уҳдаи муаллиф вогузор мешавад.

11. Маълумот дар бораи муаллиф ё муаллифони мақола (ҷойи кор ва вазифаи муаллиф, суроға, телефонҳо барои тамос, почтаи электронӣ) дар шакли пурра бо се забон (тоҷикӣ, русӣ, англисӣ) оварда шавад. Ҳаммуаллифӣ бояд аз се нафар зиёд набояд.

12. Талаботи имлои забони тоҷикӣ ба таври қатъӣ риоя карда шавад.

13. Мақолаҳои қаблан дар нашрияҳои дигар чопшуда қабул карда намешаванд.

14. Идораи маҷалла ҳуқуқи тақриз ва таҳрири мақоларо дорад.

**Мақоларо ба суроғаи зерин фиристонед: 734026, Ҷумҳурии Тоҷикистон,
ш. Душанбе, ноҳияи Сино 29-31, МДТ «ДТТ ба номи Абуалӣ ибни Сино»,**

Идораи маҷаллаи "Авчи Зухал"

Дар Матбааи МДТ «ДДТТ ба номи Абуали ибни Сино» ба таъб расидааст.

*Ба чопиш 20.02.2024 имзо шуд. Андозаи 60x84 ¹/₁₆
10 ҷузъи чопӣ. Адади нашр 100 нусха.*