

ISSN: 2616-5252

АВЧИ ЗУҲАЛ

№ 3 - 2025



МАҶАЛЛАИ ИЛМӢ-АМАЛӢ



САРДАБИР
д.и.т., профессор, Икромӣ Т.Ш.

Ҷонишини сардабир ва
муҳаррири масъул
н.и.ф., дотсент, Юсупов А.И.

ҲАЙАТИ ТАҲРИРИЯ

Абдуллозода Ҷ.А. – д.и.т., профессор
Муҳиддин Н.Д. – д.и.т., профессор
Юсуфи С.Ҷ. – д.и.ф., профессор, академики АМИТ
Гулзода М.Қ. – д.и.т., профессор
Додхоҳ Ҷ. С. – д.и.т., профессор
Муҳаббатзода Ҷ.Қ. – д.и.т., профессор
Қурбон У.А. – д.и.т., профессор, узви вобастаи АМИТ
Ибодзода С.Т. – д.и.т., профессор
Ибодзода Ҳ.И. – д.и.т., профессор, академики АБЭБ
Саидзода Б.И. – д.и.т., профессор
Абдуллозода С.М. – д.и.т., дотсент

ШУРОИ ТАҲРИРИЯ

Табарӣён М.С. – д.и.т., профессор
Раҳмонов Э.Р. – д.и.т., профессор
Ҳамроев А.Ҷ. – д.и.т., профессор
(Ўзбекистон, ш. Тошканд)
Миралӣев С.Р. – д.и.т., профессор
Ҳабибова Н.Н. – д.и.т., профессор
(Ўзбекистон, ш. Бухоро)
Мусоева Д.М. – д.и.т., профессор
(Ўзбекистон ш. Бухоро)
Боймуродова Ш.А. – д.и.т., профессор
(Ўзбекистон, ш. Тошканд)
Назаров Ш.Қ. – д.и.т., профессор
Мақсудова Л.М. – д.и.т., профессор
(Ўзбекистон, ш. Тошканд)
Бабаев Б.Д. – д.и.т., профессор (ФР, ш. Москва)
Назаров Ш.Қ. – д.и.т., профессор
Ҳусейнзода З. Ҳ. – д.и.т., профессор
Калмиков Е. Л. – д.и.т., профессор (Олмон)
Холбекиён М.Ё. – д.и.б., профессор
Бобоева Л.А. – н.и.т., дотсент
Қаландарзода Ё.Қ. – н.и.б., дотсент
Ализода С. – н.и.т., дотсент
Неъматзода О. – н.и.т., дотсент

АВҶИ ЗУҲАЛ

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

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

Нашри ҷорӣ:
№ 3 (60) 2025

Мувофиқи қарори Раёсати КОА назди Президенти Ҷумҳурии Тоҷикистон" 31.01. соли 2019, таҳти №29 маҷаллаи мазкур ба феҳристи маҷаллаву нашрияҳои илмӣ тақризи, ки КОА назди Президенти Ҷумҳурии Тоҷикистон барои интишори натиҷаҳои асосии илмӣ 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/МҚ-97.

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



ГЛАВНЫЙ РЕДАКТОР
д.м.н., профессор, Икромӣ Т.Ш.

Заместитель главного редактора
ответственный редактор
к.ф.н., доцент, Юсупов А.И.

РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ

Абдуллозода Дж.А. – д.м.н., профессор, академик МАНЭБ
Мухиддин Н.Д. – д.м.н., профессор
Юсуфи С.Дж. – д.ф.н., профессор, академик НАНТ
Гулзода М.К. – д.м.н., профессор
Додхоҳ Қ. С. – д.м.н., профессор
Мухаббатзода Дж.К. – д.м.н., профессор
Курбон У.А. – д.м.н., профессор, член-корр НАНТ
Ибодзода С.Т. – д.м.н., профессор
Ибодзода Х.И. – д.м.н., профессор, академик МТАН РФ
Саидзода Б.И. – д.м.н., профессор
Абдуллозода С.М. – д.м.н., доцент

РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ

Табарийн М.С. – д.м.н., профессор
Рахмонов Э.Р. – д.м.н., профессор
Хамроев А.Дж. – д.м.н., профессор
(Узбекистан, г. Ташкент)
Миралиев С.Р. – д.м.н., профессор
Хабибова Н.Н. – д.м.н., профессор
(Узбекистан, г. Бухара)
Мусоева Д.М. – д.м.н., профессор
(Узбекистан, г. Бухара)
Боймуродова Ш.А. – д.м.н., профессор
(Узбекистан, г. Ташкент)
Назаров Ш.К. – д.м.н., профессор
Максудова Л.М. – д.м.н., профессор
(Узбекистан, г. Ташкент)
Бабаев Б.Д. – д.м.н., профессор (РФ, г. Москва)
Назаров Ш.К. – д.м.н., профессор
Хусейнзода З.Х. – д.м.н., профессор
Калмиков Е. Л. – д.м.н., профессор (Германия)
Холбекиё М.Ё. – д. б. н., профессор
Бобоева Л.А. – к.м.н., доцент
Қаландарзода Ё.К. – к.б.н., доцент
Ализода С. – к.м.н., доцент
Неъматзода О. – к.м.н., доцент

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:
№ 3 (60) 2025

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

Абдусаматзода З.М., Саидмурадова Г.М., Раҳманов Э.Р. Таҳлили вазъи бемориҳои сироятӣ дар Ҷумҳурии Тоҷикистон дар соли 2024.....	6
Ғанизода М.Т. Баҳодиҳии муштараки креатинкиназаи хуноба ва миоглобин ҳамчун нишондиҳандаҳои осеби мушакҳо ва патологияи асабу мушак.....	11
Давлятов И.А., Қурбонов С.С., Шарипов Ҳ.Ю., Имомов Б.Д. Баъзе хусусиятҳои сохтори рағҳо ва бофтаҳои “адуди сипаршакл дар мардони дорои ҷо“ари паҳнфтои токсикӣ.....	16
Давронзода М.Д., Ҳусейнзода З.Ҳ., Туйдиев Ш.Ш., Исмаилова З.Э. Нигоҳи нав ба усулҳои муолиҷа ва пешгирии тонзиллитҳои музмин.....	21
Ёдгорова М.Ч., Мукарамова Д.А., Носирова М.П., Мирзокалонова М.Д. Нигоҳи хешутаборӣ яке аз омилҳои хатари маъҷубшавии кӯдакон дар Ҷумҳурии Тоҷикистон.....	27
Зарипов А.Р., Шарипов Х.С., Хамидов А.И., Хушвахтов Т.А. Оид ба масъалаи самаранокӣ истифодаи навҳои гуногуни конструксияҳои ҷудошавандаи ортопедӣ дар беморони гирифтори бемориҳои ҳамроҳшуда.....	33
Маҳмадзода Ф.И., Садуллозода Д.Н., Муродов А.И., Баротов К.И., Нуоров Х.С., Эмомов Ҳ.С. Нақши маркерҳои эндотоксикоз дар таҳлили оризаҳои барвақтинан баъди ҷарроҳии фасодию септикийи дохилибатнӣ.....	37
Муҳаббатов Ҷ.Қ., Сафолова Ф.М., Ҷалолов А.М., Туразода М.С., Аннаев М.Б. Таҳлиси ва табобати ҷарроҳии норасоии пас аз валодатии сфинктери маъъад.....	44
Назаров М.Н., Назаров Н.М., Борониев Н.С., Қаландарзода Ё., Миров С.Ш. Муайянкунандаи намудҳои авлоди садбаргҳои (<i>rosa sp. div.</i>) Ҷумҳурии Тоҷикистон.....	50
Рахимов Н.Г., Хидиров У.И., Қуватов Ш.К., Халилов И.Г., Шамсиева Ш.А., Бобоалиев А.М. Ғизои парентералӣ дар давраи барвақти баъдиҷарроҳии абдоминалӣ бо сабаби бемориҳои онкологӣ ва осебҳои меъдаю рӯда.....	65
Салимов Б.М., Қосимов О.И., Бухоризода К.М., Баезов Б.А., Салимов Ш.Б. Клиника ва мушкилиҳои микозҳои пой.....	70
Сатторов С.С., Солиев А.А., Усмонӣ Г.М., Сулаймонзода Ф., Солиева Ҳ.И. Самаранокӣ чораҳои пешгирикунандаи сирояти вируси норасоии масунияти одам аз модар ба кӯдак дар Ҷумҳурии Тоҷикистон.....	77
Талабзода М.С., Давлатзода Х.Б., Сафаров Ҷ.М. Омилҳои иҷтимоӣ ва маишӣ паҳншавии гельминтозҳо дар кӯдакон.....	83
Тоҳтаҳоҷаева С.Т., Тағоева Ш.О., Уманова Н.Э. Аломатҳои <i>lichen planus</i> дар пардаи луобии ковокии даҳон ва усулҳои табобат.....	88
Худоев С.С., Ашуров А.И., Исмоилов И.Б., Мухидинов З.Қ. Моддаҳои фаъоли биологии меваи дулона (<i>crataegus pinnatifida</i>).....	92
Шарипова М.М. Хусусиятҳои функцияи вентилятсионии шушҳо ва таркиби газҳо дар хуни кӯдакон дорои бронхити ретсидивӣ.....	98
Шукурова Д.А., Мирзоева М.Т., Имамбердиева М.А. Таъсири баъзе омилҳои экологӣ ба организмҳои одам.....	104

ШАРҲИ АДАБИЁТ

Асанбекова С. Х. Тасаввуроти муосир дар бораи таҳқиқоти морфологӣ, ултрасадо ва доплерографии бачадон хангоми равандҳои гиперплазӣ.....	109
Қодирова Ф. Р. Роҳи равишҳои муосир дар заминаи муоинаи морфологию ултрасадои найчаи бачадон зимни мавҷудияти ҳомилагии хориҷибачадонии найчагӣ.....	118

ҶАШНВОРА.....	128
----------------------	-----

ОГЛАВЛЕНИЕ

Абдусаматзода З.М., Саидмуродова Г.М., Рахманов Э.Р. Анализ ситуации по инфекционным заболеваниям в Республике Таджикистан в 2024 году.....	6
Ганизода М.Т. Совместная оценка сывороточной креатинкиназы и миоглобина как маркеров мышечного повреждения при нервно-мышечной патологии.....	11
Давлятов И.А., Курбонов С.С., Шарипов Х.Ю., Имомов Б.Д. Некоторые морфологические характеристики сосудисто-тканевых структур щитовидной железы при диффузном токсическом зобе у мужчин.....	16
Давронзода М.Д., Туйдиев Ш.Ш., Исмаилова З.Э. Новый взгляд на методы лечения и профилактики хронического тонзиллита.....	21
Ёдгорова М. Дж., Мукарамова Д.А., Носирова М. П., Мирзокалонова М.Д. Родственный брак как один из факторов риска детской инвалидности в Республике Таджикистан.....	27
Зарипов А.Р., Шарипов Х.С., Хамидов А.И., Хушвахтов Т.А. К вопросу об эффективности использования различных видов съёмных ортопедических конструкций у больных с сопутствующими заболеваниями.....	33
Махмадзода Ф.И., Садуллозода Д.Н., Муродов А.И., Ашуров А.С., Баротов К.И., Нуров Х.С., Эмомов Х.С. Роль маркеров эндотоксикоза в диагностике ранних послеоперационных внутрибрюшных гнойно-септических осложнений.....	37
Мухаббатов Дж.К., Сафолова Ф.М., Джалолов А. М., Туразода М.С., Аннаев М.Б. Диагностика и хирургическое лечение резидуальной послеродовой недостаточности анального сфинктера (РПНАС).....	44
Назаров М.Н., Назаров Н.М., Борониев Н.С., Каландарзода Ё., Миров С.Ш. Определитель видов рода роза, шиповники (<i>rosa sp. div.</i>) Республика Таджикистана.....	50
Рахимов Н.Г., Хидиров У.И., Куватов Ш.К., Халилов И.Г., Шамсиева Ш.А., Бобоалиев А.М. Парентеральное питание в раннем послеоперационном периоде абдоминальных операций, обусловленных онкологическими заболеваниями и желудочно-кишечными травмами.....	65
Салимов Б.М., Қосимов О.И., Бухоризода К.М., Баёзов Б.А., Салимов Ш.Б. Клиника и осложнения микозов стоп.....	70
Сатторов С.С., Солиев А.А., Усмони Г.М., Ф. Сулаймонзода, Х.И. Солиева. Эффективность мероприятий по профилактике передачи вируса иммунодефицита человека от матери ребенку в Республике Таджикистан.....	77
Талабзода М.С., Давлатзода Х.Б., Сафаров Дж.М. Социально-бытовые факторы распространения гельминтозов у детей.....	83
Тохтаходжаева С.Т., Тагоева Ш.О., Уманова Н.Э. Проявления плоского лишая на слизистой полости рта и методы лечения.....	88
Худониев С.С., Ашуров А.И., Исмоилов И.Б., Мухидинов З.Қ. Биологически активные вещества плодов <i>crataegus pinnatifida</i>	92
Шарипова М.М. Особенности вентиляционной функции лёгких и газового состава крови у детей с рецидивирующим бронхитом.....	98
Шукурова Д.А., Мирзоева М.Т., Имамбердиева М.А. Влияние некоторых экологических факторов на организм человека.....	104

ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ

Асанбекова С. Х. Современные представления о морфологическом, ультразвуковом и доплерографическом исследованиях матки при гиперпластических процессах.....	109
Кодирова Ф. Р. Современные подходы к морфологическому и ультразвуковому исследованию маточной трубы при трубной внематочной беременности.....	118

ЮБИЛЕЙ.....	128
--------------------	-----

CONTENTS

Abdusamatzoda Z.M., Saidmuradova G.M., Rakhmanov E.R. Analysis of the situation on infectious diseases in the Republic of Tajikistan in 2024.....	6
Ganizoda M.T. Combined assessment of serum creatine kinase and myoglobin as markers of muscle damage in neuromuscular disorders.....	11
Davlyatov I.A., Kurbonov S.S., Sharipov H.Y., Imomov B.D. Some morphological characteristics of vascular-tissue structures of the thyroid gland in diffuse toxic goiter in men.....	16
Davronzoda M.D., Tuydiev Sh.Sh., Ismailova Z.E. A new perspective on the methods of treatment and prevention of chronic tonsillitis.....	21
Yodgorova M.J., Mukaramova D.A., Nosirova M.P., Mirzokalonova M.J. Relative marriage as one of the risk factors for child disability in the Republic of Tajikistan.....	27
Zaripov A.R., Sharipov H.S., Khamidov A.I., Khushvakhtov T.A. On the question of the effectiveness of using various types of removable orthopedic structures in patients with concomitant diseases.....	33
Mahmadzoda F.I., Sadullozoda D.N., Murodov A.I., Ashurov A.S., Barotov K.I., Nurov H.S., Emomov H.S. The role of endotoxigenic markers in the diagnosis of early postoperative intra-abdominal purulent-septic complications.....	37
Muhabbatov J.K., Safolova F.M., Jalolov A.M., Turazoda M.S., Annaev M.B. Diagnosis and surgical treatment of RPNAS.....	44
Nazarov M. N., Nazarov N. M., Boroniev N. S., Kalandarzoda E. Kh., Mirov S. Sh. Identification of species of the genus rose, rose hips (<i>ROSA</i> sp. div.) Republic OF Tajikistan.....	50
Rakhimov N.G., Khidirov U.I., Kuvatov Sh.K., Khalilov I.G., Shamsieva Sh.A., Boboaliev A.M. Parenteral nutrition in the early postoperative period of abdominal surgery caused by oncological diseases and gastrointestinal injuries.....	65
Salimov B.M., Kosymov O.I., Bukhorizoda K.M., Bayozov B.A., Salimov Sh.B. Clinic and complications of mycoses of the feet.....	70
Soliev A.A., Sattorov S.S., Usmoni G.M., F. Sulaymonzoda, Solieva Kh.I. Effectiveness of measures to prevent transmission of human immunodeficiency virus from mother to child in the Republic of Tajikistan.....	77
Talabzoda M.S., Davlatzoda H.B., Safarov U.M. Social and domestic factors of the spread of helminthiasis in children.....	83
Tokhtakhodzhaeva S.T., Tagoeva Sh.O., Umanova N.E. Manifestations of lichen planus on the oral mucosa and treatment methods.....	88
Khudoiev S.S., Ashurov A.I., Ismoilov I.B., Muhidinov Z.K. Biologically active compounds of hawthorn fruits (<i>crataegus pinnatifida</i>).....	92
Sharipova M.M. Features of the function of external gas respiration homeostasis and acid-base composition of blood in children with recurrent bronchitis.....	98
Shukurova D.A., Mirzoeva M.T., Imamberdieva M.A. The influence of some environmental factors on the human organism.....	104

LITERATURE REVIEW

Asanbekova S.K. Modern concepts of morphological, ultrasound and dopplerographym research of the uterus in hyperplastic processes.....	109
Qodirova F.R. Modern concepts of morphological, ultrasound and dopplerographym research of the uterus in hyperplastic processes.....	118

ANNIVERSARY	128
--------------------------	-----

ТАҲЛИЛИ ВАЗЪИ БЕМОРИҲОИ СИРОЯТӢ ДАР ҶУМҲУРИИ ТОҶИКИСТОН ДАР СОЛИ 2024

Абдусаматзода З.М.¹, Саидмурадова Г. М.², Раҳманов Э. Р.³

1. Вазорати тандурустӣ ва ҳифзи иҷтимоии аҳолии ҚТ; 2. Кафедраи бемориҳои сироятӣ кӯдаконаи Муассисаи давлатии таълимии «Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абуалӣ ибни Сино». 3. Кафедраи бемориҳои сироятӣ, Муассисаи давлатии таълимии «Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абуалӣ ибни Сино»

Аннотатсия. Мубориза бо бемориҳои сироятӣ дар шароити нигоҳдории саломатии аҳолии Ҷумҳурии Тоҷикистон ҳамеша яке аз самтҳои афзалиятноки сиёсати иҷтимоии давлати мо буд ва боқӣ мемонад. Ба ин муносибат дар назди системаи ёрии тиббӣ оид ба бемориҳои сирояткунанда вазифаи бехтар намудани хизматрасонӣ ба аҳолии гирифтори бемориҳои сирояткунанда, бехтар намудани ёрии амбулаторию клиникӣ, дар корбарии клиникӣ чорӣ намудани технологияи олии тиббӣ дар намуди рақамикунонии он истодааст.

Пешгирии як қатор бемориҳои сироятӣ дар байни кӯдакон дар асоси «Барномаи милкии иммунопрофилактика дар Ҷумҳурии Тоҷикистон дар солҳои 2021-2025», ки аз тарафи ВТ ва ҲИА ҚТ тасдиқ шудааст, гузаронида мешавад.

Пайдоиш ва сабаби зиёд гардидани номгӯи як қатор бемориҳои сироятӣ ва дигаргун гаштани хусусиятҳои онҳо дар байни аҳолии Ҷумҳурии Тоҷикистон моро водор намуд, ки дар асоси таҳлили муфассали солона, мақсади муайяно ба миён гузорем

Калимаҳои калидӣ: сироят, кӯдакон, пешгирии бемориҳо.

Саидмурадова Гафхар Мирбақоевна - дотсенти кафедраи бемориҳои сироятӣ кӯдаконаи Муассисаи давлатии таълимии «Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абуалӣ ибни Сино», E-mail: gafhar.saidmuradova@mail.ru, тел: 907-70-67-44.

АНАЛИЗ СИТУАЦИИ ПО ИНФЕКЦИОННЫМ ЗАБОЛЕВАНИЯМ В РЕСПУБЛИКЕ ТАДЖИКИСТАН В 2024 ГОДУ

Абдусаматзода З.М.¹, Саидмурадова Г.М.², Раҳманов Э.Р.³

1. Министерство здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан; 2. Кафедра детских инфекционных болезней Государственного образовательного учреждения «Таджикский государственный медицинский университет имени Абуали ибни Сино»; 3. Кафедра инфекционных болезней ГОУ «Таджикский государственный медицинский университет имени Абуали ибни Сино»

Аннотация. Борьба с инфекционными заболеваниями в контексте сохранения здоровья населения Республики Таджикистан всегда была и остается одним из приоритетных направлений социальной политики нашего государства. В связи с этим перед системой оказания медицинской помощи стоят задачи по улучшению обслуживания населения, страдающего инфекционными заболеваниями, совершенствованию амбулаторно-поликлинической помощи, внедрению в клиническую практику передовых медицинских технологий в форме ее цифровизации [1-5].

Профилактика ряда инфекционных заболеваний среди детей осуществляется на основе «Национальной программы иммунопрофилактики в Республике Таджикистан на 2021-2025 годы», утверждённой Министерством здравоохранения и социальной защиты населения РТ [1,3,5].

Возникновение и причины роста числа инфекционных заболеваний и изменение особенностей их протекания среди населения Республики Таджикистан побудили нас к решению конкретной задачи на основе детального ежегодного анализа.

Ключевые слова: инфекция, дети, профилактика заболеваний.

Саидмурадова Гафхар Мирбакоевна - доцент кафедры детских инфекционных болезней Государственного образовательного учреждения «Таджикский государственный медицинский университет имени Абуали ибни Сино». *E-mail: gafhar.saidmuradova@mail.ru, тел: 907-70-67-44.*

ANALYSIS OF THE SITUATION ON INFECTIOUS DISEASES IN THE REPUBLIC OF TAJIKISTAN IN 2024

Abdusamatzoda Z.M.¹, Saidmuradova G.M.², Rakhmanov E.R.³

- 1. The Ministry of Health and Social Protection of the Population of the Republic of Tajikistan;*
- 2. Department of Pediatric Infectious Diseases of SEI “Avicenna Tajik State Medical University”;*
- 3. Department of Infectious Diseases of SEI “Avicenna Tajik State Medical University”.*

Relevance. The fight against infectious diseases in the context of maintaining the health of the population of the Republic of Tajikistan has always been and remains one of the priority areas of the social policy of our state. In this regard, the healthcare system faces the challenge of improving services to the population suffering from infectious diseases, improving outpatient care and introducing advanced medical technologies into clinical practice in the form of digitalization [1-5].

Prevention of a number of infectious diseases among children is carried out on the basis of the “National Immunoprophylaxis Program in the Republic of Tajikistan for 2021-2025”, approved by the Ministry of Health and Social Protection of the Population of the Republic of Tajikistan [1,3,5].

The emergence and causes of the growth in the number of infectious diseases and the change in the characteristics of their course among the population of the Republic of Tajikistan prompted us to solve a specific problem based on a detailed annual analysis.

Keywords: infection, children, disease prevention.

Saidmuradova Gafhar Mirbakoevna, Head of the Department of Children’s Infectious Diseases of the SEI «Avicenna Tajik State Medical University»/ *E-mail: gafhar.saidmuradova@mail.ru, тел: 907-70-67-44.*

Муҳиммият. Мубориза бар зидди бемориҳои сироятӣ дар шароити нигоҳдории саломатии аҳолии Ҷумҳурии Тоҷикистон ҳамеша яке аз самтҳои афзалиятноки сиёсати иҷтимоии давлати мо буд ва боқӣ мемонад. Ба ин муносибат дар назди системаи ёрии тиббӣ оид ба бемориҳои сирояткунанда вазифаи беҳтар намудани хизматрасонӣ ба аҳолии гирифтори бемориҳои сирояткунанда, беҳтар намудани ёрии амбулаторию клиникӣ, дар қорбари клиникӣ қорӣ намудани технологияи олии тиббӣ дар намуди

рақамикунонии он истодааст [1-6].

Яке аз шартҳои муайянкунандаи идоракунии оқилонаи ёрии тиббии бемориҳои сироятӣ таъмини иттилоотии раванди идоракунӣ, ҷустуҷӯ, ҷамъоварӣ, ҷамъоварӣ ва қоркарди маълумоти омории зарурӣ, таҳияи тавсияҳо оид ба ташаккули барномаҳои тадбирҳои таъбаоти ва пешгирикунанда дар шароити маҳдуди захираҳо мебошад [1-3].

Дар вақти омӯхтани беморҳои сироятӣ дар байни аҳоли умуман дар қорбари усулҳои омории тадқиқот усулҳои тиббиро де-

мографиро истифода бурдан ба мақсад мувофиқ аст.

Пешгирии як миқдор бемориҳои сироятӣ дар байни кӯдакон дар асоси Барномаи миллии иммунопрофилактика дар Ҷумҳурии Тоҷикистон дар солҳои 2021-2025, ки аз таърифи ВТ ва ҲИА ҚТ тасдиқ шудааст, гузаронида мешавад [1,3,5,6].

Пайдоиш ва сабаби зиёд гардидани номгӯи як қатор бемориҳои сироятӣ ва дигаргунгаштани хусусиятҳои онҳо дар байни аҳолии Ҷумҳурии Тоҷикистон моро водор намуд, ки дар асоси таҳлили муфассали солона, мақсади муайяно ҳал намоем.

Мақсади таҳқиқот. Таҳлили вазъи бемориҳои сироятӣ дар Ҷумҳурии Тоҷикистон ва сабабҳои зиёд гаштани як қатор бемориҳо дар соли 2024.

Маводҳо ва усулҳои таҳқиқот. Таҳлили бемориҳои сироятӣ дар асоси нишондодҳои омории марказҳои ҷумҳуриявӣ ва минтақавии назорати давлатии санитарияу эпидемиологӣ, шаклҳои ибтидоии баҳисобгирӣ ва ҳисоботдиҳӣ барои солҳои 2023 ва 2024.

Натиҷаҳои таҳқиқот ва муҳокимаи онҳо. Дар асоси таҳлили нишондодҳои статистикӣ оидивазъи бемориҳои сироятӣ дар байни аҳоли ва аз он ҷумла дар байни кӯдакони Ҷумҳурии Тоҷикистон, ҳамагӣ адади бемориҳои сироятӣ дар соли 2024- 72192 ҳодисаро, аз он ҷумла кӯдакон бошад - 54274 ҳодисаро дар бар мегирифтанд.

Қайд кардан лозим, ки дар давраи ҳисоботӣ (2024 сол) сироятҳое, ки бо роҳи ҳавогӣ - қатрагӣ паҳн мешаванд нисбатан зиёд гаштанд.

Аз байни бемориҳои идоранакунанда, адади беморони бо бемории обакон дар байни аҳоли дар соли 2023 - 2330 нафарро, ки 23,40 ба 100000 аҳоли баробар аст, ки аз ҳисоби онҳо беморшавӣ дар байни кӯдакон бошад -16,70 ба 100000 аҳолиро дар бар мегирифт. Дар соли 2024 бошад ҳамагӣ дар байни аҳоли сирояти обакон 2775 нафарро, ки 26,96 ба 100000 аҳоли баробар буд ва дар байни кӯдакон бошад -2277 нафарро дар бар мегирифт, ки 22,77 ба 100000 аҳоли баробар буд, ташкил мекунад.

Зиёдшавии беморшавӣ дар вилояти Суғд бештар мушоҳида карда шуд, ки соли 2023 -

ҳамагӣ-1557 нафарро (13,05 ба 100000 аҳоли), дар байни кӯдакон бошад (7,67 ба 100000 аҳоли), соли 2024 –бошад ҳамагӣ 1715 нафар буда, дар байни кӯдакон бошад 1465 ҳодисаро дар бар мегирифт, ки мутаносибан 61,90 ва 14,65 ба 100000 аҳолиро дар бар мегирифт. Дар ш. Душанбе бошад, миқдори беморони дорои обакон дар 2023 -293 нафарро ташкил дод, ки аз байни онҳо 182 нафар кӯдакон буданд, дар соли 2024 ҳамагӣ 483 нафар ва дар байни кӯдакон бошад 324 ҳодисаро ташкил мекард, ки мутаносибан ба 37,92 ва 3,24 ба 100000 аҳолирост меояд.

Беморшавӣ бо сироятҳои шадиди вирусии роҳҳои нафас (СШВРН) дар соли 2023 ҳамагӣ 115046 нафарро, ки 11,67 ба 100000 аҳоли рост меояд дар бар мегирад, аз он ҷумла дар соли 2023 бошад беморӣ дар байни кӯдакон бо СШВРН нисбатан зиёд буд ва 315216 нафарро ташкил мекард, ки ба 3152,16 ба 100000 аҳоли рост меомад. Дар соли 2024 СШВРН ҳамагӣ 94028 нафарро ташкил мекарданд (913,46 ба 100000 аҳоли), дар байни кӯдакон бошад 67917 ҳодисаро дар бар мегирифт, ки нисбатисоли 2023 то 24376 ҳодиса зиёд шудааст.

Нисбатан зиёд шавии беморшавӣ бо СШВРН дар вилояти Суғд ба қайд гирифта шудааст, ки дар соли 2023 ҳамаги -281,72 ва дар байни кӯдакон бошад-199,82 ба 100000 аҳолиро дар бар мегирифт, дар соли 2024 бошад - 29759 нафарро, ки 1074, 17 ба 100000 нафари аҳоли баробар мебошад. Аз он ҷумла, дар ноҳияҳои тобеи ҷумҳурий (НТҚ) СШВРН - дар соли 2023- (ҳамаги - 283,07 нафар беморон, дар байни кӯдакон- 219,89 ба 100000 нафари аҳоли), дар соли 2024 бошад – 23015 нафар, ки 950,5 ба 100000 нафари аҳолиро дар бар мегирифт. Дар вилояти Хатлон СШВРН дар соли 2023- ҳамаги дар байни аҳоли-127,22, дар байни кӯдакон бошад -88,74 ба 100000 аҳолиро дар бар мегирифт ва дар соли 2024 дар байн и аҳоли 13773 нафар буда, ки 385,38 ба 100000 аҳоли рост меояд. Дар ш. Душанбе ҳамаги СШВРН дар соли 2023 - 223,34, дар байни кӯдакон бошад 166,30 ба 100000 нафари аҳоли ва дар соли 2024 – 20577 нафарро, ки 1588,8 ба 100000 нафари аҳоли рост меомад.

Аз он ҷумла, беморшавӣ бо илтиҳоби шушҳо дар соли ҳисоботи нисбатан зиёд гаштаанд, ки дар соли 2023 ҳамагӣ - 1345 нафар (13,5 ба 100000 нафари аҳоли), дар байни кӯдакон бошад - 827 нафар мебошанд. Дар соли 2024 бошад илтиҳоби шушҳо 2494 нафар (24,23 ба нафари 100000 аҳоли), дар байни кӯдакон бошад 1858 ҳодисаро ташкил мекарданд, ки 1 257 нафар зиёд мебошад. Аз байни вилоятҳои ҷумхурии беморшавӣ бо илтиҳоби шушҳо дар вилояти Суғд дар с. 2023 ҳамагӣ-2,49, дар кӯдакон-1,56 ба 100000 нафари аҳолиро ташкил мекарданд ва ҳамагӣ дар соли 2024 820 ҳодисаро (29,60 ба 100000 аҳолиро) ташкил мекунад. Дар ш. Душанбе беморшавӣ бо илтиҳоби шушҳо дар соли 2023 ҳамагӣ 2,47, дар кӯдакон бошад 1,53 ба 100000 нафари аҳолиро ташкил мекард, дар ҳамагӣ соли 2024 -232 ҳодиса, дар байни кӯдакон бошад 183 ҳодисаро дар бар мегирифт. Бештари кӯдакони бемор бо илтиҳоби шушҳо дар соли 2024 - дар НТҚ буданд, ки -768 ҳодисаро ташкил мекарданд.

Аз байни бемориҳои меъдаву рӯда беморшавӣ дар ҷумхурии бо гепатити вирусии “А” (ГВА) ҳамагӣ дар соли 2023- 35,23, дар байни кӯдакон бошад - 33,68 ба 100000 нафари аҳолиро ташкил мекард. Дар соли 2024 бошад, ҳамагӣ – 5582 нафар буда, дар байни кӯдакон бошад 5383 ҳодисаро, ки мутаносибан 54,2 ва 53,83 ба 100000 нафари аҳолиро ташкил мекарданд. Зиёдшавии бемории ГВА дар байни кӯдакон дар соли 2024 нисбатан ба соли 2023 - то 2015 ҳодиса зиёд шудааст. Дар ш. Душанбе бемории ГВА дар соли 2023 - ҳамагӣ 654, аз ҳисоби онҳо кӯдакон бошад 602 нафарро дар бар мегирифт ва дар соли 2024 бошад, ҳамагӣ 1363 (105,2 ба 100000 нафари аҳоли), дар байни кӯдакон бошад 1294 ҳодисаро ташкил мекард. Дар вилояти Суғд бошад ГВА соли 2023 ҳамагӣ 2005 нафар ва аз ҳисоби онҳо кӯдакон 1944 нафарро ташкил мекард. дар соли 2024 –ҳамагӣ – 2991 нафар, ки 104,0 ба 100000 аҳоли), дар байни кӯдакон бошад - 2909 ҳодисаро ташкил мекунад.

Беморшавӣ бо бемориҳои шадиди меъдаву рӯда (БШМР) дар соли 2023 – ададан 17351нафарро, ки 174,28 ба 100000 нафари

аҳоли рост меояд, аз он ҷумла дар байни кӯдакон бошад 70985 нафарро ташкил мекард. Дар соли 2024 адади БШМР ҳамагӣ 14633 нафар, ки 142,16 ба 100000 нафари аҳоли рост меояд, дар байни кӯдакон бошад - 11260 ҳодисаро ташкил мекард. Дар ш. Душанбе адади беморон бо БШМР дар соли 2024 ҳамагӣ 758 нафар, дар байни кӯдакон бошад - 612 ҳодисаро дар бар мегирифт.

Дар байни вилоятҳои бошад, адади беморон бо БШМР дар вилояти Хатлон - ҳамагӣ -1867 нафар, дар кӯдакон бошад 1361 ҳодисаро, дар вилояти Суғд бошад, ҳамагӣ -2017 нафар, дар байни кӯдакон-1675 ҳодисаро дар бар мегирифтанд.

Аз байни БШМР бемории исҳоли хунин дар соли 2023-ҳамагӣ 104 нафарро, дар кӯдакон бошад 43 нафарро ва дар соли 2024 бошад ҳамагӣ 167 ҳодиса, дар байни кӯдакон 144 ҳодисаро дар бар мегирифт.

Дар ҷумхурии нисбатан зиёд гаштани беморшавӣ бо вирусии норасоии масъунит (ВНМО) ба қайд гирифта шудааст, ки ҳамагӣ дар соли 2023-1101 ҳодиса (11,06 ба 100000 нафари аҳоли), адади кӯдакон бошад 51 нафар ва , ҳамагӣ дар соли 2024 - 1012 ҳодиса, дар байни кӯдакон бошад - 66 ҳодиса (9,8 ва 0,6 ба 100000 нафари аҳоли) ташкил мекард. Зиёд гаштани адади беморон бо ВНМО бештар дар НТҚ қайд карда шудааст, ки дар асоси нишонаҳои омории дар соли 2023 адади беморонҳамагӣ-153 нафар, дар байни кӯдакон -13 нафар, дар соли 2024 ҳамагӣ -182 нафар, дар байни кӯдакон - 15 ҳодисаро дар бар мегирифт. Дар ш. Душанбе соли 2023 адади беморон бо ВНМО ҳамагӣ- 132 нафар, дар байни кӯдакон - 16 нафар, дар соли 2024 бошад ҳамагӣ -157 нафар, дар байни кӯдакон бошад 18 ҳодисаро дар бар мегирифтанд.

Дар соли 2024 дар ҷумхурии нишондодҳои зерини бемориҳои сироятӣ дар байни аҳоли нисбатан кам гаштаанд.

Чуноне, ки сирояти менигококкӣ дар соли 2023-ҳамагӣ-17 нафар (0,16 ба нафари 100000 аҳоли), дар байни кӯдакон 14 (0,14 ба нафари 100000 нафари аҳоли), дар соли 2024 бошад ҳамагӣ 10 нафар (0,1 ба 100000 аҳоли), дар байни кӯдакон 7 (0,07 ба ба

100000 нафари аҳоли) ҳодисаро дар бар мегирифт.

Беморшавӣ бо махмалак дар соли 2023 ҳамагӣ 246 нафар (2,47 ба 100000 аҳоли), аз ҳисоби онҳо кӯдакон 56 (0,56 ба 100000 нафари аҳоли), дар соли 2024 бошад 230 нафар (2,23 ба 100000 нафари аҳоли) мебошад. Лекин, нисбатн зиёдшавии адади кӯдакони бо махмалак дар ш. Душанбе муайян карда шудааст, ки ин нишондод дар соли 2024-159 нафарро дар бар мегирифт.

Аз байни сироятҳои идорашаванда беморшавӣ бо сирояти баногӯшӣ низ нисбатан кам гаштааст. Чунончи, дар соли 2023 ҳамагӣ 677 нафар (6,80 ба 100000 нафари аҳоли), дар байни кӯдакон 599 нафар (5,99 ба 100000 нафари аҳоли), дар соли 2024 бошад, ҳамагӣ 314 ҳодиса, дар байни кӯдакон 292 ҳодисаро дар гирифта, ки мутаносибан (ба 3,05 ва 2,92 ба 100000 нафари аҳоли) рост меояд.

Аз он ҷумла, беморшавӣ бо сурхча дар соли 2023 ҳамагӣ 262 нафар (2,63 ба 100000 нафари аҳоли), дар соли 2024 бошад 7 нафарро ташкил мекард, ки 0,07 ба 100000 нафари аҳоли рост меояд.

Дар соли 2023 ҳамагӣ миқдори беморони дорои сулфакабудак 595 нафар (5,98 ба 100000 нафари аҳоли), дар соли 2024 ҳамагӣ – 473 нафарро, дар байни кӯдакон бошад 466 ҳодисаро (мутаносибан 4,73 ва 4,66 ба 100000 нафари аҳоли) ташкил мекарданд.

Таҳлили мухтасари вазъи бемориҳои сироятӣ дар Ҷумҳурии Тоҷикистон дар соли 2024 нишон медиҳанд, ки сабабҳои зиёд гаштани бемории СШВРН ва илтиҳоби шушҳо ва аз он ҷумла сирояти обакон, дар байни кӯдакон сардии барвақтинаи боду ҳаво дар мамлакат мебошад, ки зиёдшавии ин сироятҳо дар моҳҳои октябр–декабри соли 2024 то 19037 нафар ба қайд гирифта шудааст (дар таҳлили нӯҳмоҳаи соли 2024 ҳамагӣ 48880 нафар буданд). Аз рӯи вазъи эпидемиологии сироятҳои ҳавоӣ – қатрагӣ маълум мешавад, ки намудҳои гуногуни СШВРН бештар дар фасли тирамоҳ-зимистон ба қайд гирифта мешаванд.

Аз тарафи табибони КАТС (бо сабабҳои гуногун) беасос рад намудани иммунизат-

сияи кӯдакони синни то як сола мебошад аз вакцинаи петавалентӣ, ки дар дохили он вакцинаи зидди микроби ҷӯбчамонанди гемофилӣ (*Haemophilus influenzae*) намуди b (hib) дохил мешавад, аз он ҷумла бар зидди пневмококк, ки дар вақти сироятёбӣ бо ин сироятҳо, беморӣ бо оризаҳои вазнини роҳҳои болоии нафас, системаи марказии асаб ва оризаҳои фасотии дигар узвҳо мегузаранд.

Аз сабаби сардии ҳаво, кӯдакони хурдсоли муташаккил бештар дар утоғҳои пӯшидаи боғчаҳои бачагона ва кӯдакони калонтар бошад дар синфхонаҳои маҳдудшудаи мактабҳои миёна, соатҳои (муддати) зиёд нигоҳ дошта мешудаанд, ки дар шароити ҳавои гарм ва хушки боғчаҳо ва синфҳои мактабҳои миёна хусусияти ҳимояткунандаи луобпардаҳои роҳҳои болоии нафаскашӣ паст мешавад ва инчунин хусусиятҳои патогении (хашмгинии) барангезандаҳои вирусӣ ва бактериалӣ баланд мешаванд.

Дар кӯдакони синни то як сола ҳолати системаи масъунӣ бо пуррагӣ ба камол нарасида мебошад ва сохтори узвҳои нафаскашӣ на он қадар муташаккил мебошанд, ки дар рӯзҳои аввали СШВРН сабаби оризаҳои вазнин аз тарафи ин система ва роҳҳои нафаскашӣ (пневмония) мегарданд.

Бештари кӯдакони синни то як сола норасогии масъунияти тавлидӣ ва пайдокарда аз ҳисоби сироятёбии бо сироятҳои дохилибатнӣ (ТОРГ) ва зуд-зуд беморшавӣ доранд ва сабаби бо оризаҳои вазнин дар намуди илтиҳоби шушҳо, нейротоксикоз ва ҳоказо гузаронидани СШВРН мегарданд.

Сохтори анатомии роҳҳои нафаскашӣ кӯдакони синни хурдсол (то 3 сола) нисбатан кӯдакони синни калонтар фарқ мекунаманд ва хусусиятҳои махсус доранд, ки луобпардаҳои найчаҳои нафасбарори шушҳои (bronхҳо) онҳо мулоим, ковок (эластикӣ) ва нисбатан танг, луобпардаҳои бронхҳо ва роҳҳои поёнии нафаскашӣ хушк ва бо рағҳои зиёди хунгард ғанӣ мебошанд, ки дар вақти таъсирбахшии илтиҳобӣ дар бемориҳои СШВРН ба хаячоннокӣ, баъдан ба тангшавӣ ва варамшавии бронхҳо оварда мерасонанд, ки дар рӯзҳои аввали беморшавии сабаби оризаҳои хусу-

сии ин қисми системаи нафаскашӣ (обструктсия бо бронхоспазм) мегарданд. Дигар сабаб, ин сохт ва структураи лимфоэпителиалии ҳалқаи ҳалқи кӯдакони хурдсол номутиақкил буда дар вақти сироятӣ бо СШВРН, онҳо вазифаи муҳофизатии худро иҷро накарда ба норасоии масъунияти минтақавӣ меоваранд ва баъдан ба поён паҳншавии барангезанда бо пайдоиши илтиҳоби шушҳо мегарданд.

Дар асоси нишондодҳои олимони (Учайкин В.Ф., Нисевич Н.И.), маълум мебошад, ки кӯдакони хурдсоли мутиақкил (дар боғчаҳо), одатан дар давоми як сол то 10-12 карат, мактабхонон то 2-3 карата бо намуҳои гуногуни СШВРН бемор бояд шаванд.

Таҳлили собиқаи зиндагии кӯдакони хурдсол нишон додааст, ки як қисми онҳо бемориҳои музмин ва ҳолати алергикӣ доштанд ва аз ин сабаб СШВРН вазнин гузаронидаанд.

Хулоса. Таҳлили вазъи бемориҳои сироятӣ дар Ҷумҳурии Тоҷикистон дар соли 2024 нишон медиҳад, ки бештар адади бемориҳои идоранакунаанда зиёд гаштаанд, чунончи бемориҳои обакон, СШВРН ва илтиҳоби шушҳо, БШМР ва ГВА. Сабаби зиёд гаштани ин бемориҳо аз хусусиятҳои сохторӣ-анатомӣ, номутиақкилии системаи масъ-

уний, баланддии ҳолати ҳассиснокӣ ва беасос нагузаронидани эмгузарони кӯдакони синни то як сола мебошанд.

Адабиёт

1. «Барномаи миллии иммунопрофилактика дар Ҷумҳурии Тоҷикистон барои солҳои 2021 – 2025», Душанбе 2021., 35 саҳ.

2. Дмитренко М.А., Коровин Е.Н., Родионов О.В. Методика оценки уровня риска инфекционной заболеваемости в территориально распределенной системе региона // Системный анализ и управление в биомедицинских системах: журнал практической и теоретической биологии и медицины. М., 2008. Т.7. №. 3. С.630-635.

3. Дмитренко М.А., Коровин Е.Н., Родионов О.В. Исследование состояния инфекционных заболеваний в регионе на основе визуализации и трансформации информации // Управление в социальных 2. Статистические данные СЭС РТ и с.з.н. РТ за 2024-2025 годы.

4. Лисицын Ю.П. Общественное здравоохранение. М., 2002. 686с. Факторный, дискриминантный и кластерный анализ/ Пер. с англ. Дж.-О. Ким, Ч.У. Мьюллер, У.Р. Клекка и др.; под. ред. И.С. Енюкова. М.:

5. Финансы и статистика, 1989.

ҲИСОБОТИ МУШТАРАКИ КРЕАТИНКИНАЗАИ ХУНОБА ВА МИОГЛОБИН ҲАМЧУН НИШОНДИҲАНДАИ ОСЕБИ МУШАКҲО ВА ПАТОЛОГИЯИ АСАБУ МУШАК

Ғанизода М.Т.

Кафедраи асабшиносӣ, психиатрия ва психологияи тиббӣ ба номи профессор М. Ғ. Ғуломов МДТ «ДДТТ ба номи Абуалӣ ибни Сино»

СОВМЕСТНАЯ ОЦЕНКА СЫВОРОТОЧНОЙ КРЕАТИНКИНАЗЫ И МИОГЛОБИНА КАК МАРКЕРОВ МЫШЕЧНОГО ПОВРЕЖДЕНИЯ ПРИ НЕРВНО-МЫШЕЧНОЙ ПАТОЛОГИИ

Ғанизода М.Т.

Кафедра неврологии, психиатрии и медицинской психологии имени профессора М. Г. Гулямова ГОУ «ТГМУ имени Абуали ибни Сино»

Резюме. В рамках исследования была проведена оценка сывороточных уровней креатинкиназы (КФК) и миоглобина у 30 пациентов с различными формами наследственных и приобретённых нервно-мышечных заболеваний. Обследованные были распределены по

возрастными категориями: дети (0–11 лет, n=6), подростки (12–18 лет, n=5), молодые взрослые (19–30 лет, n=10), взрослые (31–50 лет, n=7) и пожилые пациенты (51–60 лет, n=2). Контрольную группу составили 10 клинически здоровых добровольцев, сопоставимых по полу и возрасту. Наиболее выраженное повышение уровней КФК и миоглобина было зарегистрировано у пациентов с подтверждённой дистрофией Дюшенна. При этом наблюдалась тенденция к снижению концентрации указанных маркеров с увеличением возраста. У больных с конечностно-поясной мышечной дистрофией также выявлялись значительные отклонения от нормы, хотя выраженность изменений была менее однородной. В группе с фациоскапуло-гумеральной дистрофией отмечалась гетерогенность биохимических показателей: в одних семьях регистрировались уровни КФК и миоглобина в пределах референсных значений, в других — их выраженное повышение. У пациентов с нейрогенными типами атрофий концентрации обоих маркеров были незначительно повышены либо оставались на верхней границе нормы. Полученные данные подтверждают диагностическую значимость комплексного определения сывороточных уровней КФК и миоглобина при нервно-мышечных заболеваниях. Уровень КФК демонстрирует более высокую чувствительность к мышечному повреждению, в то время как миоглобин может выступать дополнительным маркером, особенно при скрининге носителей и мониторинге подострых форм миопатий. Включение этих показателей в базовый алгоритм обследования пациентов позволяет повысить точность диагностики и оценить выраженность мышечного повреждения.

Ключевые слова: креатинкиназа, миоглобин, нервно-мышечные заболевания, диагностика, носительство.

Ганизода Манижа Тимур – к.м.н., зав. кафедрой неврологии, психиатрии и медицинской психологии им М. Г. Гулямова ГОУ «ТГМУ». E-mail: ganieva.manizha79@mail.ru, тел: +992918 66 85 95.

COMBINED ASSESSMENT OF SERUM CREATINE KINASE AND MYOGLOBIN AS MARKERS OF MUSCLE DAMAGE IN NEUROMUSCULAR DISORDERS

Ganizoda M.T.

Department of neurology, psychiatry and medical psychology named after professor M.G. Gulyamov, «Avicenna Tajik State Medical University»

Abstract. As part of the study, serum levels of creatine kinase (CK) and myoglobin were evaluated in 30 patients with various forms of hereditary and acquired neuromuscular disorders. The subjects were divided into age categories: children (0–11 years, n=6), adolescents (12–18 years, n=5), young adults (19–30 years, n=10), adults (31–50 years, n=7), and elderly patients (51–60 years, n=2). The control group consisted of 10 clinically healthy volunteers matched by sex and age. The most significant elevations in CK and myoglobin levels were observed in patients with confirmed Duchenne muscular dystrophy. A trend toward decreasing marker concentrations with increasing age was noted. Patients with limb-girdle muscular dystrophy also showed marked deviations from normal values, although the severity of changes was less consistent. In the facioscapulohumeral dystrophy group, biochemical parameters were heterogeneous: some families had CK and myoglobin levels within reference ranges, while others showed significant elevations. In patients with neurogenic types of atrophy, the concentrations of both markers were slightly elevated or remained at the upper limit of normal. The obtained data confirm the diagnostic value of the combined assessment of serum CK and myoglobin levels in neuromuscular diseases. CK levels demonstrate higher sensitivity to muscle damage, while myoglobin may serve as an

additional marker, particularly for carrier screening and monitoring subacute forms of myopathies. Including these indicators in the basic diagnostic algorithm enhances diagnostic accuracy and helps assess the extent of muscle damage.

Keywords: creatine kinase, myoglobin, neuromuscular diseases, diagnosis, carrier status.

Ganizoda Manizha Timur – Head of Department of Neurology Psychiatry and Medical Psychology «AVICENNA TAJIK STATE MEDICAL UNIVERSITY», Candidate of medical Sciences. E-mail: ganieva.manizha79@mail.ru, tel: +992918 66 85 95.

Мухимият. Бемориҳои ирсӣ ва касбии асабу мушак (БАМ) гурӯҳи гетерогении клиникӣ-генетикии касалиҳои мебошанд, ки асосан ба мушакҳои скелет таъсир расонида, сустии прогрессивӣ, атрофия ва коҳиши фаъолияти функционалиро ба вучуд меоранд. Душвории таҳлили БАМ, хусусан дар марҳилаҳои аввал, бо ҳамхӯдӣ будани аломатҳои клиникӣ иртибот дошта, зарурати истифодаи усулҳои иловагӣ арзёбӣ, аз ҷумла биомаркерҳои лабораторӣ, ба миён меояд [1,10,6].

Як аз нишондиҳандаҳои афзалиятноки биохимиявии осеби мушак креатинкиназа (КФК) ва миоглобин (Мб) мебошанд, ки сатҳи онҳо дар хун барои таҳлили намудҳои гуногуни миопатия ва пайгирии онҳо истифода мешаванд. Ин ҳам миопатияҳои ибтидоӣ (дистрофияҳои меросӣ ва миозитҳои илтиҳобӣ) ва ҳам осебҳои ивлидии мушакҳои скелетӣ дар бемориҳои неврогениро дар бар мегирад. Аммо тафсири қиматҳои ҳосилшуда бояд омилҳои чун синну сол, марҳилаи раванди патологӣ ва хусусиятҳои молекулавӣ-генетикии бемориҳо дар назар дошта бошад [2,5,8].

Таҳлили сатҳи КФК ва Мб дар дистрофияи Дюшенн (Х-алоқашуда) ва беморони фенотипҳои нодири дистрофияи мушакӣ аҳамияти махсус дорад, зеро баландии ин нишондиҳандаҳо метавонад ягона нишонаи аввалии патология бошад. Ҷудокунии беморон бо назардошти синну сол имкон медиҳад, ки маълумотҳо дақиқтар тафсир карда шаванд, рабтҳо бо аломатҳои клиникӣ муайян гардида ва аҳамияти пешгипкунии нишондиҳандаҳои биохимиявӣ ошкор карда шаванд [3,7,9].

Ҳарчанд КФК ва Мб дар амалияи клиникӣ васеъ истифода мешаванд, масъалаҳо

дар бораи ҳассосият ва хусусияти онҳо дар шаклҳои гуногуни БАМ, инчунин имконияти истифодаи ин нишондиҳандаҳо барои таҳлили пеш аз вақт ва пайгирии динамики то ҳол боқӣ мондаанд. Ин таҳқиқ бо мақсади муайян кардани аҳамияти таҳлиси пешгипкунии сатҳи креатинкиназа ва миоглобин дар хун дар бемориҳои гуногуни асаб-мушакӣ, бо назардошти синну сол ва тавсифи нозологияи беморон, сурат мегирад [4].

Мақсади тадқиқот. Муайян кардани қимати таҳлиси ва пешгипкунии ченкунии якҷояи креатинкиназа (КФК) ва миоглобин (Мб) дар хун дар беморони гирифтори бемориҳои гуногуни асаб-мушакӣ, бо назардошти: ҷудокунии синну солӣ, аломатҳои клиникӣ, хусусиятҳои генетикӣ, то дақиқии таҳлиси барвақтро беҳтар намояд, раванди бемориҳо пайгирӣ кунад ва равишҳои муолиҷаҳо ба шароити ҳар як бемор мувофиқ созад.

Мавод ва усулҳои тадқиқот. Тадқиқот дар пойгоҳи кафедраи неврология, психиатрия ва генетикаи тиббии ба номи профессори М.Г. Ғуломов гузаронида шуд. Ба таҳқиқот 30 нафар беморон бо шаклҳои гуногуни тасдиқшудаи бемориҳои ирсӣ ва пайдошудаи асаб-мушакҳо ҷалб гардиданд, ки дар маркази махсусгардонидашудаи неврологӣ таҳлис мегузаштанд. Синни беморон аз 2 то 60 солро дарбар мегирифт. Ҷамаи иштирокчиён ба зергурӯҳҳои синнӣ тақсим карда шуданд: кпдакон (0–11 сол, n = 6), наврасон (12–18 сол, n = 5), ҷавонони калонсол (19–30 сол, n = 10), калонсолон (31–50 сол, n = 7), пиронсолон (51–60 сол, n = 2). Гурӯҳи назоратиро 10 нафар ихтиёриёни солим таҳлил медоданд, ки аз рӯи ҷинс ва синну сол бо гурӯҳи асосӣ мувофиқат доштанд.

Ба ҳамаи беморон таҳлили биохимиявии хунобаи хун бо муайянсозии сатҳи креатинкиназа (КК) ва миоглобин (Мб) бо истифодаи таҳлилгари автоматии биохимиявӣ (лутфан, модел ва истеҳсолкунанда зикр шавад, агар маълумот дастрас бошад) гузаронида шуд. Гирифтани хуни венозӣ субҳона натоида (ба рӯдаи ҳолӣ) сурат мегирифт ва таҳқиқот мутобиқи меъёрҳои қабулшудаи ташхиси лабораторӣ анҷом дода мешуд.

Ташхиси бемориҳои асабу мушак дар беморон бо таъя ба маълумоти клиникӣ, натиҷаҳои ЭНМГ, МРТ-и мушакҳо, таҳлили генетикӣ (дар ҳолати мавҷуд будан), инчунин машварати мутахассисони соҳа тасдиқ карда мешуд. Коркарди омории маълумот бо истифода аз барномаҳои компютерӣ (масалан, SPSS, Statistica) бо татбиқи усулҳои омори тавсифӣ, таҳлили коррелятсионӣ ва муқоисавӣ анҷом дода шуд. Аҳамияти омории фарқиятҳо дар сатҳи $p < 0,05$ арзёбӣ мегардид.

Натиҷаҳои тадқиқот ва муҳокимаи онҳо.

Сатҳҳои креатинкиназа (КК) ва миоглобин (Мб) дар хуноба вобаста ба шакли бемории асабу мушак, синни беморон ва марҳилаи клиникӣ тағйир ёфтанд. Баландтарин нишондиҳандаҳои КК ва Мб дар беморони гирифтори дистрофияи Дюшен, махсусан дар кпдакон ва наврасон ба қайд гирифта шуданд. Бо зиёд шудани синну сол ва пешрафти беморӣ, пастшавии концентрацияи ин маркерҳо мушоҳида гардид, ки эҳтимол бо аз даст рафтани массаи функционалии мушакҳо алоқаманд аст.

Дар беморони гирифтори дистрофияҳои мушакҳои канорӣ ва миён низ сатҳҳои баландшудаи КК ва Мб ба қайд гирифта шуданд, вале ин баландшавӣ нисбат ба беморони дистрофияи Дюшен камтар буд. Дар беморони дистрофияи фациоскапуло-гумералӣ гуногуншаклии нишондиҳандаҳо мушоҳида гардид: дар баъзе ҳолатҳо сатҳи КК ва Мб дар доираи меъёр боқӣ монда, дар ҳолатҳои дигар — ба таври назаррас баланд шуда буд.

Дар беморони дорои атрофияҳои нейрогенӣ (аз ҷумла атрофияи мушакҳои сутунмӯҳра ва дигар шаклҳои нейропатияҳои пе-

риферӣ) концентратсияи КК ва Мб, одатан, каме баланд ё дар ҳадди болоии меъёр қарор доштанд.

Муқоиса бо гурӯҳи назоратӣ нишон дод, ки сатҳҳои КК ва Мб дар беморони дорои миопатияҳои ибтидоӣ ба таври омӯрӣ бо аҳамият баландтар буданд ($p < 0,01$). Сатҳи миоглобин тағйирпазирии баланд нишон дод ва вобаста ба шиддати осеби мушакҳо буд. Бо вучуди ин, хассосияти ташхиси он нисбат ба КК пасттар буд, хусусан дар ҳолатҳои раванди музмини беморӣ.

Ҳамин тариқ, муайян кардани сатҳи КК ва Мб дар хуноба ҳамчун як усули иттилоотноки лабораторӣ баромад мекунад, ки имкон медиҳад дараҷаи осеби мушакҳо арзёбӣ шуда, фарқгузориҳои ибтидоӣ байни миопатияҳо ва осебҳои нейрогенӣ анҷом дода шавад.

Натиҷаҳои бадастомада аҳамияти баланди клиникӣ муайян кардани сатҳи креатинкиназа (КК) ва миоглобин (Мб)-ро дар хуноба барои ташхис ва мониторинги бемориҳои ирсӣ-и асабу мушак тасдиқ менамоянд. Тағйироти назарраси нишондиҳандаҳои биохимиявӣ асосан дар беморон бо дистрофияи Дюшенна мушоҳида гардиданд, ки бо маълумоти адабӣ мувофиқат доранд ва вайронии васеи бофтаи мушакро, ки ба ин намуди миопатияи X-хос вобаста аст, инъикос мекунанд.

Қиматҳои баландтари КК ва Мб дар гурӯҳҳои хурди синнусолӣ (кпдакон ва наврасон) нишондиҳандаи марҳилаи фаъоли осеби мушак мебошанд, дар ҳоле ки паст шудани ин нишондиҳандаҳо дар калонсолон метавонад ба атрофияи шадиди мушакҳо ва ивазшавии онҳо бо бофтаи пайвандӣ ишора кунад.

Дар дистрофияҳои намуди ниҳоят-камарбанд тағйирот мӯътадил буданд, вале аҳамияти ташхиси худро нигоҳ доштанд. Гуногуншаклии мушоҳидашудаи нишондиҳандаҳо дар фациоскапуло-гумерална дистрофия (ФСГД) эҳтимолан ба фарқиятҳои байниоилавӣ дар механизмҳои молекулярно-генетикии патогенез ва дараҷаи гуногуни ҷалбшавии бофтаи мушак ба раванди патологӣ алоқаманд аст.

Дар беморон бо атрофияҳои нейрогенӣ, сатҳи КК ва Мб дар ҳудуди меъёр ё каме баланд буд, ки ба иштироки дуумдараҷаи мушакҳо бинобар денерватсия ишора мекунад. Ин далел аҳамияти ин нишондиҳандаҳоро ҳамчун яке аз меъёрҳои таъхиси дифференсиалӣ байни миопатияҳои ибтидоӣ ва равандҳои нейрогенӣ тасдиқ мекунад.

Нақши миоглобин ҳамчун нишондиҳандаи осеби шадидаи мушак махсус аҳамият дорад. Гарчанде ки ҳассосияти таъхиси он нисбат ба КК камтар аст, Мб метавонад барои муайян кардани шаклҳои субклиникӣ ё носирон дар миопатияҳои ирсӣ, махсусан дар якҷоягӣ бо таҳқиқоти генетикӣ, муфид бошад.

Ҳамин тариқ, муайян кардани ҳамзамонаи сатҳи КК ва Мб имкон медиҳад, ки дақиқии таъхис баланд бардошта шавад, беморон вобаста ба дараҷаи осеби мушак стратификация карда шаванд ва динамикаи беморӣ назорат гардад. Ин биомаркерҳо инчунин метавонанд ҳамчун меъёрҳои иловагӣ барои интиҳоби беморон барои таҳқиқоти молекуляр-генетикӣ ва иштирок дар озмоишҳои клиникӣ усулҳои муолиҷаи нав хизмат кунанд.

Хулоса. Натиҷаҳои таҳқиқоти гузаронидашуда иттилоотнокии муайянсозии ҳамзамонаи консентратсияи креатинкиназа (КК) ва миоглобин (Мб)-ро дар ҳуноба ҳамчун усули дастрас ва ҳассоси таъхиси бемориҳои ирсӣ асабу мушак тасдиқ менамоянд.

Баландшавии сатҳи КК ва Мб дараҷаи осеби бофтаи мушакро инъикос намуда, бо навъ ва марҳилаи беморӣ иртибот дорад. Таҳлили маҷмӯии ин нишондиҳандаҳо имкон медиҳад, ки миопатияҳои ибтидоӣ аз осеби нейрогенӣ фарқ карда шаванд, инчунин пешравиҳои беморӣ ва самаранокии муолиҷаи гузаронидашаванда баҳо дода шавад.

Бо назардошти гуногуншаклии нишондиҳандаҳои биохимиявӣ дар гурӯҳҳои синнусолии мухталиф ва шаклҳои нозологӣ, мувофиқ аст, ки КК ва Мб ба алгоритми таъхиси бармаҳал ва назорати динамикии беморон бо гумони патологияи асабу мушак дохил карда шаванд.

Адабиёт

1. Гарднер-Медвин Д., Пеннингтон Р. Дж., Уолтон Дж. Н. (1971) Де-тективирование носителей гена X-сцепленной мышечной дистрофии. Обзор некоторых методов, изученных в Ньюкасле-на-Тайне. *J Neurol Sci* 13: 459-474
2. Hische EAH, van der Helm HJ (1979) Значение определения миоглобина в сыворотке крови при нервно-мышечных заболеваниях. *I Neurol Sci* 43: 243-251
3. Kiessling WR, Beckmann R (1981) Zur Wertigkeit der radioimmunologischen Myoglobinbestimmung im Serum bei Skelettmuskelerkrankungen. *Fortschr Neurol Psychiatr* 49: 451-454
4. Kiessling WR, Ricker K, Pflughaupt KW, Mertens HG, Haubitz I (1981) Serum myoglobin in primary and secondary skeletal muscle disorders. *I Neurol* 224: 229-233
5. Nicholson LVB (1981) Сывороточный миоглобин при мышечной дистрофии и выявление носительства. *I Neurol Sci* 51: 411-426
6. Nicholson LVB, Walls TJ (1983) Изменение уровня миоглобина в сыворотке крови у нормальных людей. С учетом использования измерений миоглобина для выявления женщин, несущих гены X-сцепленных мышечных дистрофий. *J Neurol Sci* 62: 41-58
7. Pennington RJT (1977) Ферменты сыворотки крови. In: Rowland LP (ed) *Pathogenesis of human muscular dystrophies*. Excerpta Medica, Amsterdam, pp 341-349
8. Розано ТГ, Кенни МА (1977) Радиоиммуноферментный анализ миоглобина сыворотки крови человека. Разработка метода и нормальные значения. *Клин Хим* 23: 69-75
9. Sibert JR, Harper PS, Thompson RJ, Newcombe RG (1979) Выявление носительства при мышечной дистрофии Дюшенна. Данные исследования обязательных носителей и матерей единичных случаев. *Arch Dis Child* 54: 534-537
10. Simpson I, Zellweger H, Burmeister LF, Christea R, Nielsen MK (1974) Влияние оральных контрацептивов на уровень креатинфосфокиназы с точки зрения выявления носительства при мышечно-клеточной дистрофии Дюшенна. *Clin Chim Acta* 52: 219-233

ТДУ: 611. 441; 616. 441-006-008. 64-055.1

БАЪЗЕ ХУСУСИЯТҲОИ СОҲТОРИ РАГҲО ВА БОФТАҲОИ ҒАДУДИ СИПАР- ШАКЛ ДАР МАРДОНИ ДОРОИ ҶОҒАРИ ПАҲНЁФТАИ ТОКСИКӢ

Давлатов¹ И.А., Курбонов² С.С., Шарипов¹ Х.Ю., Имомов Б.Д.¹

1. Кафедраи тибби судӣ МДТ «Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абуалӣ ибни Сино»; 2. Кафедраи анатомияи одам ба номи Я.А.Рахимови МДТ «Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абуалӣ ибни Сино»

НЕКОТОРЫЕ МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ СОСУДИСТО-ТКАНЕ- ВЫХ СТРУКТУР ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПРИ ДИФFUЗНОМ ТОКСИЧЕСКОМ ЗОБЕ У МУЖЧИН

Давлятов И.А.¹, Курбонов С.С.², Шарипов Х.Ю.¹, Имомов Б.Д.¹

1. Кафедра судебной медицины ГОУ «Таджикский государственный медицинский университет им. Абуали ибни Сино», Душанбе, Республика Таджикистан; 2. Кафедра анатомии человека им. Я.А. Рахимова ГОУ «Таджикский государственный медицинский университет им. Абуали ибни Сино», Душанбе, Республика Таджикистан

Данная статья посвящена изучению проблем морфологии сосудисто-тканевых структур щитовидной железы при диффузном токсическом зобе (ДТЗ) у мужчин. Исследована щитовидная железа у 22 больных мужчин. Проведенное исследование показало, что в щитовидной железе больных с ДТЗ преобладают гиперпластические процессы, лимфоидная инфильтрация в строме и в тиреоидной фолликуле. Процесс характеризуется изменчивостью формы фолликул, преобладанием микрофолликулярного типа, частым явлением краевой резорбции вакуолей, усилением васкуляризации органа и деформацией сосудов с последующей дилатацией сосудов микроциркуляторного русла.

Ключевые слова: щитовидная железа, диффузный токсический зоб, сосудисто-тканевая структура.

Давлятов Имомходжа Амиршоевич, кандидат медицинских наук, заведующий кафедры судебной медицины, ГОУ Таджикский государственный медицинский университет им. Абуали ибни Сино. E-mail: 45@tajmedun.tj

SOME MORPHOLOGICAL CHARACTERISTICS OF VASCULAR-TISSUE STRUCTURES OF THE THYROID GLAND IN DIFFUSE TOXIC GOITER IN MEN

Davlyatov I.A.¹, Kurbonov S.S.², Sharipov H.Y.¹, Imomov B.D.¹

1. Department of Forensic Medicine, SEI "Avicenna Tajik State Medical University", Dushanbe, Republic of Tajikistan; 2. Department of Human Anatomy named after Rakhimov Y.A., SEI "Avicenna Tajik State Medical University", Dushanbe, Republic of Tajikistan

This article is devoted to the study of the problems of the morphology of the vascular-tissue structures of the thyroid gland in diffuse toxic goiter (DTG) in men. In total, the thyroid gland of 22 male patients was examined. The conducted study showed that in the thyroid gland of patients with DTG predominate hyperplastic processes, lymphoid infiltration in the stroma and in the thyroid follicle, variability of the shape of the follicles, predominance of the microfollicular type, frequent phenomenon of marginal resorption of vacuoles, increased vascularization of the organ

and deformation of the vessels with subsequent dilation of the vessels of the microcirculatory bed.

Key words: thyroid gland, diffuse toxic goiter, vascular tissue structure.

Davlyatov Imomkhodja Amirshoevich, candidate of medical sciences, head of the department of forensic medicine, SEI « Avicenna Tajik State Medical University». E-mail: 45@tajmedun.tj

Мухимият. Нишонаҳои макроскопии ғадуди сипаршакл (ФС) аз чинс ва синну сол вобаста буда, дар мардон ҳаҷми он дар ҳама давраи омпхташуда нисбат ба занон то 4,9-19,1% калонтар мебошад [1,2,3].

Қайд гардидааст, ки диаметри фолликулаҳои ФС дар мардон нисбат ба занон то 4,4-17,7% дар ҳамаи давраи инкишоф, ба ғайр аз пиронсолон, ки дар онҳо инволютсия дида мешавад, калонтар аст. Дар давраи якуми ба балоғат расидан андозаи максималии масоҳати миёнаи фолликулаҳо дар мардон дар қисмати болоии сахми рост ($28292,72 \pm 6263,14$ мкм²) ва камтарин дар гарданак ($18078,85 \pm 2303,51$ мкм²) ба қайд гирифта шудааст [4,5,6,7].

Солҳои охир як қатор муаллифон баромад намуда оиди он ки сохти анатомии ғадуди сипаршакл дар сатҳи бофтавӣ фолликулаи алоҳида ба ҳисоб нарафта, баракс воҳиди рағию функционалӣ, ки якчанд фолликула, бо хунгардиши мустақил танзим гаштаанд ҳисобида мешавад [5].

Гурӯҳи диагари олимон маълумотҳоеро пешниҳод намудаанд, ки ҳолати чараёни микросиркуляторӣ бо синну соли беморон мувофиқият дорад [9,10, 11,12]. Системаи дохилиузвии рағӣ– капиллярҳои ФС, на танҳо ҳамчун сарчашмаи бо хунтаминшавии алоқаи гистотопографӣ, инчунин ҳамчун ҳислати функционалии тиреоситҳо, ки дар онҳо чараёни доимии нақлиётӣ дар ду самт, ки филтратсияи моддаҳоро аз хун ба ҳуҷайраҳои ғадуд ва баракс тамин менамоянд, ба ҳисоб мераванд [13,14,15].

Ҳамзамон дар адабиётҳои илмӣ маълумотҳо оиди масъалаҳои тағиротҳои патоморфологии рағию бофтавии аз навсозии ғадуди сипаршакл ҳангоми ҷоғари пахнётҳои токсикӣ (ЧПТ), маълумотҳо оиди арзёбии миқдории параметрҳои қисматҳои ФС дар ҳолати ЧПТ камчин мебошанд.

Мақсади таҳқиқот. Омпзиши қонуниятҳои асосии тағйиротҳои морфологии рағию бофтавӣ ва азнавсозии параметрҳои морфометрии қисматҳои ФС дар мардон бо ЧПТ.

Мавод ва усулҳои таҳқиқот. Таҳти омпзиш 22 бемор бо ҷоғари пахнётҳои токсикӣ қарор доштанд. Онҳо дар Маркази саломати №1 ва Беморхонаи клиникии №5 дар базаи кафедраи ҷарроҳии умумии №1 ва №2 МДТ ДДТТ ба номи Абуалӣ ибни Сино ҷарроҳӣ шуданд.

Барои омпхтани тафиси тақсимшавии рағҳои хунгарди дохилиузвии ФС ва ғилофаки бофтаи пайваस्तкунандаи он усулҳои гуногуни таҳқиқоти рағҳо истифода бурда шуд.

Тавассути микротомии худидоракунанда МЗП–01техном бурришҳои гистологӣ бо гематоксилин ва эозин ва Ван-Гизонранг карда шуданд.

Ҳангоми таҳқиқоти морфометрӣ андозаи миёнаи диаметри фолликулаҳо, масоҳати ишғолкунандаи онҳо, баландии миёнаи эпителияи тиреоидӣ омпхта шуд.

Ҳолати функционалии ФС бо аломатҳои морфологӣ аз рӯи индекси Браун арзёбӣ карда шуд. Масоҳати миёнаи фолликулаҳо ҳисоб карда шуд. Барои ин аз турҳои окулярӣ истифода бурда шуд, ки он аз 256 квадратҳо иборат буда, ҳаркадоме дорои масоҳати 400 мкм²буданд. Тағйирёбии тонуси шараёнҳо аз рӯи индекси Керноган, нисбати ғафсии пардаи мушакӣ (h) ба радиуси раванзанаи раг (R_{np}) арзёбӣ карда шуд.

Омпзиши микромустаҳзарҳои рангкардашуда дар зерҳои микроскопи бинокулярӣ «МБИ-6», «МБИ-15» ва «МБС-1» (микроскопи стереоскопӣ) гузаронида шуд.

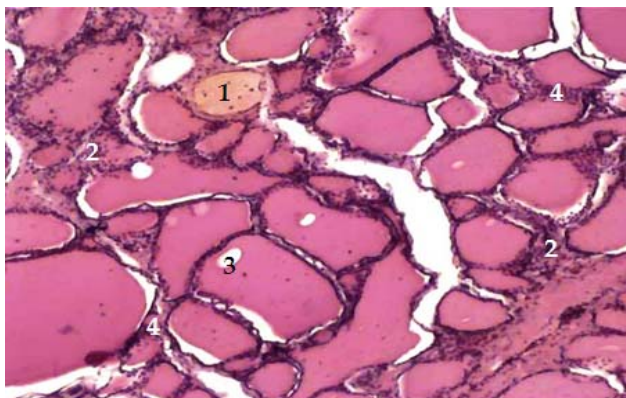
Барои арзёбии натиҷаи таҳқиқотҳои морфологӣ ва патоморфологӣ системаи санҷиши компютерӣ аксҳои микроскопӣ истифода бурда шуд.

Натиҷаҳои таҳқиқот ва муҳокимаи онҳо.

Дар ғадуди сипаршакли гирифташуда ғилофаки бофтаи пайвасткунандаи он таранг ва озодона гирифта мешуд. Сатҳи он суфта, ранги сурхи равшаннок дошт. Дар бурриш моддаи ғадуд пурхун ва варамида буд.

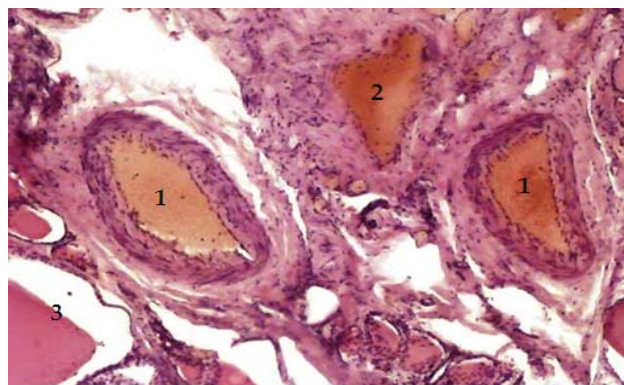
Омпиши хулосавии микромустаҳзарҳои ҒС ҳангоми ЧПТ нишон дод, ки андозаи фолликула нисбат ба меъёр каме хурд шудааст, коллоид дар аксар маврид камранг, тури бориқпечон ҳосил намуда, рағҳои хунгард васеъ, хусусан қисмати варидии онҳо, миёнапардаҳои бофтаи пайвасткунандаи байнифоллекулаҳо ва байни сахмӣ ковок гаштаанд (расми 1).

Таҳқиқоти микромустаҳзарҳо нишон дод, ки дар рағҳои хунгарди ҒС ва ғилофаки он тағиротҳои баралои морфологӣ, ба намуди васеъшавӣ ва пурхунии рағҳои калони чараёни микросиркуляторӣ бо варами стромаи ҒС ва инфилтратсияи лимфоҳуҷайравӣ нишон дод (расми 2).



Расми 1. Сохтори ҒС ҳангоми ЧПТ. Мард, 45 сола. Микромустаҳзар. 1 – вариди васеъшуда, 2 – инфилтратсия лимфоидӣ, 3 – вакуолизатсияи коллоид дар фолликулҳо, 4 – ковокшавии бофтаи пайвасткунандаи байнисаҳмӣ ва байнифолликулярӣ. Рангкунӣ бо гематоксилин–эозин. Калонкунӣ х 200.

Дар мустаҳзарҳо паренхимаи ҒС бо варами ва инфилтратсияи элементҳои намудии хун дида мешавад. Дар рағҳои хунгарди калонтар дар аксар маврид шараёнҳои байнисаҳмӣ ва байни сахмчаҳо нисбат дар меъёр (240-280 мкм) васеъ шуда (310-340 мкм). Варами эндотелияи рағҳо бо варами қабати мушакӣ эластикӣ якҷоя дида мешуд,



Расми 2. Васеъшавӣ ва пурхунии шараёнҳо (1), варидҳо (2) ва вакуолизатсияи коллоиди дар фолликулаҳои (3) ҒС ҳангоми ЧПТ. Мард 48 сола. Микромустаҳзар. Рангкунӣ гематоксилин–эозин. Калонкунӣ х 200.

инчунин дар шараёнҳои қаторӣ ва байнисаҳмӣ васеъшавии нобаробари равзанаи рағҳо низ мушоҳида мегардад.

Қад дарозии баъзе шараёнҳо чамъшавии периваскулярӣ ҳуҷайраҳои лимфоидӣ, таршавии плазматикӣ девораи артерияҳои хурд ва артериолоҳо қайд гардид.

Аломати вазодилататсияи рағҳо бисёртар дар минтақаи мобайнии паренхимаи ҒС мушоҳида мегардад. Дилататсия ва пурхунии рағҳо инчунин дар минтақаи канории ҒС пайдо карда шуд.

Дар мустаҳзарҳое, ки бо Вейгерт ранг карда шудаанд, деформатсия ва қачшавии лавҳачаи дарунии эластикӣ шараёнҳои ҒС ҳангоми ЧПТ нисбат ба меъёр мушоҳида гардид. Тонуси шараёнҳо, яъне нионаи индекси Керноган то $(0,06 \pm 0,001 \text{ мкм})$ расид, дар меъёр $(0,05 \pm 0,001 \text{ мкм})$, ки он варами девори шараёнҳо ва гиперплазияи онро нишон медиҳад.

Қайд кардан зарур аст, ки ҳангоми ЧПТ пеш аз ҳама звенои осебёфта ин ситесмаи капиллярӣ рағҳо ба ҳисоб мераванд.

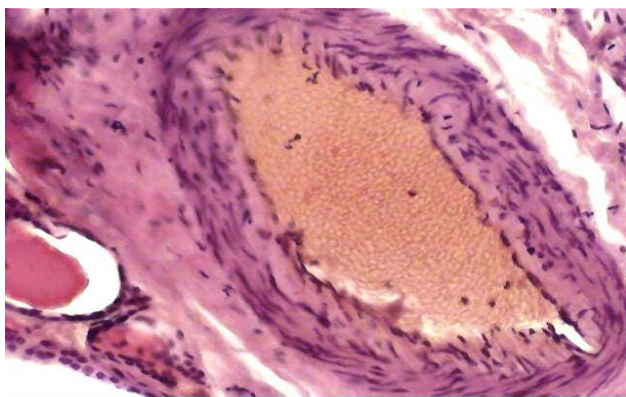
Дар ҳама ҳолат вайроншавии гемодинамикӣ, дар намуди нобаробар бо хун пуршавии узв бо бартарии васеъшавии капиллярҳо ва варидҳо, манбаҳои хунрезиш, варами строма ҷоой доштанд.

Тағиротҳои патоморфологӣ дар пардаи мушакӣ рағҳо бо манбаҳои бесохтор ва

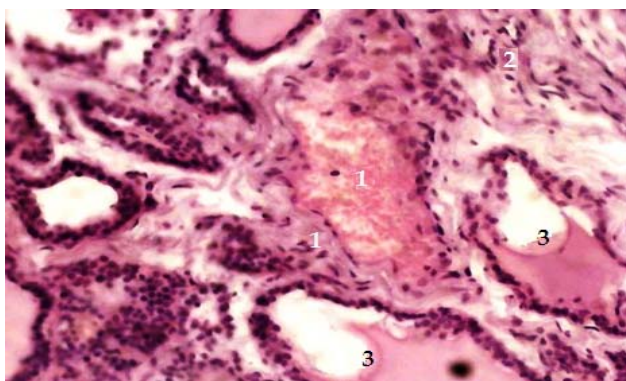
дар адвентитсия элементҳои на онқадар зиёди гиистиоситарӣ ва лимофидӣ ифода гаштаанд (расми 3).

Ҳангоми таҳқиқоти морфометрии девори рагии дохилизвии ғадуди сипаршакли беморони ҚПТ тағиротҳои баралои дистрофияи ҳуҷайраҳои эндотелиалӣ, бо дезэндотелизатсия, бисёртар дар рағҳои варидии ғадуд пайдо карда шуданд (расми 4).

Вайроншавӣ инчунин аз тарафи қолиби эластикии рағҳои дохилизвии ҒС муайян карда шуд. Он мембранаи эластикии даруниро низ дарбар мегирифт, ки он ба гум кардани қачии ба он хос вобаста буд.



Расми 3. Вакуолизатсияи ҳуҷайраҳои мушакии пардаи мобайнии шараёнҳои байни саҳмии ҒС дар беморони ҚПТ. Мард, 48 - сола. Микромустаҳзар. Рангкунӣ бо гематоксилин–эозин. Калонкунӣ $\times 400$.

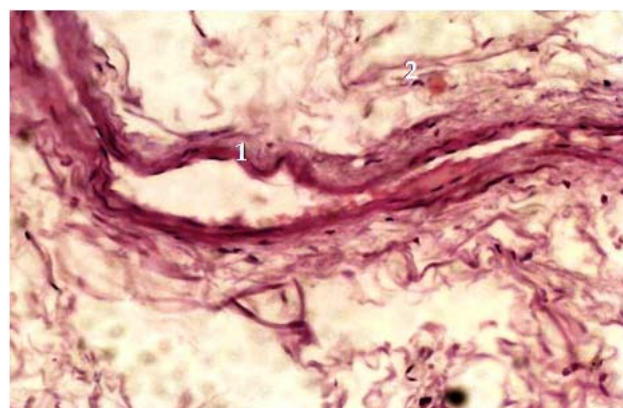


Расми 4. Дезэндотелизатсия ва бозисти пурхунӣ дар рағҳои байнисаҳмӣ вариדי (1), тағиротҳои дистрофии строма (2), вакуолизатсияи коллоид дар фолликулаҳои (3) ҒС ҳангоми ҚПТ. Мард, 55 сола. Микромустаҳзар. Рангкунӣ бо гематоксилин–эозин. Калонкунӣ $\times 200$.

Қутри капиллярҳо калон $24 \pm 0,1$ мкм, тарҳи он ноҳамвор, венулаҳо микдорашон бисёр кптоҳ ва печутобдошта буд. Дар баъзе мавридҳо девораи рағҳо бо таври варикозӣ васеъшуда.

Натиҷаи таҳқиқотҳои морфологӣ ва морфометрӣ дар бораи тағиротҳои деструктивӣ девора ва калоншавии диаметри микрорағҳои ҒС, артериола ва капиллярҳо ($24,3 \pm 0,6$ мкм, $12,2 \pm 0,3$ мкм), нисбат ба меъёр ($20,6 \pm 0,3$ мкм ва $6,5 \pm 0,2$ мкм) гувоҳӣ медиҳад.

Ғилофаки бофтаи пайваستкунандаи ҒС ҳангоми ҚПТ варамид, ковок, ҳар ҷо ҳар ҷо бо элементҳои лимфогистиоситарӣ инфилтратсияшуда пур гаштааст. Рағҳои вариדי қад қадӣ шараёнҳои қаторӣ, ва звенои варидии чараёни микросиркуляторӣ аз ҳад зиёд васеъ шуда пурхун бо аломати бозист буданд. Дастаҳои бофтаи пайвасткунанда, ниёмҳои ҒС, ки ба қабати паренхимаи ғадуд мегузаранд, ковок, хусусан дар гирди рағҳо, рағҳои дар онҳо ҷойгир буда ноҳамвор васеъгашта бо нишонаҳои бозист (расми 5). Диаметри варидаҳои васеъшуда дар баъзе ҳолатҳо то 140-180 мкм ба ҷои 40-60 мкм дар меъёр. Васеъшавии рағҳои вариди ноҳамвор будан, аммо каме печутоб доштанд. Баъзе шараёнҳои қаторӣ ва артериолаҳо қолаби мавҷмонанд доштанд.



Расми 5. Қолаби мавҷмонанди шараёнҳои қаторӣ (1) ва ғилофаки бофтаи пайвасткунандаи ковоки ҒС (2) дар беморони ҚПТ. Мард, 48 сола. Микромустаҳзар. Рангкунӣ бо гематоксилин–эозин. Калонкунӣ $\times 400$.

Дар прекапиллярҳо, ғайр аз каме калон шудани диаметри онҳо то $15,0 \pm 1,1$ мкм, дигар тағиротҳои барало дарёфт карда нашуданд.

Дар девори артериол ядроҳои хучайраҳои суфтамушакӣ ва эндотелиалӣ хуб дида мешаванд.

Капиллярҳои хунгард хусусан звенои вавридии онҳо васеъгашта, намуди пурпечу тоб доранд, қолаби онҳо каме деформатсия шуда. Дар фазои перриваскулярии варидҳои васеъшудаи қаторӣ ва рағҳои шараёнии гилофаки бофтаи пайвастангдан аломатҳои инфильтратсияи гирдхучайравии лейкоцитарӣ қайд гардиданд. Дар мустахзарҳои гистолгии ҲС ҳангоми ЧПТ анастомозҳои артериоваридии намудашон гуногун вомехурданд.

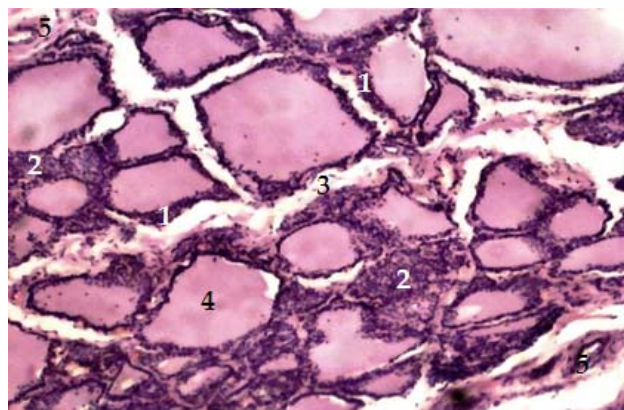
Натиҷаи таҳқиқотҳои моро ҳангоми ЧПТ дида баромада, нишон додан зарур аст, ки маълумотҳои гистологӣ ва морфометрӣ тағиротҳои хеле бисёртӣро дар ҳамаи қисмҳои ғадуди сипаршакл, ки бо дараҷаи паҳншавии осеб ва намудор гаштани он фарқ мекунанд, ифода менамоянд.

Тағйиротҳои доимии ҲС ҳангоми ЧПТ ин ҳолати гипертрофӣ, дискомплексатсияи сахмчаҳои ғадуди сипаршакл мебошанд. Сохтори сахмчавии ҲС дар қисмати канорӣ узв нигоҳ дошта шудааст, сахмчаҳои фолликулаҳо нисбатан калонтар, бо эпителии кубшакл пшонида шудаанд, ковкии фолликулаҳо бо коллоид пур гаштааст, дар байни фолликулаҳо дар строма инфильтратсияи дараҷааш гуногун мушоҳида карда мешавад (расми 6).

Барои муайянкунии андозаи умумии осеби паренхиматозӣ мо басомади охурандаи манбаҳои осеби дегенеративии эпителии тиреоидӣ ва чамъшавии коллоидро омехтем.

Ҳангоми омпиши морфологияи ҲС ҳангоми ЧПТ ҳамчун қоида инфильтратсияи лимфоплазмоситарии стромаи ғадуд, ки нисбат ба лимфoidӣ бартарӣ дошт, пайдо карда шуд.

Чунин тағиротҳои пролифератсияи эпителии ғадуд ба монанди типи папилломатозӣ дар фолликулаҳои калон дар минтақаи канорӣ ҲС пайдо карда шуд.



Расми 6. Қисмати равандҳои гиперпластикии ҲС ҳангоми ЧПТ. 1 – гиперплазияи эпителии тиреоидӣ, 2 – инфильтратсияи лимфoidӣ, 3 – дискомплексатсияи миёнадевори байнисаҳмчавӣ, 4 – коллоид дар ковокии фолликул, 5 – артериолаи васеъшуда. Мард, 54 сола. Микромустахзар. Рангкунӣ бо гематоксилин–эозин. Калонкунӣ $\times 200$.

Дар байни фолликулаҳои калон гуруҳҳои наҷандон калони фолликулаҳои майда, эпителии ғадудӣ ба эпителии якҷандқабатаи цилиндрий инкишоф ёфтара дарёфт кардан имконпазир аст.

Равандҳои гиперпластикӣ дар эпителии тиреоидӣ ҳангоми ЧПТ ба намуди азнавҳосилшавии фолликулаҳои наҷандон калони шаклашон байзашакл ва даврашакл, ки дар минтақаи марказӣ ҷойгиранд, ифода мегарданд.

Натиҷаи назорати тағиротҳои морфометрӣ ва гистологӣ, ки дар узвҳо мегузаранд, моҳияти амиқ ва беҳтар дар бораи азнавсозии функсия дар меъёр ва патология метавонад нишон диҳад, чунки онҳо ба ҳамдигар тасири функционалӣ мерасонанд.

Хулоса. Ҳамин тавр, дар сохтори ҲС ва гилофаки он ҳангоми ЧПТ тағиротҳои морфофункционалӣ ва рағию бофтавӣ, ба намуди равандҳои гиперпластикӣ, инфильтратсияи лимфoidӣ дар строма ва фолликулаҳои тиреоидӣ, тағирёбии намуди фолликул, бартари намуди микрофолликулярӣ, аломати тез-тез вохурандаи канорӣ резорбсияи вакуолаҳо, зиёдшавии васкуляризатсияи узв ва деформатсияи рағҳо бо васеъшавии минбаъдаи рағҳои микроциркуляторӣ дар худӣ узв ва гилофаки он дарёфт карда шуданд.

Адабиёт

1. Абрамова П.Н. Морфологическая характеристика щитовидной железы у норок / П.Н. Абрамова // Морфология. – 2016. – Т.149. -№3. -С.8.
2. Александрова В.Э. Возрастные изменения сосудистой системы и варианты кровоснабжения щитовидной железы крыс и человека в сравнительно-анатомическом аспекте / В.Э. Александрова, А.С. Шинкова // Материалы XIX международной студенческой научно-практической конференции. -2017. -№5 (19). URL: [http://sibac.info/archive/nature/5\(19\)](http://sibac.info/archive/nature/5(19)).
3. Козлов В.И. Микроциркуляция в клинической практике / В.И. Козлов // Москва. – 2012. – 108с.
4. Коноплёва Е.С. Особенности щитовидной железы млекопитающих Смоленской области / Е.С. Коноплёва, В.А. Забродин, О.А. Васильева // Морфология. -2012. – Т.141. - №3. – С.82.
5. Никишин Д.В. Морфология щитовидной железы: возрастная изменчивость у жителей Пензенского района / Д.В. Никишин / Автореф. Дис....канд.мед.наук. Саратов. - 2010. – 20с.
6. Родинов Е.А. Зоб диффузный токсический (Базедова болезнь) – симптомы и лечение / Е.А. Родинов // Диагностический центр. Глобал Медик Групп-Иркутск. -2017. – 9с.
7. Половой диморфизм форм долей тимуса и щитовидной железы человека / Н.И. Ермакова, В.М. Копьева, Р.В. Злобин [и др.] // Морфология. -2019. -Т. 155.-№2. -С. 108.
8. Пилов А.Х. Патоморфофункциональный анализ щитовидной железы домашних животных / А.Х. Пилов // Морфология. - 2016.- Т. 149. -№3. – С.162.
9. Рустамова С.М. Определение гемодинамических параметров щитовидной железы под воздействием стрессового фактора / С.М. Рустамова, З.Р. Саидова // Морфология. -2016. – Т. 149. -№3. – С. 174.
10. Санджиев Э.А. Состояние микроциркуляторного русла щитовидной железы в процессе старения / Э.А. Санджиев // Морфология. 2012. -Т.141. -№3. -С. 137-138.
11. Санджиев Э.А. Оценка состояния микроциркуляторного русла щитовидной железы по данным комплексного морфофункционального исследования / Э.А. Санджиев, Л.А. Удочкина // Морфология. -2018. -Т. 153. -№3. -С. 245-246.
12. Смелова И.В. Показатели микроциркуляции щитовидной железы в норме и при мерказолиловом гипотиреозе после воздействия инфракрасного лазерного излучения / И.В. Смелова, Е.С. Головнева // Лазерная медицина. -2018. -№ 22(3). – С. 5-9.
13. Сметанина М.В. Структурные особенности внутриорганной сосудистой системы щитовидной железы крыс в норме и эксперименте / М.В. Сметанина // Ангиология и сосудистая хирургия. М. -2012. -Т. 18. -С. 28.
14. Удочкина Л.А. Морфофункциональные преобразования щитовидной железы в перенатальном периоде онтогенеза человека / Л.А. Удочкина, Э.А. Санджиев // Морфология. -2010. -Т.137. -№4. – С. 196-197.
- Усенко В.И. Морфофункциональная характеристика щитовидной железы пушных зверей в период гона / В.И. Усенко, И.С. Константинова, Э.Н. Булатова // Морфология. – 2018. – Т. 153. -№3. – С. 282-283.

ТДУ: 616.22-002.2 -08

НИГОҲИ НАВБА УСУЛҲОИ МУОЛИЧА ВА ПЕШГИРИИ ТОНЗИЛЛИТҲОИ МУЗМИН

Давронзода М.Д.¹, Хусейнзода З.Х.¹, Туйдиев Ш.Ш.¹, Исмаилова З.Э.²¹Кафедраи оториноларингологияи МДТ «Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абуалӣ ибни Сино», 734003, ш. Душанбе, Ҷумҳурии Тоҷикистон. ²Муассисаи давлатии Маркази миллии тиббии ҶТ «Шифобахш»

НИГОҲИ НАВ БА УСУЛҲОИ МУОЛИЧА ВА ПЕШГИРИИ ТОНЗИЛЛИТҲОИ МУЗМИН

Давронзода М.Д.¹, Туйдиев Ш.Ш.¹, Исмаилова З.Э.²

¹Кафедраи оториноларингологияи МДТ «Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абуалӣ ибни Сино», 734003, ш. Душанбе, Ҷумҳурии Тоҷикистон. ²Муассисаи давлатии Маркази миллии тиббии ҶТ «Шифобахш»

Резюме. Тонзиллити музмин яке аз бемориҳои паҳншудаи роҳҳои нафаси болоӣ ба ҳисоб меравад, ки метавонад ба пайдоиши дигар бемориҳои музмин, аз ҷумла бемориҳои дил, гурда ва бугумҳо оварда расонад. Дар табобати профилактикии ин беморӣ, шустани лакунаҳои бодомакҳои ком нақши муҳим мебозад. Мақсади ин тадқиқот омӯзиши самаранокии клиникии маҳлули муосири «Фурасол» дар муқоиса бо маҳлули анъанавии «Фуратсилин» мебошад. Тадқиқот дар шӯъбаҳои гпшу гулп ва бинии муассисаи тиббии «Шифобахш» гузаронида шуда, дар он 65 нафар беморони гирифтори тонзиллити музмин иштирок карданд. Гурӯҳи асосӣ 35 нафар ва гурӯҳи муқоисавӣ 30 нафарро дар бар мегирифт. Пеш ва пас аз табобат нишондиҳандаҳои флора, сатҳи ионҳои гидроген (рН) ва таркиби ҳуҷайравии луобпардаи бодомакҳои ком таҳқиқ карда шуданд. Натиҷаҳо нишон доданд, ки пас аз истифодаи маҳлули «Фурасол» дар 68,6% беморон микрофлораи патогенӣ ошкор нашуд, дар ҳоле ки ин нишондиҳанда дар гурӯҳи «Фуратсилин» ҳамагӣ 13,3%-ро ташкил дод. Арзиши рН дар гурӯҳи «Фурасол» ба меъёри физиологӣ наздиктар буд ($6,67 \pm 0,44$), дар муқоиса бо гурӯҳи муқоисавӣ ($7,13 \pm 0,3$). Шумораи лейкоцитҳо дар луобпардаи бодомакҳои ком пас аз истифодаи «Фурасол» назар ба гурӯҳи «Фуратсилин» ба таври назаррас камтар гардид. Хулоса, истифодаи маҳлули «Фурасол» нисбат ба «Фуратсилин» дар табобати ҷузъии тонзиллити музмин самаранокии баландтар нишон дода, боиси бехтар шудани ҳолати клиникии беморон гардид.

Вожаҳои калидӣ: тонзиллити музмин, фурасол, фуратсилин, бодомакҳои ком, истифодаи маҳлулҳо, безаргардонӣ, флораи патогенӣ, концентратсияи ионҳои гидроген, лейкоцитҳо, муоличаи маҳаллӣ

Давронзода Манучеҳр Давроншо – номзади илмҳои тиб, мудири кафедраи оториноларингологияи МДТ “ДДТТ ба номи Абуалӣ ибни Сино” e-mail: shoevmd@mail.ru, тел.: 93-400-47-57.

НОВЫЙ ВЗГЛЯД НА МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ И ПРОФИЛАКТИКИ ХРОНИЧЕСКОГО ТОНЗИЛЛИТА

Давронзода М.Д.№, Туйдиев Ш.Ш.№, Исмаилова З.Э.1

Кафедра оториноларингологии ГОУ «Таджикский государственный медицинский университет имени Абуали ибни Сино», 734003, г. Душанбе, Республика Таджикистан; Государственное учреждение Республиканский медицинский центр «Шифобахш»

Резюме. Хронический тонзиллит является одним из распространённых заболеваний верхних дыхательных путей, которое может привести к развитию других хронических заболеваний, включая болезни сердца, почек и суставов. В профилактическом лечении данного заболевания важную роль играет промывание лакун нёбных миндалин. Целью настоящего исследования было изучение клинической эффективности современного препарата «Фурасол» в сравнении с традиционным раствором «Фурацилин». Исследование проводилось в отоларингологическом отделении медицинского учреждения «Шифобахш»,

где приняли участие 65 пациентов с хроническим тонзиллитом. Основная группа включала 35 человек, контрольная — 30. До и после курса лечения проводилась оценка микрофлоры лакун, уровня водородных ионов (pH) и клеточного состава слизистой оболочки миндалин. Результаты показали, что после применения раствора «Фурасол» у 68,6% пациентов патогенная микрофлора не была выявлена, тогда как в группе с применением «Фурацилина» этот показатель составил лишь 13,3%. Значение pH в основной группе оказалось ближе к физиологической норме ($6,67 \pm 0,44$) по сравнению с контрольной ($7,13 \pm 0,3$). Количество лейкоцитов в слизистой оболочке миндалин после применения «Фурасола» также значительно уменьшилось по сравнению с группой, которой применялся «Фурацилин». Таким образом, использование раствора «Фурасол» продемонстрировало более высокую эффективность в лечении хронического тонзиллита по сравнению с «Фурацилином», обеспечивая более быстрое клиническое улучшение состояния пациентов.

Ключевые слова: хронический тонзиллит, фурасол, фурацилин, нёбные миндалины, промывание лакун, патогенная флора, pH слизистой, лейкоциты, местное лечение, нитрофураны.

Давронзода Манучехр Давроншо – кандидат медицинских наук, заведующий кафедры оториноларингологии ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибн Сино». E-mail: shoevmd@mail.ru, телефон: 93-400-47-57.

A NEW PERSPECTIVE ON THE METHODS OF TREATMENT AND PREVENTION OF CHRONIC TONSILLITIS

Davronzoda M.D.№, Tuydiev Sh.Sh.№, Ismailova Z.E.I

Department of Otorhinolaryngology, Avicenna Tajik State Medical University, 734003, Dushanbe, Republic of Tajikistan, IState Institution "Republican Medical Center "Shifobakhsh"

Chronic tonsillitis is one of the common diseases of the upper respiratory tract, which can lead to the development of other chronic conditions, including heart, kidney, and joint diseases. In the preventive treatment of this condition, rinsing the tonsillar crypts plays an important role. The aim of this study was to evaluate the clinical effectiveness of the modern drug "Furasol" compared to the traditional solution "Furacilin." The study was conducted at the ENT department of the medical institution "Shifobakhsh" and involved 65 patients with chronic tonsillitis. The main group consisted of 35 patients, while the comparison group included 30. Before and after the treatment course, assessments of the tonsillar crypt flora, hydrogen ion concentration (pH), and cellular composition of the tonsillar mucosa were performed. Results showed that after treatment with "Furasol" 68.6% of patients had no detectable pathogenic flora, compared to only 13.3% in the "Furacilin" group. The pH value in the main group was closer to the physiological norm (6.67 ± 0.44) than in the comparison group (7.13 ± 0.3). The number of leukocytes in the tonsillar mucosa was also significantly reduced after the use of "Furasol" compared to "Furacilin". Thus, the use of "Furasol" demonstrated higher effectiveness in the treatment of chronic tonsillitis compared to "Furacilin", leading to faster clinical improvement in patients.

Keywords: chronic tonsillitis, furasol, furacilin, palatine tonsils, lacuna irrigation, pathogenic flora, hydrogen ion concentration (ph), leukocytes, local treatment, nitrofurantoin drugs

Давронзода Манучехр Давроншо – Candidate of Medical Sciences, Head of the Department of Otorhinolaryngology of the SEI "AVICENNA TAJIK STATE MEDICAL UNIVERSITY". E-mail: shoevmd@mail.ru, tel: 93-400-47-57.

Муҳимият. Тонзиллитҳои музмин яке аз бемориҳои паҳншудаи роҳҳои болоии нафас ба ҳисоб мераванд, ки бештар кӯдакон ва калонсолонро фаро мегиранд. Ин беморӣ бо илтиҳоби музмини бодомакҳои ком оғоз ёфта, метавонад боиси пайдоиши дигар бемориҳои музмин, аз ҷумла бемориҳои дил, гурда ва бугумҳо гардад. Дар замони муосир, рушди илм ва техника ба пайдоиши усулҳои нави таҳқиқ ва муолиҷаи ин беморӣ имконият фароҳам овардааст. Барои пешгирии инкишофи оризаҳо, беморони гирифтори бемории музмини бодомакҳои ком дар як сол ду маротиба курси табобати профилактикӣ гузаронида мешаванд, ки яке аз ҷузъҳои он шустани лакунаҳои бодомакҳои ком мебошад. Барои таъсири маҳаллӣ ба микрофлораи патогенӣ доруҳои гуногун истифода мешаванд. [1,2,3,7]. Дар ин тадқиқот мо мекушем, ки ба усулҳои наву муосири муолиҷа ва пешгирии тонзиллитҳои музмин назар андохта, самаранокии онҳоро бо усулҳои анъанавӣ муқоиса намоем. Доруи маъмулан истифодашаванда маҳлули фурацилин - доруи гуруҳи нитрофуранҳо мебошад.

Яке аз хосиятҳои муҳими фурагини ҳалшаванда таъсири он ба штаммҳои тобовари микроорганизмҳо мебошад, дар ҳоле ки муқовимат ба ҳуди дору суст инкишоф меёбад. Хусусияти дигари ин дору мавҷудияти таъсири намоёни антибактериалӣ дар якҷоягӣ бо заҳролудшавии паст мебошад, ки истифодаи васеъи маҳаллии онро муайян мекунад. Истифодаи доруҳои насли қаблӣ (аз он ҷумла фурацилин) таъсири манфиро ошкор кард - фотосенсибилизатсияи баланд бо хориши ппст ва доғ [4, 5,8,10].

Дар натиҷаи таъсири Фурасол, микроорганизмҳо токсинҳоро камтар ҷудо мекунанд, бинобар ин, бештар шудани ҳолати умумии бемор ҳатто пеш аз қатъ шудани афзоиши микрофлора имконпазир аст. Доруҳои гуруҳи нитрофуранҳо системаи имунии баданро фаъол мекунанд: онҳо титри комплемент ва қобилияти лейкоцитҳоро барои фагоцитоз кардани микроорганизмҳо зиёд мекунанд [3,6,9].

Мақсади таҳқиқот— омӯзиши самаранокии клиникии истифодаи усулҳои муосири

муолиҷа ҳангоми табобати консервативии тонзиллити музмин дар қиёс бо усулҳои анъанавии табобати ин беморӣ.

Мавод ва усулҳои таҳқиқот. Дар заминаи шубҳаҳои бемориҳои гӯшу гулӯ ва бинии МД ММТ ҚТ «Шифобахш» аз соли 2020 то соли 2022 65 нафар беморони гирифтори тонзиллити музмин зери назорати мо қарор доштанд. Аз собиқаи беморӣ давомнокии он аз 1 то 4 солро ташкил медод. Ҳамаи беморон ба 2 гурӯҳ тақсим карда шуданд. Гуруҳи асосӣ аз 35 нафар беморон иборат буд, ки синну соли миёна $31,13 \pm 5,23$ соларо ташкил дод, ки лакунаҳои бодомакҳои ком бо маҳлули «Фурасол» шуста шуд. Гуруҳи муқоисавӣ аз 30 нафар беморон иборат буд, ки синну соли миёнашон $37,38 \pm 1,8$ сола буда, бо маҳлули «Фурацилин» шустани лакунаҳои бодомакҳои ком гузаронида шуданд. Дар байни беморони ду гурӯҳ фарқияти назаррас дар синну сол вучуд надошт ($p > 0,05$).

Меъёрҳои дохилшавӣ ба тадқиқот: мавҷудияти шикоятҳо аз дард; хориши гулӯ; эҳсоси «ҷисми бегона» дар гулӯ; бӯи бад аз даҳон.

Зухуроти клиникии тонзиллити музмин инҳо буданд: ғафсшавӣ, гиперемияи бозистодаи камонҳои пеши ком, часпиш бо камонҳои ком, мавҷудияти тарашшухоти патологӣ (фасоди моеъ, пробкаҳои казеозӣ-фасодӣ) дар лакунаҳои бодомакҳои ком.

Меъёрҳои истисно: мавҷудияти аломатҳои декомпенсацияи тонзиллити музмин (тонзиллитҳои зуд-зуд, паратонзиллит); думали назди бодомакҳои ком дар собиқа; ҳолати дарозмуддати субфебрилӣ; мавҷудияти патология аз ҷониби гурдаҳо, бугумҳо, дил.

Мо дар ҳамаи беморон нишондиҳандаҳои ионҳои гидрогенро дар луобпардаи бодомакҳои ком, флора ва ҳассосияти антибиотикҳоро дар таркиби лакунаҳои бодомакҳои ком муайян карда, таҳқиқоти ситологии луобпардаи бодомакҳои комро анҷом додем. Баҳодии ин параметрҳо пеш аз оғози шустани лакунаҳои бодомакҳои ком ва пас аз анҷоми курси муолиҷа гузаронида шуд. Барои муайян кардани флора дар ла-

кунаҳои бодомакҳои ком, мухтаво дар мухити Амелис кошта шуд. Гирифтани мухтаво аз лакунаҳои бодомакҳои ком субҳ бо меъдаи холӣ анҷом дода шуд.

Концентратсияи ионҳои гидроген (рН) дар таркиби лакунаҳои бодомакҳои ком бо истифода аз қоғази универсалии индикатории “LACHEMA” (Прага, Чехия) бо градация дар 1 воҳид муайян карда шуд. Ба луобпардаи (боло аз лакунаҳо) бодомакҳои ком тасмаи қоғази индикаторӣ гузошта шуд. Натиҷаи санҷиш пас аз 1 дақиқа бо муқоисаи ранги қоғаз бо стандарт арзёбӣ карда шуд. Вобаста ба дур шудани концентратсияи ионҳои гидроген аз меёр дар самти зиёд шудани кислота ё ишқорранги қоғаз тағйир ёфт. Он гулобӣ (бо зиёд шудани кислотаҳо) ё кабуд (ба андозаи зиёд шудани ишқорҳо) табдил ёфт. Одатан, концентратсияи ионҳои гидроген дар луобпардаи гулӯ дар мардон ва занони солим реаксияи каме ишқорӣ дорад ва дар ҳудуди 6,0-7,0 баробар аст.

Пардаи луобии бодомакҳои ком бо тампончаи пахтаи стерилизатсияшуда ламс карда шуд, ки пас аз он мухтавои тампон ба зарфи шишагӣ гузаронида шуд. Сипас, ондубора дар ҳаво хушк карда шуда, бо спирти метилений маҳкам карда шуда, мувофиқи Романовский-Гимза ранг карда шуда, баъд элементҳои ҳосилшуда ҳисоб карда шуданд. Хангоми дар микроскоп дидани шишаҳо

шумораи ҳуҷайраҳои хун, элементҳои бофта қайд карда шуд, ҳисобкунӣ дар воҳидҳо дар майдони назар гузаронида шуд.

Натиҷаи тадқиқот ва муҳокимаи онҳо. Ҳамаи беморони гуруҳи асосӣ ва ҳам гуруҳи муқоисавӣ пас аз табобат аз байн рафтани аломатҳои дарди гулӯ, бўи бад, эҳсоси чисми бегона дар гулӯ қайд карданд. Хангоми фарингоскопия пас аз муолиҷаи гузаронидашуда мо мавҷуд набудани мухтавои патологиро дар лакунаҳои бодомакҳо, кам шудани варами камонҳои комии пеши бодомакҳо мушоҳида кардем. Натиҷаҳои таҳлили мухтавои криптҳои бодомакҳои ком ба флора ва ҳассосият ба антибиотикҳо дар гурӯҳи асосӣ инҳо буданд: дар 19 нафар (54,3%) стафилококк, стрептококк *viridans a hem* - дар 6 нафар (17,1 %), *Klebsiella pneumoniae* - дар 2 (5,7%) бемор, флораи омехтаи *Candida* + *Klebsiella pneumoniae* - дар 3 (8,6%) нафар, *Staphylococcus aureus* + *Candida* - дар 5 (14,3%) бемор. Дар гурӯҳи муқоисавӣ хангоми омӯзиши ибтидоии таркиби лакунаҳои бодомакҳои ком дар 19 (63,3%) беморон гирифтори стафилококкҳо, 2 (6,7%) нафар - *Streptococcus viridans a hem*, муайян карда шуданд. 2 (6,7%) нафар - *Enterobacter cloacae*, 4 (13,3%) нафар - *Neisseria.sp*, 4 (13,3%) нафар - *Klebsiella pneumoniae*, 1 (3,3%) нафар - *Candida*, 1 (3,3%) бемор микрофлораи омехтаи *Neisseria.sp* + *Candida* дошт.



Хангоми аз нав дида баромадани мухтавои криптҳои бодомакҳои ком пас аз курси безаргардонӣ бо маҳлули Фурасол дар гурӯҳи асосӣ нишондодҳо чунин буданд: дар

5 нафар (14,3%) стафилококкҳо пайдо шуданд, *Streptococcus viridans a hem*. дар 4 (11,4%) нафар, *Klebsiella pneumoniae* - дар 2 (5,7%) беморон чудо карда шудааст, дар 24

(68,6%) беморон микрофлораи патогенӣ ва оппортунистӣ ошкор карда нашудааст. Дар гурӯҳи муқоисавӣ пас аз безараргардонии лакунаҳои бодомакҳои ком бо маҳлули Фурацилин *Staphylococcus aureus* дар 16 нафар (53,4%), *Streptococcus viridans* a hem дар 3 (10,0%) нафар, *Klebsiella pneumoniae* дар 4 нафар (13,3%), микрофлораи патогенӣ дар 4 нафар (13,3%) мушоҳида шуданд.



Муқоисаи натиҷаҳои кишт баъди курси муолиҷа нишон дод, ки шумораи беморони дар лакунаҳои бодомакҳояшон микрофлораи патогени надоштаҳангоми истифодаи маҳлули «Фурасол» (68,6%) нисбат ба истифодакунандагони маҳлули «Фурацилин» (13,3%) зиёд аст.

Мо нишондиҳандаҳои консентратсияи ионҳои гидрогенро дар таркиби лакунаҳои бодомакҳои ком муайян кардем. Муайян карда шуд, ки арзиши pH пеш аз курси муолиҷа дар гурӯҳи асосӣ $7,33 \pm 0,43$ ва баъд аз он $-6,67 \pm 0,44$ буд. Дар гурӯҳи муқоисавӣ натиҷаҳои омузиши pH гуногунанд: пеш аз муолиҷа - $7,31 \pm 0,42$, баъд аз он - $7,13 \pm 0,3$. Муқоисаи натиҷаҳои ниҳони табобат аҳамияти хеле пасти консентратсияи ионҳои гидрогенро дар беморони гурӯҳи асосӣ ($6,67 \pm 0,44$) нисбат ба гурӯҳи муқоисавӣ ($7,13 \pm 0,3$), $p < 0,05$ нишон дод.

Ҳамин тавр, нишондиҳандаи консентратсияи ионҳои гидроген дар таркиби лакунаҳои бодомакҳои ком баъди курси муолиҷа бо маҳлули «Фурасол» ба меъёри физиологӣ наздиктар буд ($p < 0,05$).

Омӯзиши таркиби ҳуҷайравии луобпардаи бодомакҳои ком имкон медиҳад, ки тағй-

ироти морфологӣ ва функционалии онро муайян кунем. Аз рӯи шиддатнокии миграцияи лейкоцитҳо ба маркази илтиҳоби музмин, табиати раванди патологӣ ва марҳилаи онро муайян кардан мумкин аст. Микдори лейкоцитҳо дар майдони биниш пеш аз муолиҷаи ҷузъӣ бо маҳлули «Фурасол» $3,47 \pm 0,68$ буд, пас аз табобат он ба $1,67 \pm 0,82$ кам шуд. Дар гурӯҳи муқоисавӣ пеш аз истифодаи ҷузъӣ бо маҳлули «Фурацилин» шумораи лейкоцитҳо дар майдони назар $3,73 \pm 0,12$ буд, пас аз безараргардонии лакунаҳои бодомакҳои ком ин нишондиҳанда то $2,54 \pm 0,58$ коҳиш ёфт, $p > 0,05$. Таҳқиқоти мо нишон дод, ки шумораи лейкоцитҳо дар луобпардаи бодомакҳои ком ҳангоми истифодаи маҳлули «Фурасол» нисбат ба истифодаи маҳлули «Фурацилин» камтар аст.

Хулоса. Истифодаи доруҳои гурӯҳи нитрофуран дар табobati ҷузъии тонзиллити музмин боиси зуд аз байн рафтани шикоятҳои беморон ва коҳиши клиникаи шиддати раванди илтиҳобӣ мегардад. Нишондиҳандаи консентратсияи ионҳои гидроген дар таркиби лакунаҳои бодомакҳои ком баъди курси муолиҷа бо маҳлули «Фурасол» ба меъёри физиологӣ наздиктар буд. Микдори лейкоцитҳо дар пардаи луобии бодомакҳои ком пас аз истифодаи ҷузъии маҳлули «Фурасол» камтар буд. Ҳамин тариқ, маълумотҳои мо нишон медиҳанд, ки истифодаи маҳлули «Фурасол» дар муқоиса бо маҳлули «Фурацилин» дар табobati тонзиллити музмин самараноктар аст.

Адабиёт

1. Андреева С.Н., Беляева Л.В. Антисептики местного действия в оториноларингологии: сравнительный анализ. // Практическая медицина. — 2021. — №5. — С. 40–44.
2. Григорьев П.А., Зайцева М.Н. Иммунологические аспекты хронического тонзиллита и их коррекция. // Российский иммунологический журнал. — 2020. — №3. — С. 12–18.
3. Журавлёва Т.В. Сравнительная оценка антисептических растворов при хроническом воспалении миндалин. // Терапевти-

ческий архив. — 2021. — №8. — С. 56–59.

4. Клинические рекомендации Минздрава РФ. Хронический тонзиллит у взрослых: диагностика и лечение. — М.: Минздрав России, 2022.

5. Крылова Н.В. Фурацилин в клинической практике: эффективность и безопасность. // Медицинский журнал. — 2018. — №2. — С. 15–19.

6. Левина О.С. Изменение pH и микрофлоры при использовании различных антисептиков в терапии хронического тонзиллита. // Вестник клинической медицины. — 2019. — №7. — С. 33–37.

7. Мартынова Е.Г. Хронический тонзил-

лит: современные подходы к местной терапии. // Вестник оториноларингологии. — 2019. — №4. — С. 23–27.

8. Сергеева Т.М., Кузнецова Л.А. Лечение хронического тонзиллита у взрослых и детей. — М.: Медицина, 2020.

9. Сергеев Ю.В., Матвеев И.Н. Применение Фурасола при санации лакун небных миндалин. // Российская оториноларингология. — 2020. — №6. — С. 45–49.

Zabolotny D.I., Kolesnikova I.A. Comparison of antiseptic solutions in ENT practice: Furacilin vs Furasol. // International Journal of Otolaryngology. — 2020. — Vol. 36(2). — P. 121–125.

НИКОҲИ ХЕШУТАБОРӢ ҲАМЧУН ЯКЕ АЗ ОМИЛҲОИ ХАТАРИ МАӢЮБШАВИИ КӢДАКОН ДАР ҶУМҲУРИИ ТОҶИКИСТОН

Ёдгорова М.Ҷ., Мукарамова Д.А., Носирова М. П., Мирзокалонова М.Д.

Кафедраи тибби оилавии МДТ «ДДТТ ба номи Абуалӣ ибни Сино», ш. Душанбе, Тоҷикистон

НИКОҲИ ХЕШУТАБОРӢ ЯКЕ АЗ ОМИЛҲОИ МАӢЮБШАВИИ КӢДАКОН ДАР ҶУМҲУРИИ ТОҶИКИСТОН

Ёдгорова М.Ҷ., Мукарамова Д.А., Носирова М.П. Мирзокалонова М.Д.

Кафедраи тибби оилавии МДТ “ДДТТ ба номи Абуалӣ ибни Сино”, Ҷумҳурии Тоҷикистон

Резюме. Дар мақола баррасии адабиёти муосири ватанию хориҷӣ ва тадқиқотҳои ҳуди муаллифони оиди омилҳои хатари тавлидшавии кпдакон бо нуқсонҳои модарзодӣ, проблемаҳои никоҳи хешутаборӣ ҳамчун омили хатар пешниҳод карда шудаанд, ки яке аз проблемаҳои актуалии соҳаи тандурустӣ ба ҳисоб мераванд.

Бо пешниҳоди олимони генетик дар бисёр мамлакатҳои рушдкарда никоҳи хешутаборӣ қатъиян манъ карда шудааст. Аз рӯйи баҳодиҳии муҳаққиқон сабаби завоҷии сулолаҳои номдори аврупоӣ маҳз никоҳи хешутабории наздик ё хунӣ мебошад.

Аз рӯйи маълумоти Пажӯишгоҳи акушерӣ, гинекологӣ ва перинатологӣ дар мудати панҷ соли охир нуқсонҳои модарзодӣ дар байни қариб 4 ҳазор мурочиаткунандагон ба қайд гирифта шуд, сабаби зиёда аз 896 нафари онҳо маҳз ба никоҳи хешутаборӣ алоқаманд аст. Қайд намудан ҷойиз аст, ки фоизи ниҳоят ками аҳолии бинобар сабабҳои тафаккурӣ ба табибон мурочиат мекунанд, дар акси ҳол бошад рақамҳо нигароникунадаанд.

Зикр намудан ба маврид аст, ки давлати мо дар байни мамлакатҳое, ки дар онҳо никоҳи хешутаборӣ паҳн гаштааст, ҷойи аввал ва хатарнокро ишғол менамояд, хатари бо нуқсонҳои модарзодӣ таваллуд шудани кпдакон хеле баланд мебошад.

Мутахассисони ватанӣ ба ҳулосае омадаанд, ки 75 %-и кпдакони бо нуқсонҳои модарзодӣ таваллудшуда маҳз бо сабаби никоҳи хешутаборӣ ба дунё омадаанд ва дар оилаҳои никоҳи хешутаборидошта танҳо 25%-и кпдакон нисбатан солим мебошанд.

Калимаҳои калидӣ: никоҳи хешутаборӣ, нуқсонҳои модарзодӣ, маъҷубии кпдакон, машварати тиббии генетикӣ, синдроми Секкел.

Ёдгорова Майрам Чумахоновна - мудири кафедраи тибби оилавии МДТ “ДДТТ ба номи Абуали ибни Сино, н.и.т., дотсент.

РОДСТВЕННЫЙ БРАК КАК ОДИН ИЗ ФАКТОРОВ РИСКА ДЕТСКОЙ ИНВАЛИДНОСТИ В РЕСПУБЛИКЕ ТАДЖИКИСТАН

Ёдгорова М. Дж., Мукарамова Д.А., Носирова М. П., Мирзокалонова М.Д.
ГОУ “ТГМУ имени Абуали ибни Сино”, кафедра семейной медицины, Республика Таджикистан

Резюме. В статье приведены данные зарубежных и отечественных исследований ряда авторов о факторах риска рождения детей с врождёнными пороками, связанного с проблемой близкородственных браков, которая на данный момент актуальна в среднеазиатских регионах, в том числе и в Республике Таджикистан.

По предложению учёных-генетиков во многих развитых странах родственный брак строго запрещён законом. По оценкам исследователей, причиной исчезновения многих европейских династий стал именно близкородственный кровный брак.

По данным отдела медико-генетического консультирования НИИ акушерства, гинекологии и перинатологии, за последние пять лет среди обратившихся отмечено около 4 тысяч случаев патологии, из которых 896 имеют чёткую связь с близкородственными браками. Учитывая, что за консультацией обращается лишь небольшой процент людей, заинтересованных в здоровье своей семьи, реальные цифры могут оказаться шокирующими.

Также следует отметить, что наша республика занимает лидирующее положение среди стран с распространением родственного брака и рождениями детей с пороками.

Согласно выводам отечественных специалистов, 75% детей, рожденных в близкородственных браках, страдают заболеваниями и только 25% относительно здоровы.

По имеющимся данным, из более 35 тысяч детей-инвалидов в Таджикистане 35–40% приобретают заболевание внутриутробно, поскольку являются детьми кровных родственников.

Ключевые слова: родственный брак, врождённые пороки, дети, инвалидность, генетическая консультация, синдром Секкея.

Ёдгорова Майрам Джумахоновна - заведующая кафедрой семейной медицины ГОУ “ТГМУ им. Абуали ибни Сино”, к.м.н., доцент.

RELATIVE MARRIAGE AS ONE OF THE RISK FACTORS FOR CHILD DISABILITY IN THE REPUBLIC OF TAJIKISTAN

Yodgorova M.J., Mukaramova D.A., Nosirova M.P., Mirzokalonova M.J.
SEI “Avicenna TSMU”, Department of family medicine, Tajikistan

Relevance. At the insistence of geneticists, in many progressive countries of the world marriage between close relatives is strictly prohibited. According to experts, the reason for the disappearance of the most famous European dynasties was the conclusion of consanguineous marriages between them.

In Tajikistan the problem of consanguineous marriages also does not lose its relevance. Thus, N.D. Buzrukova et al., on studying congenital anomalies of development found that in 36% of cases of the birth of children with this pathology was a closely related marriage. This figure was 26% for Down syndrome and 20% for congenital heart defects [1].

According to M.F. Dodkhoeva et al., in assessing the medical and social aspects of malformations in newborns, closely related marriage was detected in 23.5% [2]. The results of the studies showed that the majority of patients who gave birth to children with malformations were young women, with their first pregnancy; every fifth patient indicated a consanguineous marriage, more than 90% were housewives, poorly educated and did not visit reproductive health centers [3].

According to the department of Medical and Genetic Counseling of the Research Institute of Obstetrics, Gynecology and Perinatology, over the past five years, about 4 thousand cases of pathology have been noted among those who applied, of which 896 have a clear connection with consanguineous marriages. Considering that only a small percentage of people interested in the health of their family seek advice, the real figures can be shocking.

It should be noted that our country is among the countries with a widespread tendency towards consanguineous marriages and is in the risk group number 1, where the probability of having a child with a developmental defect is very high.

Domestic experts have come to the conclusion that 75% of children born as a result of consanguineous marriages suffer from ailments and only 25% are relatively healthy.

According to data, out of more than 35 thousand disabled children in Tajikistan, 35-40% acquired the disease in the womb, since they are children of blood-related parents.

Keywords: consanguineous marriage, congenital malformations, child disabilities, medical and genetic counseling, Seckel syndrome.

Yodgorova Mairam Dzhumakhonovna - Head of the Family Medicine Department of the SEI «Avicenna TSMU», c.m.s, Associate Professor, Phone: 9187380009. E-mail: mayram.7002@gmail.com

Мубрамият. Ба андешаи олимони аломатҳои генетикӣ ба доминантӣ ва ретсессивӣ чудо мешаванд. Аломатҳои ретсессивӣ на дар модар ва на дар падар зоҳир намешаванд. Агар падар ва модар ҳомили гени ретседивӣ, ҳамон як аломати ретседивӣ бошанд, ин аломат дар тифли чоруми онҳо пайдо мешавад. Сабаби чунин мувофиқат кардан аз он иборат аст, ки дар падару модар як хел аст. Барои ҳамин ҳам, никоҳи хешутаборони ҳамхун, ки дар ин ҷо ҳарду чинс ҳомили гени ретсессивӣ ҳастанд, дар кӯдакони онҳо симптомҳои беморӣро пайдо мешаванд, ки барои онҳо маълум набуданд. Мисоли дигар, дар байни аҳоли бемориҳои ирсие ба таври васеъ паҳн шудаанд, ки ба хромосомаҳои чинсӣ пайваست мешаванд. Тавре ки ба мо маълум аст, дар ҳуҷайраҳои соматикӣ одамон 23 ҷуфти хромосомаҳо мавҷуд аст. Ҳар як ҷуфт аз ду хромосомаи гомологӣ иборат аст, ки яке аз падар ва дигар аз модар ба мерос гирифта шудааст.

Тавре ки аз таҳқиқотҳои гузаронидашудаи олимони маълум мешавад, ҳатари тавал-

луд шудани кӯдаки бемор 60%-ро ташкил медиҳад. Дар дараҷаи 2-юми никоҳи хешутабории хунӣ, ки ба ҳола ё тағо дохил мешаванд, ҳатари таваллуд шудани кӯдакони бемор 25%-ро ташкил медиҳад. Дар дараҷаи 3-юми никоҳи хешутабории хунӣ, ҳатари таваллуд шудани кӯдакони бемор аз 4 то 6%-ро ташкил медиҳад. Барои ин Филиппи II мисол шуда метавонад, ки ду маротиба бо хоҳарзодаи худ ҳонадор шудааст. Писари вай Филиппи 3 бо хоҳари он ҳонадор шудааст ва Филиппи 4 бо духтари амакаш ҳонадор шудааст. Фарзандони онҳо дорои қобиляти сусти тафаккур таваллуд мешаванд.

Тавре ки аз гуфтаҳои боло маълум мешавад, никоҳи хешутабории хунӣ ба қатори аломатҳои номатлуб дохил мешавад ва бештари одамони дунё муҳолифи чунин намуни никоҳ ҳастанд.

Сабабҳои асосии чунин намуни никоҳ дар ҳама давраи замон инҳо мебошанд:

1. Надонистани оддитарин қонунҳои биологӣ, ки сабаби пайдо шудани ҳама гуна аломатҳои бемориҳои генетикӣ мешаванд.

2. Проблемаҳои умумии иҷтимоӣ, яъне дар ҳама давраи замони мардҳо худро дар роҳи ҳимояи Ватан қурбон кардаанд, ки дар натиҷа, миқдори занҳо нисбат ба мардҳо чандин маротиба зиёд шудааст. Аз ин сабаб, одамони роҳи ҳалли ин проблемаро дар никоҳи ҳешутаборӣ пайдо кардаанд.

3. Муҳоҷирати глобалӣ, ки дар он асосан мардҳо иштирок меkunанд, дар бештари мавридҳо бо занҳои миллатҳои дигар ҳонадор мешаванд. Дар ин ҳолат бештари духтарҳо ба синни никоҳӣ мерасанд ва бе шавҳар мемонанд.

Айни замони дар бисёр кишварҳои дунё ҷавонон ба корҳои ношоям, ба монанди майзадагӣ, нишъамандӣ ва дигар одатҳои зарарнок даст мезананд ва ҳонадоршавӣ барояшон аҳамияте надорад. Бештари онҳо дар ҷавонӣ вафот меkunанд.

Бо исрои олимони генетикҳо дар бисёр кишварҳои пешрафтаи дунё никоҳи ҳешутаборӣ қатъиян манъ карда шудааст. Тибқи баҳодиҳии экспертҳо, сабаби аз байн рафтани сулолаҳои маъруфи аврупоӣ никоҳи ҳешутабории онҳо будааст.

Дар Тоҷикистон проблемаи никоҳи ҳешутаборӣ ба қонун дар бораи манъ кардани никоҳи ҳешутаборӣ нигоҳ накарда, мубрамии худро гум накардааст. Чунончи, Н.Д. Бузрукова ва ҳаммуаллифони Ҳангоми омӯхтани аномалияҳои модарзодии инкишоф муайян карданд, ки дар 36%-и ҳолатҳои таваллудшудани кӯдакони дорои ин бемориҳо аз никоҳи ҳешутаборӣ ба дунё омадаанд. Ин нишондиҳанда Ҳангоми бемории Даун 26%, барои нуксонҳои модарзодии дил 20%-ро ташкил дод [1]. Тибқи маълумоти М.Ф. Додхоева ва ҳаммуаллифони Ҳангоми баҳо додан ба ҷанбаҳои тиббӣ ва иҷтимоии нуксонҳои инкишофи навазодон никоҳи ҳешутаборӣ дар 23,5% муайян карда шуд [2]. Натиҷаҳои таҳқиқотҳо нишон доданд, ки аксари бештари бемороне, ки кӯдаки дорои нуксони инкишоф таваллуд кардаанд, занҳои синну соли ҷавон ва аз ҳомилагии яқум буданд; ҳар як бемори панҷум аз никоҳи ҳешутаборӣ таваллуд кардааст, зиёда аз 90%-и онҳо соҳибхоназан буданд, кам таҳсилкарда буда, ба марказҳои солимии репродуктивӣ муроҷиат накардаанд [3].

Тибқи маълумоти шуъбаи машварати тиббӣ-генетикии ПИТ Акушерӣ гинекологӣ ва перинатологӣ дар 5 соли охир беморӣ дар байни муроҷиаткардаҳо тақрибан дар 4 ҳазор ҳолат ба қайд гирифта шуд, ки аз онҳо (зиёда аз ҳазор нафар) 896 нафар робитаи возеҳи никоҳи ҳешутаборӣ доштанд. Бо назардошти он, ки барои машварат танҳо фоизи ками одамон муроҷиат меkunанд ва ба саломатии худ Ҳангоми таваллудкунӣ тавачҷуҳ зоҳир менамоянд, рақамҳои мазкур метавонанд, ки тақондиҳанда бошанд.

Қайд кардан зарур аст, ки давлати мо дар байни кишварҳои ҷойгир шудааст, ки дар онҳо анъанаи никоҳи ҳешутаборӣ ҳеле паҳн шудааст ва дар гурӯҳи хатари рақами 1 қарор додранд, ки дар ин ҷо эҳтимоли таваллудшудани кӯдакони бо нуксонҳои инкишоф ҳеле баланд аст.

Мутахассисони ватанӣ ба ҳулосае омадаанд, ки дар 75 %-и кӯдакони аз никоҳи ҳешутаборӣ таваллудшуда аз бемориҳо ранҷ мебаранд ва танҳо 25%-и онҳо нисбатан солиманд.

Тибқи маълумотҳо аз зиёда аз 35 ҳазор кӯдакони маъҷуб дар Тоҷикистон 35-40% Ҳанӯз дар батни модар бемор буданд, чунки кӯдакони аз никоҳи ҳешутаборӣ таваллудшуда мебошанд.

Маъвод ва усулҳои таҳқиқот. Мо кӯдакони аз никоҳи ҳешутаборӣ таваллудшударо дар 24 оила таҳқиқ кардем. Ҳамагӣ 109 кӯдаки синну соли аз 1 то 18-сола буданд, ки дар байни онҳо писарҳо 68 (62.4%), духтарҳо 41 (37.6%) буданд.

Таҳлили таърихи инкишофи кӯдакони ва пурсиши волидайн гузаронида шуд, анамнези ҳаёти ҳар як оила ҷамъоварӣ гардид.

Дар ҳамаи кӯдакони усулҳои умумиклиникии таҳқиқот гузаронида шуд: таҳлили умумӣ ва биохимиявии хун, ЭЭГ тибқи зарурат, ТК майнаи сар, муайян кардани омилҳои лахташавии хун, сатҳи гормонҳои ғадуди сипаршкл, ТУС-и майнаи сар ва узвҳои дарунӣ, рентгенографияи шушҳо, рентгеноскопияи роҳи ҳозима, муоинаҳои мутахассисон: неонатолог, педиатр, невропатолог, кардиолог, психоневролог, гематолог, эндокринолог, окулист ва инфекционист.

Натиҷаҳои таҳқиқот ва муҳокимаи онҳо.

Пурсиши гузаронидашуда нишон дод, ки дар 100%-и ҳолатҳо оилаҳо аз никоҳи хешу-табори наздик ташкил ёфтаанд (писархола ва духтархола, писарамак ва духтарамак). Дар байни таҳқиқшудагон дар 61 (56%) баланд шудани фишори шарёӣ, ҳолетсист-панкреатити музмин дар 82 (75.2%), махсусан дар нафарони чинси мард, решӣ меъда ва рӯдаи 12-ангуштӣ дар 24 (22.1%), бо бартарӣ доштани чинси мард, нуқсонӣ дил дар 29 (26.6%), аз ҷумла тетрада ва триадаи Фалло 4 ҳолат (3.7%), НДБМ дар 9 (8.2%), МКШ (8.2%) ҳолат, ФКМ дар 5 (4.9%) кӯдак, синдроми Даун дар 11 (10.1%) кӯдак, гемофилия дар 6 (5.5%) кӯдак дида шуд, ки дар ин маврид модар кондуктори ген буд, диабетӣ қанди типӣ 3 дар 3 (2.8%) кӯдак, дар 2 (1.8%) кӯдак синдроми Секкел – пақанаи паррандасар (кӯдаки қадпасти ба парранда монанд, камакл, нанизм). Бар иловаи бемориҳои ҷиддии зикршуда, дар ҳамаи таҳқиқшудагон муайян карда шуд: натиҷаи осеби косахонаву майнаи сар ғангоми валодат бо синдроми гипертензияи дохили косахонаи сар дар 98 (95%) ҳолат, аз онҳо 68 омодагии ихтилоҷӣ ва ихтилоҷ (47.4%), ихтилоли спектри аустистӣ бо ақибмонии инкишофи асабӣ-рӯҳӣ ва нутқ дар 48 (45%) ҳолат, анемияи генез ва дараҷааш гуногун дар 35 (87.5%) бо бартари камхунӣ камбудӣ оҳан, пиелонефрит дар 79 (72.5%), бемории бронху шушҳо дар 84 (35%), аз ҷумла тӯлкашида дар 78 (85.7%). Таҳлили ретроспективии таърихи инкишофи кӯдакони нишон дод, ки (формаи - 024), басомади БШР (бемориҳои шадиди респираторӣ) аз 5 то 12 ва ҳолатҳои бештарро дар як сол дар бар мегирад.

Таҳқиқоти ретроспективии картаҳои тиббии кӯдакони баҳодихӣ комплекси ҳолати саломатӣ, баҳоджихӣ ба инкишофи ҷисмонӣ, таҳқиқи хуни периферӣ ва муоинаи отоларингологро дар бар гирифтааст. Дар баъзе ҳолатҳо таҳқиқоти муфасссал ҳам дар шароити амбулаторӣ ва ҳам муассисаҳои бисёрсоҳаи тиббӣ гузаронида шудааст. Қисми бештари кӯдаконе, ки ба мактабҳои таҳсилоти миёнаи умумӣ рафтаанд, ба гурӯҳи солими IIВ ва III (мутаносибан 60,9 %

ва 36,2 %), ду нафар ба гурӯҳи солими IV (2,9 %) дохил шудаанд. Ин нишондиҳандаҳо аз мавҷудияти бемориҳои музмин дар бештари респондентҳои дорои бемориҳои сироятии такрорӣ ба таври объективӣ гувоҳӣ медиҳанд.

Инкишофи ҷисмонии 82,6 %-и кӯдакони ҳамчун миёна ва мавзун баҳогузорӣ карда шуд; дар 77 кӯдак (70.6%) таваккуфи инкишофи ҷисмонӣ ба қайд гирифта шуд. Бемориҳои ҳамроҳшуда дар кӯдакони дорои таваккуфи инкишофи ҷисмонӣ бемориҳои модарзодии нуқсонӣ инкишоф, бемориҳои системаи марказии асаб мебошанд. Натиҷаҳои таҳқиқот имконият доданд, ки соҳтори беморшавӣ дар гурӯҳи кӯдакони зиёд беморшаванда (КЗБ) омӯхта шавад. Дар байни ҳолатҳои патологӣ, ки дар кӯдакони таҳқиқшуда дучор шуданд, бемориҳои музмини узвҳои ЛОР (тонзиллити музмин, гиперплазияи ҳалқбинӣ ва бодомакҳои ком, ринити алергии доимӣ ва мавсимӣ) мавқеи асосиро ишғол мекунанд.

Муқаррар карда шуд, ки дар бештари кӯдакони БШР-ҳои зуд-зуд дучоршаванда ва давомнок дар заминаи бемориҳои музмини системаи дилу рағҳо (асосан нуқсонҳои модарзодии дил), системаи нафаскашӣ (ҷараёни идоранашавандаи астмаи бронхиялӣ, пневмонияи музмин), дастгоҳи урогениталӣ (пешобу таносулӣ), (пиелонефрити такрорӣ музминт, нефропатияи дисметаболикӣ), инчунин тимомегалияи дараҷаҳои II-III пайдо шудаанд. Дар 4 ҳолат сирояти силӣ муайян карда шуд, аз ҷумла дар як кӯдак, ки қаблан дар вай ташхиси сили гиреҳҳои лимфавии даруни қафаси сина гузошта нашуда буд. Камхунӣ норасоии оҳан, ки яке аз аломатҳои он шохиси баланди сироятӣ аст, дар 88 респондент муайян карда шуд.

Хулосаҳо. 1. Таҳқиқот нишон дод, ки проблемаи мазкур дар Тоҷикистон ба таҳлили ҷиддӣ ва минбаъд омӯзиши масъалаҳои марбута ва қабул кардани қарори дахлдор ниёз дорад, зеро дар ягон ҳолат, дар кӯдакони оилаҳои таҳқиқшуда, ки дар никоҳи хешу-таборӣ қарор доранд, кӯдакони солим муайян карда нашуд. Ҳамин тавр, проблемаи

никоҳи хешутаборӣ, ба тамоюлҳои мачудаи пастваӣ нигоҳ накарда, боз ҳам яке аз омилҳои асосии хатари таваллуд шудани кӯдакони дорои нуқсонҳои модарозодӣ боқӣ мемонад.

2. Имрӯз, вақте ки ҷомеа ба ин зухуроти номатлуб таваҷҷуҳ зоҳир мекунад, мутахассисро лозим аст, ки дар наздиктарин муҳлат таҳқиқоти комплекси илмиро, ки оқибатҳои иникоҳи хешутабории хуниро исбот мекунад, анҷом диҳанд. Азбаски илми генетика дар ҷумҳурии дар сатҳи хуб қарор дорад, ба олимони пешниҳод карда мешавад, ки пажӯҳишҳои илмиву таҳқиқотии пурқуввати бо ҳама таҷҳизоти мусир таъмин, ташқил кунанд.

3. Бо мақсади пешгирӣ намудани раванди таваллуд шудани кӯдакони дорои имкониятҳои маҳдуд, ҳамкориҳои дучонибаи байни Муассисаҳои давлатии тиббӣ ва муассисаҳои идоравӣ, бо сардорони Шулоҳҳои маҳаллаҳо, ҷамоатҳо оид ба масоили муқовимат бар муқобили никоҳи хешутаборӣ пурзӯр карда, ба аҳоли дар бораи оқибатҳои номатлуби никоҳи хешутаборӣ маълумот дода шавад. АЗ ВАО истифода шавад, роликҳо аз ҳаёти кӯдакони бемори аз никоҳи хешутаборӣ таваллудшуданамоиш дода шавад. Мутахассисони соҳаи генетика тайёр карда, лабораторияҳои генетикӣ кушода шавад.

Адабиёт

1. Бузрукова Н.Д. Некоторые аспекты врождённых Пороков развития новорождённых детей / Н.Д. Бузрукова, Р.Х. Саидмуродова, К.К. Махаммов, Ф.К. Олимова // Известия Академии наук Республики Таджикистан. Отделение биологических и медицинских наук. – 2015. - №1(189). – С. 64-68.
2. Додхоева М. Ф. Медико-социальные аспекты Врождённых пороков развития

новорождённых / М. Ф. Додхоева, В. Ю. Мельникова // Доклады Академии Наук Республики Таджикистан. – 2013. - №1. – С.72-77.

3. Леманс Ю.Ф. Выбор супружеской пары для счастья в браке и улучшения наследственности // Ганс Ф.К., Гюнтер. Избранные труды по расологии. Перевод с немец.- А.М. Иванова. – М.2002.-С.-480.

4. Сарсенбаева Г.И. Редкие врожденные заболевания в детской кардиохирургии / Г.И. Сарсенбаева, А.И. Ким, А.К. Тулебаева // Здравоохранение Таджикистана. – 2019. – №2 (341). – С.71-77.

5. Тихомирова Н.А. Роль факторов среды обитания в развитии врожденных пороков / Н.А. Тихомирова, И.Ф. Колпащикова // Вестник РУДН. Серия: Экология и безопасность жизнедеятельности. - 2008. - №3. – С.70-74.

6. Шамсов Б.А. Роль ультразвуковой диагностики При врожденных пороках сердца у детей / Б.А. Шамсов, М.А. Хусейнова / Материалы I-го съезда Ассоциации Детских хирургов Центральной Азии и I-го съезда РОО «Казахстанские детские хирурги»: сб. Статей. – Алматы, 2019. – С. 182-183.

7. Шатова Н. Брачные отношения: ресурсы и перспективы. – Владивосток: Наука, - 2004. С.- 130.

8. Шипилова Л.М. Анализ структуры врожденных Пороков развития у новорожденных за последние 5 Лет (2014 - 2018гг.) / Л.М. Шипилова, Старчикова Т.А. // Российский вестник перинатологии и педиатрии. – 2019. - №4. – С. 230-231.

9. Янковская Н.И. Возможные факторы риска Возникновения врожденных пороков развития у новорожденных в современных экологических условиях // Современные проблемы гигиены, радиационной и экологической медицины. – 2014. - №4. – С. 342-345.

ОИД БА МАСЪАЛАИ САМАРАНОКИИ ИСТИФОДАИ НАВЪҲОИ ГУНОГУНИ КОНСТРУКСИЯҲОИ ҶУДОШАВАНДАИ ОРТОПЕДӢ ДАР БЕМОРОНИ ГИРИФТОРИ БЕМОРИҲОИ ҲАМРОҲШУДА

Зарипов А.Р., Шарипов Х.С., Хамидов А.И., Хушвахтов Т.А.

Кафедраи стоматологияи ортопедии МДТ ДДТТ ба номи Абуалӣ ибни Сино

Резюме. Муолиҷаи ортопедии стоматологии барқароркунандаи функсияи мукаммали қатори дандонҳо чораи муҳимми пешгирикунанда дар пайдоиш ва такрорёбии амрози музмини узвҳои ҳозима мегардад. Нуқсонҳои дастгоҳи ҳойиш, ки бо талафоти дандонҳо алоқамандӣ дорад, боиси ихтилолоти зиёди функционаливу сохтории узвҳои ковокии даҳон, роҳҳои ҳозима ва дар маҷмӯъ, организм мегардад.

Агар нуқсони қатори дандонҳо дар беморон мавриди таҳлил қарор шавад, пас бартарият доштани нуқсонҳои як ва дутарафаи нӯғҳо(охира) ба қайд гирифта мешавад. Ҳангоми муолиҷаи ортопедӣ бо истифода аз протезҳои ҷудонашаванда зарурати ба пешгирии папиллит ва гингивит таваҷҷуҳи махсус зоҳир кардан ба миён меояд.

Калимаҳои калидӣ: конструксияҳои ҷудонашавандаи ортопедӣ, нуқсонҳои яктарафа ва дутарафаи нӯғҳо(охира), бемориҳои ҳамроҳшуда.

Зарипов Акбар Раҳмоновӣ, номзади илмҳои тиб, дотсент, мудири кафедраи стоматологияи ортопедии ДДТТ ба номи Абуалӣ ибни Сино, Zaripov.Dovud.98@bk.ru тел. 93-803-63-29

К ВОПРОСУ ОБ ЭФФЕКТИВНОСТИ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ РАЗЛИЧНЫХ ВИДОВ СЪЕМНЫХ ОРТОПЕДИЧЕСКИХ КОНСТРУКЦИЙ У БОЛЬНЫХ С СОПУТСТВУЮЩИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

Зарипов А.Р., Шарипов Х.С., Хамидов А.И., Хушвахтов Т.А.

Кафедра ортопедической стоматологии ТГМУ им. Абуали ибни Сино

Резюме. Ортопедическое стоматологическое лечение, восстанавливающее функциональную полноценность зубных рядов, становится важной мерой профилактики возникновения и рецидивирования хронических заболеваний органов пищеварения. Дефекты жевательного аппарата, связанные с потерей зубов, приводят к значительным функциональным и структурным нарушениям в органах ротовой полости, желудочно-кишечном тракте и организме в целом. Если проанализировать дефекты зубных рядов у больных, обращает на себя внимание преобладание одно- и двусторонних концевых дефектов. При ортопедическом лечении с применением несъемных протезов особое внимание следует уделять профилактике папиллитов и гингивитов.

Ключевые слова: съемная ортопедическая конструкция, односторонние и двусторонние концевые дефекты, сопутствующие заболевания.

Зарипов Акбар Раҳмоновӣ - кандидат медицинских наук, доцент, зав. кафедрой ортопедической стоматологии ТГМУ им. Абуали ибни Сино. E-mail: Zaripov.Dovud.98@bk.ru, тел. 93-803-63-29

ON THE QUESTION OF THE EFFECTIVENESS OF USING VARIOUS TYPES OF REMOVABLE ORTHOPEDIC STRUCTURES IN PATIENTS WITH CONCOMITANT DISEASES

A.R. Zaripov, H.S. Sharipov, A.I. Khamidov, T.A. Khushvakhtov

Department of Orthopedic Dentistry TSMU named after Abuali ibn Sino

Resume. Orthopedic dental treatment that restores the functional integrity of the dentition is becoming an important measure for preventing the occurrence and recurrence of chronic diseases of the digestive system. Defects of the masticatory apparatus associated with tooth loss lead to significant functional and structural disorders in the oral cavity, gastrointestinal tract and the body as a whole. If we analyze the defects of the dentition in patients, the prevalence of unilateral and bilateral terminal defects is noteworthy. In orthopedic treatment using fixed dentures, special attention should be paid to the prevention of papillitis and gingivitis.

Key words: removable orthopedic structure, unilateral and bilateral terminal defects, concomitant diseases.

Zaripov Akbar Ranjmonovich - PhD, Associate Professor, Head of the Department of Orthopedic Dentistry, Avicenna Tajik State Medical University. E-mail: Zaripov.Dovud.98@bk.ru, tel. 93-803-63-29

Муҳимияти таҳқиқот. Муолиҷаи ортопедии стоматологии барқароркунандаи функсияи мукаммали қатори дандонҳо чораи муҳимми пешгирикунанда дар пайдоиш ва такрорёбии амрози музмини узвҳои ҳозима мегардад [1]. Нуқсонҳои дастгоҳи хойиш, ки бо талафоти дандонҳо алоқамандӣ дорад, боиси ихтилоли зиёди функционаливу сохтории узвҳои ковокии даҳон, роҳҳои ҳозима ва дар маҷмӯъ, организм мегардад.

Агар нуқсонҳои қатори дандонҳо дар беморон мавриди таҳлил қарор шавад, пас бартарият доштани нуқсонҳои як ва дутарафаи нӯғӣ (охира) ба қайд гирифта мешавад (36%). Нуқсонҳои ҳамроҳ дар мавриди 26% беморон, омехта зимни 18% ва пурра набудани дандон бошад, ҳангоми 14%-и мушоҳидаҳо зоҳир гашт [2].

Ҳангоми муолиҷаи ортопедӣ бо истифода аз протезҳои ҷудонашаванда зарурати ба пешгирии папиллит ва гингивит таваҷҷуҳи махсус зоҳир кардан ба миён меояд [3]. Дар ҳолати омӯзиши натиҷаҳои дури истифодаи протезҳои ҷудонашаванда бемориҳои аз ҷиҳати клиникӣ ошкорои пародонт зимни 54,8%-и ҳодисаҳо зоҳир мешавад, ки дар ин маврид 29,9%-ро гингивити музми-

ни назлаи дараҷаи сабук ва 10,6%-ро бошад, гингивити музмини назлаи дараҷаи миёна ва 14,3%-и боқимондари пародонтити музмини мавзъи гирифтаи дараҷаи сабук ташкил медиҳад [4].

Мақсади таҳқиқот. Мукамал намудани ёрии ортопедии стоматологӣ ба беморони гирифтӣ ба амрози ҳамроҳ.

Мавод ва усули таҳқиқот. Зимни марҳалаи аввали пажӯҳиш аз ҷониби мо таҳлили ретроспективии картаҳои тиббии амбулатории беморон дар синни аз 20-сола боло дар давраи солҳои 2021-2024 таҳлил карда шуд, ки барои ёрии стоматологӣ муроҷиат намудаанд муолиҷаи ортопедӣ гирифтаанд. Пажӯҳиш дар пойгоҳи кафедраи стоматологии ортопедии Маркази таълимӣ-илмӣ-клиникии «Стоматология»-и МДТ «ДДТТ ба номи Абуалӣ ибни Сино» дар шаҳри Душанбе ба амал оварда шуд.

Зимни марҳалаи дуюм дар мавриди ҳар бемор муоинаи клиникӣ ковокии даҳон аз рӯйи усули умумиқабулшуда татбиқ гардид, ки ҷамъоварии анамнез, муоина, инчунин таҳлили маълумоти усулҳои иловагӣ таҳқиқ (рентгенограмм, ЭОТ)-ро дар бар мегирад. Дар ҳар бемор синфи нуқсонҳои қатори дандонҳо (мо таснифоти Гаврилов Е.И.-ро ба кор бурдем), ҳолати беҳдошти ковокии даҳон, мавҷудияти амрози соматикӣ ҳамроҳ, инчунин ҳолати протези дандон дар ковокии даҳон муайян карда шуд.

Илова бар ин, «таърихи протезкунонӣ»-и ҳар бемор аз лаҳзаи тайёр кардани конструксияи аввалини ортопедӣ то имрӯз, муҳлати истифодаи протези дандон мавҷуда муайян карда шуд. Тамоми маълумоти ҳосилшуда ба картаи инфиродии бақайд-гирӣ сабт карда шуданд.

Натиҷаҳои таҳқиқот ва муҳокимаи онҳо. Протезҳои ҷудошаванда дар 207 бемори муоинашудаи умумисоматикӣ ҳангоми нуқсонҳои омехтаи қатори дандонҳо, зимни 131 бемор ҳангоми дандонҳои ягонаи дар ҷоғ истода ба кор бурда шуд. Ҳангоми нуқсонҳои нӯғӣ(охира) протезҳои ҷудошаванда зимни 131 ҳодиса истифода шуд. Аҳёнан (дар 55 ҳодиса) протезҳои ҷудошаванда ҳангоми нуқсонҳои ҳамроҳи қатори дандонҳо ба кор бурда шуд. Дар байни беморони муоинашуда бо амрози соматикӣ ҳамроҳ теъдоди протезҳои ҷудошаванда, ки барои ҷоғ боло ва поён тайёр карда шуда буданд, амалан якхела - мутаносибан 460 ($49,30 \pm 1,64\%$) ва 473 ($50,70 \pm 1,64\%$) ададро ташкил медод. Аз ин миён ҳиссаи протезҳои бюгелӣ ва лавҳагӣ дар ҳолати қисман набудани дандонҳо, ки барои ҷоғи поён тайёр карда шудааст, дар муқоиса ба ҳар навъи протез бештар буд. Протезҳои лавҳагӣ дар ҳолати пурра набудани дандонҳо бештар барои ҷоғ боло ($61,44 \pm 2,24\%$) тайёр карда шуда буданд. Дар беморони муоинашудаи гирифтӣ ба амрози соматикӣ ҳамроҳ дар байни протезҳои ҷудошаванда, ки ба иваз кардан ниёз доштанд, дар ҳолати қисман набудани дандонҳо протезҳои ҷузъӣ бештар буданд. Онҳо амалан аз протезҳои бюгелӣ даҳ баробар зиёд буданд. Протезҳое, ки аз 3 то 5 сол истифода шуда буданд, аз ҳама зиёд буда, теъдодашон ба 345 ($36,9\%$) адад мерасид. Қайд кардан зарур аст, ки ҳиссаи протезҳои муҳлати истифодабарии онҳо то се сол $15,22\%$ -ро ташкил медоданд. Муҳлати миёнаи истифодаи протезҳои ҷудошаванда $5,38 \pm 2,67$ -ро ташкил медод. Муҳлати истифодаи протезҳои ҷудошавандаи лавҳагӣ дар ҳолати пурра набудани дандонҳо чунин буд: то як сол - $3,27 \pm 1,0\%$, аз 1 то 3 сол - $22,88 \pm 2,4\%$, аз 3 то 5 сол - $40,52 \pm 2,8\%$, аз 5 то 7 сол - $13,37 \pm 1,9\%$, аз 7

то 10 сол - $9,48 \pm 1,7\%$, зиёда аз 10 сол бошад, $10,12 \pm 1,7\%$.

Ҳангоми қисман набудани дандонҳо дар ҳолати муқоиса кардани муҳлати истифодаи протезҳои ҷудошавандаи лавҳагӣ ва бюгелӣ қайд кардан мумкин аст, ки муҳлати хизматрасонии теъдоди зиёдтарини протезҳои лавҳагӣ аз 3 то 5 ($37,43 \pm 2,1\%$) ва протезҳои бюгелӣ бошанд, аз 5 то 7 сол ($34,35 \pm 5,9\%$)-ро ташкил медод. Инчунин қайд кардан зарур аст, ки афзалияти протезҳои лавҳагӣ ба такроран тайёр кардан ниёздошта бар бюгелӣ, ки муҳлати хизматрасонии то 5-соларо дорад, бештар аст. Теъдоди протезҳои бюгелӣ ҳангоми беморони статсионарӣ, ки муҳлати зиёда аз 5 сол хизмат кардаанд, аз теъдоди лавҳагӣҳо дида зиёдтар аст. Ҳангоми амрози соматикӣ ҳамроҳ муҳлати миёнаи истифодаи протезҳои бюгелӣ $6,12 \pm 2,41$ сол, протезҳои лавҳагӣ дар ҳолати қисман набудани дандонҳо $5,73 \pm 2,71$ сол ва протезҳои лавҳагӣ ҳангоми пурра набудани дандонҳо бошад, $4,63 \pm 3,16$ солро ташкил медиҳад.

Таҳлили муқоисавӣ амалишуда дар нисбати навъҳои протезҳои ҷудошавандаи истифодашуда ҳангоми қисман набудани дандонҳо зимни беморони мубтало ба амрози соматикӣ ҳамроҳ аз эътимоднокии зиёди протезҳои бюгелӣ қиёсан ба протезҳои лавҳагӣ далолат менамояд. Вале дар бораи эътимоднокии ҳар навъи протезҳои ҷудошаванда фақат баъди ба назар гирифтани маълумотҳо оид ба пайдоиши нуқсонҳо ва оризаҳои инкишофёбанда дар муҳлатҳои гуногуни истифодабарии протези мазкур ба таври ниҳой натиҷагирӣ мешавад. Нишондиҳандаи натиҷаҳои муолиҷаи қисман набудани дандонҳоро ба воситаи протезҳои ҷудошаванда зимни беморони статсионарӣ мавриди омӯзиш қарор дода, ба ҳулосае омадем, ки ориза ва нуқсонҳои гуногун сабабҳои иваз кардани протезҳои зикрнамуда гардидаанд. Дар рафти пажӯҳиш сабабҳои имконпазири иваз кардани протезҳои ҷудошаванда ба гурӯҳҳои зерин ҷудо карда шуданд: шикастани протез, шикастани дандонҳои тақягоҳӣ (ба ин гурӯҳ тамоми оризаҳои бо дандонҳои тақягоҳӣ алоқаманд

шомил карда шуданд), ихтилолоти эстетикӣ (аз рӯйи шикоятҳои беморон арзёбӣ карда шуд), зарурати тайёр кардани протези иловагӣ, пайдо шудани дард дар мавзеи протез (ба ин гурӯҳ тамоми оризаҳои шомил карда шуданд, ки дард новобаста ба этиологиясабаби иваз кардани протез шудааст), хоҳиши субъективии бемор, хуб фиксатсия нашудани протеза (мувофиқи хоҳиши бемор объективона арзёбӣ карда шуд). Шикастани протез ($33,12 \pm 1,5\%$) ва хуб фиксатсия нашудани протез ($27,86 \pm 1,5\%$) сабабҳои аз ҳама бештар рухдиҳанда ба ҳисоб мераванд. Ихтилолоти эстетикӣ аз он шумор дар мақоми савум ($12,97 \pm 1,1\%$) ҷойгир шудааст.

Сабаби муқоисавии иваз кардани протезҳои бюгелӣ ва протезҳои чудошавандаи лавҳагиро ҳангоми қисман набудани дандонҳо дар мавриди беморони гирифтор ба заминаи соматикӣ носозгор чунин қайд кардан зарур аст, ки мақоми асосироҳангоми протезҳои бюгелӣ оризаҳои бо дандонҳои тақягоҳӣ – шикастани дандонҳои тақягоҳӣ ($60,60 \pm 5,6\%$) иртиботдошта ва дар протезҳои лавҳагӣ бошад, шикастани протез ($38,68 \pm 2,1\%$) ва ихтилолоти эстетикӣ ($13,55 \pm 1,5\%$) алоқаманд буда, бозиданд. Ҳиссаи ҳодисаҳои хуб фиксатсия нашудани протезҳои лавҳагӣ дар қиёс ба протезҳои бюгелӣ (мутаносибани $19,96 \pm 1,7\%$ ва $13,64 \pm 3,8\%$) бештар аст. Инчунин ҳуди беморон дар муқоиса ба протезҳои бюгелӣ бештар хостгори иваз кардани протезҳои лавҳагӣ буданд (мутаносибан $8,56 \pm 1,2\%$ ва $6,06 \pm 2,6\%$). Маъмуоти мазкур мувофиқи навъҳои асосии ориза ва нуқсонҳои бартариати протезҳои бюгелиро ба лавҳагӣ нишон медиҳад.

Ҳангоми қисман набудани дандонҳо дар баробари протезҳои бюгелӣ ва лавҳагӣ дар мавриди беморони муоинашуда истифодаи 306 протези лавҳагӣ дар ҳолати пурра набудани дандонҳо ба қайд гирифта шуд. Хуб фиксатсия нашудани протез ($45,42 \pm 2,9\%$) ва шикастани протез ($29,41 \pm 2,6\%$) сабаби асосии тағйир додани протез гардидааст. Ихтилолоти эстетикӣ $13,40 \pm 2,0\%$ -ро ташкил медод. Зимни $8,82 \pm 1,6\%$ ҳодисаҳо хоҳиши субъективии бемор ва дар $2,94 \pm 1,1\%$ -и му-

шоҳидаҳо бошад, бо сабабҳои дигар протезкунонӣ тақроран ба амал оварда шудааст.

Ҳамин тавр, шикастани протез дар мавриди беморони мубтало ба амрози соматикӣ ҳамроҳ сабаби асосии иваз кардани протезҳои лавҳагӣ дар ҳолати қисман набудани дандон ва барои протезҳои бюгелӣ бошад, шикастани дандонҳои тақягоҳӣ сабаб ба ҳисоб мерафтанд. Беморони статсионарии муоинашудае, ки тамоман дандон надоштанд, бо сабаби хуб фиксатсия нашудани иваз намудани протезҳои лавҳагиро талаб менамуданд.

Қонуниятҳои инкишофи оқибатҳои муоилиҷаи пешакӣ татбиқшударо, ки дар мавриди беморони гирифтор ба амрози соматикӣ ҳамроҳ ба воситаи протезҳои чудошаванда амалӣ шуда буд, таҳти омӯзиш қарор дода, ба чунин қарор омадем, ки вобаста ба муҳлати истифодаи протез барои иваз кардани он сабабҳои гуногуне пайдо мешаванд. Ҳамин тавр, дар протезҳои бюгелӣ, ки то се сол муҳлати истифода доранд, пайдоиши дард дар мавзеи протез сабаби тақроран тайёр кардани онҳо мегардад. Солҳои баъдина шикастани дандонҳои тақягоҳӣ дар байни сабабҳои тақроран тайёр кардани протез мақоми асосӣ пайдо кардааст. Таҳлили инкишофи ориза ва нуқсонҳои ҳангоми протезкунонӣ ба воситаи протезҳои лавҳагии чудошаванда дар мавриди беморони статсионарӣ ҳангоми қисман набудани дандонҳо нишон дод, ки дар ҳолати аз 7 то 10 сол истифода намудани протез шикастани он ($40,23 \pm 5,26\%$) сабаби асосии иваз кардан протез маҳсуб меёбад. Дар ҳолати аз 5 то 7 сол истифода бурдан нисфи ҳодисаҳои пайдо шудани оризаву нуқсонҳо ($50,00 \pm 4,2\%$) бо сабаби шикастани протез ба амал меоянд. Ҳангоми зиёда аз 10 сол ба қарб бурдани протезҳои лавҳагӣ онҳо бештар бо сабаби хуб фиксатсия нашудани ($31,88 \pm 5,62\%$) дубора месозанд. Ҳодисаҳои шикастани дандонҳои тақягоҳӣ, ихтилолоти эстетикӣ, зарурати тайёр кардани протези иловагӣ дар ҳолати калон шудани ҳаҷми протезкунонӣ аҳёнан ба қайд (мутаносибан $2,85 \pm 0,71\%$, $9,55 \pm 1,45\%$ ва $8,73 \pm 1,2\%$) гирифта мешавад ва ба солҳои баробар тақсим мешавад. Пайдо шудани

дард дар мавзеи протез ҳамчун сабаби протезкунонии такрорӣ мутаносибан ба замонҳои истифодаи протез коҳиш ёфта, бештар дар се соли аввал ($18,75 \pm 5,64\%$) ба қайд гирифта мешавад. Протезҳои ҷудошавандаи лавҳагӣ бо муҳлати хизматрасонии то се сол ($16,66 \pm 5,38\%$) ва зиёда аз 10 сол ($15,94 \pm 4,41\%$) бештар мувофиқи хоҳиши субъективии беморон ба иваз кардан ниёз пайдо мекунад. Дар беморони мубтало ба амрози соматикӣ ҳамроҳ новобаста ба муҳлати истифодаи протезҳои лавҳагӣ шикастани протез ($29,41 \pm 2,61\%$) ва хуб фиксатсия нашудан ($45,42 \pm 2,85\%$) сабаби аз ҳама бештари иваз кардани онҳо мегардад. Ҳиссаи ихтилолоти эстетикӣ ва хоҳиши субъективии бемор (мутаносибан $13,40 \pm 1,95\%$ ва $8,82 \pm 1,63\%$), инчунин сабабҳои дигаре, ки аҳамияташон камтар аст, дар тамоми муҳлати истифодабарӣ ба мушоҳида мерасанд.

Хулоса. Ҳамин тавр, дар байни беморони муоинашудаи мубтало ба амрози ҳамроҳ новобаста аз муҳлати истифодаи протезҳои бюгелӣ шикастани дандонҳои тақиягоҳӣ, ки ниҳояти он ба муҳлати истифодабарии аз 3 то 5 сол рост меояд, сабаби иваз кардан мегардад. Сабаби иваз кардани протезҳои лавҳагӣ бошад, шикастани протез ба ҳисоб ме-

равад, ки амалан дар тамоми муҳлатҳои истифодаи протез бартарият дорад. Фақат ҳангоми зиёда аз 10 сол истифода бурдан хуб фиксатсия нашудани протезҳои лавҳагӣ сабабест, ки дар мақоми аввалро интиҳоб намудааст.

Адабиёт

1. Амиджанова З.Р. Основные результаты проведенных исследований по изучению исходных показателей пародонтологического статуса у соматических больных. / З.Р. Амиджанова, А.А. Исмоилов, С.Каримов // Вестник последипломного образования в сфере здравоохранения. - 2015. - № 1. - С.10-15.

2. Лепилин А.В. Сочетанные заболевания полости рта и органов пищеварения: клинические, морфологические и иммуноморфологические аспекты. / А.В. Лепилин, М.А. Осадчук, Н.В. Булкина // Российский стоматологический журнал. - 2015. - № 2. - С.34-39.

3. Сабуров С.К. Результаты использования различных видов ортопедических конструкций у больных с сопутствующей соматической патологией / С.К. Сабуров // Научно-медицинский журнал «Вестник Авиценны». - 2016. - № 2. - С. 82-86.

ТДУ 616.381-002-079

НАҚШИ МАРКЕРҲОИ ЭНДОТОКСИКОЗ ДАР ТАШХИСИ ОРИЗАҲОИ БАРВАҚТИ БАЪДИ ЧАРРОҲИИ ФАСОДИЮ СЕПТИКИИ ДОХИЛИ БАТН

Маҳмадзода Ф.И.¹, Садуллозода Д.Н.², Муродов А.И.³, Ашуров А.С.¹, Баротов К.И.¹, Нурув Х.С.¹, Эмомов Ҳ.С.¹

1. Кафедраи бемориҳои чарроҳии №1 ба номи академик К.М. Қурбонови “Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абуалӣ Ибни Сино”; 2. Муассисаи давлатии “Пажуҳишгоҳи гастроэнтерологии Ҷумҳурии Тоҷикистон”; 3. Муассисаи давлатии “Маркази илмӣ саратоншиносӣ”.

Мақсади таҳқиқот. Муайян намудани мавқеи маркерҳои эндотоксикоз дар ташхиси комплекси оризаҳои пас аз чарроҳии барвақтинаи фасодию-септикий дохили батнӣ.

Мавод ва усулҳои тадқиқот. Маводҳои омӯзишӣ ба таҳлили 142 беморони гирифтори мушкилоти барвақти пас аз чарроҳии дохили шикам, ки пас аз чарроҳии узвҳои мавзеи гепатобилиарӣ асос ёфтаанд. Аз ин шумора дар 54 нафар (38,0%) беморон перитонити пас аз чарроҳӣ (ППЧ), абсаҳои дохили батн (АДБ) – 54 (38,0%) ва панкреонекроз (ПН) – 34 (24,0%) буданд. Дар 101 ҳолат (71,1%) оризаҳои дохили батнӣ пас аз амалиёти фаврӣ дар ҷигар ва системаи сафро ба вуқӯф омадааст.

Натиҷаҳо. Нишондодҳои эндотоксемия дар беморони гирифтори ППЧ-и пас аз ҷарроҳии паҳншуда ба таври назаррас тағир ёфта буда, ҳамзамон аломатҳои асосии эндотоксемия дар сатҳи критикӣ қой доштанд. Хамин тариқ, таркиби молекулаҳои массаи миёна (МММ) $1676 \pm 142,3$ мкг/мл, пероксидшавии липидҳо (ПОЛ) – конъюгатҳои диенӣ (КД) - $2,0 \pm 0,5$ ммоль/мг, диалдегиди малонӣ (ДМА) - $5,5 \pm 0,22$ ммол/мг буд. Баръакс, арзишҳои СОД коҳиш ёфтанд ($24,5 \pm 1,81\%$). Дар баробари ин, беморони ин гурӯҳ афзоиши возеҳтар дар сатҳи АЛТ ва АСТ нисбат ба беморони гирифтори ППЧ маҳаллӣ – то $1,030 \pm 0,02$ ва $1,21 \pm 0,17$ ммоль/л -ро нишон доданд. Нишондиҳандаҳои эндотоксемия дар беморони бо АДБ дар ҳама қойҳои абсаҳо ба таври назаррас афзоиш ёфтанд. Аммо дар абсаҳои сершумори байни рӯдаҳо, аз ҷумла кос ва дохиличигарӣ (МММ - 1128 ± 230 мкг/мл, ПОЛ - КД - $2,1 \pm 0,7$ ммоль/л, ДМА - $4,8 \pm 0,23$ ммоль/л) ва қойгиршавии болоии чигар (МММ - $0,23$ ммоль/л) тағйироти назаррас мушоҳида карда шуданд. КД - $1,9 \pm 0,2$ ммол/мг, ДМА - $4,1 \pm 0,54$ ммол/мг). Дар беморони гирифтори панкреонекрозҳои пас аз ҷарроҳии массивӣ ва тоталӣ-субтоталӣ, миқдори МММ $1152,8 \pm 151$ мкг/мг ва $1174,01 \pm 230$ мкг/мг, ПОЛ: КД - $1,9 \pm 0,5$ ммол/л ва $2,1 \pm 0,9$ ммол/л/л ва $2,1 \pm 0,9$ ммоль/мг ва МММ, $5,6 \pm 0,28$ ммол/мг. Дар баробари ин афзоиши нишондоди қанд то $7,4 \pm 0,8$ ммол/л ва $12,5 \pm 0,8$ ммол/л ба мушоҳида мерасид.

Хулоса. Дар маҷмуи тадқиқотҳо маркерҳои эндотоксикоз ҳам дар нақшаҳои ташхисӣ ва ҳам табобатӣ барои ислоҳи раванди мушкилиҳои барвақтинаи баъди ҷарроҳии фасодию-септикий дохили батнӣ, нақши асосиро мебозанд.

Калимаҳои калидӣ: перитонити пас аз ҷарроҳӣ, абсаҳои баъдичарроҳӣ, панкреонекрози баъди ҷарроҳӣ, маркерҳои эндотоксикоз

РОЛЬ МАРКЕРОВ ЭНДОТОКСИКОЗА В ДИАГНОСТИКЕ РАННИХ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ВНУТРИБРЮШНЫХ ГНОЙНО-СЕПТИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ

Махмадзода Ф.И.¹, Садуллозода Д.Н.², Муродов А.И.³, Ашуров А.С.¹, Баротов К. И.¹, Нуров Х. С.¹, Эмомов Х.С.¹

¹Кафедра хирургических болезней №1 ГОУ “ТГМУ им. Абуали ибни Сино”

²ГУ “Институт гастроэнтерологии Республики Таджикистан”: ³ГУ Научный центр онкологии” МЗ и СЗН РТ

Цель исследования. Определить место маркеров эндотоксикоза в комплексной диагностике ранних послеоперационных внутрибрюшных гнойно-септических осложнений.

Материалы и методы. Материалы исследования основаны на анализе 142 больных с ранними послеоперационными внутрибрюшными осложнениями (РПВО) после операций на органах гепатобилиарной зоны. Из них с послеоперационным перитонитом (ПП) было 54 (38,0%), внутрибрюшными абсцессами (ВБА) 54 (38,0%) и послеоперационным деструктивным панкреонекрозом (ПДП) 34 (24,0%) больных. РПВО у 101 (71,1%) больного возникали после экстренных операций на печени и желчевыводящей системе.

Результаты. В значительной степени показатели эндотоксемии были нарушены у пациентов с послеоперационным распространенным ПП, при этом основные маркеры эндотоксемии были в критических уровнях. Так, содержание МСМ составило $1676 \pm 142,3$ мкг/мл, ПОЛ – ДК - $2,0 \pm 0,5$ ммоль/мг, МДА - $5,5 \pm 0,22$ ммоль/мг. Показатели СОД оказались, наоборот, сниженными ($24,5 \pm 1,81\%$). Параллельно при этом у больных данной группы отмечалось более выраженное, чем у пациентов с локальным ПП, увеличение показателей АлАт и АсАт – до $1,030 \pm 0,02$ и $1,21 \pm 0,17$ ммоль/л соответственно. Показатели эндотоксемии при ПВА были значительно увеличены при всех локализациях гнойников. Од-

нако более ощутимые сдвиги наблюдались при множественных межкишечных абсцессах, в т.ч. малого таза и внутрипеченочных (МСМ - 1128 ± 230 мкг/мл, ПОЛ – ДК - $2,1 \pm 0,7$ ммоль/л, МДА – $4,8 \pm 0,23$ ммоль/л и надпеченочной локализации (МСМ - $1024 \pm 120,0$ мкг/мл, ПОЛ – ДК - $1,9 \pm 0,2$ ммоль/л, МДА – $4,1 \pm 0,54$ ммоль/л). У пациентов с послеоперационным массивным и тотально-субтотальным панкреонекрозом содержание МСМ составило $1152,8 \pm 151$ мкг/мл и $1174,01 \pm 230$ мкг/мл, ПОЛ: ДК - $1,9 \pm 0,5$ ммоль/л и $2,1 \pm 0,9$ ммоль/л, МДА - $4,7 \pm 0,48$ ммоль/л и $5,6 \pm 0,28$ ммоль/л соответственно. Наряду с этим наблюдалось повышение уровня сахара до $7,4 \pm 0,8$ ммоль/л и $12,5 \pm 0,8$ ммоль/л.

Заключение. В комплексе исследований маркеры эндотоксикоза играют ключевую роль как в диагностическом, так и в лечебном плане ведения пациентов с ранними послеоперационными внутрибрюшными осложнениями.

Ключевые слова: послеоперационный перитонит, послеоперационный панкреонекроз, послеоперационные внутрибрюшные абсцессы, маркеры эндотоксикоза.

Махмадзода Фарух Исроил – профессор кафедры хирургических болезней №1 ГОУ “ТГМУ им. Абуали ибни Сино”; д.м.н., профессор; E-mail: fmahmadov@mail.ru; тел.: +992 900 75 44 90.;

THE ROLE OF ENDOTOXICOSIS MARKERS IN THE DIAGNOSIS OF EARLY POSTOPERATIVE INTRA-ABDOMINAL PURULENT-SEPTIC COMPLICATIONS

Mahmadzoda F.I.¹, Sadullozoda D.N.², Murodov A.I.³, Ashurov A.S.¹, Barotov K.I.¹, Nurov H.S.¹, H.S. Emomov.¹

¹*Avicenna Tajik State Medical University, Department of surgical diseases №1, Dushanbe, Tajikistan*

²*Institute of Gastroenterology of the Republic of Tajikistan* ³*Scientific Center of Oncology*

Purpose of the study. To determine the place of endotoxemia markers in the complex diagnostics of early postoperative intra-abdominal purulent-septic complications.

Material and methods. The study materials are based on the analysis of 142 patients with early postoperative intra-abdominal complications (EPIC) after surgeries on the organs of the hepatobiliary zone. Of these, 54 (38.0%) had postoperative peritonitis (PP), intra-abdominal abscesses (IAA) – 54 (38.0%) and postoperative destructive pancreatic necrosis (PDP) – 34 (24.0%) patients. EPIC in 101 (71.1%) patients occurred after emergency surgeries on the liver and biliary system.

Results. To a significant extent, endotoxemia indices were impaired in patients with postoperative widespread PP, while the main markers of endotoxemia were at critical levels. Thus, the MSM content was 1676 ± 142.3 jg/ml, LPO – ДК - 2.0 ± 0.5 mmol/mg, MDA - 5.5 ± 0.22 mmol/mg. On the contrary, SOD indices were reduced ($24.5 \pm 1.81\%$). At the same time, patients of this group showed a more pronounced increase in ALT and AST indices than in patients with local PP – up to 1.030 ± 0.02 and 1.21 ± 0.17 mmol/l, respectively. Endotoxemia indices in PVA were significantly increased in all localizations of abscesses. However, more noticeable changes were observed in multiple interintestinal abscesses, including pelvic and intrahepatic (MSM - 1128 ± 230 jg/ml, LPO - DC - 2.1 ± 0.7 mmol/l, MDA - 4.8 ± 0.23 mmol/l) and suprahepatic localization (MSM - 1024 ± 120.0 jg/ml, LPO - DC - 1.9 ± 0.2 mmol/mg, MDA - 4.1 ± 0.54 mmol/mg). In patients with postoperative massive and total-subtotal pancreatic necrosis, the MSM content was 1152.8 ± 151 jg/mg and 1174.01 ± 230 jg/mg, LPO: DC - 1.9 ± 0.5 mmol/l and 2.1 ± 0.9 mmol/mg, MDA - 4.7 ± 0.48 mmol/mg and 5.6 ± 0.28 mmol/mg. Along with this, an increase in sugar levels was observed to 7.4 ± 0.8 mmol/l and 12.5 ± 0.8 mmol/l.

Conclusion. In a complex of studies, markers of endotoxiosis play a key role in both diagnostic and therapeutic plans for the introduction of patients with early postoperative intra-abdominal complications.

Key words: postoperative peritonitis, postoperative pancreatic necrosis, postoperative intra-abdominal abscesses, markers of endotoxiosis.

Мухимият. Дар тили якчанд даҳсола кпшишҳо барои коҳиш додани оризаҳои барвакти фасодию септикии пас аз ҷарроҳии ковокии батн анҷом дода шудаанд. Аммо, сарфи назар аз пешрафти назаррас дар низоми ҷарроҳӣ дар маҷмӯъ ва тақмили усулҳои ҷарроҳӣ, ҷорӣ намудани технологияи инноватсионӣ, мушкилиҳои пас аз ҷарроҳии дохили шикам, бахусус мушкилиҳои фасодию септикӣ, яке аз сабабҳои асосии ғавт боқӣ монда, мушкилии мураккаб ва пурра ҳалнашуда мебошад [1,3,5,9,10]. Басомади оризаҳои барвактинаи фасодию-септикии пас аз ҷарроҳии ковокии батн, тибқи маълумоти гуногун дар ҳудуди 0,3-8,6% ҷой дорад ва ғавт дар шаклҳои вазнини перитонитҳои пас аз ҷарроҳӣ (ППЧ) ва панкреонекрозҳо ба 75-83,7% мерасад [2,4,7,11]. Гурӯҳи сершумортарин (то 30%) дар байни оризаҳои барвактинаи пас аз ҷарроҳии ковокии батн - фасодию-септикӣ мебошанд, ки дар ҷарроҳии таъҷилӣ бештар маъмуланд [1,4,9]. Манзараи клиникии атипикӣ дар давраи аввали пас аз ҷарроҳӣ, сари вақт тафтиш накардан ва таъхир дар анҷом додани релапаротомия, сабабҳои асосии оқибатҳои номусоид мебошанд [6,7,11]. Ба зуҳури оризаҳои барвактинаи фасодию-септикии пас аз ҷарроҳии ковокии батн як қатор омилҳо таъсири калон мерасонанд: хусусияти раванди патологӣ, вайрон шудани гомеостаз, сироят, ҳатогиҳои тактикӣ, ташкилӣ ва техникӣ, сатҳи пасти таъминоти моддию техникии беморхона [8].

Релапаротомия ё релапароскопия ягона усулҳои алтернативии ислоҳи оризаҳои барвактинаи фасодию-септикии пас аз ҷарроҳии ковокии батн ҳисобида мешаванд. Дар шаклҳои пешрафтаи ППЧ, релапаротомия / релапароскопияи барномарезишуда алоҳида ё дар якҷоягӣ бо лапаростомия истифода мешаванд [5,8,10]. Омили муҳими оризаи фасодию-септикӣ ташхис ва сари-

вақт ислоҳ кардани ҳамаҷонибаи эндотоксикоз мебошад.

Мақсади таҳқиқот. Муайян намудани мавқеи маркерҳои эндотоксикоз дар ташхиси комплекси оризаҳои пас аз ҷарроҳии барвактинаи фасодию-септикии дохили батнӣ.

Мавод ва усулҳои таҳқиқот. Маводҳои омпзишӣ ба таҳлили 142 беморони гирифтори мушкилоти барвакти пас аз ҷарроҳии дохили шикам, ки пас аз ҷарроҳии узвҳои мавзеи гепатобилиарӣ асос ёфтаанд. Аз ин шумора дар 54 нафар (38,0%) беморон перитонити пас аз ҷарроҳӣ (ППЧ), абсаҳои дохили батн (АДБ) – 54 (38,0%) ва панкреонекроз (ПН) – 34 (24,0%) буданд. Дар 101 ҳолат (71,1%) оризаҳои дохили батнӣ пас аз амалиёти ғаврӣ дар ҷигар ва системаи сафро ба вуқӯъ омадааст. Дар алгоритми ташхиси комплекси беморони гирифтори оризаҳои пас аз ҷарроҳии барвактинаи фасодию-септикии дохили батнӣ омпзиши шиддатнокии эндотоксикоз ҷорӣ карда шудааст.

Қоркарди маълумоти оморӣ бо истифода аз барномаи Statistica 10.0 (StatSoft, ИМА) анҷом дода шуд. Барои арзёбии муқаррарии тақсимои намуна, санҷишҳои Колмогоров-Смирнов ва Шапиро-Вилк истифода шуданд. Қиматҳои миқдорӣ ҳамчун миёна (М) ва ҳатои стандартӣ (m), инчунин медиан (Me), ҳадди аққал (мин) ва максималӣ (макс) тавсиф карда шуданд. Барои муқоисаи ҷуфтшуда байни гурӯҳҳои мустақил санҷиши Mann-Whitney U барои нишондиҳандаҳои миқдорӣ ва барои нишондиҳандаҳои сифатӣ санҷиши χ^2 , аз ҷумла ислоҳи Йейтс ва санҷиши дақиқи Фишер истифода шудааст. Барои муқоисаи ҷандкаратаи байни гурӯҳҳои мустақил барои нишондиҳандаҳои миқдорӣ тести Н-Kruskal-Wallis ва барои нишондиҳандаҳои сифатӣ тести Кочран Q-истифода шудааст. Барои муқоисаи сершумор байни гурӯҳҳои вобаста аз рпп

нишондихандаҳои микдорӣ, ANOVA-и Фридман истифода шудааст. Тафовутҳо дар $p < 0.05$ аз ҷиҳати омор муҳим ҳисобида шуданд.

Натиҷаи таҳқиқот ва муҳокимаи онҳо. Азбаски эндотоксикоз, воқеан, зухуроти асосии оризаҳои пас аз ҷарроҳии барвақтинан фасодию-септикий дохили батнӣ ҳисобида мешавад, аз ҷумла ППЧ, АДБ ва панкреатити деструктивии баъди ҷарроҳӣ

(ПДБЧ), омпхтани дараҷаи вазнинии он имкон медиҳад, ки оқибатҳои вазнин сари вақт ва оқилона ислоҳ карда шаванд. Ҳамин тариқ, нишондихандаҳои эндотоксемия дар беморони гирифтори ППЧ, вобаста ба паҳншавии раванди чирк (ППЧ маҳаллӣ дар 11 ҳолат, паҳншуда - дар 43) характери зиддиятнок буданд, ки мувофиқан дараҷаи вазнинии эндотоксикозро тасдиқ мекунанд (Ҷадвали 1).

Ҷадвали 1. Нишондодҳои эндотоксемӣ дар беморони дорои перитонити пас аз ҷарроҳӣ

Нишондод	Перитонити пас аз ҷарроҳӣ		p
	Ҷузъӣ (n=11)	Паҳншуда (n=43)	
Давомнокии давраи пас аз ҷарроҳӣ	36,2±2,8	57,4±4,1	<0,001
МТД, зарба дар 1 дақиқа	106,2±7,4	117,3±8,1	>0,05
Микдори нафаскашӣ	18,3±2,5	22,7±3,2	>0,05
Ҳарорати бадан	37,8±2,7	38,9±3,1	>0,05
Парези рӯдаҳо	Нест	Баръало	
ЛИИ (n=1,9)	4,2±1,3	5,4±1,9	<0,05
МММ, мкг/мл	1161,2±240,2	1676±142,3	<0,001
КД, ммол/мг	1,8±0,2	2,0±0,5	>0,05
ДМА, ммол/мг	4,7±0,4	5,5±0,2	<0,05
СОД, %	14,1±1,2	24,5±1,8	<0,001
АлАт, ммол/л	0,75±0,014	1,03±0,02	<0,001
АсАт, ммол/л	0,92±0,011	1,21±0,07	<0,001

Эзоҳ: p – аҳамияти омории фарқияти нишондихандаҳо байни гурӯҳҳои беморони гирифтори ППЧ ҷузъӣ ва паҳншуда (мувофиқи санҷиши Mann-Whitney U)

Параметрҳои эндотоксемия дар беморони гирифтори ППЧ-и паҳншуда ба таври назаррас коҳиш ёфтанд, аломатҳои асосии эндотоксемия дар сатҳи критикӣ буданд. Ҳамин тариқ, таркиби МММ 1676±142,3 мкг/мл, ПОЛ–КД - 2,0±0,5 ммоль/мг, ДМА - 5,5±0,22 ммоль/мг буд. Баръакс, арзишҳои СОД коҳиш ёфтанд (24,5±1,81%).

Дар баробари ин, беморони ин гурӯҳ афзоиши возеҳтар дар сатҳи АЛТ ва АСТ нисбат ба беморони гирифтори ППЧ-и ҷузъӣ – то 1,030±0,02 ва 1,21±0,17 ммоль/л – ро нишон доданд.

Илова бар ин, таҳқиқоти нишондихандаҳои эндотоксемия дар беморони гирифтори АДБ низ тағироти назаррасро нишон доданд (Ҷадвали 2).

Нишондихандаҳои эндотоксемия дар АДБ дар ҳама ҷойҳои абсаҳо ба таври назаррас афзоиш ёфтанд. Аммо дар абсаҳои сершумори байни рӯдаҳо, аз ҷумла кос ва дохиличигарӣ (МММ - 1128±230 мкг/мл, ПОЛ - КД - 2,1±0,7 ммоль/л, ДМА - 4,8±0,23

ммоль/л ва ҷойгиршавии болоии чигарӣ (МММ -40,23 ммоль/л) тағйироти назаррас мушоҳида карда шуданд (ПОЛ – КД - 1,9±0,2 ммоль/мг, ДМА - 4,1±0,54 ммоль/мг).

Нишондихандаҳои сатҳи эндотоксемия дар беморони гирифтори некрозҳои шадиди пас аз ҷарроҳии вайронкунандаи панкреатикӣ дар ҷадвали 3 оварда шудаанд.

Тавре ки аз ҷадвали пешниҳодшуда дида мешавад, баробари пешравӣ ва зиёд шудани андозаи зарари паренхимаи ғадуди зери меъда, афзоиши назарраси маркерҳои эндотоксемия мушоҳида мешавад. Ҳамин тариқ, дар беморони гирифтори панкреонекрози пас аз ҷарроҳии массивӣ ва тоталӣ-субтоталӣ, микдори МММ 1152,8±151 мкг/мг ва 1174,01±230 мкг/мг, ПОЛ: КД - 1,9±0,5 ммоль/л ва 2,1±0,9 ммоль/4 ммоль/8 ммоль/мг-ро ташкил дод ва 5,6±0,28 ммоль/мг. Дар баробари ин зиёдшавии қанди хун то 7,4±0,8 ммоль/л ва 12,5±0,8 ммоль/л ба 410,1±72,3 МЕ/л ва 517,3±95,7 МЕ/л баробар шуд.

Чадвали 2. Нишондодҳои эндотоксемӣ дар беморони бо абсаҳои дохили батнии баъди чарроҳӣ (n=54)

Нишондод	Абсаҳои дохили батнӣ			p
	Абсаи болои чигар (n=11)	Абсаи зери чигар (n=20)	Дигар абсаҳои зиёд (n=23)	
Давомнокии давраи пас аз чарроҳӣ, ш/р	5,2±0,6	7,4±0,7 p ₁ <0,05	12,7±1,1 p ₁ <0,001 p ₂ <0,001	<0,001
МТД, зарба дар 1 дақиқа	86,2±3,1	95,4±4,7 p ₁ >0,05	129,6±9,5 p ₁ <0,001 p ₂ <0,01	<0,001
Микдори нафас, дақ.	23,2±2,4	18,5±1,6	18,7±1,8	>0,05
Харорати бадан	38,4±2,2	37,6±2,1	38,6±2,3	>0,05
Парези рӯдаҳо	Нест	Заиф	Бараъло	
ЛИИ (N=1,9)	3,4±0,22	3,4±0,18 p ₁ >0,05	4,5±0,23 p ₁ <0,01 p ₂ <0,01	<0,01
МММ, мкг/мл	1024±20,1	948,6±18,2 p ₁ <0,05	1128±23,4 p ₁ <0,01 p ₂ <0,001	<0,001
КД, ммол/мг	1,9±0,2	1,7±0,4	2,1±0,5	>0,05
ДМА, ммол/мг	4,1±0,54	3,7±0,47 p ₁ >0,05	4,8±0,23 p ₁ >0,05 p ₂ <0,05	<0,05
СОД, %	12,1±1,18	14,5±1,32 p ₁ >0,05	18,2±1,53 p ₁ <0,001 p ₂ <0,01	<0,01
АлАт, ммол/л	0,72±0,008	0,77±0,06 p ₁ >0,05	0,94±0,05 p ₁ <0,01 p ₂ <0,05	<0,01
АсАт, ммол/л	0,76±0,014	0,87±0,021 p ₁ <0,001	0,96±0,03 p ₁ <0,001 p ₂ <0,01	<0,01

Эзоҳ: p – аҳамияти омории фарқияти байни ҳамаи гурӯҳҳо (аз рӯи санчиши Kruskal-Wallis H); p¹ – ҳангоми муқоиса бо чунин нишондиҳандаҳо дар гурӯҳи абсаҳои болои чигарӣ, p₂ – ҳангоми муқоиса бо чунин нишондодҳо дар гурӯҳи абсаҳои зери чигарӣ (p₁ - p₃ мувофиқи санчиши Mann-Whitney U)

Хулоса. 1. Ташҳиси лаборатории эндотоксикоз, яке аз нишондиҳандаҳои асосии ташҳиси барвақтии оризаҳои пас аз чарроҳии фасодию-септикии ковокии батн, ба ҳисоб меравад.

2. Санчиши пурраи ҳамаи меъёрҳои эндотоксикоз имкон медиҳад, ки дараҷаи вазнинии онро муайян намуда, ислоҳи ҳамаҷонибаи оқилонаи он ба роҳ монда шавад.

3. Натиҷаҳои таҳқиқот нишон медиҳанд, ки ҳангоми сироятҳои пас аз чарроҳии дохили шикам, новобаста аз хусусияти патология ва аҳволи бемор, мизони эндотоксемия хеле зиёд шудааст.

Адабиёт

1. Азарёнок, А.С. Некоторые аспекты рациональной периоперационной антибиотикопрофилактики в отделениях хирургического профиля (обзор) [Текст] / А.С. Азарёнок, Е.И. Михайлова // Вопросы организации и информатизации здравоохранения. - 2019. - №1(98). – С. 64-68.

2. Жучков, М.В. Возможности применения топического комбинированного антибактериального препарата в профилактике инфекции при хирургическом вмешательстве [Текст] / М.В. Жучков, У.В. Жучкова, С.В. Тарасенко // Стационар замещающие технологии: Амбулаторная хирургия. - 2019. - №1-2. – С. 87-92.

3. Заболотских, И.Б. Возможности предоперационной оценки риска неблагоприятного исхода абдоминальных операций: предварительные результаты многоцентрового исследования STOPRISK [Текст] / И.Б. Заболотских, Н.В. Трёмбая, М.А. Магомедова, В.Г. Краснов // Вестник интенсивной терапии имени А.И. Салтанова. - 2020. - №4. – С.12-27.

4. Измайлов, А.Г. Концепция профилактики и лечения послеоперационных раневых осложнений у хирургических больных [Текст] / А.Г. Измайлов, С.В. Доброквашин, Д.Е. Волков // Практическая медицина. - 2017. - №6(107). – С. 50-54.

5. Котельникова, Л.П. Билиарные осложнения после резекции печени [Текст] / Л.П. Котельникова

Ҷадвали 3. Нишондодҳои захролудшавии эндогенӣ дар беморони бо панкреонекрози баъди ҷарроҳӣ, бо назардошти намуд (n=34)

Нишондодҳо	Панкреонекрози шадиди пас аз ҷарроҳӣ			p
	НЛ (n=14)	ПНМ (n=12)	ПНТС (n=8)	
Давомнокии давраи пас аз ҷарроҳӣ, ш/р	2,4±0,3	5,1±0,6 p ₁ <0,01	4,8±0,5 p ₁ <0,01 p ₂ >0,05	<0,01
Тахикардия	91,2±4,1	116,3±6,4 p ₁ <0,01	129,8±7,3 p ₁ <0,001 p ₂ >0,05	<0,001
Миқдори нафас	18,9±1,7	22,3±2,4 p ₁ >0,05	26,1±2,5 p ₁ <0,05 p ₂ >0,05	<0,05
Ҳарорати бадан	36,8±3,1	37,6±2,0	38,4±2,3	>0,05
Парези рӯдаҳо	Нест	Заиф	Бараъло	
ЛИИ (n=1,9)	2,1±0,4	4,2±0,5 p ₁ <0,01	6,07±0,6 p ₁ <0,001 p ₂ >0,05	<0,001
МММ, мкг/мл	1110,2±21,4	1152,8±22,5	1174,01±23,0	>0,05
КД, ммол/мг	1,5±0,3	1,9±0,4	2,1±0,4	>0,05
ДМА, ммол\мг	3,9±0,24	4,7±0,48 p ₁ >0,05	5,6±0,28 p ₁ <0,05 p ₂ >0,05	<0,05
СОД, %	14,1±1,28	14,5±1,34 p ₁ >0,05	23,4±1,61 p ₁ <0,001 p ₂ <0,001	<0,001
АлАт, ммол/л	0,75±0,016	0,84±0,08 p ₁ >0,05	1,1±0,02 p ₁ <0,001 p ₂ <0,05	<0,001
АсАт, ммол/л	0,81±0,016	0,92±0,018 p ₁ <0,001	1,21±0,17 p ₁ <0,001 p ₂ <0,001	<0,001
Қанди хун, ммол/л	6,2±0,3	7,4±0,4 p ₁ <0,05	12,5±0,6 p ₁ <0,001 p ₂ <0,001	<0,001
Амилазаи хун, МЕ/л	380,8±13,4	410,1±14,3	410,1±15,1	>0,05

Эзоҳ: НЛ – намуди лонагӣ, ПНМ – панкреонекрози массивӣ, ПНТС – панкреонекрози тоталӣ-субтоталӣ; p – аҳамияти омории фарқияти байни ҳамаи гурӯҳҳо (аз рӯи тести Крускал-Уоллис H); p₁ – ҳангоми муқоиса бо чунин нишондихандаҳо дар гурӯҳи дорой OF, p₂ – ҳангоми муқоиса бо чунин нишондихандаҳо дар гурӯҳи ПНМ (p₁ - p₃ мувофиқи санҷиши Mann-Whitney U)

ва, С.В. Гребенкина, Д.В. Трушников // Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. - 2018. - №8(156). - С. 99-106.

6. Сажин, А.В. Вакуум-ассистированная лапаростомия в комплексном лечении распространенного перитонита (обзор литературы) [Текст] / А.В. Сажин, Г.Б. Ивахов, Г.Б. Теплых, А.А. Калинина // Московский хирургический журнал. - 2020. - №4(74). - С. 65-74.

7. Шишло, И.Ф. Возможности диагностики послеоперационного перитонита и определение показаний к релапаротомии в онкологии [Текст] / И.Ф. Шишло, С.А. Красный, А.И. Шмак // Евразийский онкологический журнал. - 2021. - №3-4(9). - С. 301-311.

8. Droniak, M.M. Prevention of postoperative peritonitis and its complications / M.M. Droniak // Journal of Education, Health and Sport. - 2021. - №11(2). - P. 192-199.

9. Houghton, E.J. Surgical management of the postoperative complications of hepato-pancreato-biliary surgery / E.J. Houghton, J.S. Rubio // Int J Gastrointest. Interv. - 2022. - Vol.11(4). - P.150-155.

10. Shukurullaevich, A.D. Modern views on the pathogenetic relationship between systemic inflammation and the immune system with a bile peritonitis, complicated abdominal sepsis / A.D. Shukurullaevich, A.M. Nasimov, F.N. Sayfullaeva // Bulletin of Science and Education. - 2021. - №5-1(108). - P. 81-86.

Tamm, I.T. Features of the diagnosis and treatment of patients with postoperative peritonitis / I.T. Tamm, V.V. Nepomnyashchii, A.Y. Bardyuk, A.P. Zakharchuk // Reports of Vinnytsia National Medical University. - 2020. - Vol. 24(1). - P. 110-113.

ТАШХИС ВА ТАБОБАТИ ЧАРРОҲИИ НПВСМ

Мухаббатова Ч.К., Сафолова Ф.М., Чалолов А. М., Туразода М.С., Аннаев М.Б.
Кафедраи чарроҳии умумии №1 ба номи проф. Қаххоров А.Н.
МДТ «ДДТТ ба номи Абуалӣ ибни Сино», Тоҷикистон.

ДИАГНОСТИКА И ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ РПНАС

Мухаббатова Дж.К., Сафолова Ф.М., Джалолов А. М., Туразода М.С., Аннаев М.Б.
Кафедра общей хирургии №1 им. проф. Каххарова А.Н.
ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино», Таджикистан.

Аннотация. В статье представлен современный взгляд на диагностику и хирургическое лечение рецидивной и резидуальной послеродовой недостаточности анального сфинктера (РПНАС). Проведено сравнительное исследование 86 пациенток, разделённых на две группы: с применением стандартных методов и авторских клинико-функциональных подходов. Выделены и охарактеризованы четыре формы рецидива (анатомическая, функциональная, неврологическая, смешанная) и четыре формы остаточной недостаточности (нейрогенная, миопатическая, рубцовая, гипертоническая). Разработаны диагностические и стратификационные методики оценки степени тяжести РПНАС и определена тактика хирургического лечения в зависимости от типа и выраженности структурных изменений сфинктера. Результаты показывают значительное снижение частоты рецидивов и улучшение качества жизни при индивидуализированном подходе и мультидисциплинарной терапии. Подчёркивается важность использования анальной манометрии, УЗИ, МРТ и электрофизиологических методов в диагностике и планировании лечения.

Ключевые слова: послеродовая недостаточность анального сфинктера, рецидив, резидуальная форма, сфинктеропластика, анальная манометрия, трансректальное УЗИ, МРТ малого таза, нейрогенная дисфункция, реконструктивная проктология, стратификация тяжести.

Мухаббатова Джиёнхон Курбон - доктор медицинских наук, профессор кафедры общей хирургии №1 им. проф. Каххарова А.Н. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2100-310X>. E-mail: mukhabbatov67@mail.ru, тел. +992918612808.

DIAGNOSIS AND SURGICAL TREATMENT OF RPNAS

Muhabbatov J.K., Safolova F.M., Jalolov A.M., Turazoda M.S., Annaev M.B.
Department of General Surgery No. 1 named after prof. A.N. Kakharov
SEI "Avicenna Tajik State Medical University", Tajikistan.

Resume. The article presents a modern view on the diagnosis and surgical treatment of recurrent and residual postpartum anal sphincter insufficiency (RPNAS). A comparative study of 86 patients divided into two groups was conducted: using standard methods and the author's clinical and functional approaches. Four forms of relapse (anatomical, functional, neurological, mixed) and four forms of residual insufficiency (neurogenic, myopathic, cicatricial, hypertensive) were identified and characterized. Diagnostic and stratification methods for assessing the severity of RPNAS were developed and the tactics of surgical treatment depending on the type and severity of structural changes in the sphincter were determined. The results show a significant decrease in the relapse rate and an improvement in the quality of life with an individualized approach and

multidisciplinary therapy. The importance of using anal manometry, ultrasound, MRI and electrophysiological methods in diagnostics and treatment planning is emphasized.

Key words: postpartum anal sphincter insufficiency, relapse, residual form, sphincteroplasty, anal manometry, transrectal ultrasound, pelvic MRI, neurogenic dysfunction, reconstructive proctology, severity stratification.

Muhabbatov Jiyonkhon Kurbon - Doctor of Medical Sciences, Professor, Professor of the Department of General Surgery No. 1 named after prof. Kakhkhorov A.N. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2100-310X>. E-mail: mukhabbatov67@mail.ru, tel. +992918612808.

Мубрамиёт. Норасоии пас аз валодатии сфинктери маъбад (НПВСМ) яке аз оқибатҳои пахншуда ва аз ҷиҳати иҷтимоӣ муҳими валодатҳои травматикӣ маҳсуб мешавад, ки дар ин маврид пора шудани дараҷаҳои III—IV -и чатан ба мушоҳида мерасад. Тибқи маълумоти густурдаи таҳқиқотҳои когортӣ [7], дар 35% -и занҳо пас аз валодати табиӣ пайдо шудани газҳосилшавии ниҳонӣ ва ё нигоҳ дошта натавонистани пасифканд ба назар мерасад. Пахншавии ҳақиқии нигоҳ дошта натавонистани маъбад, ки бо осеб دیدани сфинктери маъбад вобаста аст, мумкин аст, ки аз сабаби кам кардани маълумотҳо ва ташхисҳои гузарониданашуда кам баҳо дода шуда бошад [2, 7]. Тасниф ва ташхиси пора шудани чатан аксар вақт зиддиятноканд, ки ин ба табобат накардан ва ё нодуруст табобат кардани беморӣ оварда мерасонад [7]. Стандарти тиллоии усули табobati НПВСМ сфинктероплевропластика ба ҳисоб меравад. Басомади оризаҳои пас аз ҷарроҳӣ, мушкилоти ҳалнашуда ва тавсияҳои муосири илмӣ оид ба табobati ин беморӣ дар солҳои охир ба таври ҷиддӣ мавриди омӯзиш қарор гирифтаанд. Басомади нигоҳдошта натавонистани сӯрохии маъбад пас аз табobati аввалии НПВСМ аз 15 то 61% ва ба ҳисоби миёна 39%-ро ташкил медиҳад [2, 4]. Мувофиқи маълумотҳо, басомади оризаҳо ҳангоми барқарорсозии барвакти такрорӣ 37%-ро ташкил медиҳад [1]. Басомади норасоии такрорӣ пас аз барқарор шудани сфинктер хеле фарқ мекунад: дар адабиёт маълумот дода мешавад, ки ин нишондиҳанда аз 0,1% то 53%-ро ташкил медиҳад, ин зарурати баргузор намудани таҳқиқотҳои минбаъда ро ҷиҳати муайян кардани омилҳои хатар ва

беҳтар сохтани натиҷаҳо ро талаб мекунад [6]. Ба дигар оризаҳои пахншуда пайдо шудани носур дохил мешавад: дар 10 нафар аз 51 зан фистула (носур) ба вучуд меояд, нух нафари онҳо ба амалиёти ҷарроҳӣ ниёз доранд [1].

Ин тағйирот зарурати баланд бардоштани дараҷаи дақиқии ташхис, имкониятҳои пешгӯӣ ва стратегияи профилактикиро таъкид мекунад, ки ба бартарафсозии осебҳои такроршавандаи дарзҳо ва барқарор кардани қобилияти кории сфинктер равона шудаанд.

Тавсияҳои миллӣ аз ҷиҳати сифат ва маълумотҳои воқеӣ, ки ҳангоми тартиб додани тавсияҳо истифода мешаванд, фарқ мекунад, ки ин аз зарурати коркарди дастури мувофиқакардашудаи байналмилалӣ оид ба пешниҳод намудани ёриии бии аз ҷиҳати тиббӣ асоснок дар тамоми дунё дарак медиҳад [5]. Бо мақсади кам кардани хатари пайдошавии НПВСМ тавсия карда мешавад, ки аз омилҳои зерини муҳофизатӣ, ба монанди масҳи чатан, фишурдани гармӣ асноӣ зойидан ва эпизиотомияи медиолатералӣ ҳангоми валодатҳои инструменталӣ истифода карда шавад [3].

Ин зарурати стратегияи самараноки табобат ва муҳим будани ҳаллу фасли проблемаҳои ҳалнашудаи ин соҳаро таъкид мекунад.

Мавод ва усулҳои таҳқиқот. Таҳқиқот дар 86 беморзани дорои шаклҳои такроршавандаи норасоии пас аз валдатии сфинктери маъбад (НПВСМ) гузаронида шуд. Беморзанҳо ба ду гурӯҳ ҷудо карда шуданд: 40 — таҳлили ретроспективии усулҳои анъанавӣ, 46 — истифодаи проспективии равишҳои нави муаллифӣ ва ташхису ҷарроҳӣ.

Синну сол аз 23 то 63 сол, давомнокии беморӣ — аз 2 то 40 сол, дар анамнез — валодат бо пора шудани чатан дараҷаҳои III–IV ва ё сфинктеропластика. Занҳои 25-50-солаи дорои аломатҳои тавассути усулҳои клиникӣ ва инструменталӣ тасдиқшудаи НПВСМ на барвақттар баъд аз 6 моҳи пас аз таваллудкунӣ дохил карда шуданд. Занҳои бемори дорои омосҳои бадсифат, бемориҳои илтиҳобии рӯдаҳо, ихтилолҳои вазнини равонӣ ё рад кардани иштирок хориҷ карда шуданд.

Ташхис баҳодиҳии клиникӣ, ТУС-и эндоаналӣ ва манометрияи мақъадро дар бар гирифт; ба таври иловагӣ тестҳои лаборатории хун, таҳлили пасафканд, микробиология гузаронида шуд. Усулҳои инструменталӣ: аноскопия, сигмоидоскопия, ТМР майнаи сар, дар мавриди зарурат — фистулография барои муайян кардани носурҳо ва думмалҳо.

Истифодаи ин стратегияҳои ташхисӣ имконият дод, ки баҳодиҳии муфассали морфофункционали ноҳияи аноректалӣ гузаронида шавад ва ин ба стратификасияи дақиқи вариантҳо ва дараҷаи вазнинии НПВСМ мусоидат намуд.

Натиҷаҳои таҳқиқот ва муҳокимаи онҳо.

Нишондиҳандаҳои лабораторӣ дар аксари бештари беморон дар ҳудуди меъёр қарор доштанд ва ё фаъолнокии муътадили илтиҳобиро инъикос мекунанд.

Тибқи маълумоти таҳқиқоти комплексӣ (ТУТ, ТМР, манометрия, ЭМГ) ихтилолҳои анатомӣ ва функционалӣ муайян карда шуд, ки дараҷаи онҳо бо аломатҳои клиникӣ муво

рофиқат мекарданд.

Истифода кардани рӯвиши комплексӣ ба муайянкунии тағйироти сохторӣ имконият дод, ки нуқсонҳои анатомӣ аз ихтилолҳои функционалӣ дар 82%-и ҳолатҳо фарқ карда шавад. Системаи таҳиякардаи вазнинии ин тағйирот имконият дод, ки беморонро ба таври ратсионлӣ ба дараҷаҳои I—III тасниф кунем, ин ёрӣ расонид, ки варианти нисбатан муносибтари амалиёти ҷарроҳии реконструктивӣ интиҳоб карда шавад.

Таҳқиқоти муқоисавии аломатҳои ретсидивӣ ва резидуалии НПВСМ фарқиятҳои муҳими зухуроти клиникӣ, оқибатҳои функционалӣ ва аломатҳои морфологииву вазнинии ихтилолҳои ретенатсияро муайян карданд. Зухуроти ретсидивӣ дорои хусусиятҳои ихтилолҳои такроршавандаи бутунӣ анатомӣ ва функционали механизми сфинктер мебошад, ки аксар вақт онҳоро нуқсонҳои васеъ ҳамроҳӣ мекунанд, ки бо ёрии томографияи магнитӣ-резонансӣ (ТМР) ва таҳқиқоти трансректалӣ ултрасадоӣ ба мушоҳида мерасанд. Ин тағйирот маъмулан возеҳ ва васеъ мебошанд ва бо паст шудани фишори мақъад дар ҳолати оромӣ (пасттар аз 40 мм. сут. сим.) ҳамбастагӣ оранд, ки ин бо ёрии манометрияи аноректалӣ муайян карда мешавад. Варианти клиникӣ такроршавандаи НПВСМ бо талафати пурра ва ё тақрибан пурраи нигоҳ доштани пешоб, дараҷаи баланди нигоҳ надоштани пешоб (тибқи шкалаи Векснер), лаҳзаҳои такроршавандаи дефекасияи ғайриинтихорӣ ва хеле бад шудани сифати ҳаёт алоқаманд мебошад (ҷадвали 1).

Ҷадвали 1. Нишондиҳандаҳои муқоисавии клиникӣ-функционалӣ ва инструменталӣ шаклҳои НПВСМ

№	Нишондиҳанда	Шаклҳои такроршаванда	Шакли резидуалӣ
1.	Нуқсонҳои тибқи ТМР, ТУС	Зуд-зуд, азим	Кам, муътадил
2.	Манометрия: Фишор дар ҳолати оромӣ	<40 мм.сут. сим..	40-60 мм. сут. сим..
3.	Дарди музмини қос	Амиқ, доимӣ	Қунон, пас аз дефекасия
4.	Ихтилоли амали дефекасия	Ба навбат такрор шудани диарея ва қабзият	Қабзият бартарӣ дорад
5.	Инконтинентсия	Зуд-зуд, зиёд, дараҷаи баланди нигоҳ дошта натавониш	Эпизодӣ, бештар ҳангоми сарборӣ.

Ва баръакс, вариантрезидуалии НПВСМ аз сабаби ба қадри нокифоя барқ-

арор шудан пас аз садамаи комплекси аноректалӣ ва ё амалиётҳои ҷарроҳии қаблӣ

пайдо мешавад. Дар ин вариант тағйирот хусусияти боқимондагӣ ва возеҳии камтарро дорад: аномалияҳои сохторӣ, ки тавасути ТМР ва ТУС тасдиқ карда мешаванд, онҳо возеҳии камтар доранд ва ё вучуд надоранд; фишор дар канали мақъад дар ҳолати оромӣ дар диапазони 40-60 мм сут.сим. боқӣ мемонад, ки аз қисман боқӣ мондани функцияи асосии сфинктер дарак медиҳад.

Варианти боқимондаи симптоматикӣ дорои нигоҳ надоштани эпизодии пешоб мебошад, ки бештар ҳангоми сарбории ҷисмонӣ ва ё шароити стресси пурзӯр, ҳамчунин бартарии қабзият, эҳсосоти эвакуатсияи нопурра ва нороҳатӣ пас аз дефекация дида мешавад.

Дарде, ки ин категорияи одамон эҳсос мекунанд, муътадил ва кунд буда, аксар вақт дар ноҳияи чатан маҳдуд мешаванд ва бо дарди амиқ ва доимии кос дар тазод аст, ки ҳангоми варианти такроршаванда ба мушохида мерасад.

Хусусияти махсуси варианти такроршаванда ихтилоли назарраси функцияи ҳаракатӣ- эвакуатории рудаи мустақим мебошад, ки аксар вақт дара ба давра бо навбат такрор шудани лаҳзаҳои диарея ва қабзият, ҳамчунин симптомҳои нейрогенӣ барои он хос аст, ки осебҳои асаби ҷинсӣ ва симптомҳои нейрогенӣ алоқаманд аст.

Ҳамин тавр, дифференсиатсия шаклҳои такроршаванда ва боқимондаи ибарои мутобиқ шуджани стратегияи табобат, арзёбии натиҷаҳои пешгӯӣ ва кам кардани хатари оризаҳои такрорӣ аҳамияти аввалиндараҷа дорад. Ин равиши методологӣ имконият медиҳад, ки на танҳо стратегияи амалиёти ҷарроҳӣ беҳтар карда шавад, балки самаранокии ҷорабиниҳои реабилитатсионӣ дар давраи пас аз ҷарроҳӣ ва марҳалаҳои амбулаторӣ низ баланд бардошта шавад.

Тибқи маълумоти таҳқиқоти комплексӣ (ТУТ, ТМР, манометрия, ЭМГ) ихтилолҳои анатомӣ ва функционалӣ муайян карда шуд, ки дараҷаи онҳо бо аломатҳои клиникӣ мувофиқат мекарданд.

Дар доираи ин таҳқиқот зарурати равиши комплексӣ асоснок карда шудааст, ки

дар заминаи визуализатсияи ултрасадоии дастгоҳи сфинктерӣ дар якҷоягӣ бо параметрҳои клиникӣ- функционалӣ асоснок шудааст. Усули пешниҳоднамуда андозаҳои морфометрии ғафсии сфинктерҳои дарунӣ ва берунӣ, арзёбии таносуби эхосохторҳо, мавҷудияти inclusions хадшавӣ, ихтилоли контурҳо, инчунин дараҷаи ҳаракатнокии сфинктер ва ҷараёни хуни маҳаллиро дар бар мегирад. Ин равиш, махсусан дар ҳолатҳои такрорӣ хеле муҳим аст, зеро дар ин маврид ретсидив бо нуқсонҳои шинохтанашудаи анатомӣ, дисфункцияи неврогении боқимонда ё тағйиротҳои хадшавӣ- фиброзӣ иртибот дорад.

Хусусиятҳои фарқкунандаи методикаи пешниҳодшуда («Усули муайян кардани тағйироти сохтории сфинктери мақъад ҳангоми норасоии ретсидивии пас аз валодат») арзёбии комплекси морфофункционалӣ ба ҳисоб меравад, ки андозагирии параметрҳои гунгун, аз ҷумла, ғафсии қабати мушакҳо, бутунии сохтории сфинктер, симметрияи эхоструктура, мавҷудияти ноҳияҳои хадшавии гиперэхогенӣ, хусусиятҳои контур, ҳаракатнокӣ ва ҷараёни хунро фаро мегирад. Натиҷаҳои ТУС, ки дар когорт аз 27 бемори дорои НПВСМ ретсидивӣ ба даст оварда шудааст, имконият доданд, ки якчанд нишондиҳандаҳои боэътимоди патологӣ идентификатсия карда шавад: атрофияи мушакҳо ва пора шудани сфинктери берунӣ дар 24%—и ҳолат, асимметрия — дар 12%, контурҳои нодурусти сфинктери дарунӣ — дар 9%, нуқсонҳо — дар 14% ва фиброз (пектеноз) — дар 17% мушохида шуд. Ҳуҷчатгузории тағйирот дар бофтаҳои ҳамсоя, аз ҷумла бофтаҳои ҷарбӣ ва мушакҳои чатан, инчунин арзёбии хусусиятҳои қобилияти кашишхӯрии ҳалқаи сфинктер ва ҷавфи мақъад самаранокии ташхисиро боз ҳам бештар баланд бардошт.

Вучуд надоштани протоколҳои ягона интиҳоби тактикаи оптималии табобатро душвор месозад.

НПВСМ, маъмулан дар заминаи осебҳои мушаку сохторҳои бофтаҳо пайвастандаи қаъри кос ва дастгоҳи сфинктерӣ пас аз валодат, махсусан дар беморони дорои бе-

қуввати дарзҳои аввалия, тағйироти возеҳи хадшаҳо, инчунин ҳангоми мавҷуд будани омилҳои хатари травматизатсияи такрорӣ пайдо мешавад. Бо гузашти вақт пешравиҳои ихтилолҳои морфологиву неврогенӣ мумкин аст, ки ин равиши тафриқи ташхис ва муолиҷаро талаб мекунад. Аммо дар амалия арзёбии вазнинии беморӣ аксар вақт бо шикоятҳои субъективӣ ва ё маълумотҳои алоҳидаи тестҳои функционалӣ, бидуни шкалаҳои интегралӣ, ки комплекси ихтилолҳоро ба эътибор мегирад, маҳдуд мешавад. Таснифи муқарраршудаи дараҷаи вазнинии («Усули муайян кардани тағйироти сохтории сфинктери маъъад ҳангоми норасоии ретсидивии пас аз валодат») тағйиротҳои сохтории сфинктери маъъад, ки ба НПВСМ иртибот доранд, се сатҳи алоҳидаро ташкил медиҳанд: сабук, муътадил ва вазнин. Симптомҳои сабук дорои шикоятҳои кам ҳастанд; ихтилоли ретенсиятанҳо дар шакли нигоҳ надоштани спорадикии пасафканди саҳт ё моеъ дар шароити стресс; танҳо тағйироти сатҳии морфологӣ бидуни нуқсонҳои назарраси сфинктер. Дар сатҳи муътадил дар беморон нигоҳ надоштани устувори пешоб, тағйироти муътадили анатомиву функционалӣ, аз ҷумла фишор дар ҳолати оромӣ ва фишори фишурдан, ки тавассути манометрия чен карда шудааст, ҳамчунин нуқсонҳои фрагментарӣ ё деформатсияҳои хадшавӣ, ки бо ёрии ултрасадо муайян карда шудаанд, ба мушоҳида мерасад. Категорияи вазнинро зухуроти возеҳи клиникӣ, аз ҷумлаи талафи пурраи ретенсия, ба таври назаррас паст шудани сифати ҳаёт, деформатсияҳои назарраси анатомӣ, порашавии пурраи дараҷаҳои III-IV, инчунин тағйиротҳои ҳамроҳшудаи қабри кос, манзараи клиникиро амиқтар мегардонанд.

Аҳамити ташхиси ин равиш аз қобилияти ба тари объективӣ муайян кардани дараҷаи вазнинии беморӣ, коркарди стратегияи инфиродии интиҳоби чарроҳӣ ё амалиётҳои чарроҳии барқарорсозӣ ва баланд бардоштани дақиқии пешгӯии хатари ретсидив ва сифати барқароршавӣ пас аз табобат мебошад.

Ба истифодаи васеи ҳам усулҳои чарроҳӣ

ва ҳам консервативии табобати пневмонияи аввалия нигоҳ накарда, қисми бештари беморон то ҳанӯз аз ихтилолҳои боқимондаи ретенсионӣ азият мекашанд, ки ин на танҳо сифати умумии ҳаётро паст мекунад, балки коркарди стратегияи инфиродии табобати доимиро низ душвор месозад. Ин проблема бо он далел боз ҳам амиқтар мешавад, ки зухуроти боқимондаи НПВСМ аломатҳои алоҳидаи клиникӣ намебошанд, балки аз як қатор синдромҳои гуногуни функционалӣ ва морфологӣ иборатанд, ки ҳар яки онҳо режими муайяни табобатиро талаб мекунад. Ба ҳар сурат, дар амалияи муосири клиникӣ таснифи аз тарафи умум қабулшудаи ин вариантҳои мавҷуд нест ва ташхисро аксар вақтбе назардошти зернавҳои норасоии резидуалӣ мегузоранд, ки ин ба чораҳои ғайриоптималии ислоҳсозӣ ва баланд шудани хатари такрор шудани амалиётҳои бесамара оварда мерасонад.

Дар заминаи ин тасаввурот коркарди методологияи дифференсатсияи клиникӣ шаклҳои резидуали НПВСМ мубрам ва таъҷилӣ ба ҳисоб меравад. Усули («Усули муайян кардани тағйироти сохтории сфинктери маъъад ҳангоми норасоии ретсидивии пас аз валодат») таҳия карда шудааст.

Дар таҳқиқот 18 бемор иштирок дошт, таърихи беморӣ, манзараи клиникӣ ва маълумотҳои инструменталӣ, таҳқиқотҳои манометрӣ ва нейрофизиологӣ ба таври муфассал омӯхта шуданд. Ҳамин тавр, 4 варианти асосии НПВСМ боқимонда ҷудо карда шуд: неврогенӣ, миопатикӣ, хадшавӣ (-фиброзӣ) ва гипертоникӣ (спастический). Барои ҳар як вариант профили махсуси клиникӣ ва инструменталӣ хос аст, ки ихтилоли фундаменталии компонентҳои муайян-механизми нигоҳ доштан инъикос мекунанд. Аз ҷумла, варианти неврогенӣ бо осебҳои сохторҳои асаб ҳамоҳанг буда, барояш суст шудани ҳисқунӣ, кашишхӯрии сустии ғайриихтиёрии сфинктер ва ихтилоли назорати ангеаҳо хос аст. Варианти миопатикӣ дар натиҷаи тағйироти дегенеративӣ-дистрофикии лифҳои мушакҳо пайдо мешавад ва барояш сустии мушакҳо ҳангоми палпатсия, паст шудани фишори базалӣ

ва максималӣ ҳос аст, ки аз ин хусус манометрияи аноректалӣ ва гипотрофия ҳос аст, ки бо ёрии усулҳои визуализатсия мушоҳида карда мешавад. Варианти ҳадшавиро фибрози аз ҳад зиёд ба вучуд меорад ва барояш саҳтшавии бофтаҳо, нороҳатӣ ва пастшудани эластикияти дастгоҳи сфинктер ҳос мебошад. Варианти гипертоникӣ маънои ихтилоли ҳамоҳангии мушакҳои аноректалиро дорад, ки онро синдроми спастикӣ, нигоҳ надоштани парадоксалии пешоб ва тонуси баланд ҳамроҳӣ мекунад, ки аз ин хусус арзёбии манометрӣ гувоҳӣ медиҳад.

Тибқи маълумоти таҳқиқоти комплексӣ (ТУС, ТМР, манометрия, ЭМГ) ихтилолҳои анатомӣ ва функционалӣ муайян карда шуд, ки дараҷаи онҳо бо аломатклиникӣ мувофиқат мекард.

Техникаи ҷарроҳӣ реконструксияи сфинктерро бо гирифта нест кардани бофтаҳои ҳадшадор ва барқарор кардани бутунии анатомӣ дар бар гирифтааст.

Дар марҳалаи пеш аз ҷарроҳӣ истифода кардани режими омодагии ҷисмонӣ ва PRP-терапия сифати ҳадшаҳоро беҳтар сохта, давомнокии барқароршавиро коҳиш дод. и

Дар марҳалаи пас аз ҷарроҳии гурӯҳҳое, ки ба профилактикаи комплекси ретсидивҳо машғул буданд, дараҷаи нисбатан баланди мувофиқат ва баллҳои пасти босубот аз рӯйи шкалаи Векснерро нишон дод.

Равиши комплексӣ имконият дод, ки миқдори ретсидивҳо аз 38% то 17,4% коҳиш ёбад ва шохиси сифати ҳаёт (FIQL) 30–35% беҳтар гардад.

Оризаҳои барвақти пасазҷарроҳӣ, ба монанди гематомаҳо, серомаҳо ва инфилтратҳо ба дараҷаи баланд мушоҳида нашуд ва ё амалиёти ҷарроҳии минбаъдaro талаб накарданд. Бештари беморони дорои компоненти нейрогенӣ ба табobati иловагии функционалӣ (иртиботи бозгашти билогӣ, физиотерапия) ва ислоҳи психологӣ ниёздоранд.

Натиҷаҳо ва муҳокимаи онҳо. Натиҷаҳои таҳқиқоти мо маълумотҳои муосири таҳқиқотҳои бисёрмарказиро тасдиқ мекунад (солҳои 2019–2024). Басомади норасоии такроршавандаи пас аз валодатии сфинктери

маънад (НПВСМ) пас аз сфинктеропластикаи такрорӣ дар муддати 3–5 сол то 20–40%, ба ҳисоби миёна то 30% мерасад, бештар дар занҳои аз 35-сола боло. Сабабҳои асосии такроршавиҳо на танҳо аз нуқсонҳои анатомӣ, балки аз омилҳои нейрогенӣ ва психозмотсионалӣ низ вобастаанд. Дар қогурти ретроспективии мо басомади такроршавиҳо 38%-ро ташкил доданд, ки ин ба маълумотҳои алдабиётмувофиқат мекунад ва нокифоя будани ҷарроҳии «стандартӣ»-ро нишон медиҳад. Аҳамияти алоҳидаро реабилитатсияи функционалӣ ва истифодаи плазмаи аз тромбоситҳо сер (PRP) доро мебошад. Мушоҳидаҳои мо бешавии натиҷаҳои ҷангоми ворид кардани PRP ва бозгашти биологӣ тасдиқ мекунад.

Ҳамин тавр, табobati бисёрҷанбаӣ, сертификатсияи ҳатар ва профилактикаи комплекси ретсидивҳо стратегияи муосири проктологияи реконструктивиро ташкил мекунад ва бояд асоси протоколҳои милли махсус шаклванд.

Хулосаҳо. Ташхиси норасоии такроршавандаи пас аз валодатии сфинктери маънад (НПВСМ) бояд дар равиши бисёрҷанба асоснок карда шавад, ки аз таҳқиқоти клиникӣ, манометрияи маънад, ТУС ва ТМР иборат аст. ЭМГ имконият медиҳад, ки оид ба компоненти асабӣ- мушакӣ тасаввурот ҳосил намоем ва идентификацияи шаклҳои боқимондаро бидуни нуқсонҳои газарраси анатомӣ сабук месозад. Қоркарди усулҳои ташхис ва табobati ҷарроҳии беморӣ, ки шакл ва вазнинии норасоии такроршавандаи пас аз валодатии сфинктери маънадро ба эътибор мегирад, дақиқии ташхис ва самаранокии табобатро баланд мебардорад.

Адабиёт.

1. Barbosa M, Glavind-Kristensen M, Christensen P. Early secondary repair of obstetric anal sphincter injury: postoperative complications, long-term functional outcomes, and impact on quality of life. *Tech Coloproctol.* 2020;24(3):221–229. doi:10.1007/s10151-019-02146-z.
2. Ekmekci E, Gencdal S, Gencdal NK, Destegul E. The Management of Postpartum

Anal Sphincter Injury. Int J Maternity Nursing. 2018;1(1):13–19. Available from: <http://nursing.journalspub.info/index.php/>

3. Eisenberg VH, Valsky DV, Yagel S. Transperineal ultrasound assessment of the anal sphincter after obstetric anal sphincter injury (OASI). Ultrasound Obstet Gynecol. 2019;53(2):158–165. doi:10.1002/uog.19058.

4. Londono-Schimmer EE, Garcia-Duperly R, Nicholls RJ, Ritchie JK, Hawley PR, Thomson JPS. Overlapping anal sphincter repair for faecal incontinence due to sphincter trauma: five year follow-up functional results. Int J Colorectal Dis. 1994;9(2):110–113. doi:10.1007/BF00699424.

5. Roper JC, Amber N, Wan OYK, Sultan

AH, Thakar R. Review of available national guidelines for obstetric anal sphincter injury. Int Urogynecol J. 2020;31(11):2247–2259. doi:10.1007/s00192-020-04464-5. Available from: <https://link.springer.com/content/pdf/10.1007/s00192-020-04464-5.pdf>

6. Jain A, Lew C, Thungathruthi K, Ng SC, Hiscock R, Mirbagheri N. Incidence and risk factors for secondary failure after acute obstetric sphincter injury repair – an audit of 239 women. Colorectal Dis. 2022;25(1):95–101. doi:10.1111/codi.16313.18072025.

Sultan AH, Thakar R. Lower genital tract and anal sphincter trauma. Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol. 2002;16(1):99–115. doi:10.1053/beog.2002.0258.

ТДУ: 582.671.2 + 582.682.6 + 582.734.3

МУАЙЯНКУНАНДАИ НАМУДҲОИ АВЛОДИ САДБАРГҲОИ (*ROSA* sp. div.) ТОҶИКИСТОН

Назаров М. Н., Назаров Н. М., Борониев Н. С., Қаландарзода Ё. Х., Милов С. Ш.
Кафедраи фармакогнозия, ташкил ва иқтисоди фарматсияи МДТ «ДДТТ ба номи Абуалии ибни Сино». Тоҷикистон.

Мақсад: Аввалин шуда бо забони давлатӣ (тоҷикӣ) муайянкунандаи намуҳҳои авлоди садбаргҳои (*Rosa* sp. div.) Тоҷикистонро барои доираи васеи дустдорони табиат, аз он ҷумла рустаниҳо, хоҷагиҳои ҷангалпарвару деҳқонӣ, хокшиносону ҷорводорон, кормандони кумитаи ҳифзи муҳити атроф, донишҷӯёни донишгоҳҳо, ботаникҳо, фарматсевтҳо, пешниҳод намудем. Дар мақола тавсифи намуҳҳо нисбат ба миқдори витамини С дар таркиби мева, муносибати намуҳҳо нисбати омилҳои экологӣ, истифодаи самараноки онҳо нисбати устувории соҳилҳои дарёҳо, нишебҳои сангрезадори кӯҳҳо, сангистонҳо аз таъсири тундбоду боронҳои сел, тағйиру такмил додани табиати намуҳҳои авлоди садбарг бо усули пайванд (тана ва муғча); инчунин маълумот оид ба истифодаи намуҳҳо, ки дорои сифатҳои ороишии мавзеҳои сайлу саёҳати шаҳрвандон бошанд, махсусан дуруст ба роҳ мондани истифодаи самараноки узвҳои нашвӣ (барг, реша) ва худтакроркунии (гулбаргҳо, мева, тухмӣ) намуҳҳо дар саноатҳои хуруқворӣ ва дорусозӣ маҷуд аст.

Мавод ва усулҳои тадқиқот: гербария. Гербарияҳои намуҳҳои авлоди садбаргҳо (*Rosa* sp. div.), ки дар давраҳои тадқиқотҳои экспедитсионии солҳои 1959 – 2024, мушоҳидаҳои геоботаникии мавсимии саҳроӣ сохтори таркибии фитокойносҳо ва флорокойностипҳои табиӣ [4,5,7]; аз сарчашмаҳои илмӣ [30,31,33], таълими [2,3,15,16], аз таърих [18,20, 21], адабиёт [25], геология аз плейсен то плестосени кайнофит (25 - 2 млн. сол.), палеолити бологи (VIII – V ҳазорсолаҳои пеш аз э.н.), фолклори мардумӣ ва интернет истифода намудем.

Натиҷаҳо: намуҳҳои авлоди садбарг, хучро (*Rosa* sp. div.) мувофиқи мутобиқат нисбат ба омилҳои муҳити атроф, фаровони ва фаъолияти онҳо дар сохтори таркибии фитокойносҳо ва флорокойностипҳо ва баланди аз сатҳи баҳр, чунин тасниф намудем [14]: А. Бадахшонию олой (эндемҳо, нодир); В. Тяньшони ғарбиву бадахшону Олой; С. Наздихимолой; Д. Эронӣ наздихимолой; Е. Ҳавзаӣ қадимии баҳри Миёназамин (ХҚБМ); F. Аврупоӣ ғарбиву ХҚБМ.

Хулоса: навъҳои сервитамину гулбаргдори аълосифатро бо усули аз тухмӣ сабзонида-ни наврустаҳои намудҳои эндемӣ ва пайванд кардани онҳо дар танаи рустаниҳои 2-3 солае, ки намудҳои онҳо ареалӣ васеъ доранд офаридан имконпазир аст.

Калимаҳои калидӣ: авлод, намуд, эндем, омилҳои экологӣ, фитокойнос, паҳноии геогра-фи – ареал, флорокойноистип.

Назаров Мирзо, н.и.б, дотсент, профессори фахрии МДТ ДДТТ ба номи Абуалӣ ибни Сино, тел. +992934362771; Email: nnm70@yandex.ru

ОПРЕДЕЛИТЕЛЬ ВИДОВ РОДА РОЗА, ШИПОВНИКИ (*ROSA* sp. div.) ТАДЖИКИС-ТАНА

Назаров М. Н., Назаров Н. М., Борониев Н. С., Каландарзода Ё. Х., Мирон С. Ш.
Кафедра фармакогнозии и организации и экономики фармации ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино», Таджикистан

Цель: впервые на государственном (таджикском) языке представлен определитель ви-дов рода роза, шиповники (*Rosa* sp. div.) Таджикистана для любителей природы, в частно-сти растений, работников лесного и дехканских хозяйств, комитета по охране природных ресурсов, почвоведов, животноводов, студентов вузов и колледжей биологического и фар-мацевтического профиля. В статье приводятся особенности видов рода роза с низким и высоким содержанием витамина С, их отношение к экологическим факторам, рациональ-ное их использование для укрепления берегов рек и крутых каменистых горных склонов, осыпей (мелкокаменистых и крупнокаменистых) от ветровой эрозии и селевых потоков. Рассматривается вопрос улучшения их сортового состава путём прививок; налаживания рационального использования вегетативных и репродуктивных органов видов роз в лёг-кой, пищевой и фармацевтической промышленности; приводятся сведения об их исполь-зовании в качестве декоративных растений в парках и скверах городов и сел.

Материал и методы: гербарии видов рода роза, шиповники (*Rosa* sp. div.) собранные в период экспедиционных работ 1959–2024 гг., сезонные полевые наблюдения в природных фитоценозах и флороценоטיפах при геоботанических исследованиях [17]; использованы материалы литературных источников научного [30,31,33,] и педагогического [2,3,15,16] профилей по истории [18,20], археологии [18,20] от плиоцена и плестоцена кайнофита (25 ± 2 млн. лет), верхнего палеолита (VII – V тысяч. до н. э.), народный фольклор, а также интернет.

Результаты: виды рода роза, шиповники (*Rosa* sp. div.) согласно факторам окружаю-щей среды участвуют в составе фитоценозов, флороценоטיפов. Высоты над ур. м. и об-щее географическое распространение классифицировали на следующие типы ареалов [14]: А. Бадахшанско-алайские (эндемичные, редкие); В. Западнотяньшанско-бадахшанско-алай-ские; С. Пригималайские; Д. Иранско-пригималайские; Е. Древнесредиземноморские (ДС); F. Западноевропейско-ДС.

Заключение: для получения особой популяции видов рода роза или шиповники (*Rosa* sp. div.) с качественными плодами, которые обладали бы большим количеством витамина С, различных пигментов в лепестках и масла в семенах, необходимо сеянцы видов рода выращивать из семян и только в 2–3-хлетнем возрасте производить комбинированные прививки между эндемичными видами и видами, обладающими широким ареалом (см.: А, В, С, D, E, F).

Ключевые слова: род, вид, эндем, экологические факторы, фитоценоз, общее географи-ческое распространение, флороценоטיפ.

Назаров Мирзо - к.б.н, доцент, почетный профессор ГОУ “ТГМУ имени Абуали ибни Сино”. Email: nnm70@yandex.ru , тел. +992934362771.

IDENTIFICATION OF SPECIES OF THE GENUS ROSE, ROSE HIPS (*ROSA* sp. div.) OF TAJIKISTAN

Nazarov M. N., Nazarov N. M., Boroniev N. S., Kalandarzoda E. Kh., Mirov S. Sh.
Department of Pharmacognosy and Organization and Economics of Pharmacy, SEI “TSMU named after AbualiibniSino”, Tajikistan

Objective: for the first time in the state language (tajik) we present the identifier of species of genus rose, rose hips (*Rosa* sp. div.) of Tajikistan for nature lovers, in particular plants, to workers of forestry and dehkan farms, the Committee for Protection of Natural Resources, soil scientists, livestock breeders, students of universities and colleges of biological (botanists) and pharmaceutical profile. The article provides the features of species of genus rose with low and high content of Vitamin C, their attitude to environmental factors, their rational use regarding the strengthening of river banks and steep rocky mountain slopes, screes (small-stone and large-stone) from wind erosion and mudflows; improvement of varietal composition by grafting; information on their use as ornamental in city parks and squares and rural areas; establishing the rational use of vegetative and reproductive organs of rose species in light, food and pharmaceutical industries.

Material and methods: herbarium. Herbarium of species of genus rose, rose hips (*Rosa* sp. div.) collected during expeditionary works from 1959 to 2024, seasonal field observations in natural phytocenoses and florocoenotypes during geobotanical studies [15,16,17]; scientific [25] and pedagogical [2, 3, 15, 16] literary sources of profiles on history [18,20], archeology [18,20] from the Pliocene and Pleistocene of the Cenophyte (25 ± 2 million years), the Upper Paleolithic (VII - V thousand years BC), folklore, as well as the Internet were used.

Results: species of genus rose, rose hips (*Rosa* sp. div.) according to environmental factors, participation in phytocenoses process, florocoenotypes, altitudes above sea level. m. and general geographic distribution were classified into the following types of areas [14]: A. Badakhshan-Alai (endemic, rare); B. West Tien Shan-Badakhshan-Alai; C. Himalayan; D. Iranian-Himalayan; E. Ancient Mediterranean (AM); F. Western European-AM.

Conclusion: in order to obtain species, species of genus rose or rose hips (*Rosa* sp. div.) with high-quality fructus that have a large amount of Vitamin C, various pigments in the petals and oil in seeds, it is necessary to grow seedlings of species of genus from seeds and only at 2-3 years of age to make combined grafts between endemic species and species with a wide range (see: A, B, C, D, E, F).

Key words: genus, species, endemic, ecological factors, phytocenosis, general geographic distribution, florocoenotype.

Nazarov Mirzo - PhD in Biology, Associate Professor, Honorary Professor of Avicenna Tajik State Medical University. Email: nnm70@yandex.ru, tel. +992934362771.

Муқаддима. Тоҷикистон мамлакати кӯхсор аст. Кӯҳҳо, хорасангҳову резасангистонҳо, пирахҳои хурду бузург ва заминҳои истифоданашаванда накам аз 60% - анд. Силсилакӯҳҳои Тяншон дар шимол ва Помир дар ҷануб нақши мавзеҳои онро муайян кардаанд. Кӯҳҳо ба самти шарқ ба балан-

ди тул кашида, баъзеҳо бо ҳамдигар наздик, дигарҳо дар як маркази бузург чун як гиреҳи азим муттаҳид шудаанд. Баландии онҳо 5000 – 6000, баъзе аз қуллаҳо боз 1500 – 2000 м баланди доранд.

Баландии кӯҳҳо, дараҳои пора-пораи тангу чуқур, мавқеи ҷойгир будан дар байни

ду биёбони бузург – Турону Тарим сабаби рангорангии табиати ин сарзаминанд. Таносубан ин нишонаҳо имконият медиҳанд, ки ҷумхуриро ба се (3) вилояти аз ҳамдигар ба кулли фарқдошта тасниф намоем: а) пастхамии байни кӯҳҳои Курамаву Туркистон ва қисми ғарбии водии Фарғона дар шимол ва пастхамии геологӣ танозулёфта дар ҷанубу ғарби Тоҷикистон; б) Помиру Олойи Миёна дар байни водии Фарғона ва пасти геологӣ танозулёфта дар ҷануби Тоҷикистон бо кӯҳҳои азими Помиру Дарвоз: силсилакӯҳҳои Пётри I, Дарвоз, Ванҷ, Язгулом, Академияи илмҳо, Пушти Олой, Рушон, Шугнон, Шохдараву Вахон; в) суфаукӯҳи баланди Помир бо нишонаҳои ба худ хос [1]. Маҷмӯи ин нишонҳо натавонанд сифатҳои хокҳо, боду ҳаво, балки таркиби флора (маҷмӯи рустаниҳо) ва фитокойносу флорокойнос - типҳоро (набототро) муайян менамоянд. Рустаниҳои гулдор ва ҳокадори комил қариб 4.5 ҳазор намуданд [2, 3, 4]. Сарфи назар аз афзун будани шумораи умумии намудҳои рустаниҳо манзараҳои зоҳирии Тоҷикистонро алафзорҳо (як ва бисёрсола) муайян менамоянд. Дарахтону буттаҳо, аз он ҷумла намудҳои авлоди садбарг (*Rosa sp. div.*) дар масоҳати қариб 4 – 4.5% ҷумхур вомехӯранд [4]. Фаровонии садбаргҳоро тадқиқотчиён ба эътибор гирифта баъзе аз намояндаҳои онҳоро ба флорокойноситепи буттаҳои мавсимии обдуст [5, 6] ё фитокойноситепи буттаҳои тобистон сабз [7] мансуб медонанд.

Муҳимият. Дар асоси нишонаҳои морфологӣ фарқкунандаи мураттабӣ ва зхиярашиносии узвҳои нашвӣ [8, 9, 10] (тана бо пояҳо, реша) ва худтакроркунӣ [11, 12, 13] (гул, мева, тухмӣ) муайян кардани намудҳои авлоди Садбарг (*Rosa sp. div.*) [8 -13], ки дар миқёси Тоҷикистон вомехӯранд, ниҳоят муҳим аст.

Мақсади тадқиқот. Муайян кардани типҳои пахноии географии (ареалӣ) [14] намудҳои авлоди Садбарг (*Rosa sp. div.*), ки меваҳои онҳо манбаи витамини С мебошанд, манфиатнок аст. Ҳамзамон, аниқ кардани ареали фитокойносии ва флорокойноситепҳое, ки дар сохтори таркибии онҳо наму-

дҳои авлоди Садбарг фаровон вомехӯранд, аҳамияти назарӣ, иқтисодӣ ва ороишӣ доранд. Омӯзиш ва тадқиқоти пайвандшавандаҳову (кунда – ва муғчапайванд) пайвандгираандаҳои (асос, хасак) намудҳои ареалҳои гуногун нисбат ба омилҳои муҳити зист ва экологӣ [15, 16] дар ноҳияҳои флористӣ ва мавзеи калиди (Хорангон) имконият медиҳанд, ки усулҳои истифодаи самараноки онҳоро рушан намоем. Муайянкунандаи намудҳои авлоди Садбаргро (*Rosa sp. div.*), ки дар ҳудуди Тоҷикистон вомехӯранд бо забони давлатӣ (тоҷикӣ) омода намоем. Натиҷаҳои мусбӣ тадқиқотиро дар равиҷи ривож додани буттабешаҳои сунъӣ обдуст ва ба камоби тобовар натавонанд дар мавзеи калидӣ (дараҷаҳои дарёи дараи Хорангон), балки тамоми ноҳияҳои ботаникиву географии ва флористии Тоҷикистон [5] ғайр аз суфаукӯҳи баланди Помир пешниҳод намоем.

Маводҳо ва усулҳои тадқиқот. Гербария. Гербарияи авлоди Садбарг (*Rosa sp. div.*) ро дар равиҷи тадқиқотҳои мавсимии экспедисионӣ солҳои 1959-2024 дар ноҳияҳои фитогеографии ҷумхури [5] ҷамъовари намудем. Тадқиқотҳои саҳроӣ [17] ва коркарди камералии гербария бо усулҳои геоботаникӣ [17] ва мураттабӣ [32] таҳлил шуданд. Аз адабиётҳои дастрас [18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 38, 39, 40, 41, 42], эҷодиёти шиғои – фолклории сокинони ҳамин ноҳияҳои тадқиқшуда, ки наслҳои ориётаборанд ва интернет баҳраманд гардидем. Гули садбарг, гулхор ё хуч (*Rosa sp. div.*) ба зероилаи садбаргшаклон (*Rosoideae*) оилаи Садбарггулон (*Rosaceae* Juss.) тартиботи Садбаргмонандон (*Rosales*), болотартиботи Розане (*Rosanae*), зерсинфи Розиде (*Rosidae*) синфи Магнолиопсида (Дупаллагихо) – *Magnoliopsida* (*Dicotyledones*) шӯбаи Магнолиофита (Пӯшидатухмон) – *Magnoliophyta* (*Angiospermae*) мансуб аст [19]. Садбаргро ҷун намояндаҳои дигари ин оила (зардолу – *Armeniaca* Mill., олу – *Prunus* Mill., шафтолу – *Persica* Mill., бодому – *Amygdalus* L., ноку – *Pyrus* L., себ – *Malus* Mill.) бостошиносон [18] дар маскани ода-

мони давраи санг (камари бологии палеолит - 10700+-500 сол) кашф кардаанд [18]. Маскан дар сарбанди водии дарёи Яқсой (Ёхсу), доманаи кӯҳи Ҳазрати Шоҳи қаторкӯҳи Дарвоз, дар баландии 2000 м аз сатҳи баҳр, дар наздикии деҳаи Шугнов ҷойгир аст; вай аз панҷ (5) қабат иборат буда 50 м ғафсӣ дорад [18]. Дар қабатҳои хоки маскани Шугнов тадқиқоти ҳоқаҳо ва гардҳои рустаниҳо бо усули С 14 гузаронида, дар натиҷа намояндаҳои оилаҳои зеринро [18] муайян кардаанд. Аз синфи Лилиопсида: лилиагулон – *Liliaceae* Juss., себчагулон ё ширешгулон – *Asphodelaceae* Juss., гандумгулон – *Poaceae* Barnhart ва ғайра; аз синфи Магнолиопсида: чаноракгулон – *Ranunculaceae* Juss., чаноргулон – *Platanaceae* Dumort., чормағзгулон – *Juglandaceae* A. Richard, торонгулон – *Polygonaceae* Juss., ғармашгулон – *Malvaceae* Juss., садбарггулон – *Rosaceae* Juss., лубийёгулон – *Fabaceae* Lindl., кавкабгулон – *Asteraceae* Dumort., маҳсусан пуш ё таҳач – *Artemisia* L. ва ғайра. [18]. Чунин масканҳои одамони давраи сангин: мусте 1 – Қара-Бура (Айвоч), 2 – Оғзи-Кичик (кӯҳи Ҳисор), 3 – Сасык-Ункур (Ош), 4 – Дарай-Кур (Афғонистон); II – палеолити болоӣ: 5 – Самарқанд (кӯҳи Туркистон), 6 – Шугноу (кӯҳи Ҳазрати Шоҳ), 7 – Ак-Купрук (Афғонистон), 8 – Қара-Камар (Афғонистон); III – мезолит: 9 – 11 – тамаддуни маркансуӣ баландкӯҳ – 9 – Ошхона (Олой), 10 – Қаратумшук ва 11 – маскани водии Аличур (Помир), 12 – Тутқавул (подомани кӯҳи Сарсарак дар соҳили чапи дарёи Вахш, ки ҳоло дар зери обамбори барқӣ Норақ мондааст; асри X-VIII то э. н.), 13 – Обишир (водии Олой), 14 – Ташкумыр (кӯҳи Фарғона); IV – неолит (баландкӯҳ): 15 – Оқ-Терек (кӯҳи Фарғона) ҳоло маълуманд [18,20]. Ба ақидаи мо аз эҳтимол дур нест, ки одамони давраи неолит дар натиҷаи таъсири мусбаву манфии омилҳои табиатӣ, хушксолиҳои давамдор ва маҳсусан яхбандиҳо, тақроран аз як мавзеъ ба мавзеъи дигар борҳо ҳиҷрат карда бошанд. Онҳо дар ин мавзеъҳо эҳтимол, ки натавонанд ба чорводорӣ, балки ба зироатпарварӣ ва боғдорӣ низ шугл меварзиданд. Аз он ҷумла аз намояндаҳои оилаи

садбарггулон (нок – *Pyrus*, себ – *Malus*, зардолу – *Armeniaca*, олуҷа – *Prunus*, бодом – *Amygdalus*, хуч (садбарг) – *Rosa* мавзеъи истифода қарор доштанд. Ин давраи бисёрхудоӣ буд (Об, Оташ, Офтоб ва диг.). Одамони ин давра асосан ба моҳигирӣ ва шикори ҳайвонҳои хурду бузурги саҳроӣ-ёбӣ машғул буданд. Модарон оиларо идора мекарданд, дар чорводорӣ ва зироатпарварӣ саҳми бузург доштанд. Наслҳои шикорчиён ва моҳигирон дар асри биринҷӣ аз ҷамъияти модаршоҳӣ ба ҷамъияти падаршоҳӣ гузаштанд. Ин даврае буд, ки аъзоҳои қабिलाҳо ба интиҳоби мақсодноки сунъии наваҳои серхосили зироатӣ – гандуму ҷавдор, наск, нахуд, лубийё, ва боғдорӣ – себу нок ва зардолу, ҳайвонот-зотҳои сермахсули гусфанду буз (сергушту равған ва сермӯина), аспҳои даванди кориву ҷангӣ аҳамияти маҳсус меоданд. Ҳамин буд, ки ин мавзеъро олимони ба як қисми маркази пайдоиши рустаниҳои маданияи зироатӣ [27] ва боғдорӣ [28] мансуб донишанд. Дар ин давра қабिलाҳои ориётабори Осиёи Миёна дар асоси таълимоти зардуштия ба дараҷаи баланди тараққиёти моддӣ ва маънавӣ расида буданд. Ҳамзамон онҳо пайванди тамаддуни шаҳрдорӣ Шарқи Наздику Ҳиндустон, аз як тараф ва қабिलाҳои бодиянишин дар Поволже, Қазоқистон, Сибир, Осиёи Марказӣ ва Чин - аз тарафи дигар буданд. Аксарияти олимони дар ин ақидаанд, ки дар доманаи ҳазорсолаҳои II – I-ум то э. н. Зардушт [20, 21] таълимоти яккахудоиро дар байни қабिलाҳои Ориёӣ, ки дар мавзеъҳои дар боло ёдшуда фаъолияти ҳаётӣ доштанд, пешниҳод намуд [21]. Ин таълимотро на ҳамма қабिलाҳои Ориётабор қабул намуданд. Барҳақ аст масали халқӣ: “Касеро дар ватанаш ба ҳайси пайғомбари барҳақ нашинохтаанд”, ҳазрати Муҳаммадро (с) низ. Сарфи назар аз ин ақидаи Зардуштияро дар дигар мавзеҳо – аз шимолу шарқи Эрон Ҳиндустон то пахтаҳои Турону кӯҳҳои Урал қабул намуданд. Таълимоти Зардуштия оид ба яккахудои натавонанд васеъ паҳн шуд, балки бо мурури замонҳо таъсири он ба динҳои Буддӣ, Яҳудӣ, Насронӣ ва ҳатто Мусулмонӣ афзун гардид ва худ низ

аз сифатҳои мусбии ин динҳо ғанӣ гардид. Дар таълимоти Зардуштия худон яккаву ягона Ахура-Мазда ва номҳои Ҷ (72-то) дар ибтидо шифоӣ ёд мешуданд ва пасон дар Авесто [21] сабт шуданд. Дар ибтидо Ахура-Мазда шашто (6) Ёрдамчиёни боэътимоди абадзиндаро – авест. Амеша-Спента бо мадади “Рӯҳи Муқаддас” – авест. Спента-Маню: “Пиндори Нек” – авест. Воху-Мана; “Ҳақиқату Ростӣ” – Аша-Вахишта; “Муқаддасу Пархезкор” – Спента-Армайтӣ; “Ҳокимии дилхоҳ” – Хшарта Варя; “Комилӣ” – Харватат; “Қовидонӣ” – Амэрэтат-ро офарид [21]. Ин Ёрони Қовидонӣ бо сарвари Ахура-Мазда “Ҳафтггонаи якдилони холис”- таносуби ҳафт офаридаҳои некии Яздони Покро – инсон, ҳайвон, оташ, замин, осмон, обу рустаниҳоро пуштибонӣ ва мудофия менамоянд [21].

Сарчашмаи қадима оид ба таърихи қадимтарини Осиёи Миёна – “Авесто” – маҷмӯаи матнҳои ситоиши офаридаҳои (офтоб, моҳ, замин, оташ, обу ҳаво, ҳайвону инсон) Яздони пок мебошад. Дар “Авесто”, инчунин сохтори дохили қабилавӣ, арзи вучуд намудани ҷамоаҳои ибтидоӣ, ҷудо шудани сарватмандон, тафриқа ёфтани марҳалаҳои роҳбарон ва зердастони онҳо сабт шудааст.

Асрҳои тулонӣ “Авесто” чун дигар ёдгориҳои динии ҳинду ва эронӣ дар шакли шифоӣ (фолклорӣ), ки хеле дақиқ буд, боқӣ монда буд. То омода намудани алифбои ҳамонзамонаи авестой, матнҳои бо алифбои арамей (асрҳои VI – V то э. н.) мавҷуд буданд ва дар Эрон Осиёи Миёна ба таври васеъ истифода мешуданд. Баъзе аз олимони тахмин менамоянд, ки дар асри I-ум то э. н., дар Парфия Шарқӣ матни хаттии “Авесто” мавҷуд буд.

Пасон “Авесто” бо алифбои махсусан ба ҳамин мақсад тартиб дода нависта шуд. Ин алифборо дар асоси ҳарфҳои паҳлавиӣ комил ва дар пояи алифбои арамей (яхудигӣ) омода сохтанд. Дар асоси алифбой такмилдодашуда ва маълумотҳои шифоии анаванӣ матни “Авесто”-ро дар асри VI-ум дар давраи Хисрави I тартиб доданд.

Дар асоси аввалин маълумотҳои хаттӣ

дар асрҳои VII-VI то э. н. дар мавзеи Осиёи Миёна қабила ва халқҳои ориётаборе ҳаёт мегузарониданд, ки ба гурӯҳи этникии Эронӣ - суғдиҳо, бохтариҳо, магианҳо, хоразмиҳо, парфиянҳо-пахлавиҳо-“пахлавонҳо” (М.Н.), қабилаҳои гуногуни сакиҳо, скифҳо ва диг. мансуб буданд. Ин давраи нави таҳавулоти мазҳабӣ, маънавӣ, фарҳангӣ, фалсафӣ ва бо ҳамдигар омезиш ёфтан ва шикасти дар шикасти ин ҷараёнҳо буд [20]. Ин ҳолатҳоро бузургвор Абуабдулло Рӯдакӣ дар қасидаи “Шикоят аз пирӣ” [25] чунин тавсиф намудааст:

Қаҳон ҳамеша чунин аст, гирдгардон аст.
Ҳамеша то бувад ойин-ш, гирдгардон буд.
Ҳамон ки дармон бошад, ба ҷои дард шавад,
Ва боз дард ҳамон, к-аз нахуст дармон буд.
Кухан кунад ба замоне, ҳамон кучо нав буд
Ва нав кунад ба замоне, ҳамон ки хулқон буд.
Басо шикастабиёбон, ки боғи хуррам буд,
Ва боғи хуррам гашт, он кучо биёбон буд.

Дар асоси маълумотҳои бостоншиносӣ, дар ибтидои нимаи ҳазорсолаи I-ум то э. н., дар яке аз вилоятҳои Осиёи Миёна ва мавзеҳои бо он ҳамхудуд лаҳҷае паҳн шуд, ки асоси он ба таълимоти зардуштия ва забони “Авестой”, пасон паҳлавӣ-тоҷикии-форсӣ мансуб буд. Забони ҳозираи тоҷикӣ ба гурӯҳи забонҳои эронии ғарбӣ мансуб буда, асоси он диалекти Форсӣ мебошад. Истилоҳи “тоҷик” дар нимаи якуми асри XI сазовори номи мардумоне гардид, ки дар Осиёи Миёна ва Хуросон, дар таркиби давлатҳои Тоҳириҳо, Саффарӣҳо ва махсусан Сомониҳо дар асрҳои IX-X арзи вучуд доштанд. Дар муҳорибаи бениёзи байни забонҳои дар Осиёи Миёна, махсусан Балху, Бухоро, Бохтар ва Хоразму Суғд мавҷуд буда [25], забони тоҷикӣ ғолиб омад. Мардумон бо ин забон натавонанд муошират менамуданд, балки ҳуччатгузорӣ, ситоиши оламу одам ва ҳайвонҳоро рустаниҳоро пешниҳод менамуданд. Масалан А. Рӯдакӣ [25] дар як ғазал фармудааст:

Гули садбаргу мушқу анбару себ,
Ёсамини сапеду мӯруди базеб,
Ин ҳама яксара тамои шудааст,
Назди ту, эй бути мулкфиреб.

Барои намуна аз эҷодиёти шифоии тоҷикон аз он ҷумла дар бораи гули садбарг, ки рамзи муҳаббати инсонӣ ба офаридгор ва мавзӯи ҳамин сӯҳбат аст якҷанд дубайтиҳо ва рубоӣҳои халқиро пешниҳод менамоем:

Гули Садбарги манӣ, саду як барги манӣ,

Гули Сиёвуш сиёҳабрӯ, дили пурдардӣ манӣ. Ё

Садбарги сафеди сахари рӯи Шумо,

Ман омадам ба дидани кӯи Шумо;

Садбарги сафеди сахари ро чӣ кунам?

Ман бе ту ҳаёти зиндагиро чӣ кунам?

Мардумон ҳама умри дароз металабанд,

Ман умри дарозӣ ғамқатиро чӣ кунам?

Ман омадам ба дидани чонона,

Садбарги сафеди ман баро аз хона,

Садбарги сафеди ман баро рухсат гир,

Боз омадани маро худо медонад?

Маълумотҳои нахустини хаттӣ дар ситиши сифатҳои Садбарг дар асари Феофраст (22) “Тадқиқот оиди рустаниҳо” 2300 сол пеш аз э. н. сабт шудааст. Аз 9 китоб, дар 5-тои онҳо сифати нишонаҳо ва аҳамияти буттаҳои гули садбарг тавсиф шудааст. А. Сино (23) дар китоби 2-ми “Қонуни тибб” дар банди рақами 207 табиати (мизочи) гули хушконидаи садбаргро ба ибтидои дараҷаи дуҷуми хушкӣ мансуб медонад. Гул, мева ва тухмии гули садбаргро чун хушккунанда барои табобати узвҳои сар, чашм, нафасгирӣ ва қафаси сина, силсилаи ҳазми ғизо ва ихроҷ, инчунин ороштани ҷисм тавсия намудааст. Ин сифатҳои садбаргро дар ибтидои асри XIV Арнолд [24] чун шеър тавсиф намудааст. И. В. Гёте [26] дар таҷрибаҳои сершумор оид ба сабзиш ва нумӯи рустаниҳои яксолаи дастпарвари хонагӣ (мушунг-*Vicia* sp. div., лубиё-*Vigna* sp. div.) тағйир ёфтани узвҳои нашвӣ (реша, тана, поя) ва худтакроркунӣ (наздигул-зеркоса, косабарг, гулбарг; гул: гардбарг, мевабарг-узвҳои чинсӣ ва тухмӣ) ва инчунин мевагули садбарг, ки ба поя табдил ёфта буд, дар шакли китобчаи бо ном “Метаморфози рустаниҳо” (табдил шудан ва тағйир ёфтан) нашр намуд. Ин тағйирпазирии узвҳои вай чун файласуф-табиатшинос таносубан дар тағйир ёфтани микдору сифати шарбати ғизогӣ, ки бо рағҳои нозук ба ҳамин узвҳо

ҳаракат карда фаъолияти онҳоро таъмин менамуданд ба эътибор гирифта буд. Ҳайҳот! Мақсади Гётеро ҳамзамонон ва олимони муҳобот пиндошта хуш қабул накарданд. (Истилоҳи “Метаморфоз” ба К. Линней мансуб аст). Таҳлили адабиётҳои илмӣ дастрас [29, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 36,] нишон медиханд, ки ба авлоди Садбарг аз 10 то ба 400 намуд мансуб мебошанд. Дар мавзеҳои Тоҷикистон 18, дар мавзеи калидии дараҳои дарёи Хорангон 8 намуд вомехӯранд.

Натиҷаҳои тадқиқот ва баррасии онҳо. Муайянкунандаи намудҳои авлоди Садбаргҳои (*Rosa* sp. div.) ҷумхуриро дар асоси нишонаҳои нашвӣ (реша, тана, поя, барг) ва худтакроркунӣ (тӯдагул, гул, мева, тухмӣ) тартиб додем [8 - 13]: ҷадвали муайянкунандаи номҳои дучандаи намудҳои авлоди садбарг аз ду зина: нишонаҳои асосии фарқкунандаи узвҳои рустанӣ ё теза (бо рақамҳои 1, 2, 3, – 13 ва ғай.) ва нишонаҳои мутақобили он ё антитеза (бо аломати ҷамъ (+) ишора шудаанд [37] намудҳои дастпарвар нишонаи барфак (*) доранд:

1. Косабаргҳо шилшиладоранд - 2.

+ Косабаргҳо яклухтанд – 8.

2. Гулбаргҳо аз сафед то сурх. Хорҳо рост. Гулҷояи меваҳои расида андаке хушк – 3.

+ Гулбаргҳо аз сафед то гулобӣ. Хорҳо хамида. Гулҷояи меваҳои расида нарм ва ширадор – 4.

3. Гулбаргҳои гулҳои ҳамон як бутта аз сафед то сурх тобиш доранд. Хорҳои борику рост ва ҳамвор (пилташакл) 2-тоги дар асоси баргҳо ҷойгиранд. Қутри гулҳои рангашон зард ё зардҷаи сурх 4-6 см; гулҳо якто ё 2-3-то. Гулҷояи меваҳои расида бо ранги зардҷаи сурхтоб ва сершира—13.

Садбарги хӯшбӯй - *Rosa foetida* Herrm.

+ Гулбаргҳо зард, аксаран шилшиладор. Хорҳо рост, махрутшаклу зардҷаи рӯшани чигарий то 1 см дароз, дар болои тана нисбатан баробар (якхела) ҷойгиранд. Гулҳо якто ё дуто. Қутри гули рангаш зард то 5 см. Гулҷояи меваҳои расида хушк ва косабарг доранд—14.

Садбарги Попов - *Rosa popovii* Chrshan.

4. Гулпояҳо бо ғадудҷаҳои пояҷадор. Су-

тунча дар зери гардгирак бараҳна ё патнок. —5.

+ Гулпоёҳо бараҳна ё патдор, ғадудча надоранд. Сутунча дар зери гардгирак патнок. —7.

5. Гулҳо шилшиладор. Сутунча дар зери гардгирак патнок. Рустаниҳои хориҷӣ, муҳоҷир. —6.

+ Гулҳо одӣ, сафед, якто ё 2-3-тоғӣ дар нуги бологии гулпоё ҷойгиранд, қутри онҳо 3-5 см. Сутунча дар зери гардгирак бараҳна. Хорҳои досчасакли қатшуда бо ранги зардча ё хокистарӣ (бур). Гулҷоя бараҳна ё бо ғадудчаҳои сутунчасакли байзамонанд ё байзамонанди эллиптикӣ пӯшида то 1-2 см дароз; дар меваҳои расида ранги сурх доранд ва серширанд. —6.

Садбарги оқбурӣ - *Rosa achburensis* Chrshan.

6. Гулҳои ягона бо қутри 4-6 см ва ранги чигарӣ, аксаран шилшиладор. Хорҳои реза рост, андаке калон досчасакл маҷашуда. Гулҷоя бо ғадудчаҳои сутунчасакл. Косабаргҳои 1.5-2.5 см дароз то пухтану расидани меваҳо хушида мерезанд. —11.

Садбарги франсавӣ - *Rosa gallica* L.

+ Қутри гулҳои сафеди шилшиладор то 7 см; дар тӯдагули камгул ё баъзан яктогӣ. Хорҳои сахт бо асоси пахншуда досчасакл қачанд. Гулҷояи бараҳна байзасакли дарозрӯя —12.

Садбарги сафед - *Rosa alba* L.

7. Қутри гулбаргҳои сафеди гулобӣ 4-6 см; дар марҳалаи гулфурорӣ дар асоси гулбарг доғи гулобӣ, ё баъзан сафед доранд. Гулҳо якто ё 2-4-тоғӣ дар нуги бологии пояҳои гулдор. Хорҳои зардчаи чун досча қачшуда 5-6 мм дароз. Гулҷояи 1-2 см дароз, бараҳна, байзавӣ, байзавии-эллиптикӣ ё андаке курашакл. Гулҷояи меваҳои расида бо ранги сурхи баланди гулоби —4.

Садбарги муқаррарӣ, хуч - *Rosa canina* L.

+ Қутри гулҳои рангпарида (ҳаргиз гулобӣ нестанд) 4-6 см. Гулҳо якто-якто ё 2-4-тоғӣ дар танайи гулпоё. Хорҳои досча-

шакл ё чахтшакл қач шудаи хокистарранг ё зардча 5-8 мм дароз. Гулҷояи бараҳна байзамонанд, байзавии дарозрӯя ё курашакл 1-2 см дароз ва дар меваҳои расида ранги баланди гулобӣ доранд —5.

Садбарги сипардор - *Rosa corymbifera* Borkh.

8. Сутунча дар зери гардгирак бараҳна —9

+ Сутунча дар зери гардгирак патнок —10

9. Қутри гулҳои зарди рӯшани як-ё 2-3-тоғӣ ҷойгиршуда 3-4 см. Хорҳои сафедчатоби якхела, сахт, рост ва бо асоси фишурдаву васеъшуда 0.8 см дарозанд. Гулҷояи курашакл ё байзамонанди васеъ бараҳнаанд. Косабаргҳои одӣ дар марҳалаи гулфурорӣ ба гулҷоя моил (чафс) шудаанд. Гулҷояи меваҳои расида ранги қаҳвагии олуболугӣ доранд —15.

Садбарги хорвасеъ - *Rosa platyacantha* Schrenk.

+ Қутри гулҳои зарди баланди ягона 2.5-4 см. Хорҳо 1-1.2 см дароз, якандоза, рост, махрутшакл, бо асосҳои васеъшуда ва бо ҳам расандаву ҳамвор, баъзан бо омехтаи патҳо. Гулҷояи доирашакли меваҳои расида бо ранги қаҳвагӣ 1-1.2 см дарозанд. Косабаргҳо хушида мерезанд —16.

Садбарги Эчисон - *Rosa ecae* Aitch.

10. Пояҳои навруста бараҳнаанд —11.

+ Пояҳои навруста патнок. Қутри гулҳои зарди гулпоё, ки 1-3-тоғӣ ҷойгиранд 4.5-7 см аст. Дарозии хорҳои махрутшакл 0.5-1.3 см ва дар пояҳо чахчӯбшакл ҷойгиранд; баъзан бо омехтаи зараҳорчаҳо. Гулҷояи то 2 см дароз курашакл ё гирду байзасакл —17.

Садбарги Овчинников - *Rosa ovczinnicovii* Kocz.

11. Қутри гулҳои зарди рӯшан, ки як ё 2-тоғӣ ҷойгиранд 2-4 см. Хорҳо якхела, сахт, рост ё андаке қач ва ба боло майл доранд; асоси онҳо маҷаку васеъшуда. Гулҷоя курашакл, бараҳна ё ғадудчадор ва дар мавриди пухта расидани меваҳо ранги қаҳрабо дорад, андаке хушканд —18.

Садбарги беҳамто - *Rosa divina* Sumn.

+ Гулбаргҳо сафед ё гулобӣ. Гулҳо яктогӣ ё дар тӯдагули сипаршакл. Косабаргҳо мавҷ-

уданд ё хушкида мерезанд —————12

12. Косабаргҳо мавҷуданд —————
—————13

+ Косабаргҳо хушкида ва бо лавҳача якҷоя мерезанд —————16

13. Қутри гулҳои як ё 4-5-тогии аз гулобии бенур то гулобии рӯшан 3-4 см аст. Хорҳои зардча то 1.5 см дароз, рост, борик, махрутшакл, парешон ва бо омехтаи зарахорчаҳо. Қутри гулҷоя то 2 см, бараҳна ё ғадудчадор, аз байзашакл то нокшакл. Гулҷоя дар меваҳои расида ранги гулобии баланд доранд ва хӯшканд —————9.

Садбарги самарқандӣ - *Rosa marocandica* Bunge.

+ Пояҳо рост. Косабаргҳо 1-3 см дароз —————14.

14. Қутри гулҳои ягона ё ин ки 3-5-тогӣ гулҷоя 3-4 см. Гулҷоя 0.5-1 см дароз доирашакл ё байзашакл, бо пулакчаҳои ғадудчадор пӯшида ва дар меваҳои пухтаву расида ранги гулобии сурх доранд. Хорҳои 2-12 мм дароз, рост ё андаке қач дар поя бо омехтаи пулакчаҳои ғадудчадор зич ҷойгиранд —————10.

Садбарги Коржинский - *Rosa korshinskyana* Bouleng.

+ Пояҳоро танҳо пулакчаҳо пӯшониданд. Косабаргҳо 1.5-4 см дароз —————15

15. Қутри гулбаргҳои сафед ё гулобии паст то 7 см. Гулҳо дар тӯдагули сипаршакл ё 2-3-тогӣ. Гулҷояи то 1.5 см дароз, бараҳна ва байзашакли васеъ. Косабаргҳо бараҳна ва 3-4 см дароз. Гулҷояи меваҳои расида бо косабаргҳо ранги сурхи рӯшан дорад. Хорҳо 7-10 мм дароз, рост, секунҷаи махрутшакл, пилтагӣ, зардчаранг ё зардҷаи ҷигарӣ ва 2-тогӣ дар тана ҷойгиранд —————8.

Садбарги дарозкосабарг - *Rosa longisepala* Kocz.

+ Қутри гулҳои гулпоя як-ё 3-4-тогӣ ҷойгир 3 - 9 см аст ва аксаран махмалинанд. Гулбаргҳо аз сафед то сурхи сиёҳтоби рӯшан. Гулҷоя бараҳна, патнок бо патҳои ғадудчадор ё ғадудчаҳо, шаклан аз андаке дароз то лунда; дар ҳолати меваҳои расида ранги гулобии баланд ва ҳатто сурхи сиёҳтоб; сершира ё андаке хушк. Хорҳои рост, саҳти махрутшакли зардча то 12 мм дароз

парешон (бенизом) ё 2-тогӣ дар асоси баргҳо ҷойгиранд. 7.

Садбарги Федченко - *Rosa fedtshenkoana* Regel.

16. Қутри гулбаргҳои сафед ё гулобии камранг 2.5-3 (4) см. Гулҳо дар тӯдагули сипаршакл ё ҷорӯбак дар интиҳои гулпоя ва баъзан яктогӣ ҷойгиранд. Гулҷоя 0.5-1 (1.5) см дароз, бараҳна, баъзан ғадудчадор, дар меваҳои расида сурх ва сершираанд. Хорҳо досчашакл ё чахтшакл, баъзан рост ва 2-тогӣ дар асоси барг нишастаанд —————1.

Садбарги Беггер - *Rosa beggeriana* Schrenk.

+ Гулҳо ягона ё 2-3-тогӣ —————17

17. Қутри гулҳои сафед ё гулобии рангпарида (камранг) 4-5 см. Гулҳо як ё 3-5-тогӣ дар қади гулпоя нишастаанд. Гулҷоя эллиптикӣ ё дарозрӯяи байзашакли ғадудчадор ё бараҳна 1.3-2 см дарозанд. Дар меваҳои расида сурху сершираанд. Хорҳои то 1.7 см дароз, калон, рост, пилташакл ё андаке қач 2-тогӣ ё чахчӯбшакл ҷойгиранд —————2.

Садбарги гундӣ - *Rosa huntica* Chrshan.

+ Хорҳои то 1.5 см дароз дар танаву пояҳо аҳён-аҳён ё нисбатан сршумору 2-тогӣ ё чахчӯбшакл ҷойгиранд; онҳо рост, андаке ба боло нигарон ва зардча. Қутри гулҳои ягона ё 2-3-тогӣ 2-4 см; аз гулобии паст то гулобии рӯшан. Гулҷоя гирд ё дарозрӯя, бараҳна, баъзан ғадудчадори патнок ё ғадудчадор; дар меваҳои расида гулобии сурх ё тамоман сурх ва сершира —————3.

Садбарги пакана - *Rosa nanothamnus* Bouleng.

18 намуни дар боло муайяншуда ба зеравлоди *A. Stylorhodon* Dumort.: сек. 1. Сафедгулбаргон - *Leucanthae* M. Pop. et Chrshan. Косабаргҳои меваҳои расида аз танай шохчаҳо ҳамроҳи ҳалқаи мева ба замин мерезанд. Буттаҳои начандон баланд: С. Беггер - *R. Beggeriana*, С. гунди - *R. huntica*, С. пакана - *R. nanothamnus*. Зеравлоди В. *Rosa* L.: сек. 2. Гулхорон ё хоргулон - *Canina* L. Косабаргҳои паршакли беруни то пухтани меваҳо мерезанд, ҳалқаҳо дар меваҳо боқӣ мемонанд: С. мукарпарӣ - *R. canina*, С. сипарчадор - *R. corymbifera*, С. оқбурӣ - *R. achburensis*; сек. 3. Ҷигаригулбаргон - *Cinnamomeae* DC. Косабаргҳои яклухт дар

меваҳои расида боқӣ мемонанд: С. Федченко – *R. fedtschenkoana*, С. дарозкосабарг – *R. longisepala*, С. самарқандӣ – *R. maracandica*, С. Коржинский – *R. korshinskyana*; сек. 4. Лолагулбаргон – *Galliceae* Среп. Косабаргҳо паршакл буридашуда: С. франсавӣ – *R. gallica**, С. сафед – *R. alba**. Зеравлоди С. *Chamaerhodon Du mort.*: сек. 5. Зардчагулбаргон – *Luteae* Среп. Косабаргҳои паршакл ва зеркосагули расида доранд: С. хушбӯй – *R. foetidae**, С. Попов – *R. popovii**; сек. 6. Анисбаргшаклон – *Pimpinellifolia* DC.: наздигул надоранд, косабаргҳо яклухтанд. Баргҳо дар шохчаҳои кӯтоҳшуда тудаву зич ҷойгиранд: С. хорвасеъ – *R. platya cantha*, С. Эчисон – *R. esae*, С. Овчинников – *R. ovczinnikovii*, С. беҳамто – *R. divina*.

Намудҳои дар боло муайяншударо тано-субан ба **пахноии географӣ (ареалӣ)** [14], эко-биоморфӣ [15, 16, 41, 42], омилҳои экологӣ (харорат, обухаво. рушаниву соягӣ) ва фитокойносоху флорокойностипҳо [4] ба та-ври зайл тасниф ва тавсиф намудем, дар на-мудҳо рақами якум – тартибӣ, рақами дуюм – аз ҷадвали муайянкунанда (масалан С. Ғундӣ 1. Рақами тартибӣ ва 2. Муайянку-нанда).

А. Типи пахноии географии (ареалӣ) Ба-дахшону Олой. Намудҳои эндемӣ (нодир):

1.2. С. ғундӣ – *R. huntica*. Буттаи обдӯсту соядӯсти то 2 м баланд. Дар мавзеҳои мӯъта-дили бручзор, сафедору ар-арзор, ангатзо-ру арчазор бо бруч, дар баландиҳои 1400-3000, баъзан 3400-3600 м вомахӯрад. Барои ноҳияҳои флористии Зарафшон, Ҳисору Дарвоз, Тоҷикистони Шарқӣ, Бадахшону ҳатто Помир (соҳилҳои дарёҳои Катта-Ма-рҷонай, Мурғоб, Каинди) ҳос аст. Меваҳои расида 7-13.35% витамини С ва 0.06% каро-тин доранд [40]. Барои мугчапайванд аз на-мудҳои С. Коржинский, С. Федченко, С. муқараррӣ истифода бояд кард.

2.6. С. окбурӣ – *R. achburensis*. Буттаи сер-появу сернавдаи то 1-3 м баланди обу гар-мидӯст, ба соягӣ ва камобӣ тободар. Фар-дҳои популятсияи намуд дар сохтори тар-кибии камари сиёҳчангал (чормағззор, фар-кзор, себзор), фитокойносоҳои обдӯст тлох-чазор (*Echorda*), садбаргзор (*R. divina*),

бодомзор, баъзан арчазорҳои гармидӯст (*Juniperus seravschanica*), дар баландии 400-2200 м вомахӯранд. Фардҳои популятсияи намуд барои талу теппаҳои ноҳияҳои фло-ристии Ҳисору Дарвоз ва Тоҷикистони Ҷанубӣ ҳос буда, дар ноҳияҳои Курама, Назди дарёи Сир, Туркистону Зарафшон начандон афзунанд. Меваҳои расида то 2.1% витамини С ва 0.02-0.03% каротин доранд [40]. Кишти фардҳои популятсияи ин намуд-ро ҳамчун ниҳоли пайвандшаванда (хасак) дар талу теппаҳои камоби кӯҳҳои Тоҷикис-тони Марказӣ, барои намудҳое, ки серви-тамин ҳастанд ба роҳ мондан лозим аст. Дар маркази деҳоту ноҳияҳо ба ҳайси панҷараи фаъолиятноки ороишии бисёрсола бояд, ки истифода баранд.

3.8. С. дарозкосабарг – *R. longisepala*. Бут-таи обу соядӯсти мавзеҳои мӯътадил то 2м баланд. Фардҳои намуд танҳо дар сохтори таркибии бручзорҳои ноҳияи флористии Ҳисору Дарвози марказӣ, дар баландиҳои 2200-2500 вомахӯранд. Ҳамчун ороишӣ дар ноҳияҳо ва деҳаҳо истифода шавад.

4.10. С. Коржинский – *R. korshinskyana*. Буттаи сернавдаи рӯшаниву гармидӯст, ба камобӣ тободар то 1м баланд. Дар камари чакалакзор, ӯғонзор, байни арчазорҳои тоқа-тоқа, нишебҳои санглох, сангтӯдаҳо, гурӯҳҳои бедзори бручзор, дар баландии 1400-3400 м вомахӯрад. Барои ноҳияҳои флористии Ҳисору Дарвоз (ҳиссаи марказӣ), Тоҷикистони Шарқӣ (Ванҷ), Бадахшон бо маҷмӯи зерноҳияҳо (Бартанг, Шугнон, Ва-хон) ҳос аст. Меваҳои расида то 5% вита-мини С доранд. Аз тухмиҳои рустанӣ хоҷа-гиҳои ҷангали ноҳияҳои ёдшуда бояд на-врӯставу навниҳолҳоро парвариш намоянд. Решаҳои сершумори рустанӣ хокро аз шус-тани боду борон ҳимоя менамоянд.

5.14. С. Попов – *R. popovii*. Буттаи обу гармидӯст ва ба соягӣ тободар бо танаи 1.5 м баланд. Дар нишебҳои марказии ҷану-бии кӯҳи Ҳисор (Такобу Хорангон), ҳис-саҳои ҷанубии зерноҳияҳои Бадахшон (Бар-танг, Шугнон, Вахон), баландиҳои 1600-2900 м, асосан дар деҳаҳо вомахӯрад. Ба ҳимоя ва парвариш намудан ниёз дорад.

Б. Типи пахноии географии (ареалӣ) Тян-

шони Ғарбиву Помиру Олой.

1.7. *С. Федченко* - *R. fedtschenkoana*. Буттаи obu рӯшанидӯст ва ба гармиву соягӣ тобовар 1-2, баъзан то 3-4 м баланд. Дар камари арчазорҳои сардтабиат (*Juniperus semiglobosa*, *J. turkestanica*), дар байни даштҳо (*Festuca sulcata*), болиштакхорҳо, баъзан сафедорзору бедзор ва бручзори баландҳои 1500-3200 м вомахӯрад. Асосан барои ноҳияи флористии Зарафшон хос аст; аҳён-аҳён дар ноҳияҳои флористии Курама, Туркистон, ҳавзаҳои дарёҳои Ширкент, Қаратоғ, Хонақо, Варзоби хиссаи чанубу ғарбии ноҳияи флористии Ҳисору Дарвоз вомахӯрад. Меваҳои расида аз 6.22 то 9.84% витамини С, 1.7% витамини Р ва 0.04% витамини Е доранд [40]. *С. Федченко* дар зерноҳияҳои (Бартанг, Шугнон, Вахон) ноҳияи Бадахшон дар баландҳои аз 1500 то 2500 м парвариш намудан мумкин аст. Аҳамияти ороишӣ дорад.

2.9. *С. самарқандӣ* - *R. maracandica*. Буттаи гармӣ ва рӯшанидӯсти ба камобӣ тобовар бо пояҳои андаке печони то 1 м баланд. Дар камари чакалакзорҳо, алафҳои баландпояи камбақо (ӯғон, камол), арчазорҳои гармидӯст (*Juniperus seravschanica*), алафзорҳои дурушт, падакзор, нишебҳои сангрезадору сангистон дар баландҳои аз 800 то 3200 м вомахӯрад. Фитокойносҳои мустакил ҳосил намекунад. Аз ҳама беш барои зерноҳияҳои (ғарбӣ, марказӣ, шарқӣ) ноҳияи флористии Зарафшон, Ҳисору Дарвоз ва Тоҷикистони Ҷанубӣ хос аст. Аҳён-аҳён дар ноҳияҳои флористии Курама, Кӯҳи Муғул, Туркистон ва Тоҷикистони Шарқӣ вомахӯрад. Меваҳои расида 4.23-9.97% витамини С ва 0.01% каротин доранд [40]. Тухмидонаи *С. самарқандиро* дар нишебҳои мавзеҳои дар боло зикршуда, дар ҷойҳои доими пошида наврустаҳо ва навниҳолҳоро парвариш намудан мумкин аст.

3.15. *С. хорвасеъ* - *R. platyacantha*. Пояҳои буттаи рӯшаниву гармидӯст ва ба сардиву соягӣ тобовар то 1 м баланд. Дар сохтори таркибии камари арчазорҳои ба сардӣ тобовар (*Juniperus semiglobosa*, *J. turkestanica*) ва даштҳои баландӣ байни кӯҳҳои ноҳияҳои флористии Кӯҳи Муғул, Ҳисору Дарвоз,

Тоҷикистони Шарқӣ дар баландҳои 2000-3700 м вомахӯрад. Дар таркиби баргҳо (моддаҳои даббоғӣ) ва меваҳои расида витамини С, сапонинҳо, септерпенҳо, каротин, кислотаҳои фенолкарбон, кумаринҳо, флавоноидҳоро муайян кардаанд [43,44]. Дар самти шимолу ғарбии ноҳияҳои флористии чумхур аз тухмӣ ва қаламчаҳои решау парвариш кардан зарур аст. Решаҳои сершумори рустанӣ хок ва сангрезаҳои нишебҳои кӯҳҳоро мустақкам намуда аз шустани боду борон эмин нигоҳ медоранд.

4.17. *С. Овчинников* – *R. ovczinnikovii*. Буттаи рӯшаниву гармидӯст, ба соягиву камобӣ тобовар 1.5 то 2.5 м баланд. Эвритоп: дар сохтори таркибии ҷангалҳои пахнбарг (чормағззори фарқзор), резабарг (сафедору, ар-ар), арчазорҳои гармидӯст (*Juniperus seravschanica*) ва ҳатто бручзорҳои обдӯст, тлохчазорҳо (*Echordia*), алафҳои баландпояи камбақову (ӯғон, камол, ҷукрӣ), торонзор дар баландҳои 1000-2500 дар баъзе мавзеҳо то 3500 м вомахӯрад.

Дар мавзеҳои Тоҷикистони Марказӣ ба ивази ҷангалҳое, ки бе ягон нақша хароб карда шудаанд *С. Овчинников* афзоиш карда камари ба ҳамин намуд хосро ҳосил менамояд [39]. Фардҳои ин намуд аҳён-аҳён дар ноҳияҳои Туркистону Зарафшон, ва ниҳоят фаровон дар нишебҳои ҷанубии кӯҳи Ҳисор, Қаротегину қисми ғарбии Пётри I, Ҳазрати Шоҳ ва ҷанубии Дарвоз, ноҳияи флористии Тоҷикистони Ҷанубӣ – кӯҳҳои Ғозималик, Хоҷа-Мастон, Сар-Сарак, Санглоху Қаратов, Рангону водии дарёҳои Хонақо, Варзоб, Хорангон, Яксой (Ёхсу), Шуроб, Оби сурх вомахӯранд. Меваҳои расида 1.2-1.7% витамини С доранд [40]. Дар ҳамин мавзеҳо *С. Овчинниковро* аз тухмӣ ва қаламча бояд парвариш намуд.

5.18. *С. беҳамто* - *R. divina*. Буттаи то 1.5-2.5 м баланд. Ба *С. Овчинников* монанд, танҳо бо пояҳои урён, кӯтоҳ будани андозаи баргҳо (1.8-2.5 см) ва кутри гулҳо (2-4 см) фарқ менамояд. Инчунин дар ноҳияи флористии Тоҷикистони Ҷанубӣ дар нишебҳои кӯҳҳои Рангон, Ғозималик, Қаратов, Оқтав, Сарсарак вомахӯрад. Меваҳои расида то 2.38% витамини С доранд [40]. Сифа-

ти ороишӣ ва хокро мустаҳкам карданро доро мебошад. Парвариш – монанди С. Овчинников.

В. Паҳноии географии (ареалӣ) Наздиҳимолой.

1.3. С. пакана - *R. nanothamnus*. Буттаи обу рӯшанидӯст, ба сардӣ тобовари то 25-50 см, дар баъзе мавзеҳо то 1-1.5 м баланд. Дар сохтори таркибии камари арчазорҳои ба сардӣ тобовар (*Juniperus semiglobosa*, *J. turkestanica*), даштҳои хорзор ва флорокойно-стипҳои сарддӯст, дар баландҳои 2000-3700 м вомерӯрад. Фитокойносҳои мустақил ҳосил намекунад. Асосан барои ноҳияҳои флористии Зарафшон, Ҳисору Дарвоз, аҳён-аҳён дар таркиби фитокойносҳои кӯҳҳои Пётри I-и Тоҷикистони Шарқӣ, Шугнону Ваҳонӣ Бадахшон, Курамаву Туркистон вомерӯрад. Берун аз марзи Тоҷикистон барои мавзеҳои Ғарбӣ Чин, Кашмиру Афғонистон ҳос аст. Мева аз 6.64 то 9.06% витамини С, 0.08% каротин дорад [40]. Меваҳо ширадоранд ва гизои парандагони саҳроӣ мебошанд. Навниҳолҳои аз тухмӣ ҳосилшуд дар давоми 3-5 сол аввал тиирре-ша ҳосил карда ва пасон ба баландӣ қад мекашанд; афзоиши нашествӣ ба воситаи пояреша мегузарад. Барои муғчапайванди тирамоҳӣ аз буттаҳои намудҳои С.. Федченко, Овчинников, беҳамто, Коржинский, муқаррарӣ бояд истифода кард.

2.16. С. Эчисон - *R. esae*. Буттаи рӯшаниву гармидӯст, ба соягӣ ва сардӣ тобовар бо пояҳои андаке печони аз 1 то 1.5 баланд. Дар камари чакалакзорҳо, алафҳои пояпасти камбаҳо, арчазорҳои сардидуӣ (*Juniperus semiglobosa*, *J. turkestanica*), китъа-китъа даштҳо бо бузнич (*Festuca sulcata*), намудҳои фатила (*Atraphaxis spinosa*, *A. pyrifolia*), падак (*Ephedra equisetina*, *E. Intermedia*), бишол (*Lonicera* sp. div.) ва ғайра, дар баландҳои 2200-3000 м вомерӯрад.

Паҳноии умумии географӣ – Бадахшон, Олой, Тяньшони Шимолӣ, Ҳиндукуш ва шимоли Чин. Дар Тоҷикистон барои зерноҳияҳо ва ноҳияҳои флористии Курама, Туркистон, Зарафшон, Ҳисору Дарвоз, Тоҷикистони Ҷанубӣ (кӯҳҳои Рангон, Сарсарақ, талу теппаҳои Файзобод, Оби-Гарм,

Балҷувону Ховалинг) ҳос аст.

Мева 0.57-0.7% витамини С дорад [40]. Аҳамияти ороишӣ дорад, чун ҳасак барои пайванд кардани навиҳои дастпарвар ғоиданок аст.

Г. Паҳноии географии (ареалӣ) Эронӣ наздиҳимолой.

1.1. С. Беггер - *R. beggeriana*. Буттаи рӯшаниву гармидӯст ва мавзеҳои муътадил то 3.5 м баланд. Дар Эронӣ Афғонистон, Покистон ва Чин (Қошғар), Тяньшон, махсусан баландҳои 400-2000 (2300), аҳён-аҳён 3000 м сохилҳои дарёҳо ва пастиҳои ноҳияҳои Курама, Назди дарёи Сир, **Туркистон**, ноҳия ва зерноҳияҳои флористии Зарафшон, Ҳисору Дарвоз, Тоҷикистони Шарқӣ, Бадахшон (Бартанг), дар сохтори таркибии чормағзорҳо, хурмозорҳо (кӯҳи Каротегин, деҳаҳои Даштиҷум, Паткинов, Рӯзвай, Кеврон), сафедорзор, бӯрзор вомерӯрад. Дар таркиби мева вобаста аз баландии сатҳи баҳр аз 4.27% то 7.66% витамини С мавҷуд аст [40]. С. Беггер дар аксарияти мамлакатҳои ИДМ парвариш карда мешавад. Дар маҷмӯи мавзеҳои Тоҷикистон аз тухмӣ ва қаламча парвариш намудан мумкин аст. Аҳамияти ороишӣ ва иқтисодӣ дорад.

2.13. С. хушбӯй - *R. foetida**. Буттаи гармиву обу рӯшанидӯст ва ба соягӣ тобовари то 2 м баланд. Дар мамлакатҳои Кавказ, Осиёи Хурд, Эрон ва Афғонистон, Тоҷикистон, дар боғҳои истироҳатӣ, чаманистонҳо, назди хонаҳои истиқоматии аҳолии ноҳияҳои флористии Назди Дарёи Сир, Туркистон, Зарафшон, Ҳисору Тоҷикистони Ҷанубӣ дар баландҳои аз 300 то 2500 м вомерӯрад. Дар таркиби меваҳо 1.08% витамини С, 0.03 каротин [40,44] мавҷуд аст. Дар интиҳоби мақсаднок оид ба пайванд ва дурагакуноӣ бо дигар навиҳои намудҳои аҳамияти калони илмӣ дорад.

Д. Паҳноии географии (ареалӣ) Ҳавзаи баҳри Миёназамин.

1.5. С. сипарчадор - *R. corymbifera*. Буттаи обу гармиву рӯшанидӯсти ба соягӣ тобовар то 4-5 баъзан 7 м баланд, баргҳо то 18 см дарозу аз 5-7 ҷуфт баргчаҳо иборат, гулбаргҳо гулобии рангпариди. Фардҳои популят-

сияи намуд дур кӯхҳои Африкои Шимолӣ, Осиёи Хурду Кафкоз, Осиёи Миёна (Помиру-Олой, Тяншону Копетдоғ), дар Тоҷикистон— нишебиҳои нушури (соярави) кӯхи Туркистон, қисми марказии нишебиҳои ҷанубии ноҳияи флористии Ҳисору Дарвоз, ҳавзаҳои дарёҳои Варзоб, оби Шури Сари Хосор, оби Мазори Султон Ҷаксой (Ёхсуи) Ховалинг, Ваҳши Тутқавулу Себистон, Панҷи Дарвоз, дар баландиҳои 1000-2300 м, дар сохтори таркибии форматсияҳои чормағзор, фаркзор, себзори хурмозор воমেҳӯрад. Мева 0.9-1.2% витамини С [40]. Кундапоя барои пайванди навъҳои ҳонагӣ аҳамияти калон доранд.

2.11. *С. франсавӣ - *R. gallica*. Буттаи пояпасти (то 50-70 см) обу гармӣ ва соядӯсти ба рӯшани тобовар. Қутри гулҳои сурхи махмалин 4-6 см. Дар ноҳияи флористии Тоҷикистони Ҷанубӣ аҳоли дар боғчаи назди манзили зист ҳамчун ороиши парвариш менамоянд.

3.12.*С. сафед—*R. alba*. Буттаи обу гармӣ ва соядӯсти ба рӯшани тобовар то 2-2.5 м баланд. Қутри гулҳои махмалини сафед то 7 см аст. Дар ноҳияҳо ва ҷаманистонҳои Варзоб, Балҷувон, Ховалинг парвариш карда мешавад.

Е. Паҳноии географии (ареалӣ) Аврупои ғарбӣ ва ҳавзаи қадимии баҳри Миёназамин (ҲҚБМ).

1.4.С. муқарарӣ, хуч - *R. canina*. Буттаи бисёрпояву бисёрнавдаи обдӯсту гармидӯст, соядӯсту ба рӯшани тобовар аз 1 то 3 м баланд, бо паҳноии ниҳоят васеъ — дар шимол аз қисми Ҷанубии Скандинавия ва Аврупои Ғарбӣ, Қриму Кавказ бо кӯхҳои Осиёи Миёна — Копет-Доғ, Тяншон, Помиру Олой; дар сохтори таркибии флороқойностипҳои камари сиёҳчангал: дар чормағзор (*Juglans regia*), сафедорзор (*Populus alba*, *P. tadshikistanica*), санҷидзор (*Elaeagnus orientalis*), баъзан фаркзори (*Acer turkestanicum*) бедзор (*Salix sp. div.*), соҳилҳои дарёву ҷуйҳо ва чашмаҳо, дар баландиҳои аз 1000 то 1700-2000 м, воМЕҳӯрад. Барои соҳилҳои чапу рости ҳавзаҳои дарёҳое, ки аз соҳил зина ба зина нордбоншакл (ба ҳамвориҳо, домани баландиҳои уфуқии

дарёҳо) баланд мешаванд, талу теппаҳо ва нишебиҳои марказии ҷанубии ноҳияҳои флористии Ҳисору Дарвоз: аз ғарб ба шарқ— Лучоб, Қаратоғ, Хорангон, Варзоб, Ромит, қисми ҷанубу ғарбӣ Пётри I, Навобод (Комсомол), Қалъаи Хумб, Кеврон; Тоҷикистони Ҷанубӣ— Хонақо, Қаратов, Рангон, Даҳана Киик, дарёи Ҷаксой (Ёхсу), Оби Мазор, Оби Сурх, Ҳазрати Шоҳ, Зағара, Тирай; Бадахшон: Бартанг-деҳаи Рушон; Шугнон - ш. Хоруғ воМЕҳӯрад. Мева аз 0.69 то 1.28% витамини С, аз 0.01 то 0.07% каротин дорад [40]. Кундапоя ва танаи С. муқаррарӣ барои пайванди (баҳорӣ, тирамоҳӣ) намудҳои худрӯйи саҳроӣ ва навъҳои ҳонагии дастпарвар аҳамияти калон доранд. Дар тибб барои табobati бемориҳои гуногун истифода мешавад.

Хулоса. Барои мақсаднок ба роҳ мондани истифодаи самаранокӣ намудҳои авлоди садбарг (*Rosa sp. div.*) кормандони Кумитаи ҷангали назди дастгоҳи Президент, хоҷагиҳои деҳқонӣ маҷмӯи вилоятҳо ва шаҳрвандони ҷумҳур, ки қитъаи манзили истиқомати доранд, бояд иҷрои вазифаҳои зеринро ба роҳ монанд: аз усулҳои кундапайванд ва муғчапайванд ба тарзи васе истифода намоянд. Барои кундапайванд танаҳои аз 3 то 7 сола; муғчапайванд — поя ва навдаҳои аз 1 то 3 соларо мавқеи интихоби сунӣ қарор диҳанд.

Барои васеъ шудани масоҳати паҳноӣ географияи популятсияҳои намудҳои авлоди садбарг (*Rosa sp. div.*), мутобиқати онҳо ба омилҳои экологӣ, афзун гардонидани навъҳое, ки аз витамини С бой ҳастанд; мустаҳкам намудани соҳилҳои дарёҳо, нишебиҳои санглоху сангистонҳои талу теппаҳо, аз шустани боду борон ва ҳамчун манбаи ороиши ҷаманистонҳо ва мавзеҳои истироҳатӣ шаҳрвандон, аз усулҳои дурагақунонӣ бояд ба тарзи васе истифода намоянд. Барои ин аз типҳои паҳноӣ Бадахшону Олой с. ғундӣ - *R. huntica* ва аз типҳои тяншони ғарбӣ бадахшону олой с. Федченко - *R. fedtschenkoana*, аз типҳои наздиҳимолой с. пакана - *R. nanotamnus*, аз типҳои бадахшону олой с. оқбурӣ - *R. achburensis*, с. дарозкосабарг - *R. longisepala*, с. Коржинский -

korshinskyana, с. Попов - R. popov, аз типии тяншон бадахшону олой С. Овчинников - R. ovczinnikovii, С. беҳамто - R. divina, типии эрон наздиҳимолой С. Беггер - R. beggeriana, С. хушбӯй - R. foetidae, аврупои ғарбӣ ҳавзаи қадимаи баҳри Миёназамин с. муқарарӣ - R. canina истифода намоянд.

Адабиёт

1. Атлас Таджикской ССР/АН Тадж. ССР. Совет по изуч-ю производ-х сил// ГУГК при СМ СССР. Душанбе – М. 1968
2. Флора Таджикской ССР/Предисловие/ /Редактор М. Р. Расулова. АН Тадж. ССР, БИН. Изд-во «Наука» Л., 1991. – 5-7 с.
3. Назаров М. Н. Захираиносии рустаниҳои шифогӣ/М. Н. Назаров, Н. М. Назаров, Н. С. Борониев//Шурои илмӣ-методиҳои фак-ти фарматсевтии ба номи Абуалӣ ибни Сино (протоколи №3 аз 12.12.2016), чун дастури таълимӣ ба ҷоп тавсия шуд. Душанбе 2016 – 1-95 – с
4. Овчинников П. Н. Растительность/П. Н. Овчинников//Таджикская ССР.Экономико-географическая характеристика. Под ред. И. К. Нарзикулова и С. Н. Рязанцева. Госизд. Географ. Литература. М. 1956—38-50 с
5. Овчинников П. Н. Основные черты растительности и районы флоры Таджикистана/П. Н. Овчинников. Глав. ред. П. Н. Овчинников//Флора Тадж. ССР. Утв. к печ. БИН АН Тадж. ССР. М.- Л., 1957 – т. 1. 9 – 20с
6. Овчинников П. Н. О главнейших типах древесной растительности Таджикистана/П. Н. Овчинников//Сообщ. Тадж. фил. АН СССР, 1948, вып. 6, 27-29 с.
7. Станюкович К. В. Растительность/К. В. Станюкович//Таджикистан. Природа и природ. ресурсы. Отв. редак-ы Х.М. Саидмурадов, К.В.Станюкович, Печат-я по постанов-ю РИСО АН Тадж. ССР. Изд. «Дониш» Душанбе 1082, ч. 6.-368-401 с
8. Фёдоров Ал. А. Атлас по описательной морфологии высших растений. Стебель и корень, 1962/Ал.А.Фёдоров,М.Э.Кирпичников, З.Т.Артюшенко//Под. общ. ред. чл.-корр. АН СССР П.А.Баранова.М.–Л. Изд-во АН СССР, 1962. 352с.

9. Фёдоров Ал. А. Атлас по описательной морфологии высших растений. Лист/Ал. А. Фёдоров, М. Э. Кирпичников, З. Т. Артюшенко//Под общ. ред. чл.-корр. АН СССР П.А. Баранова. М. – Л.. Изд-во АН СССР, 1956. 303с.
10. Фёдоров Ал. А. Атлас по описательной морфологии высших растений. Цветок/Ал. А. Фёдоров, Э. Т. Артюшенко//Утв. к печ. БИН. им. В. Л. Комарова. Изд-во «Наука» Л., 1975. 352с.
11. Фёдоров Ал. А. Атлас по описательной морфологии высших растений. Соцветие/Ал.А.Фёдоров,З.Т.Артюшенко//Утв. к печ. БИН. им. В. Л. Комарова. Изд-во «Наука» Л., 1979-296с.
12. Фёдоров Ал.А., Атлас по описательной морфологии высших растений. Плод/Ал.А.Фёдоров, З. Т. Артюшенко//Утв. к печ. БИН. им. В. Л. Комарова. Изд-во «Наука» Л., 1986. -392с.
13. Артюшенко З. Т. Атлас по описательной морфологии высших растений. Семя/З.Т.Артюшенко//Утв. к печ. БИН. им. В. Л. Комарова. Изд-во «Наука» Л., 1990. 205 с.
14. Толмачёв А. И. Введение в географию растений (лекции, читанные студ-ам ЛГУ в 1958–1971 гг.)/А. И. Толмачёв//Печ. по постанов. РИС ЛГУ. Доп. Минс. высш. и ср. спец. обр-я РСФСР в кач-е уч. пос-я для студ-в биол. и геогр. фак-ов универ-в. Изд-во ЛГУ, 1974.-3-244с.
15. Шенников А. П. Экология растений/А. П. Шенников//Доп-но Минстер. высш. обр-я СССР в качестве учеб. для биолого-почвенных фак-ов госуниверситетов. М. Госизд-во «Советская наука, 1950. 3-375с.
16. Шенников А. П. Введение в геоботанику/А. П. Шенников//Доп-но Минс. высш. и ср. спец. обр-я РСФСР в кач-ве учебн. для биол. фак-ов универ-ов. Отв ред. И. Х. Блюменталь. Печат. по постанов. РИС ЛГУ. Изд-во ЛГУ, 1964. -9-447с
17. Полевая геоботаника. Под общ. редак. Е. М. Лавренко и А. А. Корчагина/Утв. к печ. Бин им. В. Л. Комарова АН СССР//Изд-во АН СССР. М. – Л., 1959 – 1976, тт. 1 – 5
18. Никонов А. А. Природная обстановка времени обитания верхнепалеолити чес-

кой стоянки Шугноу и вопросы первоначального заселения Памира/А. А. Никонцов. М. М. Пахомов, В. А. Ранов, Н. В. Ренгартен//Матер. Всесоюз. Симпоз. организ. Инст-ом геогр. АН СССР и Комис. по изуч. четвертич. периода АН СССР в марте 1973г. Часть первая. М. 1974.-190-197с.

19. Тахтаджян А. Система магнолиофитов/А. Тахтаджян//Утв. к печати БИН им. В. Л. Комарова. Изд-во «Наука». Л., 1987.-5 – 439-с.

20. Гафуров Б. Г. Таджики. Древнейшая, древняя и средневековая история/Б. Г. Гафуров. Отв. ред. Б. А. Литвинский//Утв. к печ. Инст-ом востоко. АН СССР. М.: Изд-во «Наука». 1972. 425с.

21. Авеста. Избранные гимны/Перев. с авестийского и комментарии проф. И. М. Стеблин-Каменского//Предис. проф. В. А. Лившица, Ред. С. Ховари. Душанбе. Изд-во «Адиб». 1990. -3-175с.

22. Феофраст. Исследование о растениях/Пер. с древнегр. и примеч. М. Е. Сергеев. Ред. акад. И. И. Толстого и чл.-корр. АН СССР Б. К. Шишкина. //Печат. по постанов. РИС АН СССР. Изд-во АН СССР, 1951. 11-590с.

23. Абуали ибни Сино. Канон врачебной науки. Кн. 2, изд 2-е. Ташкент. “Фан” УзССР, 1982. §§ 207, 453, 543.

24. Арнольди из Вилановы. Салернский кодекс здоровья. Нач. XIУ века. Перевод с лат-го и примеч-я Ю. Ф. Шульца. Вступ-я статья В. Н. Терновского и Ю. Ф. Шульца/Псевдо – Макр: О свойствах трав: Роза

25. Садриддин Айни. Намунаи адабиёти Тоҷик/Душанбе, «Адиб», 2010, 448

26. Гёте И. В. Избранные сочинения по естествознанию. Пер. и комм. И. И. Канаева. Ред. акад. Е. Н. Павловского//Печат. по постанов. РИС АН СССР. Изд-во АН СССР, 1957 -6-553с.

27. Вавилов Н. И. Ботанико-географические основы селекции (Учение об исходном материале в селекции)/Н. И. Вавилов//Избранные сочинения. Генетика и селекция. Изд-во «Колос». М. 1966. - 176–225с.

28. Попов М. Г. Происхождение Таджикского плодовогодства. Неисчерпаемое сорто-

вое богатство и высокие качества плодовых пород Таджикистана/М. Г. Попов//Избранные сочинения. Печ. по постанов. РИС АН Туркмен. ССР. Изд-во АН Туркмен. ССР. Ашхабад, 1958. – 337-355с.

29. Вульф Е. В. Мировые ресурсы полезных растений(Пищевые, кормовые, технические, лекарственные и др.)/Справ-к Е. В. Вульф, О. Ф. Малеева//Ред. проф. Ф. Х. Бахтеев. Ута к печ. БИН им. В. Л. Комарова АН СССР. Изд-во «Наука», Л. 1969-569с

30. Черепанов С. К. Сосудистые растения СССР/Отв. ред-р Ан. А. Фёдоров//Утв. к печати Бин им. В. Л. Комарова АН СССР. Л. «Наука» Л. 1981.-510 с.

31. Черепанов С. К. Сосудистые растения России и сопредельных государств (в пределах бывшего СССР)/С. К. Черепанов// Санкт-Петербург, «Мир и семья-95», 1995. -990с.

32. Флора СССР. Указатели к тт. I – XXX/Утв. к печ. Бин им. В. Л. Комарова АН СССР. Изд-во «Наука». М. – Л. 1964. 262с.

33. Соколов С. Я. География древесных растений СССР. Деревья и кустарники СССР/С. Я. Соколов, О. А. Связава//Утв. к печ. БИН им. В. Л. Комарова АН СССР, т. VII. Изд-во «Наука» М. –Л. 1965—т.23 - 1-266 с

34. Ghahreman A. & Attar F. Biodiversity of Plant Species in Iran. 1999, Vol. 1

35. Новак Ф. А. Иллюстрированная энциклопедия растений. Пер. О.Изеверовой, под ред. М. Фёдорова. 3-е изд. Изд-во Артия, Прага, 1985. 591с.

36. Холматов Х. Х. Основные лекарственные растения Средней Азии/Х. Х. Холматов, И.А.Харламов, П.К.Алимбаева, М.О.Каррыев, И.Х.Хаитов//Ташкент «Медицина» УзССР, 1994. 200с

37. Назаров М. Ботаника. Қис. 2. Мураттабиёти рустаниҳоболуғотирусӣ-тоҷикӣ. Дарс-и амалӣ барои фақ-и фарма-тӣ/М. Назаров, Н. М. Назаров//Боқаро-и Шӯроитаъунашр. Вазор. тандурустӣ пайнави-ти № 2 аз 16.07, 2009, барои фақу-о, коллечваомӯзиш-и фарматсевтӣ ба ҷоптавсияшуда аст. Нашр. «Ҳикмат». Душанбе-2009 3-196с.

38. Кочкарёва Т. Ф. Род. Роза. Шипов-

ник, Гули раъно, Гули-хор. Хоргул (тадж.) – Rosa L./Т. Ф. Кочкарёва//Флора Тадж. ССР. Глав. редак. П. Н. Овчинников. Утв. к печ. БИН АН Тадж. ССР, т. 4. Изд-во «Наука». Л. 1975.-449-476с

39. Гончаров Н.Ф. Очерк растительности Центрального Таджикистана/Н.Ф. Гончаров//Тр. Тадж.-Памир.эксп. АН СССР, вып.26. М. – Л., 1936.-9-232 с.

40. Кочкарёва Т.Ф. Шиповники Таджикистана и их витаминная активность/Т.Ф. Кочкарёва, Е.П. Трофимова//Изв. АН-ТаджССР 1967. Отдел. биол. наук №1 (26).17-28с.

41. Назаров М. Опыт эколого-биоморфологического анализа флоры формации Prangos parularia Lindl. В Гиссаро-Дарвазе/М. Назаров//Пробл. биол-и и сель-го хоз-ва

Памира. Под ред. чл-корр. АН Тадж. ССР Х.Ю.Юсуфбекова и канд. биол. наук А.А. Коннова. Печ. по пост. РИС АН Тадж. ССР. Изд-во «Дониш». Душанбе – 1975. 82-89 с., прилож № 9: 207-271с.

42. Назаров М. О растительности юго-западной оконечности Шугнанского хребта/М. Назаров, И.К. Халиков//Изв. АН Тадж. ССР. Отд. биол. наук, 1978, № 4 (73), 28-33с.

43. Бикбулатова Т. Н., Бейсекова К. Д. Химический состав плодов Rosa platyacantha//Химия природ. соединения. 1970. № 3. С. 420-421.

Грингер Б. М., Кузьмина Л. П.К биологической характеристике некоторых видов шиповника//Бюл. Гл. ботан. сада/АН СССР, 1968, № 70. С. 97-99.

ҒИЗОИ ПАРЕНТЕРАЛӢ ДАР ДАВРАИ БАРВАҚТИ БАӢДИЧАРРОӢИ АБДОМИНАЛӢ БО САБАБИ БЕМОРИӢОИ ОНКОЛОӢИ ВА ОСЕБӢОИ МЕӢДАӢ РӢДА

¹Рахимов Н.Г., ²Хидиров У.И., ¹Куватов Ш.К., ³Халилов И.Г., ³Шамсиева Ш.А.,
¹Бобоалиев А.М.

¹Кафедраи анестезиология ва реаниматология ба номи профессор Ҷ.А. Ахмедови МДТ «ДДТТ ба номи Абуалӣ ибни Сино». ²Шуъбаи анестезиология ва реаниматсияи МД МЧИС ВТ ва ҲИА ҚТ. ³Шуъбаи анестезиология ва реаниматсияи хизматрасонии калонсолони МД ММТ ҚТ «Шифобахш».

Мақсади таҳқиқот. Омпиши самаранокии истифодаи ғизои парентералӣ ба беморон дар давраи барвақти баъдиҷарроҳии дохили шикам бо сабаби бемориҳои онкологӣ ва осебҳои меъдаю рӯда.

Мавод ва усулҳои таҳқиқот. Натиҷаҳои табобати 20 бемори (гурӯҳи 1) гирифтори саратони узвҳои ҳозима ва осеби меъдаю рӯда, ки ғизои парентералӣ дар давраи баъди ҷарроҳӣ гирифтаанд, омӯхта шуданд. Ба ҳамаи беморон ғизои парентералӣ бо истифода аз маводҳои дорои сафеда, чарбу, карбогидратҳо ва аминокислотаҳо гузаронда шуд. Натиҷаи таҳқиқот бо нишондодҳои гурӯҳи муқоисавии иборат аз 20 нафар бемори (гурӯҳи 2) гирифтори саратони узвҳои ҳозима ва меъдаю рӯда, ки табобати инфузионӣ дар давраи баъди ҷарроҳӣ бидуни доруҳои махсусгардонидашуда барои ғизодиҳии парентералӣ гирифта буданд, гузаронда шуд.

Натиҷаҳои таҳқиқот ва муҳокимаи онҳо. Дар натиҷаи табобати комплекси интенсифиқат иборат аз ғизои парентералӣ фаъолияти меъдаю рӯда дар шабонарӯзи дуюм барқарор шуда, сар аз шабонарӯзи сеюм ва чорум ғизои энтералӣ қисман таъмин шуд.

Хулосаҳо. Бемороне, ки узвҳои ҳозимаашон ҷарроҳӣ шудааст, дар рӯзҳои аввали давраи баъдиҷарроҳӣ бо мақсади пешгирии оризаҳои эҳтимолӣ бояд ғизои парентералӣ гиранд.

Гузарондани ғизои парентералӣ, ҳангоме ки аз сабаби ҷарроҳӣ таъмин намудани организм бо энергия ва сафеда ғайриимкон аст, ба пешгирии оризаҳои вобаста ба ин норақсоӣҳо мусоидат мекунад.

Калимаҳои калидӣ: Гизои парентералӣ, давраи барвакти баъдичарроҳии абдоминалӣ, бемориҳои онкологӣ, осебҳои меъдаю рӯда.

Рахимов Нурмахмад Гулмахмадович – н.и.т., дотсенти кафедраи анестезиология ва реаниматология ба номи профессор Ҷ.А. Ахмедови МДТ “ДДТТ ба номи Абуалӣ ибни Сино”. E-mail: nurmukhamad@list.ru, тел.: 918938926.

ПАРЕНТЕРАЛЬНОЕ ПИТАНИЕ В РАННЕМ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ АБДОМИНАЛЬНЫХ ОПЕРАЦИЙ, ОБУСЛОВЛЕННЫХ ОНКОЛОГИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ И ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНЫМИ ТРАВМАМИ

¹Рахимов Н.Г., ²Хидиров У.И., ¹Куватов Ш.К., ³Халилов И.Г., ³Шамсиева Ш.А., ¹Бобоалиев А.М.
¹Кафедра анестезиологии и реаниматологии имени профессора Дж.А. Ахмедова ГОУ ТГМУ имени Абуали ибни Сино. ²Отделение анестезиологии и реанимации ГУ РОНЦ МЗиСЗН РТ.
³Отделение анестезиологии и реанимации службы взрослой помощи ГУ НМЦ РТ «Шифобахи».

Цель исследования. Изучить эффективность парентерального питания у больных в раннем послеоперационном периоде после абдоминальных операций по поводу онкологических заболеваний и поражений ЖКТ.

Материалы и методы исследования. Изучены результаты лечения 20 больных (группа 1) раком органов пищеварения и поражений ЖКТ, получавших парентеральное питание в послеоперационном периоде. Всем больным проводилось парентеральное питание с использованием материалов, содержащих белок, жир, углеводы и аминокислоты. Результаты исследования сравнивались с показателями группы сравнения, состоящей из 20 больных (группа 2) раком органов пищеварения и желудочно-кишечного тракта, получавших инфузионную терапию в послеоперационном периоде без специализированных препаратов парентерального питания.

Результаты исследования и их обсуждение. В результате интенсивного комплексного лечения, состоящего из парентерального питания, на вторые сутки удалось восстановить функцию ЖКТ, а с третьих и четвертых суток частично обеспечивалось энтеральное питание.

Выводы. Пациентам, перенесшим операцию на органах пищеварения, в первые дни послеоперационного периода следует проводить парентеральное питание с целью профилактики возможных осложнений.

Введение парентерального питания при невозможности обеспечения организма энергией и белком вследствие операции позволяет предотвратить осложнения, связанные с этими дефицитами.

Ключевые слова: Парентеральное питание, ранний послеоперационный период абдоминальных операций, онкологические заболевания, поражения желудочно-кишечного тракта.

Рахимов Нурмахмад Гулмахмадович – к.м.н., доцент кафедры анестезиологии и реаниматологии имени профессора Д.А. Ахмедова ГОУ «ТГМУ имени Абуали ибни Сино». E-mail: nurmukhamad@list.ru, тел.: 918938926.

PARENTERAL NUTRITION IN THE EARLY POSTOPERATIVE PERIOD OF ABDOMINAL SURGERY CAUSED BY ONCOLOGICAL DISEASES AND GASTROINTESTINAL INJURIES

¹Rakhimov N.G., ²Khidirov U.I., ¹Kuvatov Sh.K., ³Khalilov I.G., ³Shamsieva Sh.A., ¹Boboaliev A.M.
¹Department of Anesthesiology and Reanimatology named after Professor Akhmedov J.A. SEI AVICENNA TAJIK STATE MEDICAL UNIVERSITY. ²Department of Anesthesiology and Resuscitation, SI ROSC, Ministry of Health and Social Protection of the Republic of Tajikistan. ³Department of Anesthesiology and Resuscitation, Adult Care Service, SI NMC RT “Shifobakhsh”.

Objective of the study. To study the effectiveness of parenteral nutrition in patients in the early postoperative period after abdominal surgery for oncological diseases and gastrointestinal trauma.

Materials and methods of the study. The results of treatment of 20 patients (Group 1) with gastrointestinal cancer and gastrointestinal lesions who received parenteral nutrition in the postoperative period were studied. All patients received parenteral nutrition using materials containing protein, fat, carbohydrates and amino acids. The results of the study were compared with the parameters of the comparison group consisting of 20 patients (Group 2) with gastrointestinal cancer who received infusion therapy in the postoperative period without specialized parenteral nutrition drugs.

Results of the study and their discussion. As a result of intensive complex treatment consisting of parenteral nutrition, on the second day it was possible to restore the function of the gastrointestinal tract, and from the third and fourth days enteral nutrition was partially provided.

Conclusions. Patients who have undergone surgery on the digestive organs should receive parenteral nutrition in the first days of the postoperative period to prevent possible complications.

The introduction of parenteral nutrition when it is impossible to provide the body with energy and protein due to surgery helps prevent complications associated with these deficiencies.

Key words: Parenteral nutrition, early postoperative period of abdominal surgeries, oncological diseases, gastrointestinal trauma.

Rakhimov Nurmakhmad Gulmakhmadovich – c.m.s., Associate Professor of the Department of Anesthesiology and Reanimatology named after Professor Akhmedov J.A., SEI AVICENNA TAJIK STATE MEDICAL UNIVERSITY. E-mail: nurmukhamad@list.ru, tel. 918938926.

Мубрамияти таҳқиқот. Барои бемороне, ки ҷарроҳии абдоминалиро аз сар гузарондаанд, муаллифон бо мақсади барқарор шудани функсияи роҳҳои ҳозима истеъмоли ғизо ро дар рӯзҳои аввали пас аз ҷарроҳӣ тавсия медиҳанд. Аммо барвақт хпронидан дар баъзе ҳолатҳо ба оризаҳое, монанди ҷудошавии анастомоз, ногузариши рӯдаҳо, дамиш, перитонит ва ғайраҳо оварда расонда метавонад, аз ин сабаб муаллифон истифодаи ғизои парентералиро дар ҳолати зиддинишондод ба ғизои энтералӣ тавсия медиҳанд [1-4,8].

Норасоии сафедаю энергетикӣ ба афзоиши оризаҳо ва рӯзҳои бистаришавӣ боис шуда метавонад [1, 6, 7]. Ғизои парентералӣ

(ҒП) дар ин маврид варианти беҳтарин ба ҳисоб меравад. ҒП бояд аз карбогидратҳо, липидҳо, ва сафедаҳо иборат бошад. ҒП-ро, ба ақидаи олимон, аз рӯзи аввал ба бемороне, ки ҷарроҳӣ дар шикам аз сар гузарондаанд, додан мумкин аст [1].

Бояд қайд кард, ки ҒП дар мавриди вайроншавии ҷараёни метаболикӣ ғайринишондод мебошад. Яъне ҳангоми мавҷудияти нишонаҳои захролудшавии эндогении бадан аз ҳисоби беморӣ ё бо сабабҳои дигар гузарондани ҒП номатлуб мебошад [1].

Ин кори илмӣ ба баҳодиҳии аҳамияти ҒП дар давраи барвақти пас аз ҷарроҳӣ дар бемороне, ки бо сабаби бемориҳои онкологӣ ва

осебҳои меъдаю рӯда ҷарроҳӣ шудаанд, ни-гаронида шудааст. Дар адабиётҳои дастрас мо корҳои илмиро доир ба баҳодиҳии аҳамияти ҒП дар давраи барвакти пас аз ҷарроҳӣ дар бемороне, ки ҷарроҳии шикамро бо сабаби бемориҳои онкологӣ ва осебҳои меъдаю рӯда аз сар гузарондаанд вонахпрдем, аз ин сабаб омпзиши онро мубрам ҳисобидем [5].

Мақсади таҳқиқот. Омпзиши самаранокии истифодаи ғизои парентералӣ ба беморон дар давраи барвакти баъдиҷарроҳии узвҳои дохили шикам бо сабаби бемориҳои онкологӣ ва осебҳои меъдаю рӯда.

Мавод ва усулҳои таҳқиқот. Мо барои иҷрои мақсади таҳқиқоти худ таърихи 20 бемори (гурӯҳи 1) гирифтори саратони узвҳои ҳозима ва осеби меъдаю рӯдаро, ки дар давраи баъди ҷарроҳӣ ғизои парентералӣ гирифтаанд, омпхтем. Ба ҳамаи беморон ғизои парентералӣ бо истифода аз маводҳои дорои сафеда, ҷарбу, карбогидратҳо ва аминокислотаҳо гузаронда шуд. Дар беморон таҳлилҳои биохимиявӣ аз қабилҳои сафедаи умумии хун, қанди хун, билирубин, мочеви-на ва креатинини хун, инчунин шумораи тапишҳои дил (ШТД), фишори миёнаи шараёни (ФМШ) ва ҳарорати бадан то баъди ғизои парентералӣ омпхта шуданд. Натиҷаи таҳқиқот бо нишондодҳои гурӯҳи муқоисавии иборат аз 20 нафар (гурӯҳи 2) бемори гирифтори саратони узвҳои ҳозима ва меъ-

даю рӯда, ки дар давраи баъди ҷарроҳӣ та-бобати инфузионӣ бидуни доруҳои махсус-гардонидашуда барои ғизои парентералӣ гирифта буданд, гузаронда шуд.

Маълумоти гирифташуда бо истифода аз бастаи нармафзори Microsoft Excel коркард шуд. Санҷиши t-Студент барои санҷиши оморӣ фарқияти арзишҳои миёна байни гурӯҳҳо истифода шуд. Тафовутҳо дар сатҳи аҳамияти $p < 0,05$, ки дар асоси ҷадвали арзишҳои бухронии тақсимои Студент муқаррар карда шудаанд, назаррас ҳисобида шуданд.

Натиҷаҳои таҳқиқот ва муҳокимаи онҳо.

Ҳангоми таҳлил муайян шуд, ки дар беморон баъд аз гузарондани амалиёти ҷарроҳӣ гипопро테인емия мушоҳида мешавад. Дар беморони осебдида, гипопро테인емия (сафедаи умумӣ – 59,7 г/л) агар аз сабаби талафоти он аз ҳисоби осеб (хунравӣ) бошад, дар беморони гирифтори саратон (сафедаи умумӣ – 58,4 г/л) вобаста ба вайроншавии кори муътадили узвҳои ҳозима мебошад.

Нишондодҳои дигари метаболизм аз қабилҳои қанди хун, билирубин, мочеви-наи хун, креатинин ва амилазаи хун дар ҳудуди меъёр буда, ғайринишондод барои гузарондани ғизои парентералӣ нест. (Ҷадвали 1).

Бояд қайд кард, ки нишондодҳои дигар аз қабилҳои ШТД, ФМВ ва ҳарорати беморони ҳарду гурӯҳ пеш аз гузарондани ҒП дар ҳудуди меъёр буданд.

Ҷадвали 1. Нишондодҳои таҳлили биохимиявии хун пеш аз ворид кардани ғизои парентералӣ

Нишондодҳо	Гурӯҳи 1 n=20	Гурӯҳи 2 n=20
Сафедаи умумии хун, г/л	58,4	59,7 2.2%
Мочевинаи хун, мол/л	7,4	7,5 1.3%
Креатинин, мкмол/л	80,5	82,7 2.7%
Билирубин, ммол/л	18,4	19,2 4.3%
Қанди хун, ммол/л	4,9	5,1 4.0%
ШТД, зарба дар як дақиқа	80	82 2.5%
ФМШ, мм сут. сим.	93,5	94,2 0.7%
Ҳарорати бадан, °C	36,7	36,8 0.3%

Эзоҳ: % - қиёс байни гурӯҳҳои 1 ва 2.

Баъд аз гузарондани ғизои парентералӣ дар муддати чор-панҷ шабонарпз сафедаи хун на танҳо кам, балки баръакс, рп ба баландшавӣ дорад, ки аз самаранокии ин намууди таъмини организм бо маводи ғизоӣ дар ҳолати на танҳо маҳдуд, балки ғайримкон будани истифодаи ғизодиҳии энтералӣ гувоҳӣ медиҳад.

Чи хеле ки маълум аст, маводҳои ғизои паренталӣ ҳангоми таҷзия метавонанд захролудшавии метаболикӣ ба амал оранд. Барои пешгирии ин дар рафти табобат бо

ғизои парентералӣ воридиварид чакондани маҳлулҳои дезинтоксикатсионӣ аз қабili кристаллоидҳо, ки на танҳо ба ин мақсад, балки барои таъмини танзими мувозинати обу электролитӣ истифода мешаванд, қобили қабул мебошад.

Далели ин гуфтаҳо тағйироти назаррас наёфтани таҳлили нишондодҳои захролудшавии бадан дар натиҷаи метаболизм аз қабili қанди хун, билирубин, мочевино ва амилазаи хун дар ин давра мебошад (ҷадвали 2).

Ҷадвали 2. Нишондодҳои таҳлили биохимиявии хун баъд аз гузарондани ғизои парентералӣ

Нишондодҳо	Гурӯҳи 1 n=20	Гурӯҳи 2 n=20
Сафедаи умумии хун, г/л	60,5	57,2 -5,5%
Мочевинаи хун, мол/л	7,6	7,3 3,9%
Креатинин, мкмол/л	83,2	81,5 -2,0%
Билирубин, ммол/л	17,7	17,3 -2,2%
Қанди хун, ммол/л	4,7	4,9 -4,2%
ШТД, зарба дар як дақиқа	78	80 2,6%
ФМШ, мм сут. сим.	92,4	93,5 1,2%
Ҳарорати бадан, °C	36,6	36,7 0,2%

Эзоҳ: % - қиёс байни гурӯҳҳои 1 ва 2.

Бояд қайд кард, ки дар натиҷаи табобати комплекси интенсивии иборат аз ғизои парентералӣ фаъолияти меъдаю рпда дар шабонарпзи дуҷум барқарор шуда, сар аз шабонарпзи сеҷум ва чорум ғизои энтералӣ қисман ворид карда шуд. Дасткашӣ аз ғизои энтералӣ дар рпзҳои аввали давраи баъди-ҷарроҳӣ барои пешгирии фалаҷи рпдаҳо, ки ба дамиши шикам оварда мерасонад ва хавфи ноустувории ҷароҳатҳои узвҳои ҳозима-ро баланд мекунад, равона шуда буд.

Ҳамин тариқ, гузаронидани ғизои парентералӣ дар давраи барвакти пас аз ҷарроҳӣ ба бемороне, ки ҷарроҳии шикамро бо сабаби бемориҳои онкологӣ ва осебҳои меъдаю рпда аз сар гузарондаанд, ба пешгирии оризаҳо, аз қабili дамиши рпдаҳо, дилбеҳузурӣ, қайқунӣ ва ноустувории анастамоз мусоидат карда, беморон бо беҳбудӣ ба

шӯъбаи профилӣ гузаронда шуданд.

Хулосаҳо. Ба бемороне, ки ҷарроҳиро дар узвҳои ҳозима аз сар гузарондаанд, дар рпзҳои аввали давраи баъди-ҷарроҳӣ бо мақсади пешгирии оризаҳои эҳтимолӣ бояд ғизои парентералӣ гузаронда шавад.

Татбиқи ғизодиҳии парентералӣ, ҳангоме ки аз сабаби ҷарроҳӣ имконияти таъмини организм бо энергия ва сафеда бо усулҳои дигар ғайримкон аст, ба пешгирии оризаҳои вобаста ба ин норасоӣҳо мусоидат мекунад.

Адабиёт

1. Лейдерман И.Н., Грицан А.И., Заболотских И.Б., Мазурок В.А., Поляков И.В., Потапов А.Л., Сытов А.В., Ярошецкий А.И. Периоперационная нутритивная поддержка. Методические рекомендации Федерации

анестезиологов и реаниматологов. Вестник интенсивной терапии им. А.И. Салтанова. 2021;4:7–20. DOI: 10.21320/1818-474X-2021-4-7-20.

2. Луфт В.М., Афончиков В.С., Дмитриев А.В. и др. Руководство по клиническому питанию: руководство. СПб.: Арт-Экспресс, 2016. [Luft V.M., Afonchikov V.S., Dmitriev A.V. et al. Clinical nutrition manual. SPb.: Art-Express, 2016. (In Russ)].

3. Arends J., Bachmann P., Baracos V., et al. ESPEN guidelines on nutrition in cancer patients. Clin Nutr. 2017; 36(1): 11–48. DOI: 10.1016/j.clnu.2016.07.015.

4. Bozzetti F. Chemotherapy-Induced Sarcopenia. Curr Treat Options Oncol. 2020; 21(1): 7. DOI: 10.1007/s11864-019-0691-9.

5. Jie B, Jiang ZM, Nolan MT, Zhu SN, Yu K, Kondrup J. Impact of preoperative nutritional support on clinical outcome in abdominal surgical patients at nutritional risk. Nutrition. 2012 Oct;28(10):1022-7. doi: 10.1016/j.nut.2012.01.017. Epub 2012 Jun 5. PMID: 22673593.

6. Lobo D.N., Gianotti L., Adiamah A., et al. Perioperative nutrition: Recommendations from the ESPEN expert group. Clin Nutr. 2020; 39(11): 3211–27. DOI: 10.1016/j.clnu.2020.03.038.

7. Sun Z., Kong X.J., Jing X., et al.

Nutritional Risk Screening 2002 as a Predictor of Postoperative Outcomes in Patients Undergoing Abdominal Surgery: A Systematic Review and Meta-Analysis of Prospective Cohort Studies. PLoS One. 2015; 10(7): 0132857. DOI: 10.1371/journal.pone.0132857.

8. Weimann A., Braga M., Carli F., et al. ESPEN guideline: Clinical nutrition in surgery. Clin Nutr. 2017; 36(3): 623:650. DOI: 10.1016/j.clnu.2017.02.013.

Рахимов Нурмахмад Гульмахмадович – н.и.т., дотсенти кафедраи анестезиология ва реаниматология ба номи профессор Ҷ.А. Ахмедови МДТ ДДТТ ба номи Абуали ибни Сино. E-mail: nurmukhamad@list.ru. Тел: 918938926.

Рахимов Нурмахмад Гульмахмадович – к.м.н., доцент кафедры анестезиологии и реаниматологии имени профессора Д.А. Ахмедова ГОУ «ТГМУ имени Абуали ибни Сино». E-mail: nurmukhamad@list.ru. Тел.: 918938926.

Rakhimov Nurmakhmad Gulmakhmadovich – c.m.s., Associate Professor, Associate Professor, of the Department of Anesthesiology and Reanimatology named after Professor Akhmedov J.A. SEI AVICENNA TAJIK STATE MEDICAL UNIVERSITY; E-mail: nurmukhamad@list.ru. Phone: 918938926.

ТДУ. 616.5-002.828.

КЛИНИКА ВА МУШКИЛИҶОИ МИКОЗҶОИ ПОЙ

Салимов Б.М., Қосимов О.И., Бухоризода К.М., Баёзов Б.А., Салимов Ш.Б.

Кафедраи дерматовенерология бо курси косметологияи ДТБКСТЧТ, Душанбе, Маркази шахрии бемориҳои ппст ва зухравӣ.

Резюме: Дар мақола натиҷаҳои шаклҳои клиникии микозҳои пой, ки бо басомадҳои гуногун дар гурӯҳҳои гуногун рух додаанд, оварда шудааст. Аз маълумоти овардашуда маълум мешавад, ки гирифтории шаклҳои омехтаи микозҳои пой нисбат ба дигарон бештар мушоҳида шудааст. Дар гурӯҳҳои синну соли гуногун, микозҳои пойҳо бо басомадҳои гуногун рух медиҳанд. Бемории онихомикоз дар мардон назар ба занон 1,2 маротиба зиёд аст.

Калидвожаҳо: микозҳои пой, онихомикоз, шакли интертригинозӣ, шакли дишидротикӣ, шакли сквамозӣ, шакли сквамо-гиперкератозӣ, онихогрифоз, коилонихия.

Салимов Баҳром Махкамбоевич-н.и.т., ассистенти кафедраи дерматовенерология бо курси косметология ДТБКСТЧТ. Ш.Душанбе, к. Исмоили Сомони 59. Тел: (992) 988007513. E-mail: salimov-68@mail.ru

КЛИНИКА И ОСЛОЖНЕНИЯ МИКОЗОВ СТОП

Салимов Б.М., Қосимов О.И., Бухоризода К.М., Баёзов Б.А., Салимов Ш.Б.,
Кафедра дерматовенерологии с курсом косметологии ИПОСЗРТ, г. Душанбе, Городской центр кожных и венерических болезней.

Резюме: В статье приводятся результаты клинических форм микозов стоп, которые встречались с различной частотой в разных группах. Из приведенных данных видно, что заболеваемость смешанными формами микозов стоп отмечалась чаще других. В разных возрастных группах микозы стоп встречались с различной частотой. Заболеваемость онихомикозом у мужчин отмечалась в 1,2 раза выше, чем у женщин.

Ключевые слова: микозы стоп, онихомикоз, интертригинозная форма, дисгидротическая форма, сквамозная форма, сквамозно-гиперкератотическая форма, онихогрифоз, койлонихия.

Салимов Баҳром Махкамбоевич - к.м.н., ассистент кафедры дерматовенерологии с курсом косметологии ИПОСЗРТ, г. Душанбе, ул. Исмоили Сомони - 59. E-mail: salimov-68@mail.ru, тел.: (992) 988007513.

CLINIC AND COMPLICATIONS OF MYCOSES OF THE FEET

Salimov B.M., Kosymov O.I., Bukhorizoda K.M., Bayozov B.A., Salimov Sh.B.,
Department of Dermatovenereology with a course in cosmetology IPEMPRT, Dushanbe City Center for Skin and Venereal Diseases

Resume. The article presents the results of clinical forms of mycoses of the feet, which occurred with different frequencies in different groups. From the data presented it is clear that the incidence of mixed forms of mycosis of the feet was noted more often than others. In different age groups mycoses of the feet occurred with different frequencies. The incidence of onychomycosis in men is 1.2 times higher than in women.

Key words: mycoses of the feet, onychomycosis, intertriginous form, dyshidrotic form, squamous form, squamous-hyperkeratotic form, onychogryphosis, koilonychia.

Salimov Bakhrom Makhkamboevich - c.m.s, assistant of the Department of Dermatovenereology with a course in cosmetology IPEMPRT, Dushanbe, Ismoili Somoni st. 59. E-mail: salimov-68@mail.ru, tel. (992) 988007513.

Муҳимияти мавзӯ. Микозҳои пойҳо аз сабаби афзоиши васеи онҳо, яке аз мушкилоти муҳими дерматология мебошанд [1]. Дар байни дерматофитоз микози пойҳо дар 82% ҳолатҳо ба қайд гирифта мешавад [7]. Хатари инкишофи микозҳои пой дар одамони гирифтори бемориҳои ҳамроҳ ба таври назаррас меафзояд ва бо синну сол дар

хар 10 соли ҳаёт ду баробар меафзояд [8]. Қисми зиёди беморони гирифтори микозҳои пойҳо, сарфи назар аз он, ки онҳо борҳо ба духтурони ихтисосҳои гуногун оид ба патологияи ҳамбастагии узвҳо ва системаҳо муроҷиат кардаанд.

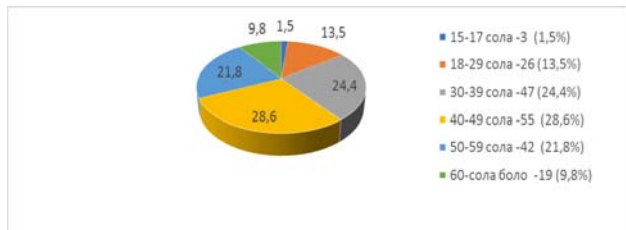
Яке аз мушкилиҳои микозҳои пой онихомикоз мебошад. Микози пойҳо бо

onychomycosis ба тамоми табақаҳои аҳоли таъсир мерасонад. Паҳншавии микозҳо дар одамони солхпӯда баландтар буда, аз синни 50-солагӣ мунтазам меафзояд [3,4]. Манбаъҳои сирояти онихомикоз ва микозҳои пой беморон, микозорҳо ва ашӯҳое мебошанд, ки бо занбпругҳо - микроорганизмҳо сироят шудаанд. Қариб ҳар як шахс дар тӯли ҳаёти худ такроран бо микроорганизмҳо, ки боиси онихомикоз мешаванд, тамос мегирад, аммо на ҳама ин бемориро инкишоф медиҳанд, танҳо онҳое, ки омилҳои муайяни беруна ё дохилӣ доранд, ки ба рушди он мусоидат мекунанд.

Паҳншавии васеъ, муқовимат ба терапия ва курси тплонӣ бисёр табибонро маҷбур мекунад, ки ба сабабҳои, ки боиси инкишофи сирояти fungal мешаванд ва мавҷудияти он муайян карда мешаванд, диққат диҳанд [9,10]. Дар робита ба ин, омпзиши паҳншавӣ ва манзараи клиникии микозҳои пойҳо, ки худро ҳамчун зухуроти илтиҳоби шадид, ки бо аллергия ҳамроҳӣ мекунанд ва аксар вақт бо стрепто-стафилодермия мураккаб мешаванд, комилан асоснок ва самарабахш аст [11,12,13].

Мақсади омпзиш. Омпзиши тасвири клиникӣ ва мушкilotи микозҳои пойҳо аз рӯи маълумоти беморхонаи марказии клиникии давлатии дар 3 соли охир (2021-2023).

Мавод ва усулҳои омпзиш. Дар шӯбаи статсионарии беморхонаи давлатии клиникии дар давраи аз соли 2021 то соли 2023 192 нафар беморони гирифтори микози пой ба қайд гирифта шудаанд. 68 нафар мардон (35,4%) ва 124 нафар занон (64,5%) буданд. Синну соли беморон аз 15 то 60 сола ва калонтар буд (Расми 1).



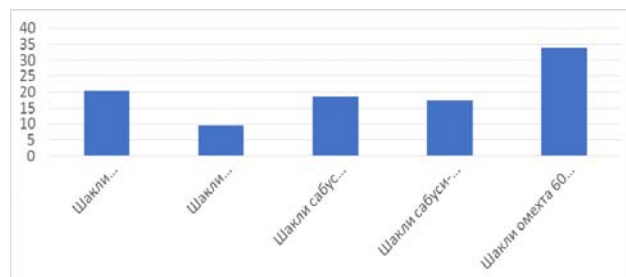
Расми 1. Синну соли беморон

Тавре ки дида мешавад (расми 1), дар гуруҳҳои синну соли гуногун микозҳои пойҳо

бо басомадҳои гуногун ба амал меоянд. Аксарияти беморон (75%, n=144) дар гуруҳҳои синну соли миёна ва калонсол аз 30 то 59 сола буданд.

Микозҳо бештар дар гуруҳҳои синну соли миёна (30-49 сола) – 102 (53,1%) ва беморони 50-59 сола – 42 (21,8%) ба мушоҳида мерасанд. Занони то 59-сола нисбат ба мардон мутаносибан 1,8 маротиба бештар – 54,1% (104) нисбат ба 29% (55), дар синни 60-сола ва калонтар – 1,4 маротиба камтар – 12,9% (25) нисбат ба 17,5% (33). Синну соли миёнаи беморон $47,2 \pm 0,4$ сол (байни мардон – $48,2 \pm 0,6$ сол, дар байни занон – $46,2 \pm 0,8$ сол) буд.

Натиҷаҳо ва муҳокимаи онҳо. Фақат дар 177 бемор осеби ппсти пойҳо, 9 нафар беморони микозҳои пой ва дастҳо мушоҳида шудааст. Дар беморон шаклҳои гуногуни клиникии микозҳои пойҳо муайян карда шудаанд (расми 2).



Расми 2. Навъҳои шаклҳои клиникии микозҳои пой дар беморон

Тавре ки дар расми 2 нишон дода шудааст, дар 36 (20,3%) беморон микозҳои интертригинози шакли микози пойҳо, 17 (9,6%) – дисгидротикӣ, 33 нафар (18,6%) ва 31 (17,5%), дар 60 (33,8%) – гиперкератотикӣ-сабусмонанд, дар 60 (33,8%) – омехта, буданд.

Равиши шадиди интертригинози шакли микози пойҳо дар 12 бемор ва сукутактӣ - дар 24 нафар ошкор карда шудааст. Шакли шадиди микоз бо мавҷудияти эритема ва варами ппст дар қабатҳои байни ангуштон, пайваст кардани сатҳҳои паҳлуи ппст дар байни сеюм ва чорум ва чоруму панҷуми ангуштони ҳарду пой - дар 8 бемор ё асосафн як пой - дар 2 бемор. Эритемаи илтиҳобӣ ва варами вазнинии гуногун ба танаи

поя, сатҳи қафои ангуштон ва қисми шафати поя. Дар қабатҳои байни ангуштон, наздик ба сатҳҳои паҳлӣ, ва дар баъзе беморон эрозияҳои тар дар сатҳи танай ангуштон мушоҳида мешуданд, ки бо ҳокистарранг-сафед ппшонидашуда, ки массаи ба осонӣ чудошавандаи эпидермиси мазератсияшуда. Эрозияҳо - сарҳадҳои равшан доштанд ва минтақаҳои фошшудаи ин осебҳои эпидермиси чудошуда мебошанд. Дар қаъри қабатҳои байни ангуштон тарқишҳои дарднок мушоҳида карда шуданд. Ппсти ангуштон дар аксари беморон варам ва инфилтратсия аст. Баъзе беморон сурх ва тарқишхоро дар ппсти қабатҳои байни ангуштон ва сатҳҳои паҳлӣ ангуштони дуюм ва сеюм эҳсос карданд. Дар як бемор луобчаҳо ба андозаи донаи наск ва эрозияҳо дар рпи сатҳи қафо ва нпги ангуштон пайдо шуданд. Аз сабаби дарди шадид дар 1 бемор душвории роҳравӣ мушоҳида шудааст.

Дар 24 бемор чараёни сукутӣ камтар шадид буд, бо мавҷудияти тарқишҳо дар умқи қабатҳои байнирақамӣ, эритема ва ппхташавӣ дар паҳлӣҳои ангуштон.

Дисгروتӣҳои микози пой дар 17 бемор мушоҳида карда шуд. Дар 4 бемор он бо шакли интертригиналӣ, дар 13 нафар - бо шаклҳои сквамозӣ ва интертригиналӣ ҳамроҳ карда шудааст.

Дар ҳамаи беморон нишонаҳо дар ппсти пойҳо, асосан дар камони пой ва дар 6 бемор низ дар минтақаи пошна ҷойгир шудааст. Дар аксари беморон, раванд аз як по оғоз ёфт, аммо бо мурури замон ба дигараш паҳн мешавад. Зухуроти клиникӣ беморӣ бо пайдоиши блистерҳо ба андозаи донаи арзан ё наск хос буд. Дар 6 бемор, обилачаҳокалонтар буданд, андозаи нахпди хурд. Аксарияти обилачаҳо қабати зич доштанд. Мазмуни аксари везикулҳои серозӣ буданд, лекин баъзе обилачаҳо, обилачаҳои серозӣ-чиркинӣро дар бар мегиранд. Везикулаҳо ҳангоми эҳсос кардан, зич буданд, ки донаҳои ҷпшидаи сағоро ба хотир меоварданд. Дар аксари беморон, обилачаҳо бисёр буданд, баъзан якҷоя гурпхбандӣ карда мешаванд. Дар 5 бемор аз сабаби омезиши обилачаҳои алоҳида, обилачаҳо

калони бисёрқабата мушоҳида карда шуданд, ки қабатҳои якка ё сершумори ранги қахваранг доштанд. Дар натиҷаи рад кардани кишр сатҳи гулобӣ, хушк, каме лоғар бо сарҳадҳои равшан, бо гиребони қабати пустпартоишохмонанди эпидермис мушоҳида шуд. Дар баъзе беморон дар канори маркази везикулаҳои, обилачаҳои гуногуни пароканда шуда мушоҳида карда шуданд. Дар обилачаҳои кушодашуда эрозияҳои сурхи дурахшон бо об пайдо шуданд. Баъзе беморон эрозияи паҳншудаи бо нақшаҳои равшан доштанд.

Дар ҳамаи беморон, ин раванд чараёни музмини такроршаванда дошт, ки авҷгирӣ пас аз давраҳои гуногун (моҳҳо, солҳо) ба амал меоянд, китез-тез дар фасли баҳор ва тобистон ба вучуд меояд. Дар аксари бемороне, ки курси тплонӣ доранд, инфилтратсияи рӯякий ппсти ранги кабуд-сурхтоби рукуд мушоҳида карда шуд.

Шакли воридшудаи микози қафи пой дар 33 беморон қайд карда шуд. Он худро ҳамчун ппстшавӣ, асосан дар қабатҳои байни ангуштон ва дар паҳлӣи қафи пойҳо зоҳир мекард. Аломатҳои илтиҳоб одатан вучуд надоштанд. Баъзан гиперемияи ппст, бо хориш ҳамроҳ мекард. Ппсти қафи пойҳо печида ва гиперемия ва лихенизатсия шудаанд; қабати шохмонанди эпидермис варамии диффузи он ба мислинамуди шуълаварии лак буд; расми ппст мустаҳкам карда шуд; сатҳи пуст хушк аст, ки бо сабуси майда ппшонида мешавад. Омеси қабатҳои байни ангуштон, агуштон, сатҳҳои паҳлӣ ва дорсалии пойҳо таъсир расонд. Дар ин ҳолат беморон ҳеҷ гуна нороҳатиро эҳсос накарданд.

Дар 31 нафар бемор шакли сквамозӣ-гиперкератотӣҳои микози қафи пой ошкор карда шуд. Он бо папулаҳои хушк, ҳамвор ва каме лихенизатсия лавҳаҳои pummulag ранги кабуд-сурххос буд, ки одатан дар камонҳои пойҳо ҷойгиранд. Сатҳи дамишҳо (махсусан дар марказ) бо қабатҳои пулакҳои ҳокистарранг-сафед гафсии гуногун рӯйпуш шуда буд; сарҳади онҳо тез аст; қад-қади периферия – қабати эпидермис чудо мешавад; ҳангоми азназаргузаронии наздик, оби-

лачаҳо алоҳида метавонанд намоён шаванд. Дамишҳо якҷоя шуда, дифузияи калон ва паҳншударо ба вучуд меоранд, ки метавонанд ба тамоми кафи пой, паҳлӯи ва дорсалии кафи пойҳо паҳн шаванд. Ҳангоми локализатсия дар қабатҳои байни ангуштон, efflorescence метавонад сатҳҳои паҳлӯи ва қадшавии ангуштонро ишғол кунад ва эпидермиси онҳоро руйппш карда, ранги сафед пайдо мекунад. Дар баробари чунин маркази пустпартои ба амал меоянд формацияҳои гиперкератотӣ дар шакли маҳдуд ё паҳншудаи зардтоб бо тарқишҳо дар рӯи он. Субъективона қайд карда мешавад ппсти хушк, хориши миёна ва баъзан дард.

Омехтаи микози кафипой дар 60 бемормушоҳида карда шуд. Якҷояшавии шаклҳои сабуси ва байнитригиналӣ дар 29 бемор, шаклҳои сабуси, дигидротикӣ ва байнитригиналӣ дар 22 нафар мушоҳида карда шуданд. Шакли сабусии микоз ҳамчун осеби кафи пойҳо, аз ҷумла сатҳҳои паҳлӯи пойҳо зохир мешавад; дар майдони ангушти калон, ангушти хурд. Дар ппсти кафи пойҳои 8 бемор ҷароҳатҳои ҳаҷмашон гуногун бо сарҳадҳои равшан ва шаклҳои номунтазам пайдо шуданд. Ппсти минтақаҳои зарардида гулобӣ ё сурх-кабудранг буд, то андозае инфилтратсия шуда, бо хокистарранг-сафед пушонидида шуда, дар баъзе беморон сабустии калон-сафед дошт. Дар баъзе беморон, дар баробари тағйироти сабуст, пасандозҳои маҳдуд ё паҳншудаи гиперкератотӣ мушоҳида карда шуданд, ки асосан дар минтақаи сеяки пеши қисмҳои миёна ва паҳлӯи кафи пойҳо ҷойгир шудаанд. Дар ин қитъаҳо тарқишҳои чуқури дарднок мушоҳида карда шуданд. Дар 9 бемор захмҳои пайвастаи сатҳи пойи ангуштон ва ппсти пойҳо мушоҳида карда шуданд. Ппсти пойҳо каме инфилтратсия шуда, ранги кабуд-сурх бо гиперкератозии паҳншуда буд. Хушкӣ шадиди ппст дар сатҳҳои паҳлӯи пойҳо, бахусус пошнаҳо ва гиперкератозии каму беш ба пайдоиши тарқишҳои амиқ ва дардовар оварда расонд. Дар ҳама қабатҳои байни ангуштон ппстшавӣ мушоҳида шуд. Чунин клиникаи мувафиқ бо осеби кафи дастҳо ва сатҳи кафи ангуштони даст мушо-

ҳида шудааст.

Дар байни 192 беморони гирифтори микози кафи пой, 20 нафар (10,5%) онихомикоз доштанд. Синну соли миёнаи беморони гирифтори онихомикоз $38,8 \pm 0,5$ сол (мардон – $38,7 \pm 0,6$, занон – $37,5 \pm 0,7$) буд. Аз 68 нафар мардони гирифтори микози кафи пой, 8 нафарашон ба онихомикоз гирифтор шудаанд, яъне 12%, аз 124 нафар занон – 12 (9,6%), яъне бемории онихомикоз дар мардон назар ба занон 1,2 маротиба зиёд аст.

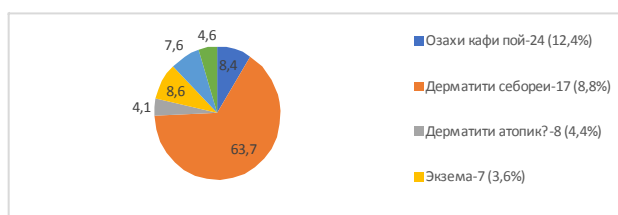
Сатҳи онихомикоз дар гурӯҳҳои синну сол гуногун буд. Дар гурӯҳи синну соли аз 15 то 17 сола 5% ($n = 1$), 18-29 сола 10% (2), 30-39 сола 15% (3), 40-49 сола 20% (4), 50 - 59 сола 20% (4), дар синну соли аз 18 то 59 сола – мутаносибан 30% (6), 50% (3) ва 50% (3), аз 60 сола боло – 30% (6). Онихомикоз бештар дар одамони синну соли калонсол – аз 50 сола боло – 50% мушоҳида мешуд (10).

Дар беморони гирифтори онихомикоз шакли дистали паҳлӯи беморӣ бештар мушоҳида мешавад, ки дар 11 нафар (53,9%), проксималӣ дар 4 нафар (18,6%), тотал-дистрофӣ дар 4 нафар (19,6%) таъхис шудааст, сатҳи – сафед – 1 (7,8%). Нишонаҳои клиникӣ шакли дисталӣ-латералӣ онихомикоз зери нохун бо осеби нохун аз кунҷҳои кати нохун тавсиф шудааст. Дар ҳама беморон қайд шудааст бештар ё ками дараҷаи инъикоси онихолиз – ҷудошавии пласти нохун аз кати нохун, ки боиси ҷамъ шудани массаҳои ҳаво дар байни пласти нохун аз кати нохун мегардад, аз ин ру, нохун, ки аз рағҳои хун бой аст, ба воситаи пластинка намоён нест. Минтақаҳои зарардидаи нохун ранги сафед, зардҷатоб, сафед-зардранг - псевдолейконихия пайдо карданд. Канори нохун дар ҳама беморон нобаробар, реза ва тунук буд. Дар беморон гиперкератозии зеринахунӣ пайдо шуд, ки дар натиҷа нохунҳо намуди ғафс - онихогрифоз пайдо карданд. Дар баъзе беморон падидаи коилонихия (камшавии ҳаҷм ва ғафсшавии қисми дисталии матритса, ки дар натиҷаи он нохун дар шакли қошуқи қаҳваранг ба назар мерасид) мушоҳида шуд. Шакли сатҳи сафеди онихомикоз бо осеби сатҳи дорсалии пластинаи нохун тавсиф

мешуд. Дар сатхи лавҳаҳои нохун доғҳои сафед мавҷуд буданд, ки қисми зиёди нохунро (Т! ё бештар аз сатхи) фаро мегирифтанд. Нохунҳои зарардида ноҳамвор ва реза буданд, ки онҳоро ба шикастан моил мегардонд. Пластинҳои нохун дар аксари беморон дистрофӣ буданд. Шакли проксималии зеринохунӣ дар ҳама беморон ҳамчун осеби қабати проксималӣ, матритса ва кати нохун зоҳир шуд. Тағйирёбии ранг дар лавҳаҳои нохун аз қисмати проксималӣ мушоҳида карда шуд, сатхи пластинҳо нобаробар, ноҳамвор шуд, дурахши хоси худро гум кард, тағироти дистрофӣ ва номунтазам ба спи канори озод кпчонида шуданд. Беморон зухуроти сабуки паронихияро нишон доданд. Ҳангоми муоина тағирот дар ранги пласти нохун дар шакли доғҳои сафедтобу зардранг, хокистарранг, асосан дар минтақаи лунула ва кати нохун қайд карда шуданд, ки дар аксари беморон ҷудошавии ва сеъи пласти нохун мушоҳида мешуд.

Шакли умумии дистрофӣ бо осеби тамоми нохун тавсиф мешуд, он ранги зарду хокистарранг, зарду қаҳваранг ва сатхи нобаробар дошт.

Микози кафи пойҳо дар беморон бо дигар бемориҳои ппст, ки дар расм нишон дода шудаанд, ҳамроҳ карда шудааст. Расми 3.



Расми 3. Дерматозҳои ҳамзамон дар беморони гирифтори микозҳои кафи пой

Чӣ хеле ки мушоҳида мешавад (расми 3), дар 24 (12,4%) беморон микозҳои кафи пой бо озаҳои кафи пой пайваستاанд. Ба ташаккули онҳо гиперкератоз, моддаҳои афлатоксинмонанди занбпруғҳо ва афзоиши паҳншавии папилломавирусҳо дар заминаи сирояти микотикӣ мусоидат карданд. Ҳангоми суперинфексияҳо ва такроршавии микозҳои кафи пойҳо, хатари пайдоиши дерматити атопикӣ меафзояд,

ки дар 8 (4,1%) беморон, дерматитҳои себореӣ - дар 17 (8,8%) , экзема - дар 7 (3,6%), псориаз - дар 5 (2,6%).

Дар 9 (4,5%) беморон микозҳои кафи пойҳо бо эпидермофити қадкашак ҳамроҳ шуданд, ки ин аломати хассосияти баланд ба занбпруғҳо мебошад. Аломатҳои беморӣ босуръат пеш рафта, ин раванд ба сатхи кафи пойҳо ва устухонҳо таъсир мерасонад. Дар заминаи ппсти дурахшон гиперемия, блистерҳои сершумор, эрозияҳо ва тарқишҳо ба вучуд меоянд. Дар се нафар беморон лимфаденити қадкашак, лимфангит ва баланд шудани ҳарорати бадан ташхис карда шуд.

Шиддати дерматитҳои себореӣ дар 17 (8,8%), дерматити атопикӣ дар 8 (4,1%), экзема дар 7 (3,6%) ва псориаз дар 5 (2,6%) мушоҳида шудааст. Эрозияҳо ва тарқишҳо дар ппст, ки дар беморони гирифтори микозҳои кафи пой рух медиханд, нуқтаи воридшавӣ барои сирояти бактериявӣ мебошанд. Дар 53 (27,6%) беморон илтиҳоби чиркини ппст дар шакли фолликулит, пустулаҳо, фликтенулаҳо, ппстҳои чиркӣ мушоҳида карда шуда, дар то 30% ҳолатҳо илтиҳоби бактериявӣ бо лимфостаз ҳамроҳӣ мекард (дар 7 бемор ва интоксикасионӣ дар 9 бемор).

Ҳамин тариқ, шаклҳои клиникии микозҳои кафи пой бо бемори гуногун дар гурӯҳҳои гуногун ба амал омаданд. Аз маълумоти овардашуда маълум мешавад, ки гирифтории шаклҳои омехтаи микозҳои кафи пой нисбат ба дигарон бештар мушоҳида шудааст. Дар гурӯҳҳои синну соли гуногун, микозҳои кафи пойҳо бо басомадҳои гуногун рух медиханд. Бемории онихомикоз дар мардон назар ба занон 1,2 маротиба зиёд аст.

Адабиёт

1. Сергеев А.Ю., Сергеев В.Ю. Грибковые инфекции. Руководство для врачей. Москва: Бином, 2018. 450 с. [Sergeev A.Yu., Sergeev V.Yu. Gribkovye infekcii. Rukovodstvo dlya vrachej. Moskva: Binom, 2018. 450 s. (in Russian)].
2. Соколова Т.В., Малярчук А.П. Клини-

ко-эпидемиологический мониторинг поверхностных микозов в России и совершенствование терапии // Русский медицинский журнал. 2021. Т. 19. № 21. С.1327–1332 [Sokolova T.V., Malyarchuk A.P. Kliniko-ehpidemiologicheskij monitoring poverhnostnyh mikofov v Rossii i sovershenstvovanie terapii // Russkij medicinskij zhurnal. 2021. T.19. № 21. S.1327–1332 (in Russian)].

3. Касымов О.И., Салимов Б.М., Касымов А.О. Клинико-иммунологические особенности ониомикоза у лиц пожилого и старческого возрастов. Материалы научно-практич. конф. ТИППМК, Душанбе, 2012, с.17-22. [Kasimov O.I., Salimov B.M., Kasimov A.O. The clinical and immunological features of onychomycosis in elderly and the senile age. Materials of scientific-practical conference. IPEHSRT, Dushanbe, 2012, pp. 17-22.

4. Касымов О.И., Салимов Б.М., Баезов Б., Касымов А.О. Распространенность и факторы риска микозов стоп с ониомикозом среди жителей г. Душанбе. Материалы респ. науч.-практич. конф. ТИППМК, Душанбе, 2014, с.13-17. [Kasimov O.I., Salimov B.M., Baysov B., Kasimov A.O. Prevalence and risk factors of foot mycosis with onychomycosis among residents. Dushanbe. Materials of the republican scientific-practical conf. TIRPMK, Dushanbe, 2014, pp. 13-17.

5. Иванова М.А., Огрызко Е.В., Бендриковская А.И. Динамика заболеваемости дерматомикозами в РФ в 2003–2007 гг. // Клиническая дерматология и венерология. 2009. №2. С.26-31. [Ivanova M.A., Ogryzko E.V., Bendrikovskaya A.I. Dinamika zaboлеваemosti dermatomikozami v RF v 2003–2007 gg. // Klinicheskaya dermatologiya i venerologiya. 2009. №2. S.26–31 (in Russian)].

6. Усубалиев М.Б., Касымов О.Т., Балтабаев М.К. Динамика заболеваемости дерматомикозов в Кыргызской Республике в 2000–2010 гг. // Медицина Кыргызстана. 2019. №7. С.43–45 [Usubaliev M.B., Kasymov O.T., Baltabaev M.K. Dinamika

zaboлеваemosti dermatomikozov v Kyrgyzskoj Respublike v 2000–2010 gg. // Medicina Kyrgyzstana. 2011. №7. S.43–45 (in Russian)].

7. Vena G.A., Chieco P., Posa R. et al. Epidemiology of dermatophytoses: retrospective analysis from 2005 to 2010 and comparison with previous data from 1975 // New Microbiol. 2022. Vol. 35. №2. P.207–213.

8. Budak A., Bogusz B., Tokarczyk M. et al. Dermatophytes isolated from superficial fungal infections in Krakow, Poland, between 2015 and 2019 // Mycoses. 2020. Vol. 56. №4. P.422–428.

9. Сергеев Ю.В., Бунин В.М., Сергеев А.Ю. Поликлинические микозы // Кремлевская медицина. 2019. №5. С.24–29 [Sergeev Yu.V., Bunin V.M., Sergeev A.Yu. Poliklinicheskie mikozy // Kremlevskaya medicina. 2019. №5. S.24–29].

10. Кутасевич Я.Ф., Маштакова И.А., Безрученко И.А. Перспективы применения новых азолов при лечении микозов // Украинский журнал дерматологии, венерологии, косметологии. 2019. Т.4. №35. С.65–68 [Kutasevich Ya.F., Mashtakova I.A., Bezruchenko I.A. Prospects for the use of new azoles in the treatment of mycoses // Ukrainian Journal of Dermatology, Venereology, Cosmetology. 2019. Vol.4. No. 35. P.65–68 (in Russian)].

11. Абидова З.М., Байназаров Н.Б. Распространенность дерматомикозов в Республике Узбекистан по результатам целевых осмотров. // Ж. Проблемы медицинской микологии. – 2006. – Т.8, 2 – с.14-15. Abidova Z.M., Bainazarov N.B. Prevalence of dermatomycosis in the Republic of Uzbekistan based on the results of targeted examinations. / AND. Problems of medical mycology. – 2006. – Т.8, 2 – p.14-15.

Васенова В.Ю., Бутов Ю.С., Школьников М.М. Принципы терапии ониомикозов. / Тез. докл. II съезда микологов России. - 2008. - с.420-421. Vasenova V.Yu., Butov Yu.S., Shkolnikov M.M. Principles of therapy for onychomycosis. / Abstract. report II Congress of Mycologists of Russia. - 2008. - p.420-421.

ТДУ 616.98-057-03622

САМАРАНОКИИ ЧОРАҲОИ ПЕШГИРИКУНАНДАИ СИРОЯТИ ВИРУСИ НОРАСОИИ МАСУНИЯТИ ОДАМ АЗ МОДАР БА КҶДАК ДАР ҶУМҲУРИИ ТОҶИКИСТОН

Сатторов С.С.¹, Солиев А.А.², Усмонӣ Г.М.³, Ф. Сулаймонзода⁴, Ҳ.И. Солиева²

1.Муассисаи давлатии «Маркази ҷумҳуриявии пешгирӣ ва мубориза бар зидди бемории ВНМО», 2. Ҷумҳурии Тоҷикистон; 3. МДТ «ДДШТТ ба номи Абуалӣ ибни Сино. 4.Муассисаи давлатии таълимии «Донишгоҳи давлатии тиббии Хатлон». 3. Муассисаи давлатии «Маркази тиббии шахрии №2» ш.Душанбе

Мубрамият. Яке аз масъалаҳои ҷиддӣ қатъ намудани роҳи сирояти вируси норасоии масунияти одам (ВНМО) аз модар ба кӯдак мебошад. Баҳри боз ҳам хубтар намудани сатҳи хизматрасонӣ ва расидан ба ҳадафҳои самти мазкур дар соли 2021 бо фармоиши Вазорати тандурустӣ ва ҳифзи иҷтимоии аҳолии Ҷумҳурии Тоҷикистон “Протоколи клиникӣ оид ба пурзӯр намудани чораҳои пешгирии интиқоли ВНМО аз модар ба кӯдак дар Ҷумҳурии Тоҷикистон” ба имзо расонида шуд, ки айни замон тибқи он фаъолияти муассисаҳои тандурустии дахлдор ба роҳ монда шудаанд. Сол аз сол фарогирии занони ҳомила ба ташхиси дукаратаи ВНМО ва чораҳои пешгирикунанда беҳтар гардида, дар соли 2024 ҳамагӣ 401578 ташхис дар байни занони ҳомила гузаронида шудааст.

Дар ҷумҳурӣ аз аввали бақайдгирии занони ҳомилаи сироятёфтаи ВНМО то санаи 31.12.2024 сол ҳамагӣ 2752 ҳодисаи сирояти ВНМО дар байни занони ҳомила бақайд гирифта шудааст, ки аз онҳо 2571 нафар (93,4%) бо табобати пешгирикунанда фаро гирифта шуда, то имрӯз 2463 нафар занҳои ҳомила таваллуд карданд. Аз ҳисоби умумии занони ҳомила дар 213 нафар зан искоти ҳамл гузаронида шудааст. Айни замон 76 нафар занони ҳомила бо сирояти ВНМО зери назорати антенаталӣ қарор дошта, 470 нафар кӯдаконе, ки аз модарони мубталои ВНМО таваллуд ёфтаанд, айни замон то марҳилаи 18 моҳагӣ дар тахти назорати перинаталӣ қарор доранд.

Калимаҳои калидӣ: сирояти ВНМО, занони ҳомила, чораҳои пешгирикунанда, назорат.

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

ЭФФЕКТИВНОСТЬ МЕРОПРИЯТИЙ ПО ПРОФИЛАКТИКЕ ПЕРЕДАЧИ ВИРУСА ИММУНОДЕФИЦИТА ЧЕЛОВЕКА ОТ МАТЕРИ РЕБЕНКУ В РЕСПУБЛИКЕ ТАДЖИКИСТАН

С.С. Сатторов, А.А. Солиев, Усмони Г.М., Ф. Сулаймонзода, Х.И. Солиева

1.Государственное учреждение “Республиканский центр по профилактике и борьбе со СПИД”, 2. Республика Таджикистан; Государственное образовательное учреждение «Хатлонский государственный медицинский университет»; 3. ГОУ «ТГМУ имени Абуали ибни Сино». 4.Государственное учреждение «Городской медицинский центр №2» г.Душанбе

Одной из наиболее серьезных проблем в сфере борьбы со СПИД является проблема прекращения передачи вируса иммунодефицита человека (ВИЧ) от матери к ребенку. В целях дальнейшего повышения уровня оказания услуг и достижения целей данного на-

правления в 2021 году приказом Министерства здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан принят «Клинический протокол об усилении мер по профилактике передачи ВИЧ от матери ребенку в Республике Таджикистан», согласно которому в настоящее время организуется деятельность соответствующих учреждений здравоохранения. Из года в год улучшается охват беременных женщин двойным тестированием на ВИЧ и профилактическими мероприятиями. За 2024 год всего среди беременных женщин было проведено 401578 тестов.

Всего с начала регистрации беременных женщин, инфицированных ВИЧ, до 31.12.2024 года по республике зарегистрировано 2752 случая выявления ВИЧ-инфекции среди них, профилактическим лечением охвачено 2571 (93,4%), на сегодняшний день 2463 беременные женщины родили. Из общего числа беременных женщин 213 сделали аборт. В настоящее время 76 беременных женщин с ВИЧ находятся под дородовым контролем, 470 детей, рожденных от ВИЧ-инфицированных матерей находятся под перинатальным наблюдением до 18-месячного возраста.

Ключевые слова: ВИЧ-инфекция, беременные женщины, меры профилактики, контроль.

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

EFFECTIVENESS OF MEASURES TO PREVENT TRANSMISSION OF HUMAN IMMUNODEFICIENCY VIRUS FROM MOTHER TO CHILD IN THE REPUBLIC OF TAJIKISTAN

A.A. Soliev, S.S. Sattorov, Usmoni G.M., F. Sulaymonzoda, Kh.I. Solieva

1. State Institution “Republican Center for Prevention and Control of AIDS”, Republic of Tajikistan; 2. SEI “Khatlon State Medical University”; 3. SEI “Avicenna Tajik State Medical University”. 4. State Institution “City Medical Center #2”, Dushanbe

One of the most significant challenges is stopping mother-to-child transmission of the human immunodeficiency virus (HIV). In order to further increase the level of service provision and achieve the goals of this area, in 2021, by order of the Ministry of Health and Social Protection of the Population of the Republic of Tajikistan was adopted the “Clinical Protocol on strengthening measures to prevent mother-to-child transmission of HIV in the Republic of Tajikistan”, according to which relevant health care institutions activities are currently being carried out. Coverage of pregnant women with dual HIV testing and prevention activities is improving year by year, and in the 2024 a total of 401,578 tests were conducted among pregnant women.

From the beginning of registration of pregnant women infected with HIV until December 31, 2024, in total 2,752 cases of HIV infection among them were registered throughout the republic, of which 2,571 (93.4%) were covered by preventive treatment, and to date, 2,463 pregnant women have given birth. Of the total number of pregnant women 213 had an abortion. Currently, 76 pregnant women with HIV are under prenatal care, and 470 children born to HIV-infected mothers are under perinatal care until 18 months of age.

Key words: HIV infection, pregnant women, preventive measures, control

Sattorov Safarkhon Saydamirovich – c.m.s., director of State Institution «Republican Center for Prevention and Control of AIDS». E-mail: s.safar@inbox.ru, tel. +992918610106/

Муҳимият: Вируси норасоии масунияти одам ва бемории пайдошудаи норасоии масуният (ВНМО/БПНМ) дар давоми 40 соли охир ба яке аз мушкilotи асосии аҳли сайёра табдил ёфтааст ва Ҷумҳурии Тоҷикистон низ ҳамчун як ҷузъи ҷудонашавандаи ҷомеаи ҷаҳонӣ дар ҳалли ин мушкilot бегараф нест.

Тибқи маълумотҳои омории ҷаҳонӣ дар охири соли 2023 дар саросари ҷаҳон зиёда аз 40 миллион [33,9 миллион – 43,8 миллион] нафар гирифтори ВНМО зиндагӣ мекунанд. Танҳо дар соли 2023 теъдоди мубталоёни нави сирояти ВНМО дар ҷаҳон 1,2 миллион нафар [1,0 миллион – 1,9 миллион] ва шумораи фавтидагон дар байни онҳо тақрибан 600 ҳазор [480 ҳазор – 880 ҳазор] мебошад¹. Гуфтан ҷоиш аст, ки мутобиқи таҳлилҳои ҷаҳонӣ танҳо 83% шахсони сироятшуда оиди бемории худ огоҳ мебошанд.

Ҷумҳурии Тоҷикистон дар фаъолияти ҳеш оиди пешгирӣ ва мубориза ба эпидемияи ВНМО, ҳамаи ҳуҷҷатҳои муҳими Ассамблеяи Генералии Созмони Милали Муттаҳидро, ки ба пурзӯр намудани фаъолиятҳо баҳри барҳам додани эпидемияи ВНМО то соли 2030 дар ҷаҳон равона гардидаанд ва яке аз бахшҳои муҳим дар ҷаҳорҷубаи расидан ба Ҳадафҳои рушди устувор мебошанд, ҳамаҷониба эътироф намуда, дастгирӣ менамояд. Бо мақсади амалӣ намудани маҷмӯи ҷорабиниҳои муқовимат ба паҳншавии вируси норасоии масунияти одам ва бемории пайдошудаи норасоии масуният (ВНМО/БПНМ), пешгирии паҳншавии сироятпазирӣ вируси норасоии масунияти одам, кам кардани таъсири мубталошавӣ ба беморӣ, расонидани ёрии тахассусии тиббӣ ба шахсони мубталои ВНМО/БПНМ ва сабук гардонидани оқибати он барои ҳар як нафар ва тамоми аҳли ҷомеаи шаҳрвандӣ, риояи ҳуқуқҳои шаҳрвандӣ, сиёсӣ, иқтисодӣ, иҷтимоӣ, фарҳангӣ ва озодиҳои инсон, сар карда аз соли 1997 аз ҷониби Ҳукумати Ҷумҳурии Тоҷикистон Барномаҳои миллий оид ба муқовимат ба эпидемияи ВНМО/БПНМ қабул ва тадбиқ мегарданд.

Маврид ба зикр аст, ки дар даврони 30 соли соҳибистиклолии давлатии Ҷумҳурии

Тоҷикистон дар кишвар 7 барномаҳо ва нақшаҳои стратегӣ дар самти муқовимат бо эпидемияи вируси норасоии масунияти одам қабул карда шуданд.

Бояд тазаққур дод, ки бо назардошти вазъи ҷорӣ эпидемиологии ВНМО ва БПНМ, баҳодиҳии натиҷаҳои фаъолият, ки дар солҳои қаблӣ ба даст омадаанд, таҳлили дарсҳои омӯхта ва душвориҳои ба амаломата оид ба муқовимат бо эпидемияи ВНМО дар Ҷумҳурии Тоҷикистон ҳар як барнома таҳия гардида, барномаҳои қабулгардида самтҳои афзалиятнокро бо мақсади таъмини дастрасии васеи аҳоли ба хизматрасониҳо вобаста ба ВНМО/БПНМ, дар умум беҳтар намудани саломатӣ ва баланд бардоштани сифати зиндагии аҳолии Ҷумҳурии Тоҷикистонро дар бар мегиранд.

Чунончи, дар Барномаи миллий оид ба муқовимат ба эпидемияи вируси норасоии масунияти одам ва бемории пайдошудаи норасоии масуният дар Ҷумҳурии Тоҷикистон барои солҳои 2021-2025, ки бо қарори Ҳукумати Ҷумҳурии Тоҷикистон аз 27.02.2021 таҳти №50 қабул гардидааст, яке аз масъалаи муҳим ин пурзӯр намудани ҷораҳо оид ба пешгирии интиқоли ВНМО аз модар ба кӯдак ҳамчун як самти афзалиятноки Барнома ҷудо карда шудааст. Самти асосии №3. Паст намудани ҳолатҳои интиқоли вируси норасоии масунияти одам аз модар ба кӯдак ва муҳайё намудани шароит барои барҳамдиҳии ин роҳи гузариши ВНМО. Нишондоди сироятшавӣ бо роҳи амудӣ (аз модар ба кӯдак) то 2 фоиз ва аз ин камтар то соли 2025 бояд бошад.

Зиёдшавии шумораи шахсони бо ВНМО зиндагикунанда, хусусан дар байни занон, шумораи зиёди таваллуди кӯдак дар ҷумҳурӣ моро вазифадор месозад, ки ҷораҳои пешгирии сирояти ВНМО аз модар ба кӯдакро дар ҳамаи шаҳру ноҳияҳои кишвар пурзӯр намоём.

Дар ҷаҳорҷубаи ингуна ҷорабиниҳо ташхиси саривақтии ВНМО дар байни занони ҳомила ва муайян намудани омилҳои баланди сироятёбии онҳо, таъиноти бармаҳали доруҳои зиддиретровирусӣ ба зани ҳомила ва ба кӯдак, усулҳои бурдани ҳомиладорӣ

ва валодаткунии безарар, инчунин назорати диспансерии кӯдакони таваллудшуда то 18 моҳагии ҳаёт ва ғизодиҳии сунъӣ шомил мебошанд.

Таҳлилҳои ҷаҳонӣ нишон медиҳанд, ки дар мавриди иҷрои маҷмӯи чорабиниҳои пешгирикунанда сатҳи интиқоли вирус аз модар ба кӯдак хеле паст шуда, ҳатто шароит барои барҳамдиҳии ин роҳи сирояти ВНМО-ро пайдо мекунад. То ба имруз дар минтақаи мо 3 давлат аз рӯи баҳогузориҳои Ташкилоти Умумҷаҳонии Тандурустӣ ба ин дастовард ноил шудаанд, яъне бапурагӣ роҳи интиқоли ВНМО-ро аз модар ба кӯдак барҳам доданд: Беларус, Армения ва Молдова. Инчунин, ҷумҳурии ҳамсоии Узбекистон низ барои гирифтани сертификати барҳамдиҳии интиқоли ВНМО аз модар ба кӯдак дархости худро ба ТУТ пешниҳод намудааст.

Мақсади таҳқиқот. Баҳогузориҳои сатҳи самаранокии чоранибиҳои пешгирикунандаи сирояти ВНМО аз модар ба кӯдак дар Ҷумҳурии Тоҷикистон.

Мавод ва усулҳои таҳқиқот. Арзёбӣ ва баҳодиҳии сатҳи фарогирии занони ҳомила бо таъхиси дукаратаи ВНМО ҳангоми ҳомиладорӣ, дарёфти ВНМО ва таъмини саривақтии маҷмӯи чорабиниҳои пешгирикунанда дар байни онҳо. Дар таҳлили вазъи эпидемиологии ВНМО дар байни занон ва инчунин занони ҳомила аз натиҷаҳои корбарии системаи электронии бақайдгирии ҳодисаҳои сирояти ВНМО истифода бурда шуд. Инчунин, барои таҳлил ва сохтани ҷадвалу диаграммаҳо аз барномаи Microsoft Excel бапурагӣ истифода бурда шуд. Ҳангоми таҳлил нишондиҳандаҳои асосии тандурустӣ – беморшавӣ, паҳншавӣ ва фавт барои солҳои дахлдор ҳисоб карда шуд.

Натиҷаҳои таҳқиқот ва баррасии он. Таҳлили маълумотҳои омории Ҷумҳурии Тоҷикистон нишон медиҳанд, ки вазъи эпидемиологии сирояти ВНМО дар байни кӯдакони аз модарони мубталои ВНМО таваллудшуда дар ҷумҳурӣ тадриҷан ба танзим даромада, сатҳи паҳншавӣ бо роҳи гузариш аз модар ба кӯдак сол аз сол кам шуда истодааст. Аммо, новобаста аз зина ба зина паст

шудани гузариш бо роҳи “аз модар ба кӯдак” аз 5,6 Ҷоиз (2015) то 4,0 Ҷоиз дар соли 2020 дар байни ҳамаи ҳолатҳои бақайдгирифташуда, ин нишондод дар сатҳи баланд боқӣ мемонад.

Моделҳои пешниҳоди чораҳои Пешгирии интиқоли ВНМО аз модар ба кӯдак (ПИМК) дар Ҷумҳурии Тоҷикистон дар асоси тавсияҳои Ташкилоти Умумҷаҳонии Тандурустӣ аз 3 қисм иборат мебошад:

1. Фарогирии занони ҳомила бо таъхиси ВНМО ва пешниҳоди табобати зиддиретро-вирусӣ;

2. Пешгирии сироят ҳангоми таваллуд ва валодаткунии безарар (таваллуди табиӣ ё буриши қайсари нақшавӣ);

3. Пешгирии ВНМО дар навоздон (пешгирии баъди тамос), ғизодиҳии бехатарии навоздон ва таъхиси барвақтии навоздон ба ВНМО.

Фарогирии занони ҳомила бо таъхиси ВНМО бояд дар сатҳи муассисаҳои шабакаии кӯмаки аввалияи тиббӣ-санитарӣ (КАТС) пешниҳод карда мешавад. Барномаи ПИМК дар ҷумҳурӣ пурра соли 2010 ҷорӣ шуда, сол аз сол беҳтар шуда истодааст. Фарогирии занони ҳомила дар соли 2016 агар 76% таъхил меод, Ҷоизи мазкур дар соли 2020 ба 94% расонида шуд ва дар соли 2024 бошад он 95%-ро таъхил мекунад, ки дар натиҷаи 46 ҳолати нави сирояти ВНМО дар байни занони ҳомила дарёфт карда шуд. Тавсияҳои миллий ва ҷаҳонӣ 100% фарогирии таъхиси занони ҳомиларо пешниҳод менамоянд, аммо таҳлилҳо нишон медиҳанд, ки дар ягон сол дар ҷумҳурӣ мо 100% фарогириро дастрас нагардидаем. Айни замон таъхис оид ба ВНМО барои занони ҳомиладор ройгон пешниҳод гардида, барои харидории маводҳои таъхисӣ маблағ аз буҷети давлатӣ ҷудо мегардад. Маблағгузори дар ин самт сол аз сол зиёд шуда, барои фарогирии қисми бештари занони ҳомила шароити мусоид фароҳам оварда мешавад.

Яке аз масъалаҳои муҳими барнома дар он аст, ки занони ҳомила бояд дар давраҳои аввали ҳомиладорӣ, алалхусус то 12 ҳафтаи

ҳомиладорӣ, аз ташхиси ВНМО гузаранд, то ин, ки дар ҳолати сироятшавӣ ҳар чӣ зудтар табобати пешгирикунандаи зиддретровирусӣ таъин карда шавад. Бояд қайд кард, ки чӣ қадаре марҳилаи ҳомиладорӣ дертар бошад, ҳамон қадар хатари интиқоли сирояти ВНМО ба кӯдак зиёд мегардад.

Чи тавре, ки маълум аст, як қисми занони ҳомила дар марҳилаҳои охири ҳомиладорӣ, алалхусус дар вақти валодат аз ташхис гузаронда, мавқеи онҳо нисбат ба ВНМО муайян карда мешавад. Ин ҳолат барои саривақт гузарондани чорабиниҳои пешгирикунандаи интиқоли ВНМО аз модар ба кӯдак мушкилиҳо пайдо менамояд. Тақрибан 5% занони бори аввал бо сирояти ВНМО дарёфтшуда ҳангоми валодат дар таваллудхонаҳо ошкор шуда ба табобати пешгирикунандаи зиддретровирусӣ фаро гирифта мешаванд. Барои чунин ҳолатҳо дар тамоми таваллудхонаҳо дорувориҳои зиддретровирусӣ мавҷуд мебошанд ва мутахассисон метавонанд фавран аз онҳо истифода намоянд. Инчунин, гуфтан зарур аст, ки барои босифат пеш бурдани барномаи ПИМК дар таваллудхонаҳо ва марказҳои репродуктивӣ шахсони мутассадӣ таъин карда шудаанд.

Дар Ҷумҳурии Тоҷикистон дар давраи солҳои 2004-2024 ҳамагӣ 2752 ҳодисаи сирояти ВНМО дар байни занони ҳомила бақайд гирифта шудааст, ки аз онҳо 2571 нафар (93,4%) бо табобати пешгирикунанда фаро гирифта шуда, то имрӯз 2463 нафар занҳои ҳомила таваллуд карданд. Аз ҳисоби умумии занони ҳомила дар 213 нафар зан исқоти ҳамл гузаронида шудааст. Айни замон 76 нафар занони ҳомила бо сирояти ВНМО зери назорати антенаталӣ қарор дошта, 470 нафар кӯдаконе, ки аз модарони мубталои ВНМО таваллуд ёфтаанд, айни замон то марҳилаи 18 моҳагӣ дар таҳти назорати перинаталӣ қарор доранд.

Дар байни ҳамаи занони ҳомилаи бо ВНМО дар 52,5% ҳолат валодат бо роҳи табиӣ ва дар 47,5% ҳолати дигар бошад бо усули буриши қайсарӣ амалӣ гаштааст. Тибқи таҳлилҳо валодаткунонӣ тариқи таваллуди табиӣ сол аз сол зиёд гардида, дар соли

2024 он ба 59% баробар шудааст. Ин нишондод дар соли 2018 - 39%-ро ташкил меод. Зиёдшавии валодат бо роҳи табиӣ аз он шаҳодат медиҳад, ки табобати зиддретровирусӣ дар байни занони ҳомила саривақт таъин мешавад ва то саршавии валодат сарбории вирусии беморон дар сатҳи номуайян қарор мегирад. Дар ин сураат валодат бо роҳи табиӣ хавфи паст дорад ва хавфнокии он аз хавфнокии буриши қайсарӣ зиёд намебошад. Усули валодат тариқи буриши қайсарӣ бошад аз 61% соли 2018 ба 41% соли 2024 кам шудааст.

Дар Ҷумҳурии Тоҷикистон аз аввали бақайдгири занони ҳомила (соли 2004) то 31 декабри соли 2024 ҳамагӣ 2393 кудакони зинда таваллуд шудааст, ки аз онҳо айни замон 2240 нафар зинда дар қайди ҳаёт мебошанд. 97,3% кӯдакон бо табобати пешгирикунандаи баъди таваллуд фаро гирифта шуда буданд. Танҳо 57 нафар кудак ё 2,7% бо сабабҳои гуногун, аз ҷумла ҳолати вазнини кӯдак, дарёфти кӯдак баъди яқум моҳи таваллуд, рад кардани волидайн аз истеъмоли доруворӣ, таъсири манфии доруворӣ ва ғайра, ба табобати пешгирикунанда фаро гирифта нашудаанд.

Кӯдаконе, ки аз модарони гирифтори ВНМО таваллуд мешаванд бояд то пурра дар онҳо рад кардани сирояти ВНМО дар қайди диспансерӣ оид ба тамоси перинаталӣ дар марказҳои ВНМО қарор гиранд. Дар синни 10-18 моҳагӣ дар кӯдакон ташхиси интиҳой бо усули ташхиси иммуноферментӣ гузаронида шуда, ҳангоми натиҷаи манфӣ онҳо аз қайд бароварда мешаванд. Чорабиниҳои пешгирикунанда ҳар чӣ бештар имконият медиҳанд, ки дар байни чунин кӯдакон ҳолатҳои сироятёбӣ кам шаванд. То имрӯз 80,4%-и кӯдаконе аз модарони гирифтори ВНМО таваллуд шудаанд аз назорати диспансерӣ бароварда шудаанд. Сабабҳои баровардан аз қайд чунин мебошанд: натиҷаи ташхиси манфӣ - 88,3% (1698 нафар), ташхиси мусбӣ - 2,9% (56 нафар), фавт - 7,9% (153 нафар) ва аз ҷумҳурӣ берун баромада рафтаанд - 0,8% (16 нафар) мебошанд. Айни замон 470 кӯдаки синни то 10-18 моҳа таҳти назорат қарор доранд.

Аз 56 кӯдак (2,9%), ки ҳамчун сироятёфта ба қайд гирифта шудаанд, 17 нафар модарон ба ягон чорабиниҳои пешгирикунанда фаро гирифта нашуда буданд ва модарони 39 ҷодаки дигар бошад қисман ба чорабиниҳои фаро гирифта шуда буданд, аз ҷумла 19 нафар модарон дар марҳилаи ҳомиладорӣ 13-28 ҳафта ва 20 нафари дигар бошад дар марҳилаи 29-41 ҳафтаи ҳомиладорӣ дарёфт ва ба қайд гирифта шудаанд. Ин нишондодҳо исботи онро мекунанд, ки ба табобати пешгирикунанда фаро нагирифтани занони ҳомилаи гирифтори ВНМО хатари сирояти тифло хангоми ҳомиладорӣ ва синамакони зиёд мегардонад.

Хулоса. Аз рӯи таҳлили мазкур маълум мегардад, ки зиёдшавии фарогирии саривактӣ занони ҳомила ба ташхиси дукаратаи ВНМО барои саривакт ошкор кардан ва таъини табобати пешгирикунандаи сирояти ВНМО аз модар ба кӯдак нақши муҳимро мебозад. Дар ҳолати дар марҳилаи аввали ҳомиладорӣ дарёфт гардидани сирояти ВНМО имкон медиҳад, ки сатҳи сироятёбии кӯдакони онҳоро то 2% ва аз он поёнтар коҳиш диҳем. Дар давраи солҳои 2004-2024 ин нишондод дар умум 2,9%-ро ташкил медиҳад. Барои қатъ намудани ин роҳи интиқоли ВНМО фарогирии занони ҳомила ба ташхиси дукаратаи ВНМО бояд то 100% зиёд карда шуда, дастрасии табобати пешгирикунанда васеъ карда шавад.

Адабиёт

1. Абдуллоева М.А., Курбонов К.М., Хамидова Т.М. Паразитарная пораженность населения Таджикистана: диагностика, выявляемость, структура инвазий / М.А. Абдуллоева, К.М. Курбонов, Т.М. Хамидова // Лечащий врач -2019. -№1 -С. 24-29.
2. Авдюхина Т.И. Современный взгляд на проблему гельминтозов у детей и эффективные пути ее решения / Т.И. Авдюхина, Т.Н. Константинова, М.Н. Прокошева // Лечащий врач. -2024. - №1. - С. 24-29.
3. Бронштейн А.М. Гельминтозы органов пищеварения: проблемы диагностики и

лечения [Текст] / В.И. Лучев, Н.А. Малышев // Рос. мед. журн. - 2020. - № 7(2). - С. 67-69.

4. Мочалова А.А. Клинико-патогенетическое значение нарушений обмена микроэлементов при паразитозах у детей школьного возраста. [Текст] / А.А. Мочалова // Актуальная инфектология. -2021. -№2. -С.45-47.

5. Миропольская Н.Ю. Влияние кишечных паразитозов на соматическое состояние здоровья детей. [Текст] / Н.Ю. Миропольская. // Дальневосточный журнал инфекционной патологии. -2019. -№ 29. -С.101-104.

6. Ортикова М. М. Распространенность часто встречаемых глистных инвазий в республике Таджикистан и пути совершенствования профилактической деятельности на уровне первичной медико-санитарной помощи / М. М Ортикова //Дис.к.м.н., Душанбе -2019. -С. 153.

7. Талабов М.С. Предполагающие факторы риска заражения острых кишечных инфекций и нематодозов у детей [Текст] / С.С.Саторов, Г.К. Негматова, М.У. Каюмова// Здравоохранение Таджикистана. - 2013. -№4. -С.70-74.

8. Файзуллина Р.А. Гельминтозы в детском возрасте [Текст] / Е.А. Самороднова, В.М. Доброквашина // Практич. медицина. -2019. -№3. -С. 31-36.

9. Хасанов З.Г. Гигиенические предпосылки распространения паразитарных заболеваний у населения Республики Таджикистан /З.Г. Хасанов, Ф.И. Одинаев, Ш.Ф. Одинаев // Известия Академии наук Республики Таджикистан. - 2020. -№1. -С.80-83.

10. Халафли Х.Н. Влияние кишечных паразитозов на состояние здоровья детей [Текст] / Х.Н. Халафли // Фундаментальные исследования. - 2018. -№1(9). -С. 156-162.

Шишова А.В. Ҷанбаҳои тиббӣ ва иҷтимоӣ пешгирӣ ва муолиҷаи гельминтозҳо дар кӯдакон /А.В.Шишова, Я.М.Решетнев// Ахбори илм. - 2023. -№12 (69), ҷилди 4. -Саҳ. 1277 - 1281.(Footnotes)

ТДУ: 616-002.95

ОМИЛҲОИ ИҶТИМОӢ ВА МАИШӢИ ПАҲНШАВИИ ГЕЛМИНТОЗҲО ДАР КӢДАКОН

¹Талабзода М.С., ²Давлатзода Х.Б., ³Сафаров Ҷ.М.

¹Донишгоҳи миллии Тоҷикистон, ²Вазорати тандурустӣ ва ҳифзи иҷтимоии аҳолии Ҷумҳурии Тоҷикистон, ³МД беморхонаи клиникӣ шаҳрии бемориҳои сироятӣ кӯдакон.

Мақсади омзиш. Омӯзиши таъсири омилҳои иҷтимоӣ ва маишӣ дар паҳншавии гельминтозҳо дар кӯдакон.

Мавод ва усулҳои таҳқиқот. Барои муайян намудани таъсири назарраси омилҳои иҷтимоӣ ва маишӣ ба паҳншавии гельминтозҳо дар Ҷумҳурии Тоҷикистон дараҷаи сироятӣ гельминтозҳо дар байни аҳоли ба назардошти омилҳо, аз қабилӣ таъдоди аъзоёни оила, вазъи молиявӣ он баҳо дода шуд.

Натиҷаҳо ва баррасии он. Омӯзиши омилҳои иҷтимоӣ ва маишӣ нишон дод, ки яке аз омилҳои муҳими паҳншавии гельминтозҳо таъдоди аъзоёни оила мебошад. Аксар вақт ба гельминтозҳо оилаҳои серфарзанд гирифта мешуданд, ки таъдоди кӯдакон 7-9 (63,6%) нафарро ташкил медед. Дар он оилаҳо, ки шумораи аъзоёни оила аз 4 то 6 нафар аст, сатҳи беморшавӣ қариб ду маротиба камтар 33,6% буд, сатҳи настиқтарини гирифташавӣ ба гельминтозҳо дар оилаҳо буд, ки шумораи аъзоёнашон 1-3 (12,9%) нафарро ташкил медед.

Инчунин дар оилаҳо, ки сатҳи молиявӣ онҳо хеле паст аст, ҳиссаи кӯдакони солим (группи 1) 26,9% буд, дар ҳоле ки (группи 2) дар байни зиёда аз 2/3 сироятёфтагон сатҳи хеле паст (73,1%) ба қайд гирифта шудааст. Дар оилаҳо, ки сатҳи зиндагии миёна доранд, шумораи оилаҳои сироятшуда нисбат ба оилаҳо, ки сатҳи паст доранд наздики 2 маротиба кам аст (40,0%). Камтарини бемориҳои гельминтӣ дар оилаҳои даромади моддиашон хуб (22,9%) мушоҳида мешавад.

Хулоса. Басомади паҳншавии гельминтозҳо дар байни кӯдакон аз омилҳои иҷтимоӣ ва маишӣ вобастагии қавӣ дорад.

Калимаҳои калидӣ: гельминтозҳо дар кӯдакон, омилҳои иҷтимоӣ, омилҳои маишӣ, аъзоёни оила, сатҳи зиндагӣ.

Талабзода Муҳаммадалӣ Сайф – доктори илмҳои тиббӣ, профессори кафедраи эпидемиология ва бемориҳои сироятӣ факултети тиббии Донишгоҳи миллии Тоҷикистон, Душанбе, Тоҷикистон, тел.+992 918 67 23 15

СОЦИАЛЬНО-БЫТОВЫЕ ФАКТОРЫ РАСПРОСТРАНЕНИЯ ГЕЛЬМИНТОЗОВ У ДЕТЕЙ

¹Талабзода М.С., ²Давлатзода Х.Б., ³Сафаров Ҷ.М.

¹Таджикский национальный университет, ²Министерство здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан, ³ГУ «Детская городская клиническая инфекционная больница»

Цель исследования. Изучение влияния социально-бытовых факторов на распространение гельминтозов у детей.

Материал и методы исследования. С целью определения значимого влияния социально-бытовых факторов на распространение гельминтозов в Республике Таджикистан была оценена степень зараженности населения гельминтозами с учетом таких факторов, как

количество членов семьи, ее материальное положение.

Результаты исследования и их обсуждение. Изучение социальных и бытовых факторов показало, что одним из важных факторов распространения гельминтозов является количество членов семьи. Гельминтозом чаще поражались многодетные семьи, количество детей в которых колебалось от 7 до 9 (63,6%). В семьях с числом детей от 4 до 6 уровень заболеваемости был почти в два раза ниже - 33,6%, наименьший уровень заболеваемости гельминтозами был в семьях с 1-3 детьми (12,9%).

Также в семьях с очень низким материальным уровнем доля здоровых детей (1-я группа) была низкой (26,9%), тогда как (2-я группа) очень низкий показатель зарегистрирован среди 2/3 детей (73,1%). В семьях со средним уровнем жизни число инфицированных было более чем в 2 раза ниже, чем в семьях с низким уровнем жизни (40,0%). Наименьшая заболеваемость глистными заболеваниями наблюдается в семьях с хорошим материальным достатком (22,9%).

Выводы. Распространенность гельминтозов среди детей во многом зависит от социальных и бытовых факторов.

Ключевые слова: гельминтозы у детей, социальные факторы, бытовые факторы, члены семьи, уровень жизни.

Талабзода Мухаммадали Сайф - доктор медицинских наук, профессор кафедры эпидемиологии и инфекционных болезней медицинского факультета Таджикского национального университета, Душанбе, Таджикистан. Тел. +992 918 67 23 15.

SOCIAL AND DOMESTIC FACTORS OF THE SPREAD OF HELMINTHIASIS IN CHILDREN

¹Talabzoda M.S., ²Davlatzoda H.B., ³Safarov U.M.

¹Tajik National University, ²Ministry of Health and Social Protection of the Republic of Tajikistan,

³State Children's City Clinical Infectious Diseases Hospital

Aim. To study the influence of social and domestic factors on the spread of helminthiasis in children.

Material and methods of the study. In order to determine the significant influence of social and everyday factors on the spread of helminthiasis in the Republic of Tajikistan, the degree of infection of the population with helminthiasis was assessed taking into account such factors as the number of family members and its financial situation.

Results of the study and their discussion. The study of social and everyday factors showed that one of the important factors in the spread of helminthiasis is the number of family members. Helminthiasis most often affected large families, the number of children ranged from 7-9 (63,6%) people. In families with 4 to 6 people, the incidence rate was almost two times lower (33,6%), the lowest incidence of helminthiasis was in families with 1-3 people (12,9%).

Also in families with a very low material standard the proportion of healthy children (1st group) was low by 26,9%, while (2nd group) a very low indicator was registered among more than 2/3 of those who received 73,1%. In families with an average standard of living the number of infected is more than 2 times less than in families with a low standard (40,0%). The lowest incidence of helminthic diseases is observed in families with good material well-being (22,9%).

Conclusions. The prevalence of helminthiasis among children largely depends on social and everyday factors.

Key words: helminthiasis in children, social factors, everyday factors, family members, standard of living.

Talabzoda Mukhammadali Saif - Doctor of Medical Sciences, Professor of the Department of Epidemiology and Infectious Diseases, Faculty of Medicine, Tajik National University, Dushanbe, Tajikistan. Tel. +992 918 67 23 15;

Мубрамият. Тибқи маълумоти ТУТ, тақрибан панҷ миллиард нафар дар саросари ҷаҳон аз бемориҳои паразитӣ азият мекашанд, ки қариб нисфи онҳо (50%) аз геогелминтҳо зарар мебинанд. Гуногунии ҳама шаклҳо зиёда аз 250 намуди гелминтҳои ба паразитҳои одам алоқаманд аст. Зиёда аз нисфи кӯдакони синни мактабӣ ва калонсолон ба гелминтҳо гирифта мешаванд. Барои сокинони Тоҷикистон шакли маъмултарини паразитҳо инҳоянд: аскаридоз, энтеробиоз, гименолепидоз, тениаринхоз, трихинеллёз, описторхоз ва ғ. [1,3,5].

Дар байни роҳҳои зиёди гузариши сироят дар Ҷумҳурии Тоҷикистон бештар ба қайд гирифташуда роҳи таввасути об, сатҳи пасти маданияти санитарии мактаббачагон, риоя накардани талаботи гигиенаи шахсӣ ва маърифати саломатӣ мебошад [2,4]. Ҳаминро ҳам бояд гуфт, ки зиёд шудани дараҷаи ошкоркунӣ ба шароити зиндагонии аҳоли низ вобаста аст.

Дар байни ин ғуруҳи омилҳо калонтарини онҳо теъдоди аъзоёни оила, шароити зист, шароити манзилию коммуналӣ, даромади моддӣ ва ҳиссаи бучҷаи ниғаҳдории тандурустӣ дар системаи умумии маблағгузори мамлакат мебошанд. Ҳангоми ҷо ба ҷо кардани беморон ба талаботи зерин диққати махсус додан лозим аст: синну сол, ҷинс, касб, ғасли сол ва ғайра. Маҳз ҳамин доираи масъалҳое, ки дар раванди танзими басомади популятсионии гелминтозҳо нақши калон мебозанд [1,3,5,6].

Мақсади таҳқиқот. Омӯзиши таъсири омилҳои иҷтимоӣ ва маишӣ дар паҳншавии гелминтозҳо дар кӯдакон.

Маводҳо ва усулҳои таҳқиқот. Доир ба паҳншавии бемориҳои гелминтӣ дар миёни кӯдакони синну соли гуногун дар пояи Пажӯжишгоҳи илмию таҳқиқотии тибби профилактикии Вазорати тандурустӣ ва ҳифзи иҷтимоии Ҷумҳурии Тоҷикистон ва МД беморхонаи клиникаи шаҳрии бемориҳои сироятии кӯдакон таҳқиқ анҷом дода шудааст. Таҳқиқот дар асоси ҳисобот оид ба гирифташавӣ

вӣ аҳолии Тоҷикистон ва бархе минтақаҳои он тибқи варақаҳои амбулатории маризоне, ки мавриди санҷиш қарор гирифтаанд ва маризиашон дар асоси санҷиши клиникаи озмоишгоҳҳо - санҷиши копроовоскопии наҷосати одам бо усули флотатсия бо методи Фюллеборн ва мутобиқи МУК 4.2.735-99 “Усулҳои паразитологии ташҳиси озмоишгоҳии гелминтозҳо ва протозоозҳо” ва усули ташҳиси иммуноферментӣ - ИФА муайянкунии зиддиҷисмҳо дар озмоишгоҳи паразитологияи Пажӯжишгоҳи илмию таҳқиқотии тибби профилактикӣ татбиқ гардидааст.

Натиҷаҳои таҳқиқот ва баррасии онҳо. Барои муайян намудани таъсири назарраси омилҳои иҷтимоӣ ва маишӣ ба паҳншавии гелминтозҳо дар Ҷумҳурии Тоҷикистон дараҷаи сироятии гелминтозҳо дар байни аҳоли бо назардошти омилҳо, аз қабili теъдоди аъзоёни оила, вазъи молиявии он баҳо дода шуд.

Яке аз омилҳои муҳими паҳншавии гелминтозҳо теъдоди аъзоёни оила мебошад. Аксар вақт ба гелминтозҳо оилаҳои серфарзанд гирифта мешуданд, ки шумораи кӯдакон 7-9 (63,6%) нафарро ташкил мебуд. Камшавии шумораи кӯдакон дар оила далели тамоюли коҳиши басомади кӯдакон ва калонсолон буд. Дар он оилаҳое, ки шумораи аъзоёни оила аз 4 то 6 нафар аст, сатҳи беморшавӣ қариб ду маротиба камтар буд, ки (33,6%) буд, фарқи ҷаҳи байни ғуруҳҳо аз ҷиҳати омори муҳим буд ($p < 0,001$). Сатҳи пасттарини гирифташавӣ ба беморӣ дар оилаҳое буд, ки шумораи аъзоёнашон 1-3 нафарро ташкил мебуд (12,9%).

Аз таҳлил бармеояд, ки ҳар як оилаи сеюм дар байни ғуруҳҳои таҳлилшаванда метавонад ба як ғуруҳи макони хурд барои гелминтоз тасниф карда шавад. Аммо нуқтаи муҳим он аст, ки зиёдшавии теъдоди аъзоёни оила хатари воридшавӣ ва олудашавӣ дар ҳудуди зистро якбора зиёд мекунад, ки ин бешубҳа дар ташкили муборизаи зидди онҳо боиси душвориҳои муайян мегардад.

Ҷадвали 1. Паҳншавии гельминтозҳо вобаста аз теъдоди аъзоёни оила (n=250)

Теъдоди аъзоёни оила	Ҳамагӣ	Оилаҳои сироятёфта	
		Абс.	%.
1-3	70	9	12,9
4-6	125	42	33,6
7-9	55	34	63,6
Ҳамагӣ	250	85	34,0

Эзоҳ: Теъдоди кӯдакон дар оила ба паҳншавии гельминтозҳо таъсир мерасонад

Тавре ки дар боло зикр гардид, маҳз оилаҳои серфарзанд ба гурӯҳи хавфи баланд тааллуқдоранд, ки ба нишондоди афзоиши гельминтозҳо дар байни кӯдакон таъсир мерасонанд. Аз ин рӯ, муҳим аст дарк кард, ки серфарзандӣ метавонад боиси рушди ду мушкилоти муҳим гардад. Якум ба он вобаста аст, ки афзоиши шумораи кӯдакон дар оилаҳо таносуби баланди манфӣ бо динамикаи манфии шумораи кӯдакони солим мегардад.

Дар ҳоле ки теъдоди ками кӯдакон, волидайн имкони бештар пайдо мекунад, ки вазъи беҳдошти фарзандони худро назорат кунанд, ки ин бешубҳа ба пешгирии гельминтозҳо таъсир мерасонад. Маҳз дар оилаҳои камфарзанд вазъи молӣ беҳтар аст. Он дорои қобилияти таъмини ғизои пурра, бой аз витаминҳо ва ҷузъҳои иммунокорректорӣ мебошад.

Хусусияти дуюм ин аст, ки бо афзоиши шумораи кӯдакон дар оилаҳо муносибати мусбати коррелясионӣ якбора зиёд мешавад, ки бо афзоиши шумораи кӯдакони сироятшуда тавсиф мешавад. Исботи ин далел ин аст, ки шумораи бештари кӯдакон дар байни волидайн боиси мушкилоти муайян дар ташкил ва назорати риояи талаботи гигиенаи шахс аз ҷониби ҳар як кӯдак мегардад. Мушкилоти дигари яқсон муҳим он аст, ки дар оилаҳои серфарзанд мушкилоти молиявӣ вучуд доранд, пас эҳтимолияти дастрасии муассисаҳои тиббӣ барои табобати кӯдакони гирифтори сироятҳои гельминтӣ вучуд дорад.

Боз як нуқтаи хеле муҳимро қайд кардан лозим аст, ки дар оилаҳои серфарзанд имкони хурдани ҳурокиҳои хушсифату калориянок нест. Дар аксари мавридҳо, истеъмоли ғизо дар витаминҳо ва минералҳо кам аст, мушкилоти иқтисодӣ дар ин оилаҳо

имкон намерасонад, ки иммунокорректорҳо истифода шаванд. Маҳз омезиши ҳамаи ин омилҳо лаҳзаест, ки раванди заифшавии масунияти кӯдакон ба вучуд меояд ва дар натиҷа кӯдакон заифтар мешаванд ва ба рушди бемориҳои илтиҳобӣ ва сироятӣ хеле осебпазир мешаванд.

Аз ин рӯ, кӯдакони аз оилаҳои серфарзандро, ки сатҳи моддию маишиашон паст аст, метавон ба гурӯҳи хатари баланди гирифтورشавӣ бо гельминтозҳо тасниф кард. Вазъияти эпидемиологӣ дар аксари мавридҳо аз шумораи аъзоёни оила, шароити зист, шароити манзилию санитарӣ, сарвати моддӣ вобастагии калон дорад, ки омилҳои асосии афзоиши гирифтورشавӣ ба гельминтозҳо дар кӯдакон мебошанд.

Ба омилҳои асосие, ки паҳншавии гельминтозҳо зиёд мекунад, маҷмуи томи омилҳои иҷтимоию эпидемиологӣ дохил мешаванд. Теъдоди аъзоёни оила хатари дохилшавӣ ва сироятёбӣ ҳамаи аъзоёни оиларо хеле зиёд мекунад; Нишондоди камшудани беморинокӣ аз гельминтозҳо ва пешгирии онҳо бевосита аз баҳодиҳии боэҳтимоли ин омилҳо вобаста аст, зеро онҳо дар ташкили ёрии мақсаднок ва самарабахши тиббии кӯдакон аҳамияти ниҳоят калон доранд.

Ҳангоми таҳлили таъсири шумораи аъзоёни оила ба эҳтимолияти сироятёбӣ ба гельминтҳо (Ҷадвали 1) маълум гардид, ки бо зиёдшудани шумораи аъзоёни оила эҳтимолияти сироятёбии аъзоёни оила зиёд мешавад. Дар он оилаҳое, ки шумораи аъзоёни оила аз 3 нафар зиёд набуд, дар маҷмӯъ, ҳар як узви сеюми оила ба гельминтозҳо гирифтور шудааст. Дар баробари зиёдшудани шумораи аъзоёни оила, дараҷаи сироятёбӣ ба таври назаррас меафзояд. Ҳамин тариқ, дар оилае, ки то 6 аъзо дорад, тақри-

бан 3/3 аъзоён эҳтимоли гирифтор шудан ба гелминтҳоро доранд.

Чунон ки нишон дода шуд, шумораи аъзоёни оила ҳар қадар зиёд бошад, ба нишондоди беморинокӣ гелминтоз ба аҳоли таъсири калон мерасонад.

Мушкilotи иқтисодӣ боиси афзоиши шумораи оилаҳое гардид, ки кори кишоварзиро ҳамчун манбаи даромад интихоб мекунанд. Маҳз кор дар заминҳои наздиҳавлигӣ, ки дар он зироатҳои хочагии кишлоқ парвариш карда мешуданд, хавфи сироят ва паҳншавии паразитҳоро зиёд мекард.

Далели ин дар он аст, ки барои парвари-

ши зироатҳои полезӣ поруро бидуни коркарди пешакӣ ҳамчун нуриҳо васеъ истифода мебуданд.

Ғоизи баланди сирояти гелминтҳо дар байни оилаҳои дорои даромади миёна ва паст метавонад ба сатҳи хеле пасти шароити иҷтимоӣ-маишӣ, дастрасии маҳдуд ба маводи ғизоии босифат вобаста бошад. Аз тарафи дигар, даромади пасти оила имкон намедихад, ки хизматрасониҳои тиббӣ дастрас бошанд; аз ҷумла харидани доруҳои таъиноти махсусе, ки барои табобати гелминтҳо пешбинӣ шудаанд.

Ҷадвали 2. Паҳншавии гелминтозҳо дар оилаҳои сатҳи таъминоти гуногуни модӣ доранд

Сатҳи таъминоти модӣ	Теъдоди кӯдакон	Кӯдакони солим 1 гуруҳ		Кӯдакони сироятёфта 2 гуруҳ	
		Абс.	%	Абс.	%
Бисёр паст	52	14	26,9%	38	73,1%
Паст	60	31	51,7%	29	48,3%
Мобайн	75	45	60,0%	30	40,0%
Баланд	83	64	77,1%	19	22,9%
Ҳамагӣ	270	154	57,0%	116	43,0%

Эзоҳ: Дар байни кӯдакони солим нишондиҳандаи сатҳи модӣ якҷанд маротиба бехтар аст

Натиҷаҳои таҳлил (ҷадвали 2) дар бораи он ки дараҷаи некуаҳволии модӣ ба гирифторшавӣ ба сирояти гелминтҳо дар кӯдакон то чи андоза таъсир мерасонад, равшан оварда шудааст. Таҳлил нишон дод, ки дар оилаҳое, ки сатҳи молиявии онҳо хеле паст аст, ҳиссаи кӯдакони солим (гурӯҳи 1) 26,9% паст буд, дар ҳоле ки (гурӯҳи 2) дар байни зиёда аз 2/3 сироятёфтагон сатҳи хеле паст ба қайд гирифта шудааст 73,1 % ($p < 0,05$). Аз ин хулоса баровардан мумкин аст, ки маҳз аъзоёни оилаҳои дорои сатҳи хеле пасти молиявӣ мебошанд, ки сатҳи пасттарини муроҷиат ба муассисаҳои тиббӣ доранд.

Дар оилаҳое, ки сатҳи зиндагии миёна доранд, шумораи оилаҳои сироятшуда нисбат ба оилаҳое, ки сатҳи паст доранд бештар аз 2 маротиба кам аст (40,0%), фарқияти байни гурӯҳҳо аз ҷиҳати омӯрӣ дуруст буд ($p < 0,001$). Камтарини бемориҳои гелминтӣ дар оилаҳои даромади моддиашон хуб (22,9%) мушоҳида мешавад. Манзараи яхела дар байни гурӯҳҳои дигари оилаҳо

ба назар мерасад, ки дар онҳо паҳншавии гелминтозҳо якҷанд маротиба камтар аст.

Чунин далелро низ қайд кардан лозим аст, ки шароити зиндагӣ ва малакаи аҳоли ба паҳншавии гелминтҳо таъсири калон мерасонад. Сатҳи баландтарини ошкор шудани гелминтҳо дар он оилаҳо ба қайд гирифта шудааст, ки дар онҳо сатҳи пасти иҷтимоӣ мавҷуд буд, ин оилаҳо ба оби тозаи ошомиданӣ дастрасии кофӣ надоштанд ва аз хочатхонаҳои дар замин кандашуда истифода мекарданд. Барои аксари минтақаҳои Тоҷикистон парҳез ва хусусияти муайяни ғизо то ҳол як таҷрибаи маъмулӣ боқӣ мемонад, аз ҷумла истеъмоли гӯшти хом ва нокифояи коркарди гушти ҳайвоноти бемор, сатҳи пасти огоҳӣ ва дониши аҳоли дар бораи роҳҳои интиқоли гелминтҳо, дуруст ба роҳ намондани назорати эпидемиологӣ аз тара

Хулосаҳо. 1. Яке аз омилҳои муҳими паҳншавии гелминтозҳо теъдоди аъзоёни оила мебошад. Аксар вақт ба гелминтозҳо

оилагои серфарзанд гирифтадор мешуданд, ки шумораи кӯдакон 7-9 (63,6%) нафарро ташкил меод. Дар он оилаҳо, ки шумораи аъзоёни оила аз 4 то 6 нафар аст, сатҳи беморшавӣ қариб ду маротиба камтар (33,6%) буд, сатҳи пастирии гирифташавӣ ба гельминтозҳо дар оилаҳо буд, ки шумораи аъзоёнашон 1-3 нафарро ташкил меод (12,9%).

2. Дар оилаҳо, ки сатҳи молиявии онҳо хеле паст аст, ҳиссаи кӯдакони солим (гурӯҳи 1) 26,9% паст буд, дар ҳоле ки (гурӯҳи 2) дар байни зиёда аз 2/3 сироятёфтагон сатҳи хеле паст ба қайд гирифта шудааст (73,1%). Дар оилаҳо, ки сатҳи зиндагии миёна доранд, шумораи оилаҳои сироятшуда нисбат ба оилаҳо, ки сатҳи паст доранд наздикӣ 2 маротиба кам аст (40,0%). Камтариини бемориҳои гельминтӣ дар оилаҳои даромади моддиашон хуб (22,9%) мушоҳида мешавад.

Адабиёт

1. Абдуллоева М.А., Курбонов К.М., Хамидова Т.М. Паразитарная пораженность населения Таджикистана: диагностика, выявляемость, структура инвазий/ М.А. Абдуллоева, К.М. Курбонов, Т.М. Хамидова // Лечащий врач -2019. -№1 -С. 24-29.
2. Авдюхина Т.И. Современный взгляд на проблему гельминтозов у детей и эффективные пути ее решения / Т.И. Авдюхина, Т.Н. Константинова, М.Н. Прокошева // Лечащий врач. -2024. - №1. - С. 24-29.
3. Бронштейн А.М. Гельминтозы органов пищеварения: проблемы диагностики и лечения [Текст] / В.И. Лучев, Н.А. Малышев // Рос. мед. журн. - 2020. - № 7(2). - С. 67-69.
4. Мочалова А.А. Клинико-патогенетическое значение нарушений обмена микроэлементов при паразитозах у детей школьного возраста. [Текст] / А.А. Мочалова // Актуальная инфектология. -2021. -№2. -С.45-47.
5. Миропольская Н.Ю. Влияние кишечных паразитозов на соматическое состояние здоровья детей. [Текст] / Н.Ю. Миропольская. // Дальневосточный журнал инфекционной патологии. -2019. -№ 29. -С.101-104.
6. Ортикова М. М. Распространенность часто встречаемых глистных инвазий в республике Таджикистан и пути совершенствования профилактической деятельности на уровне первичной медико-санитарной помощи / М. М Ортикова //Дис.к.м.н., Душанбе -2019. -С. 153.
7. Талабов М.С. Предполагающие факторы риска заражения острых кишечных инфекций и нематодозов у детей [Текст] / С.С.Саторов, Г.К. Негматова, М.У. Каюмова// Здравоохранение Таджикистана. - 2013. -№4. -С.70-74.
8. Файзуллина Р.А. Гельминтозы в детском возрасте [Текст] / Е.А. Самороднова, В.М. Доброквашина // Практич. медицина. -2019. -№3. -С. 31-36.
9. Хасанов З.Г. Гигиенические предпосылки распространения паразитарных заболеваний у населения Республики Таджикистан /З.Г. Хасанов, Ф.И. Одинаев, Ш.Ф. Одинаев // Известия Академии наук Республики Таджикистан. - 2020. -№1. -С.80-83.
10. Халафли Х.Н. Влияние кишечных паразитозов на состояние здоровья детей [Текст] / Х.Н. Халафли // Фундаментальные исследования. - 2018. -№1(9). -С. 156-162.
- Шишова А.В. Чанбаҳои тиббӣ ва иҷтимоии пешгирӣ ва муолиҷаи гельминтозҳо дар кӯдакон /А.В.Шишова, Я.М.Решетнев// Ахбори илм. - 2023. -№12 (69), ҷилди 4. -Саҳ. 1277 - 1281.

АЛОМАТҲОИ LICHEN PLANUS ДАР ПАРДАИ ЛУОБИИ КОВОКИИ ДАҲОН ВА УСУЛҲОИ ТАБОБАТИ ОН

Тохтахоҷаева С.Т., Тағоева Ш.О., Уманова Н.Э.

Кафедраи стоматологияи муолиҷавии МДТ «ДДТТ ба номи Абуалӣ ибни Сино», ш. Душанбе, Тоҷикистон

ПРОЯВЛЕНИЯ ПЛОСКОГО ЛИШАЯ НА СЛИЗИСТОЙ ПОЛОСТИ РТА И МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ

Тохтаходжаева С.Т., Тагоева Ш.О., Уманова Н.Э.

Кафедра терапевтической стоматологии ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино», Республика Таджикистан

Резюме. Проведено обследование и лечение 32 пациентов с красным плоским лишаем полости рта. Выявлены хронические соматические заболевания, подтвержденные соответствующими специалистами, установлены местные этиологические факторы, влияющие на полость рта. Типичная форма КПЛ диагностирована у 56,3%, экссудативно-гиперемическая – у 25,0%, эрозивно-язвенная – у 18,7%, сочетание экссудативно-гиперемической формы с двухсторонним ангулярным хейлитом – у 9,4%. В результате проведенного совместного лечения стоматолога со смежными специалистами наступило клиническое выздоровление у 11 (78,6%) пациентов с экссудативно-гиперемической и с эрозивно-язвенной формами КПЛ. У 3 (21,4%) пациентов с эрозивно-язвенной формой КПЛ сохранились гиперемия слизистой оболочки щек и жжение при приеме раздражающей пищи.

Ключевые слова: красный плоский лишай в полости рта, экссудативно-гиперемическая, эрозивно-язвенная форма, этиология, клиника, лечение.

Тохтаходжаева С. Т. - кандидат медицинских наук, доцент кафедры терапевтической стоматологии ГОУ «ТГМУ имени Абуали ибни Син». E-mail: tsaodat61@mail.ru, тел.: 918-48-04-56

MANIFESTATIONS OF LICHEN PLANUS ON THE ORAL MUCOSA AND TREATMENT METHODS

Tokhtakhodzhaeva S.T., Tagoeva Sh.O., Umanova N.E.

Department of Therapeutic Dentistry, SEI «Avicenna TSMU». Tajikistan

Resume. Examination and treatment of 32 patients with oral lichen planus were conducted. Chronic somatic diseases confirmed by relevant specialists were identified, and local etiological factors in the oral cavity were established. The typical form of lichen planus (LP) was diagnosed in 56.3% of patients, exudative-hyperemic form in - 25.0%, erosive-ulcerative form in - 18.7%, and a combination of exudative-hyperemic form with bilateral angular cheilitis in - 9.4%. As a result of the joint treatment by the dentist and related specialists, clinical recovery occurred in 11 (78.6%) patients with exudative-hyperemic and erosive-ulcerative forms of lichen planus. In 3 (21.4%) patients with the erosive-ulcerative form of lichen planus, hyperemia of the buccal mucosa and a burning sensation when consuming irritating foods persisted.

Keywords: lichen planus in the oral cavity, typical form, exudative-hyperemic, erosive-ulcerative form, etiology, clinic, treatment.

Totakhodzhaeva S.T. - Candidate of Medical Sciences, Associate Professor of the Department of Therapeutic Dentistry of the SEI “Avicenna Tajik State Medical University”. E-mail: tsaodat61@mail.ru, tel. 918-48-04-56

Мубрамият. Lichen rubre planus (**шукуфаи сурхи пахн (ШСП)**), яке аз бемориҳои зиёд дучоршаванда ҳам дар фаъолияти амалии

дерматология ва ҳам стоматологӣ ба ҳисоб меравад [4]. Айни замон сатҳи миёнаи беморшавии ШСП 1,5%-и аҳолии ҷаҳонро дар

бар мегирад [2], дар сохтори умумии беморшавиҳои дерматологӣ дар тамоми ҷаҳон - аз 0,2 то 5% ва дар байни беморони гирифтори осебҳои пардаи луобии даҳон ва хошияи сурхи лабҳо аз 17 то 79%-ро ташкил медиҳанд [1]. Маъмулан, ШСП дар шахсони синну соли аз 30 то 60-сола во меҳуранд, бештар дар занҳо мушоҳида мешавад [2,4].

То имрӯз этиологияи ин дерматоз то охир омӯхта нашудааст. Назарияи пайдошудани беморӣ - вирусӣ, нейрогенӣ, ирсӣ, иммунологӣ, токсикӣ-аллергӣ мавҷуд аст. ШСП-ро осебҳои узвҳои роҳи ҳозима, системаи дилу рағҳо, асабӣ, эндокринӣ ва номутоносибии стистемаи иммунӣ ҳамроҳӣ мекунанд. Беморӣ метавонад, ки дар заминаи ангиезиши бошиддати психоэмоционалӣ пайдо шавад [1,3].

Мақсади таҳқиқот. Муайян кардани хусусиятҳои асосии аломатҳои клиникаи шукуфаи сурхи паҳн дар пардаи луобии ковокии даҳон ва омӯختани самаранокии усулҳои табобат.

Мавод ва усулҳои таҳқиқот. Таҳқиқоти 32 бемори синну соли 32-65-сола омӯхта шуд, ки дар байни онҳо мардҳо-14 нафар ва занҳо 18 нафар буданд. Шаклҳои клиникаи шукуфаи сурхи паҳн дар асоси манзараи хоси клиникӣ таҳсис карда шудаанд: варам, сӯзиш, хориш, хуншорӣ аз пардаи луобӣ калон ва дарднок шудани гирехҳои лимфавӣ, дард ҳангоми сухан гуфтан ва истеъмоли ғизо, мавҷуд будани унсuri асосии осеб - папулаҳо. Аз анамнез симптомҳои музминии беморӣ муайян карда шуданд, ки муайян карда шуд, ки аз тарафи мутахассисони дахлдор тасдиқ карда шудаанд, ҳангоми муоина кардани ковокии даҳон омилҳои маҳаллии этиологӣ муқаррар карда шудаанд.

Натиҷаҳои таҳқиқот ва баррасии онҳо. Шакли типии шукуфаи сурхи паҳн дар 18 (56,3%) бемор таҳсис карда шуд, беморон аз ноҳамворӣ ва тарангшавии пардаи луобӣ, хушкӣ дар ковокии даҳон шикоят мекарданд, ки аз онҳо 6 (33,3%) бемор инчунин аз эҳсосоти сӯзиш шикоят доштанд. Аз ҷиҳати клиникӣ барои онҳо мавҷуд будани

папулаҳои сершумори папулаҳои сафедранг дар пардаи луобии тағйирнаёфта, андозаашон хурд хос аст, ки манзараи тӯршакл (шабакавӣ) – тӯри Уикхем ва ё ростхата дар ҳолатҳои ҷудогонаи мавзеи осебдида калон шудааст. Бештар аз ҳама лонаҳои осеб дар мавзеи ретромолярӣ, рухсора дар хати тамоси дандонҳо ҷойгир шудаанд. Ҳангоми палпатсия бедард буданд ва сатҳи ноҳамвор доштанд.

Дар 8 (25,0%) -и беморон шакли экссудативӣ-гиперемии ШСП дида шуд. Беморон аз хориш, сӯзиш, эҳсосоти назарраси дард ҳангоми истеъмоли ғизо, махсусан ғизои сӯзон, тунд ва шӯр, бӯйи бади даҳон шикоят доштанд. Папулаҳо дар пардаи луобии варам, серхуншудаи рухсора, дар ҷойҳои хобидани молярҳо ва премолярҳо бо фарогирифтани чинҳои гузариши ҷоғи поёнӣ аз ҳарду тараф ҷойгир мешаванд. Лонаҳои патологӣ манзараи тӯршакл доштанд.

Шакли эрозивӣ-реши дар 6 (18,7%) бемор муайян карда шуд, дар пардаи луобии варамии гиперемии возеҳи пардаи луобии рухсора ва лабҳо пайдо шудани эрозия (66,7%) ва решҳо (33,35) шакли полигоналӣ дида шуд, ки бо қабати фибринозӣ пӯшонидани шудаанд, ҳангоми даст расонидан хуншор мешаванд. Дар атрофи ноҳияҳои осебдидаи пардаи луобӣ папулаҳо ё изҳои тури барои ШСП хос муайян карда шуд. Беморихоро дарди саҳти аксуламалҳо ҳамроҳӣ мекунанд, гирехҳои лимфавии зерӣ ҷоғҳо калон ва дардноканд.

Якҷоя шудани шаклҳои экссудативӣ-гиперемии ШСП бо ҳейлити дутарафаи ангилярӣ дар 3 (9,4%) -и беморон дида шуд, ки аз хушкӣ даҳон, протези пурраи гирифташаванда дар ҳарду ҷоғҳо ба иваз кардан ниёз доранд.

Бемориро стресси музмин вазарбҳои пуркуввати асабӣ, неврозҳо дар 10 (31,3%) бемор ангиезиш додааст, шукуфаи сурхи паҳн дар заминаи беморихо музминироҳи ҳозима, ғадуди зерӣ меъда ва чигар - 11 (34,4%), бемории фишорбаландӣ - 4 (12,5%), диабет қанд - 7 (21,8%) (синдроми Гриншпан) ҷараён дошт.

Барои пайдо шудани ШСП пардаи луобӣ

осеби пардаи луобии канорҳои тези дандонҳои аз кариес ва пломбаҳои бесифат вайроншуда дар 34,4%-и ҳолатҳо, протезҳои пулмонанди бесифат тайёркардашуда аз филизҳои гуногун - 21,9%, нуқсонҳои охирин дар қатори дандонҳо - 15,6% ва аломатҳои галванизм - 28,1% мусоидат мекунанд. Беҳдошти ғайриқаноатбахши даҳон 15 (46,9%) бемор ва бад дар 17 (53,1%) бемор ба қайд гирифта шуд.

Таботати ШСП-и ковокии даҳон якҷоя бо стоматолог-терапевт, ортопед, ҷарроҳ сурат гирифт. Барои табobati бемориҳои соматикӣ маъмулан мутахассисони назди-соҳаро ҷалб карданд.

Дар ҳамаи беморон санатсияи ковокии даҳон гузаронида шуд: беҳдошти касбии ковокии даҳон, тавсияҳо барои интиҳоб кардани воситаҳои беҳдошт, пломбагузори ковокиҳои кариозӣ, ислоҳ бкардани пломбаҳо ва протезҳои дандонҳо, кандани дандонҳои вайроншуда, протезгузорӣ тибқи нишондод.

Дар беморони дорои шаклҳои типӣ табobati мавзеи зиддиинтиҳобӣ гузаронида нашуд, ба дарун препаратҳои дорои таъсири ҳассосиятзидодӣ ва ислоҳи иммунӣ, витаминҳои гурӯҳи В ва поливитаминҳо таъйин карда шуд.

Дар шаклҳои экссудативӣ-гиперемӣ ва эрозивӣ-решии ҳангоми дардҳо аппликасияи мавзеи осебдида бо гели камистад ё пафесан спрей, чайқонидан бо маҳлули антисептикий хлоргексидини биглюконати 0,05% ва маҳлули 0,01% -и мирамистин, барои тоза кардани болои реш ируксол-марҳам иҷро карда шуд. Бо мақсади стимулацияи равандҳои шифоёбӣ аппликасияи мавзеи осебдида бо маҳлули равшани витамини А, марҳами 10%-и метилуратсил истифода карда шуд. Доруи зиддиинтиҳобии марҳами 0,5% -и преднизолон ба кор бурда шуд. Бо мақсади нест кардани қабати некрозшуда дар болои реш аппликасияи мавзеи осебдида бо ферментҳои протеолитикӣ – трипсин ва хемотрипсин гузаронида шуд.

Ба дарун супрастин 0,025 мг 1 курс 2 маротиба дар як рӯз, тавегил 1 мг 1 курс 1 ма-

ротиба дар як рӯз ва ликолипид 2 мг 1 курс 1 маротиба дар як рӯз, ба зер забон таъйин карда мешавад. Сиклоферон 150 мг 1 курс 3 маротиба дар як рӯз мувофиқи схема (1, 2, 4, 6, 8, 11, 14, 17, 20, 23 ва ш/р), милгамма композитум 100 мг 1 курс 1 маротиба дар як рӯз, аскорутин 0,5 мг 1 курс 3 маротиба дар як рӯз, поливитаминҳои дуовит, кислотаи никотинӣ 0,05 г 2 маротиба дар як рӯз таъйин мекунанд. Дипроспан 1мл инъексия дар зери унсури осеб 1 маротиба дар як ҳафта бедардсозӣ бо маҳлули 2%-и лидокаин.

Дар натиҷаи табobati гузаронидашуда шифоёбии клиникӣ дар 11 (78,6%) бемори дорои шаклҳои экссудативӣ-гиперемӣ ва бо эрозивӣ-решии ШСП ба амал омад. Дард, бўии бади даҳон, гиперемия, варами пардаи луобии рухсораҳо нест шуд, регенератсияи эрозия ва решҳо ба амал омад, аммо манзараи тӯри Уикхем боқӣ монд. Дар 3 (21,4%) бемори дорои шакли эрозивӣ-решии ШСП гиперемияи пардаи луобии рухсораҳо, сӯзиш ҳангоми истеъмоли кардани ғизоҳои таҳрикунонда боқӣ мондааст. Беморон дар кафедраи стоматологияи муолиҷавӣ муоина карда шуданд.

Хулосаҳо. Осеби пародаи луобии ковокии даҳон ҳангоми ШСП мушкilotи ташхисӣ мебошад, ки ин дар навбати худ зарурати муносибати комплексии табobati ин бемориро тақозо мекунад. Машварати якҷояи стоматолог бо дигар мутахассисони ба ҳам наздик барои сари вақт гузоштани ташхиси дурусти клиникӣ мусоидат менамояд ва имконияти медиҳад, ки таъйини табobati муносиб таҳия карда шавад, ки ин хатари пешравии бемориро, пайдошавии малигнизатсияро кам мекунад. ҳамчунин барои босуботии психоэмотсионалии беморон мусоидат менамояд.

Адабиёт

1. Жильцова Е.Е., Политов С.А., Ермошина Н.П., и др. Современные аспекты этиопатогенеза красного плоского лишая слизистой оболочки, выстилающей полость рта //Формирование здоровья населения: медико-социальные и клинические аспекты: сборник на-

учных трудов / под ред. О.Е. Коновалова, С.В. Жукова. Тверь, 2020. С.76–81

2. Кривенцев А.Е., Попков В.С. Красный плоский лишай слизистой полости рта в практике врача-стоматолога-хирурга. Вестник Волгоградского государственного медицинского университета. Выпуск 1 (77). 2021. С.40-43

3. Ханова С.А., Сирак С.В., Чеботарев В.В., Сирак А.Г. Красный плоский лишай

слизистой оболочки полости рта, современные методы местного лечения //Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований. – 2014. № 2. С.197-202

4. Чуйкин С.В., Акмалова Г.М. Красный плоский лишай слизистой оболочки рта: клинические формы и лечение //Казанский медицинский журнал. 2014. Т. 95, № 5. С.680–687

ТДУ:581.192: 615.322

МОДДАҲОИ ФАЪОЛИ БИОЛОГИИ МЕВАИ ДОЛОНА (CRATAEGUS PINNATIFIDA)

Худоев¹ С.С., Ашуров² А.И., Исмоилов² И.Б.³, Мухидинов³ З.Қ.

1.Кафедраи биохимия ва биологияи тиббии Донишгоҳи давлатии тиббии Хатлон, 2. Институту кимиёи ба номи В.И. Никитини Академияи миллии илмҳои Тоҷикистон 3. Донишгоҳи техникии Тоҷикистон ба номи академик М.С.Осимӣ

Мақсади тадқиқоти мазкур истихроч, омпиши таркиби моддаҳои фаъоли биологии (МФБ) меваи дулонаи дар Тоҷикистон рӯянда. Таркиби меваи дулона аз 1.08% моддаҳои рағғану чарб, 27.97% модаҳои бо спирт ҷудошаванда, аз он ҷумла пайвастаҳои полифенолӣ, 4.2 % сафедаҳо ва то 45% карбогидрадҳо мавҷуд мебошад. Миқдори полисахаридҳо, вобаста ба давомнокии истихроч таҳти фишор ва харорати баланд зиёд буда, ҳосили максималии полисахаридҳо ба 10.01% расида аст (аз он 2.24% полисахариди дар об ва 7.77% дар кислота ҳалшаванда). Аз натиҷаи таҳлили спектрҳои ИС-Фуре маълум мешавад, ки фраксияи дуҷуми полисахарид ба пектинҳо тааллуқ дорад. Маълумоти бадасто-вардашуда нишон медиҳанд, ки дар таркиби меваи дулона моддаҳои аз ҷиҳати биологӣ фаъол зиёд буда, ин мева метавонад ҳамчун ашёи хом барои истеҳсоли иловаҳои аз ҷиҳати биологӣ фаъол ва пребиотикҳо истифода карда шавад.

Калимаҳои калидӣ: дулона, моддаҳои фаъоли биологӣ, моддаҳои полифенолӣ, полисахаридҳо, моддаҳои рағғану чарб, пребиотик.

Худоев Саидхуча Саймуддинович - ассистенти кафедраи биохимия ва биологияи тиббии Донишгоҳи давлатии тиббии Хатлон; тел: 918210934, Ҷумҳурии Тоҷикистон, н.Дангара, к.Исмаи Шариф 3; E-mail: khudoiev04saidkhujaja@gmail.com

БИОЛОГИЧЕСКИ АКТИВНЫЕ ВЕЩЕСТВА ПЛОДОВ CRATAEGUS PINNATIFIDA

С.С. Худоев¹, А.И. Ашуров², И.Б.Исмоилов^{2,3}, З.Қ. Мухидинов²

1.Кафедра биохимии и медицинской биологии Хатлонского государственного медицинского университета; 2. Институт химии им. В.И. Никитина Национальной академии наук Таджикистана; 3.Таджикский технический университет имени академика М.С. Осими

Целью данного исследования являлось выделение, изучение состава биологически активных соединений (БАС) плодов боярышника, произрастающего в Таджикистане. Результаты данной работы показали, что содержание жирно-восковых веществ в составе плодов боярышника составляло 1.08%, спирторастворимых веществ, включая полифеноль-

ные соединения, - 27.97%, содержание углеводов увеличивалось в зависимости от продолжительности экстракции при высоком давлении и температуры. Максимальный выход полисахаридов достигал 10.01% (из них 2.24% водорастворимый и 7.77% кислотрастворимый полисахарид). Из результатов анализа ИК-Фурье спектров становится ясно, что вторая фракция относится к пектинам. Полученные данные свидетельствуют о высоком содержании основных БАС в составе плодов боярышника, что делает его потенциальным сырьем для производства биологически активных добавок и пребиотиков.

Ключевые слова: боярышник, биологически активные вещества, полифенольные вещества, полисахариды, пребиотики.

Худоев Саидхужа Саймуддинович - ассистент кафедры биохимии и медицинской биологии Хатлонского государственного медицинского университета. Адрес: Республика Таджикистан, город Дангара, улица Исмата Шарифа-3. E-mail: hudoiev04saidkhuja@gmail.com, тел. 918210934.

BIOLOGICALLY ACTIVE COMPOUNDS OF HAWTHORN FRUITS (CRATAEGUS PINNATIFIDA)

S.S. Khudoiev¹, A.I. Ashurov², I.B. Ismoilov^{2,3}, Z.K. Muhidinov³

1. Department of Biochemistry and Medical Biology, Khatlon State Medical University, 2. Institute of Chemistry named after V.I. Nikitin, National Academy of Sciences of Tajikistan. 3. Tajik Technical University named after M.S. Osimi

This study aimed to isolate and analyze the biologically active compounds (BACs) present in hawthorn (*Crataegus pinnatifida*) fruits grown in Tajikistan. The BAC profile comprised 1.08 % fats and waxes, 27.97 % alcohol soluble substances (including polyphenols), and more than 45 % carbohydrates. The polysaccharide yield increased with extraction time under elevated pressure and temperature, reaching a maximum of 10.01 %, of which 2.24 % was water soluble and 7.77 % acid soluble. Fourier transform infrared (FT-IR) spectroscopy confirmed that the acid-soluble fraction belonged to pectins. The high levels of polyphenols and pectin-rich polysaccharides indicate that hawthorn fruits are a promising raw material for producing functional food ingredients, biologically active additives, and prebiotics.

Keywords: hawthorn, biologically active substances, polyphenolic substances, polysaccharides, prebiotic.

Khudoiev Sadkhuja Saimuddinovich - Assistant Professor, Department of Biochemistry and Medical Biology, Khatlon State Medical University. Republic of Tajikistan, Dangara, Ismat Sharif 3; E-mail: khudoiev04saidkhuja@gmail.com, tel. 918210934

Муҳиммият. Дулона (*Crataegus pinnatifida*) ба оилаи настараниҳо (*Rosaceae*) мансуб буда дар Осиёи Марказӣ, Амрикои Шимолӣ, Осиёи Шарқӣ ва Аврупо паҳн шудааст [1, 2]. Буттамеваҳои дулона одатан бо зиёда аз 250 намуди гуногун паҳн шудаанд. Навъҳои маъмулан дар Осиёи Марказӣ рӯяндаи дулона *Crataegus cuneate* ва *Crataegus pinnatifida* мебошанд, ки дар тибби мардумӣ барои табobati қабзият (колит),

касалиҳои ҳозима, зардачпшӣ ва баландфишорӣ истифода мешаванд [3]. Дар Тоҷикистон меваи дулонро дар намуди тару тоза истеъмол менамоянд. Дар баъзе ҳолатҳо барои тайёр кардани афшура ва мураббо истифода мебаранд. Аммо аз он ягон маҳсулоти саноатӣ истехсол карда намешавад.

Аз сарчашмаҳои мусоир [1-4] маълум мешавад, ки меваи дулона дорои пайвастаҳои полифенолӣ, флавоноидҳо, проантотсиа-

нидинҳо, пектинҳо ва бисёр дигар моддаҳои аз ҷиҳати биологӣ фаъол буда, хусусияти антиоксидантӣ, зиддиилтиҳобӣ, зиддибактериявӣ, антидиабетӣ, муҳофизати рӯдаҳо, муҳофизати дилу рағҳо, гепатопротекторӣ, зиддисаратонӣ ва нейропротекторӣ зоҳир менамояд.

Дар таркиби меваи дулона полисахариди пектинӣ зиёд аст ва он ҳамчун як иловаи табиӣ ғизоӣ, дар саноати хӯрокворӣ (масалан, мураббопазӣ, қанодӣ, афшураи мева ва коркарди йогурт) ба таври васеъ истифода мешавад, зеро хосиятҳои аълои гелҳосилкунӣ, ғафскунӣ ва устоворкунии эмулсияро дорад [5]. Пектин ғайр аз ғизоӣ функционалӣ буда, инчунин дорои хосиятҳои гуногуни биологӣ, аз қабili антиоксидантӣ [6], антиглицатсия - паст намудани пиршавии узвҳо [7], зидди илтиҳобӣ [8], гипополидемей [9], фаъолиятҳои пребиотикӣ ва хориҷ кардани металлҳои вазнинро [10, 11] низ зоҳир менамояд. Тадқиқотҳои солҳои охир [12-14] нишон доданд, ки пектин хосияти зидди микробиро низ дошта ва ба афзоиши микрофлораи рӯда мусоидат менамояд [14, 15]. Озмоишҳои наздик гузаронидашуда гузориш доданд, ки чунин хосиятҳои функционалии пектин бо таркиби моносахаридҳо, вазни молекулавӣ, конформатсияи онҳо ва мавҷудияти полифенолҳо дар таркиби он зич алоқаманданд [5, 11, 12, 15]. Маълум гардид, ки олигосахариди пектин (ОСП) нисбат ба пектин фаъолияти бехтари пребиотикиро дорост [10, 16, 17].

Мақсади тадқиқот. Мақсади тадқиқоти мазкур аз истихроҷ ватадқиқи таркиби моддаҳои фаъоли биологии (МФБ) меваи дулонаи дар Тоҷикистон рӯянда мебошад.

Мавод ва усулҳои тадқиқот. Меваи дулона аз бозори маҳаллӣ дар шакли нимхушк бо намнокии 22.80% дастрас гардид. Барои муайян намудани намнокии меваи дулона, 50 дона меваи он бо тарозуи аналитикӣ баркашида дар зарфиппида ҷойгир карда, дар тафдони хушккунӣ таҳти ҳарорати 110°C дар мудати 2 соат нигоҳ дошта ва сипас то вазни доимӣ дар ҳамин ҳарорат хушк карда шуд. Меваҳои қаблан хушкшуда дар дастгоҳи Сокслет (Soxhlet) бо ҳалкунандаи этилатсетат, тавре ки дар таҳқиқоти қаблӣ тав-

сиф шуда буданд, аз равшану ҷарб тоза карда шуданд [18]. Моддаҳои равшану ҷарби (МРЧ) истихроҷшуда дар тафдони хушккунӣ дар ҳарорати 40°C хушк карда шуданд. Истихроҷи МФБ тибқи тарзи кории дар озмоишгоҳи “Пайвастаҳои фаромолекулӣ” пешниҳодшуда [18] гузаронида шуд.

Истихроҷи пайвастагиҳои полифенолӣ. Боқимондаи меваҳо пас аз ҷудо кардани МРЧ барои истихроҷи пайвастагиҳои полифенолӣ (ППФ) истифода шуданд. Истихроҷи ППФ бо роҳи матсретсия (дамкунӣ) дар ҳарорати хона бо истифода аз маҳлули 70-фоизаи спирти этилӣ гузаронида шуд. Экстракти ҳосилшуда бо филтри қоғазӣ соф карда шуда, дар бухоркунаки вакуумиғализгардонида шуда, сипас дар ҳарорати 40°C хушк карда шуд.

Истихроҷи полисахаридҳо. Гидролиз-истихроҷи полисахаридҳо аз боқимондаи меваи дулона тибқи усули пештар ихтироъшуда [19] ба таври зерин гузаронида шуд: ашёнҳои дар об варамкарда бафлеш камера (автоклав) гузошта шуда ва ба он оби бенамак ва маҳлули кислота (рН 2,0) илова карда шуд, давомнокӣ 5-15 дақиқа, ҳарорат 120°C, та-носуби ашён ва маҳлул 1:5 - 1:10. Пас аз хунук намудани истихроҷ он тавассути матои махсуссоф карда шуда, зарраҳои микрогелиашбо сентрифуга таҳшин карда шуд. Сипас полисахариди дар он буда бо илова намудани миқдори дукаратаи спирти этилӣ таҳшин карда шуд.

Тавсифи полисахаридҳо бо ёрии спектроскопияи ИС-Фуре. Пеш аз таҳлиси ҳама намунаҳои полисахарид дар ҳарорати 110°C, дар мудати 30 дақиқа хушк карда шуд. Намунаҳои полисахаридҳои бадастомада тавассути дастгоҳи Spectrum 65 FT-IR (Perkin Elmer, Швейтсария), дар ҳудуди дарозии мавҷҳои аз 4000 то 500 см⁻¹ таҳлил карда шуданд. Спектрометр бо дастгоҳи махсуси инъикоси нопурраи нур (ATR, MIRACLE) бо кристали ZnSe муҷаҳҳаз шудааст. Спектрҳои ИС-Фуре бо ёрии барномаи компютери KnownItAll ва IRPal 2.0 таҳлил карда шуданд [20].

Натиҷаҳои тадқиқот ва муҳокимаи онҳо. Натиҷаҳои тадқиқот ва баромади МФБ дар ҷадвали 1 оварда шудааст.

Чадвали 1. Марҳилаи истихроҷи МФБ аз меваи дулона ва миқдори ғоизи онҳо

Марҳилаи истихроҷ	Номгӯи МФБ	Баромади, МРЧ ва ППФ, %	Баромади полисахаридҳо, %	
			5 мин.	10 мин.
1	Моддаҳои равшану ҷарб	1.08		
2	Пайвастаҳои полифенолӣ ва карбогидратҳо (қандҳо)	27.97		
3	Полисахаридҳои дар об ҳалшаванда		0.43	2.26
4	Полисахаридҳои дар кислота ҳалшаванда		2.24	7.77
5	Олигосахаридҳо		3.42	6.29
6	Боқимондаҳои девораи ҳуҷайра (селлюлоза ва гемиселлюлоза)		64.86	55.65

Истихроҷи МЧР аз 76.10г ҳокаи меваи кпфташуда (пас аз хушконида, бо намоиш 12.02%) дар дастгоҳи Сокслет бо 300 мл этилатсетат дар 10 давра гузаронида шуд. Миқдори умумии МРЧ бо ин усул ҳосилшуда дар чадвал оварда шудааст, ки 1.08 %-ро ташкил дод. Баъдан, ППФ аз намунаи беравшаншудаи меваи дулона бо истифода аз маҳлули обии спирти этил (70% бо ҳаҷм) истихроҷ карда шуд ва баромади он 27.97%-ро ташкил дод.

Пеш аз гузаронидани гидролиз-истихроҷи МФБ, меваҳо дар об барои пурра варамкунӣ дар муддати 4 соат нигоҳ дошта шуданд. Дараҷаи варамкунии меваи дулона (S) бо формулаи зерин муайян карда шуд:

$$S = ((m_1 - m_0) / m_0) \cdot 100\%,$$

ки дар ин ҷо m_0 - массаи меваҳо то варамкунӣ ва m_1 баъди варамкунӣ мебошад. Ҳамин тавр қимати дараҷаи варамкунӣ ба 64.9% баробар буд. Пас аз варам кардан меваҳо, барои истихроҷи полисахаридҳо азусули флеш-гидролиз истифода карда шуд.

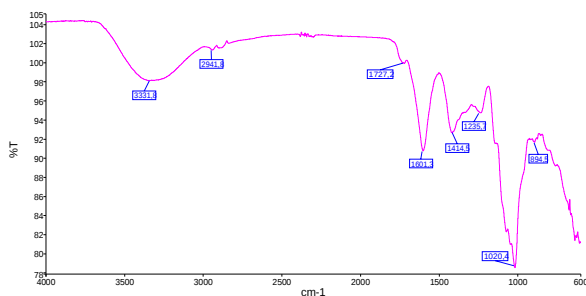
Барои ҷудо кардани полисахаридҳои дар об ҳалшаванда (ПОХ) ба 300 грамм меваи дулона пас аз истихроҷи пайдарпайи МРЧ ва ППФ 1500 мл об илова карда, дар ҳарорати 120°C, 5 дақиқа флеш-гидролиз гузаронида шуд. Пас аз истихроҷ ҳаҷми маҳлул то 2100 мл аз ҳисоби буғи оби дар дастгоҳ буда зиёд шуд. Маҳлули истихроҷ ($pH = 3.97$) то S ҳаҷми аввала ғали гардонида шуда, намунаи ПОХ бо ҳаҷми дукаратаи спирти этилӣ такшонкун намуда, сипас ҷудо карда шуд. Баромади ПОХ 2.24%-ро ташкил дод.

Пас аз истихроҷи ПОХ, ба боқимондаи ашёи хом 1500 мл кислотаи 7%-и лиму ($pH = 1.94$) илова карда, барои истихроҷи полисахаридҳои дар кислота ҳалшаванда (ПКХ) флеш - гидролиз дар давоми 5 дақиқа ва ҳарорати 120°C гузаронида шуд. Ҳаҷми ниҳой пас аз гидролиз 2170 мл ($pH = 2.1$)-ро ташкил дод. Экстракт то $pH = 3.5$ бо маҳлули аммиак муътадил гардонида, то S ҳаҷми аввала ғализ карда шуд. Баромади ПКХ 7.78%-ро ташкил дод.

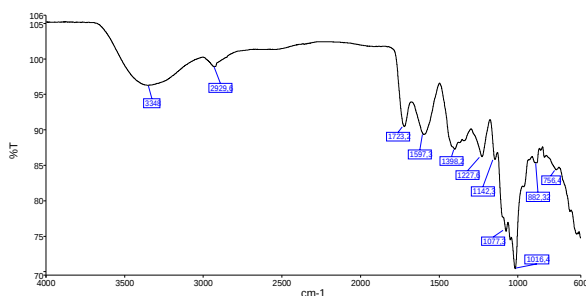
Ҳамин тавр аз рӯи ҳисоби баромади моддаҳои хушк, миқдори моддаҳои хориҷшуда 39.07%-ро ташкил доданд. Қандҳои миёна-молекула (олигосахаридҳо) ва қисман пайвастаҳои полифенолӣ аз экстрактҳои спиртӣ низ ҷудо карда шуданд, ки баромади онҳо ба 6.29% баробар буд. Қисми ниҳойи маҳсулот аз меваи дулона ин моддаҳои гидролиз нашудаи селлюлоза, гемиселлюлоза ва лигнин мебошанд, ки баромади ниҳойи онҳо 55.65% - и меваи дулоноро ташкил дод.

Чунон ки аз маълумотҳои чадвал дида мешавад, моддаҳои асосии ғизоии биологӣ меваи дулоноро қандҳо, олиго- ва полисахаридҳои дар об ва дар кислота ҳалшаванда ифода мекунанд. Вобаста ба давомнокии гидролизи экстраксия ҳосилнокии ПОХ ва ПКХ ба таври назаррас фарқ мекунанд: бо зиёд шудани вақти гидролиз дар автоклав баромади ПОХ бештар аз 68% ва баромади ПКХ бошад 55% меафзояд. Мувофиқи он, баромади ОС низҳангоми зиёд намудани вақти гидролиз ду маротиба меафзоянд.

Спектроҳои ИС-Фуреи моддаҳои бадас-товарда дар расмҳои 1 ва 2 оварда шудаанд.



Расми 1. – Спектри ИС-Фуреи ПОХ.



Расми 2. – Спектри ИС-Фуреи ПКХ.

Хангоми муқоиса намудани спектрҳо (расми 1 ва 2) фарқияти сохтори полисахаридҳо мушоҳида шудаанд. Мавҷудияти бандҳои ν_{OH} ва интенсификацияи банди $\nu_{\text{C-H}}$ дар таркиби меваи дулона шаҳодат медиҳад. Пайдоиши ин лапишдар минтақаи ададҳои мавҷии 3331.8 cm^{-1} барои намунаи ПОХ ва 3348.0 cm^{-1} барои намунаи ПКХ мушоҳида шаванда аз тағирёбии дарозии бандҳои (лапишҳои) гуруҳи О-Н – иқандҳо ва ППФ дар таркиби меваи дулона шаҳодат медиҳад. Пайдоиши ин лапишдар минтақаи ададҳои мавҷии 2929.6 cm^{-1} дар ададҳои мавҷии 2941.8 cm^{-1} ва 2880.00 cm^{-1} дар минтақаи басомадҳои лапишҳои асимметрии ва симметрии бандҳои -СН-и гуруҳҳои эфирӣ (метил ё атсетил) тааллуқ доранд. Дар спектрҳои ИС-Фуреи ПКХ (расми 2) танҳо як банди абсорбсионӣ бо басомади $\nu_{\text{as}} = 2929,6 \text{ cm}^{-1}$ пайдо мешавад, ки он лапишҳои асимметрии валентии СН- гуруҳи метиледро (CH_3) инъикос мекунад.

Куллаҳои хурд дар минтақаи 1727 ва 1235 cm^{-1} , дар спектри ПОХ аз сабаби лапишҳои валентии гуруҳҳои карбоксилҳои эфирӣ ($-\text{COOCH}_3$) буданд, дар ҳоле ки куллаи адади мавҷиаш 1601 cm^{-1} аз ҳисоби ларзишҳо ива-

лентии асимметрии гуруҳҳои карбоксил-озод ($-\text{COO}^-$) ба вуҷуд омадааст. Ин куллаҳои хос барои гуруҳҳои эфирӣ дар спектри ПКХ дар минтақаи абсорбсионии 1732 cm^{-1} ва 1227 cm^{-1} ва барои гуруҳҳои карбоксил-озод дар 1597 cm^{-1} пайдо мешаванд. Ҳарду спектри намунаҳои полисахаридҳо дорои бандҳои иловагӣ дар ададҳои мавҷии 1414.5, 1235.7, 1020 ва 894.5 cm^{-1} барои ПОХ, 1398.2, 1276, 1016, 925 ва 862 cm^{-1} барои ПКХ мебошанд, ки ба лапишҳои деформатсионии гуруҳҳои канории С-Н ва С-ОН ва пайванди гликозидӣ С-О-С -и полисахаридҳо мувофиқанд [21].

Банд дар минтақаи адади мавҷиаш 894.5 cm^{-1} дар спектри ПОХ мавҷудияти в-конфигуратсияи боқимондаи моносахаридҳоро дар ин полисахарид нишон медиҳад. Мутаносибан дар спектрҳои ПКХ пайдоиши чунин банд дар ададҳои мавҷии 862.3 cm^{-1} ва 920 cm^{-1} мавҷудияти б-конфигуратсияро тасдиқ менамояд. Бояд қайд намуд, ки набудани абсорбсия дар ададҳои мавҷии 1650, 1550 ва 1400 cm^{-1} , ки хоси сафедаҳо мебошанд, аз кам ё набудани сафедаҳо дар фраксияҳои полисахаридҳои меваҳои дулона шаҳодат медиҳанд [21].

Ҳамин тариқ, аз таҳлили спектрҳои ИС-Фуре, лапишҳои абсорбсионӣ дар минтақаҳои ададҳои мавҷии 3348 cm^{-1} (ОН), 1732 cm^{-1} (СО), 1600 cm^{-1} (СО), 1142 cm^{-1} (СО - гликозидӣ), 1077 cm^{-1} (СО) ва 1016 cm^{-1} (СО-гликозидӣ), ки ба сохтори пектинҳо хос мебошанд [21-23], бо спектри полисахариди дар кислота ҳалшаванда -ПКХ мувофиқат мекунад ва мавҷудияти полисахариди пектиноиро тасдиқ мекунад.

Хулоса. Маълумотҳои бадастоварда дар таркиби меваи дулона зиёд будани моддаҳои асосии аз ҷиҳати биологӣ фаъолро нишон медиҳанд. Натиҷаҳои тадқиқот нишон доданд, ки меваи дулона дорои 3.7% МЧР, 28.0% қандҳо ва ПФК буда, вобата ба давомнокии истихроҷ дар фишор ва ҳарорати баланд миқдори олиго-ва полисахаридҳо зиёд ба даст меояд. Натиҷаи тадқиқот нишон медиҳад, ки дар муддати 10 дақиқа ва дар ҳарорати 120! ҳосили максималии полисахарид -баробар ба 10.01% ба

даст меояд, ки аз он 2.24% дар об ва 7.77% полисахариди дар кислота ҳалшавандаро ташкил медиҳад.

Аз натиҷаи таҳлили спектроскопияи ИС-Фуреи намунаҳои тадқиқшуда маълум мешавад, ки фраксияи дуҷуми полисахарид (ПКХ), ба полисахаридҳои пектинӣ тааллуқ дорад.

Ҳамин тариқ, МФБ-и аз таркиби меваи дулона ба даст овардашуда аз сифати баланди ин мева гувоҳи медиҳад ва аз он метавон маҳсулоти дорои арзиши иловагӣ (иловаии фаъоли биологӣ ва пребиотикҳо) доштарад барои саноати хӯрокворӣ ва фармaceutӣ ба даст овард ва рушди иқтисодиёти кишварро таъмин намуд.

Адабиёт

1. Yarligan S. 'Extraction and characterization of pectin from red hawthorn (*crataegus* spp.) using citric acid and lemon juice //Yarligan Selma, Yəldəram Eуьr. Asian J. Chem. -2014, -Vol.26, -P.6674–6678.
2. Li Tuoping. 'Physicochemical properties and partial structural features of haw pectin / Li, Tuoping, Li, Suhong, Wang, Na, Liu, Jinfu. Eur // Food Res. Technol -2008, -Vol.227, -P.1035–1041.
3. Chiu H. Nutraceuticals and functional foods in the prevention of hypertension induced by excessive intake of dietary salt. / Chiu, H., Venkatakrishnan, K., & Wang, C. Dietary Sugar // Salt and Fat in Human Health. 2019, -P.423-450. <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-816918-6.00020-2>
4. Ma J. X. The hawthorn (*Crataegus pinnatifida* Bge.) fruit as a new dietary source of bioactive ingredients with multiple beneficial functions / Ma, J. X., Yang, W., Ng, C. Y. J., Tang, X. D., Wong, S., Gan, R. Y., & Zhong, L. // Food Frontiers. -2024, -Vol. 5, -P.1534–1558. <https://doi.org/10.1002/fft.2.413>.
5. Sun D. Physicochemical properties and antioxidant activity of pectin from hawthorn wine pomace: a comparison of different extraction methods / Sun D. et.al // Int. J. Biol. Macromol. 2020, -P.158, 1239–1247.
6. Hammi M. Optimization extraction of polysaccharide from Tunisian *Zizyphus lotus* fruit by response surface methodology: composition and antioxidant activity / Hammi, M., Kadmini, Khaoula, Hammami, Majdi, Rihouey, Christophe, Le Cerf, Didier, Ksouri, Riadh, Majdoub, Hatem // Food Chem. -2016.-Vol. 212, -P. 476–484.
7. Chaouch M. A. Depolymerization of polysaccharides from *Opuntia ficus indica*: antioxidant and antiglycated activities / Chaouch, Mohamed Aymen, Hafsa, Jawhar, Rihouey, Christophe, Le Cerf, Didier, Majdoub, Hatem // Int. J. Biol. Macromol. -2015. -Vol. 79, -P. 779–786.
8. Bergman M. Effect of citrus pectin on malignant cell proliferation / Bergman, M., Djaldetti, M., Salman, H., Bessler, H. // Biomed. Pharmacother. -2010, -Vol. 64, -P. 44–47.
9. Zhu R. Comparative effects of hawthorn (*Crataegus pinnatifida* Bunge) pectin and pectin hydrolyzates on the cholesterol homeostasis of hamsters fed high-cholesterol diets / Zhu, Rugang, Sun, Yandi, Li, Tuoping, Chen, Gang, Xue, Peng, Duan, Wenbin, Zheng, Zhengzheng, Shi, Shulei, Xu, Jingguo, Liu, Yanhua, Jin, Xiaoyi // Chem. Biol. Interact. -2015, -Vol.238, -P. 42–47.
10. Gomez B. Prebiotic potential of pectins and pectic oligosaccharides derived from lemon peel wastes and sugar beet pulp: a comparative evaluation // Gomez, Belen, Gullon, Beatriz, Yanez, Remedios, Henk Schols, Jose, L., Alonso // Journal of Functional Foods. -2016, -Vol.20, -P.108–121.
11. Мухидинов З.К., Бобокалонов Д.Т., Усманова С.Р. Пектин основа для создания функциональной пищи. Душанбе, 2019, 192 с.
12. Muhidinov Z.K. A new approach to the treatment of acute infection diseases with antibiotic-pectin formulae / Muhidinov ZK, Bobokalonov JT, Kimatov RS, Rahmonov ER, Komilova GI, Sherova ZU, Liu L. // J. Infect Dev Ctries. -2024, -Vol.18 (3), -P.407–419. <https://doi.org/10.3855/jidc.18473>
13. Zaitseva O. Pectins as a universal medicine / Zaitseva O, Khudyakov A, Sergushkina M, Solomina O, Polezhaeva T. // Fitoterapia -2020.-Vol.146: 104676. doi: 10.1016/j.fitote.2020.104676.

14. Tang Q. Pectin alleviates the pulmonary inflammatory response induced by PM2.5 from a pig house by modulating intestinal microbiota /Tang Q, Shen D, Dai P, Liu J, Zhang M, Deng K, Li C. //Ecotoxicology and Environmental Safety. -2023, -Vol.261: 115099. doi: 10.1016/j.ecoenv.2023.115099.
15. Firman J. Modulation of the gut microbiota structure and function by two structurally different lemon pectins /Firman, J., Mahalak, K., Bobokalonov, J., Liu, L., Lee, J.-J., Bittinger, K., Mattei, L. M., Gadaingan, R., Narrowe, A. B., & Lemons, J. M. S. // Foods, -2022, -Vol.11(23), 3877. <https://doi.org/10.3390/foods11233877>.
16. Foti P. Prebiotic effects of citrus pectic oligosaccharides /Foti, P., Ballistreri, G., Timpanaro, N., Rapisarda, P., & Romeo, F. V. // Natural Product Research, -2022, -Vol.36, -P.3173–3176. <https://doi.org/10.1080/14786419.2021.1948845>.
17. Alencar J.C. Pectin and pectic oligosaccharides (POS): Recent advances for extraction, production, and its prebiotic potential /Alencar, J. C. G. D., Pinto, G. T. D. S., Cerqueira e Silva, K. F., Santos, J. M. S., Hubinger, M. D., Bicas, J. L., Marystica Junior, M. R., Petkowicz, C. L. D. O., & Paulino, B. N. // Trends in Food Science & Technology. -2024, -Vol.155, 104808. <https://doi.org/10.1016/j.tifs.2024.104808>.
18. Jonmurodov A. Value Added Products from Plant Processing /Jonmurodov, A., Bobokalonov, J., Usmanova, S., Muhidionv Z.K., and Liu, L.S. // Agricultural Sciences, -2017, -Vol.8, -P.857-867. <https://doi.org/10.4236/as.2017.88063>.
19. Нахустпатент ТҶ 563. Флеш способ экстракции пектина из растительного сырья. Оpub. 29.12. 2012 бюл. № 86 НПЦ РТ. Мухидинов З.К., Тешаев Х.И., Джонмуродов А.С., Лиу Л.Ш.
20. Ашуров А.И. Характеристика полисахаридов эремуруса гиссарского (Eremurushissaricus) ИК-Фурье спектроскопией / Т. Ашуров А.И., Джонмуродов А.С., Усманова С.Р., Холов Ш.Е., Мухидинов З.К. // Известия вузов. Прикладная химия и биотехнология. -2021. N 2. С. 0–0. <https://doi.org/10.21285/2227-2925-2021-11-2-00-00>.
21. Canteri M. ATR-FTIR spectroscopy to determine cell wall composition: Application on a large diversity of fruits and vegetables / Canteri, M. H. G., Renard, C. M. G. C., Le Bourvellec, C., & Bureau, S. // Carbohydrate Polymers. -2019, -Vol.212, -P.186–196.
22. Hong T. Applications of infrared spectroscopy in polysaccharide structural analysis: Progress, challenge and perspective / Hong, T., Yin, J., Nie, S., & Xie, M. // Food Chemistry, -2021, -Vol.12, 100168. <https://doi.org/10.1016/j.fochx.2021.100168>.
23. Manrique G.D. FT-IR spectroscopy as a tool for measuring degree of methyl esterification in pectins isolated from ripening papaya fruit / Manrique, G. D., & Lajolo, F. M. // Postharvest Biology and Technology, -2002, -Vol.25, -P.99–107.

ХУСУСИЯТҲОИ ФУНКСИЯИ ВЕНТИЛЯТСИОНИИ ШУШҲО ВА ТАРКИБИ ГАЗҲО ДАР ХУНИ КҶДАКОН ДОРОИ БРОНХИТИ РЕТСИДИВӢ

Шарипова М.М.

Кафедраи бемориҳои кӯдакони №2, МДТ “ДДТТ ба номи Абуалӣ ибни Сино”

Резюме. Бронхити ретсидивӣ аз сабаби пахншавии назаррас ва афзоиши васеъ то ҳол яке аз мушкилтарин масъалаи тибби муосир боқӣ мемонад, дар ҳоле ки дебути қаблӣ бо тамоюли шадид ва пешгрии бад вучуд дорад [1. 2.]. Органҳои системаи нафаскашӣ бо фаъолияти системаи дилу рағҳо зич алоқаманданд. Таъмини организм бо оксиген раванди мураккабест, ки дар режими муайяни кори системаи дилу нафас сурат мегирад. Дар баробари ин, сарфи назар аз аҳамияти ошкоро ин чихати масъала мавриди таҳқиқи махсуси ҷиддӣ қарор нагирифтааст.

Вазифаи тадқиқот: омпзиши вазифаи гомеостази гази ва ҳолати кислотаю асосӣ дар кпдакони гирифтори бронхити ретсидиви.

Мавод ва усулҳои омпзиш: Зери назорати мо 46 нафар беморони гирифтори бронхити ретсидивӣ дар синни аз 3 то 11-сола буданд. Ба гурӯҳиякум 22 кпдаки аз 3 то 5сола, гурӯҳидуюм 24 кпдаки аз 6 то 11солашомилбуданд. Меъёриистиснокпдаконидороибеморииастмаибронхиалӣмебошанд. Гурӯҳиназоратӣ аз 20 кпдакисинну соли мувофикиборат буд.

Ба ҳамаибеморон аз тадқиқотҳои умуми, муайянкунии фишори газҳодар хунва инчунин омпзиши ҳолати кислотаю- ишқорӣ (ХКИ) гузаронида шуданд.

Хулосаҳо: Паст шудани шиддати оксиген дар ҳавои алвеоларӣ ва мутаносибан дар хун бо кам шудани сершавии гемоглобин бо оксиген шарҳ дода шуд, ки ба пайдоиши гипоксемия мусоидат мекунад. Вайрон кардани функсияи вентилятсионӣ-перфузии шушҳо дар кпдакони ҳарду гурӯҳ ба гипоксемияи шадид ва ацидози нафасӣ оварда расонд. Дар ҳама беморон дар давраи фарорасии нафастангӣ, ин тағиротҳо хусусияти асосӣ доштанд, ацидози нафасӣ ба вучуд омад, зеро норасоии оксиген зиёд шуда, индекси оксиген пасттар шуд.

Вожаҳои калидӣ: кпдакон, бронхити ретсидивӣ, гомеостази газҳо, ҳолати кислотаю-ишқорӣ.

Шарипова Мавлуда Мирзомуддиновна - дотсенти кафедраи бемориҳои кпдакона №2-и МДТ “Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абуалӣ ибни Сино”, E.mail: mavluda.sharipova.1988@mail.ru, тел.: 881-88-08-09.

ОСОБЕННОСТИ ВЕНТИЛЯЦИОННОЙ ФУНКЦИИ ЛЁГКИХ И ГАЗОВОГО СОСТАВА КРОВИ У ДЕТЕЙ С РЕЦИДИВИРУЮЩИМ БРОНХИТОМ

Шарипова М.М.

Кафедра детских болезней №2, ГОУ “ТГМУ имени Абуали ибни Сино”

Резюме. Рецидивирующий бронхит из-за значительного распространения и увеличения частоты встречаемости остаётся одной из актуальных проблем современной медицины (1.2). Дыхательная система находится в тесной связи с сердечно-сосудистой системой. Обеспечение организма кислородом является сложным процессом. Несмотря на актуальность проблемы данный аспект остаётся не до конца изученным.

Цель исследования: изучение газового гемостаза и кислотно-основного состояния крови у детей с рецидивирующим бронхитом.

Материалы и методы исследования. Под нашим наблюдением находились 46 больных с рецидивирующим бронхитом в возрасте от 3 до 11 лет. В первую группу вошли 22 ребёнка от 3 до 5 лет, во вторую - 24 ребёнка от 6 до 11 лет. Критерием исключения было наличие бронхиальной астмы. Контрольную группу составили 20 детей соответствующего возраста.

Всем больным проведено общеклиническое исследование, определение парциального давления газов крови и кислотно-основного состояния.

Выводы. Доказано снижение напряжения кислорода в альвеолярном воздухе, что способствует снижению насыщения гемоглобина кислородом. Нарушение вентиляционной и перфузионной функции лёгких у детей в обеих группах привело к острой гипоксемии и дыхательному ацидозу. У всех больных при рецидиве и ДН 2 степени изменения носили преходящий характер и приводили к развитию дыхательного ацидоза, чему способствовала нехватка кислорода и кислородного индекса.

Ключевые слова: дети, рецидивирующий бронхит, газовый гемостаз, кислотно-основное состояние.

Шарипова Мавлуда Мирзомуддиновна- доцент кафедры детских болезней №2 ГОУ “ТГМУ имени Абуали ибни Сино”. E-mail: mavluda.sharipova.1988@mail.ru

FEATURES OF THE FUNCTION OF EXTERNAL GAS RESPIRATION HOMEOSTASIS AND ACID-BASE COMPOSITION OF BLOOD IN CHILDREN WITH RECURRENT BRONCHITIS

Sharipova M.M.

Department of Children's Diseases No. 2 of SEI «Avicenna TSMU»

Relevance. Recurrent bronchitis still remains one of the most difficult problems of modern medicine due to the significant spread and continued growth everywhere, while an earlier debut with a tendency to severe course and unfavorable prognosis is noted. [1. 2.]. The organs of the respiratory system are closely related to the activity of the cardiovascular system. Providing the body with oxygen is a complex process that takes place in a certain mode of operation of the cardiorespiratory system. At the same time, despite the obvious significance, this aspect of the problem has not been subjected to special scrupulous study.

The purpose of the study: to study the function of external respiration of gas homeostasis and acid-base state in children with recurrent bronchitis

Materials and methods of study: 46 patients with Recurrent bronchitis aged from 3 to 11 years were under our supervision. The first group included 22 children from 3 to 5 years old, the second group included 24 children from 6 to 11 years old. The exclusion criteria are asthmatic status. The control group consisted of 20 children of the appropriate age.

All patients underwent partial pressure of gases and the study of the acid-base state (CBS) of blood was carried out on the radiometer ABL 800 Flex device.

Conclusions: The decrease in oxygen tension in the alveolar air and, accordingly, in the blood was explained by a decrease in hemoglobin oxygen saturation, which contributed to the occurrence of hypoxemia. Violations of ventilation and perfusion lung function in children of both groups led to severe hypoxemia and respiratory acidosis. In all patients in the attack period of recurrent bronchitis, these transformations were of a major nature, respiratory acidosis was formed, as the lack of oxygen increased and the oxygen index worsened.

Keywords: children, recurrent bronchitis, respiratory functions, gas homeostasis, acid-base state.

Sharipova Mavluda Mirzomuddinovna, PhD, associate Professor of the Department of Children's Diseases No. 2, AVICENNA TAJIK STATE MEDICAL UNIVERSITY. E-mail: mavluda.sharipova.1988@mail.ru

Мухимият. Бронхити ретсидивӣ дар кӯдакон яке аз шадидтарин бемориҳои системаи

нафаскашӣ мебошад. Дар солҳои охир он тез-тез ва вазнинтар мешавад. Дар 40% ҳолатҳо ба астмаи бронхиали мегузарад.

Тибқи маълумоти ҳозира, бронхити ретсидивӣ ин бемории такроршавандаи илтиҳобии роҳҳои нафас бо иштироки ҳуҷайраҳо (ҳуҷайраҳои фарбех, эозинофилҳо, Т-лимфоситҳо), миёнаравҳои аллергия ва илтиҳоб мебошад, ки дар одамони гирифтори ҳассосияти шадиди бронхҳо зоҳир мешавад, ки он мувофиқат мекунад ба таърифи

ТУТ ва Институти миллии дил, шуш ва хун (ИМА) [1,6].

Узвҳои системаи нафаскашӣ бо фаъолияти системаи дилу рағҳо зич алоқаманданд. Таъмини организм бо оксиген раванди мураккабест, ки дар режими муайяни қори системаи дилу нафаскашӣ сураат мегирад. Бронхоспазм боиси ихтилоли вазомотории рағҳо, варами девори бронхҳо ва аз ҳад зиёд секретсияи дастгоҳи ба тағйирёбии обструктивии бронхҳо ва бронхиолаҳо оварда мерасонад.

Баландшавии муқовимати аэродинамикӣ ҳангоми нафаскашӣ, эмфиземаи шуш, баланд шудани фишор дар капиллярҳои шуш, прекапиллярҳо, артериолаҳо, артерияҳо боиси зиёд шудани муқовимат ва душвор шудани чараёни хун тавассути артерияи шуш, мутаносибан миокарди тарафи рости меъдача саҳттар кашиш хӯрда, фишори меъдачаи рост баланд мешавад. Бо зиёд шудани басомади пайдоиши ҳамлаҳо ва зиёд шудани давомнокии онҳо (давомнокӣ) дар миокард тағйирот ба амал меояд [5.6.].

Ба андозаи зиёд, вазнинии чараён ва оқибат гузаштан аз бронхити ретсидивӣ ба астмаи бронхиалӣ аз он вобаста аст, ки то чӣ андоза системаи дилу рағҳо дар раванди патологӣ иштирок меkunанд, зеро ҳама равандҳо дар механизми инкишофи беморӣ бо ҳам алоқамандии зич доранд [4, 6]. Дар баробари ин, сарфи назар аз аҳамияти ошкоро ин ҷиҳати масъала мавриди таҳқиқи маҳсуси ҷиддӣ қарор нагирифтааст.

Мақсади тадқиқот: омпиши гомеостази газҳо ва ҳолати кислотаю-асосӣ дар кпдакони гирифтори бронхити ретсидивӣ мебошад.

Маводҳо ва усулҳои тадқиқот. Мо 46 нафар беморони гирифтори бронхити ретсидивӣро дар синни аз 3 то 11-сола назорат кардем, ки табобати статсионарӣ мегирифтанд дар МДММТҚТ шаҳраки “Шифобахш” ва шуъбаи бачагонаи шуш табобат мекарданд. Кпдакон вобаста ба синну солашон ба ду гурӯҳ тақсим шуданд. Ба гурӯҳи аввал 22 кпдаки аз 3 то 5 сола, гурӯҳи дуюм 24 кпдаки аз 6 то 11 сола шомил буданд. Меъёри истисно кпдакони дорои бемории астмаи бронхиали мебошанд. Гурӯҳи назоратӣ аз 20 кпдаки синну соли мувофиқ иборат буд.

Фишори газҳо ва омпиши ҳолати кислотаю ишқорӣ (ҲКИ)-и хун дар дастгоҳи RADOMETERABL 800 Flex гузаронида шуд.

Параметрҳои зерин муайян карда шуданд: рО₂ - фишори парсиалии оксиген, рСО₂ – фишори парсиалии гази карбон, ВЕ - зиёдати кислотаҳо ё норасоии асосҳо ва рН. Нишондиҳандаҳои бадастомадаи (ҲКИ) ҳолати кислотагую ишқорӣ бо стандартҳои пешниҳодкардаи Т.Д. Кузнетсова ва Н. Назарова (1976).

Натиҷаҳо бо истифода аз омили Statistica 6.0 (StatSoftInc., ИМА) коркард карда шуданд. Барои муқоисаи ду гурӯҳи мустақили тадқиқотӣ бо ҳамдигар, санчиши ғайрипараметрии Мана-Уитни, барои вобастагӣ - санчиши Вилсоксон истифода шудааст. Муқоисаи чандкаратаи намунаҳои вобаста аз рпп ANOVA Фридман, муқоисаҳои мустақил аз рпп санчиши Крускала Уолиса Н-гузаронида шуданд. Тафовутҳо дар саҳ <0.05 аз ҷиҳати омор муҳим ҳисобида шуданд.

Натиҷаҳои тадқиқот ва муҳокима. Барои инкишофи бронхити ретсидивӣ асосан нақши сирояти шадиди роҳҳои нафас зиёд аст. Вобастагии мутлақ байни СШРН ва шумори бронхитҳои ретсидиви маълум карда шудааст: дар кпдаконе, ки 5-7 маротиба СШРН гузаронидаанд бронхити ретсидивӣ зиёдтар вомерурд, нисбат ба кпдаконе, ки ба СШРН камтар гирифтормешаванд. Дар хуни беморон вирусемия то 2-3 моҳ муайян карда мешавад. Ин вирусҳо ҳангоми авҷгирии бронхити ретсидивӣ нисбат ба ремиссия зиёдтар вомерурд.

Нишонаҳои клиникии бронхити ретсидивӣ аз симптомҳои бронхити шадид оғоз мешуд. Ретсидив одатан то 3-4 ҳафта ва зиёдтар давом мекард. Нишонаҳои ИШРН (ринит, гиперемияи ҳалқум ва ғ.), дар аввали авҷи бронхит, одатан зудтар мегузашт. Аз вақти сол вобастагӣ дорад (тирамоҳ зимистон ва баҳор).

Дар беморон бронхити ретсидивӣ аз ҳароратбаландӣ, оғоз мешуд, дар ҳолатҳои кам баланд мешуд. Дар 30% беморон бронхити ретсидивӣ беҳароратбаландӣ вохурд. Нишонаи асоси ин сулфа, ки дар аввал хушк, баъдан намнок ва бо луоб ё луобӣ-фасодӣ буд.

Садои перкуторӣ куттимонанд буд. Аускултативӣ: дар аснои нафасгирии дурушт хирросҳои дағали миёна- ва калонхубобчавӣ шунида мешуд. Нишонаи аускултативӣ зуд зуд тағйир меёфт.

Маълумотиҳои бадастомада далели бронхоспазми ниҳонӣ дар кпдакони гирифтори бронхити ретсидивӣ, раванди вазнин мебошанд, ҳатто дар давраи ремиссия беморӣ.

Ғунҷоиши оксиген ва гази карбон дар хуни беморон бо бронхити ретсидивӣ

Гурӯҳ	pO ₂ (мм сут.сим.)	pCO ₂ (мм сут.сим.)
Гурӯҳи назорати (n=20)	94,2±0,41	35,2±0,48
Гуруҳи 1(n=22) p ₁	75,5±0,11 <0,001	44,22±0,03 <0,001
Гуруҳи 2(n=24) p ₁ p ₂ P	68,44±0,05 <0,001 <0,001 <0,001	50,3±0,02 <0,001 <0,001 <0,001

Эзоҳ: p - аҳамияти омории фарқияти нишондодҳо байни гурӯҳҳо (аз рпи санҷиши Н критерияи Крускала-Уоллиса); p₁ - аҳамияти омории фарқияти нишондиҳандаҳо дар муқоиса бо гурӯҳи назоратӣ; p₂ - аҳамияти омории фарқияти нишондодҳо байни гурӯҳҳои 1 ва 2 (p₁-p₂ - мувофиқи санҷиши U критерияи Манна Уитни)

Тавре ки дар ҷадвали 1 нишон дода шудааст, арзишҳои миёнаи фишори парсиалии оксиген (pO₂) дар беморони ҳарду гурӯҳ дар ҳунобаи хун нисбат ба гурӯҳи назоратӣ хеле паст буданд. Дар кпдакони гурӯҳи якум МН аз 36-38 ва дар гурӯҳи дуюм аз 28 то 32 дар як дақиқа буд.

Омпиши фишори парсиалии гази карбон (pCO₂) дар беморони ҳарду гурӯҳ афзоиши назаррасро дар муқоиса бо нишондиҳандаи шабеҳи кпдакони гурӯҳи назоратӣ (p<0,001) нишон дод.

Фарқияти ин нишондиҳанда дар беморони аз ҷониби мо муоинашуда низ назаррас буд (p<0,001). Дар кпдакони гурӯҳи 2-юми ДН 2-3 дараҷа сианози ппст бо ранги хокӣ, арақи ҷаспак ва ҳолати маҷбурӣ мушоҳида мешуд. Миқдори миёнаи pCO₂ дар беморон бо бронхити ретсидивӣ дар давраи ремиссия дар ҳудуди 42-55 мм ст. симоб буд ва дар давраи авҷ ё ретсидив он ба таври назаррас фарқ мекард - 59-70 мм.

Ҳамин тавр, паст шудани шиддати оксиген дар ҳавои алвеоларӣ ва мутаносибан дар хун бо кам шудани сершавии гемоглобин бо оксиген шарҳ дода шуд, ки ба пайдоиши гипоксемия мусоидат мекунад. Вайрон кардани функцияи вентилятсионӣ-перфузии шушҳо дар кпдакони ҳарду гурӯҳ ба гипоксемияи шадид ва ацидозии омехта оварда расонд. Дар ҳама беморон дар давраи фарорасии нафастангӣ, ин тағиротҳо хусусияти асосӣ доштанд, ацидозии метаболикӣ ба вучуд омад, зеро норасоии оксиген зиёд шуда, индекси оксиген бадтар шуд. Ташаккули ДН дараҷаи I-II, ки боиси мушкilot мегардад ва метавонад ба астмаи бронхиалӣ интиқол ёбад.

Тағйирёбии мувозинат дар таркиби кислотаҳо ва аз сабаби ташаккули ацидозии ҷобачошуда, ки аз ҷиҳати клиникӣ бо мавқеи маҷбурии кабудии луобпардаҳо ва ппст зоҳир мешавад.

Ҷадвали 2.- Ғунҷоиши кислотаҳо ва ишқор дар хуни кпдакон бо бронхити ретсидивӣ

Гурӯҳ	pH	BE
гурӯҳи назоратӣ (n=20)	7,37±0,01	-2,29±0,06
Гуруҳи 1 (n=22) p ₁	7,21±0,08 <0,001	-3,79±0,04 <0,001
Гуруҳи 2 (n=24) p ₁ p ₂ P	7,25±0,01 <0,001 <0,01 <0,001	-6,13±0,04 <0,001 <0,001 <0,001

Эзоҳ: p - аҳамияти омории фарқияти нишондодҳо байни гурӯҳҳо (аз рпи санҷиши Н-критерияи Крускала-Уоллиса); p₁ - аҳамияти омории фарқияти нишондиҳандаҳо дар муқоиса бо гурӯҳи назоратӣ; p₂ - аҳамияти омории фарқияти нишондиҳандаҳо байни гурӯҳҳои 1 ва 2 (p₁-p₂ - мувофиқи санҷиши U-критерияи Манн-Уитни)

Тавре ки дар чадвали 2 нишон дода шу-
дааст, кӯдакони ҳарду гурӯҳ дар муқоиса бо
нишондиҳандаҳои шабеҳи кӯдакони солим
норасоии назарраси асосӣ ($p < 0,001$) ва паст
шудани арзиши миёнаи рН доштанд.

Дар байни ҳарду гурӯҳи беморон фарқи-
яи назаррас дар арзишҳои ВЕ ва рН пайдо
шуд ($p < 0,01$).

Тадқиқот нишон дод, ки кӯдакони гур-
ӯҳи 2-юми дараҷаи НН 2-3 (давраи ибти-
доӣ) синдроми вайрон кардани мувозина-
ти кислотаҳо ва асосҳо, ташаккули ацидо-
зи ошкор ва кам шудани захираи буферии
хун доранд.

Ҳамин тариқ, дар кӯдакони гирифтори
нафастангӣ, тағироти шадид дар қобилия-
ти вентилатсияи шуш, дар шакли ҳалалдор
шудани перфузия ва диффузия ба амал
омад, ки бешубҳа, ба вазнинии ҳолати кӯда-
кони бемор таъсир расонд. Дараҷаи ин ди-
гаргуниҳои гомеостатикӣ аз сатҳи НН ва
гипоксия дар кӯдакони гирифтори бронхи-
ти ретсидивӣ вобаста буд. Инро натиҷаҳои
таҳлили коррелятсия нишон медиҳанд, ки
муносибати назарраси байни RR ва арзи-
шҳои ВЕ ва рН хун ($r = 0,67$ ва $0,74$) дар
кӯдакони омихташуда бо бронхити ретси-
дивӣ нишон медиҳанд.

Хулоса. Параметрҳои миёнаи шиддати
оксиген (pO_2) ва гази оксиди карбон (pCO_2)
дар хуни капиллярии артериалӣ дар ҳарду
гурӯҳи беморон бо бронхити ретсидивӣ ко-
ҳиш ёфтанд. Таҳлили инфиродии газҳои хун
дар беморони гирифтори бронхити ретси-
дивӣ пастшавии нишондодҳои нисбат ба
арзишҳои муқаррарӣ ошкор кард. Дар сея-
ки беморони гирифтори баронхити ретси-
дивӣ (34 кӯдак), ҳатто дар давраи ремисия
гипоксемияи ночиз (pO_2 аз 87 то 90 ммс.т.-
сим.) ошкор карда шуд.

Адабиёт

1. Исмаилов КИ., Шарипова ММ. Струк-
турное и функциональное состояние сердеч-
но-сосудистой системы у детей с бронхиаль-
ной астмой. *Вестник Авиценны.*—2016;
68(3):90-94.
2. Маркова ТП., Ким МН. Особенности
патогенеза и врожденного иммунитета при

бронхиальной астме. *Педиатрия*— 2016;
95(4):110-115.

3. Lai CKW, Beasley R, Crane J. Global
variation in the prevalence and severity of
asthma symptoms: phase three of the
international study of asthma and allergies in
childhood (ISAAC). *Thorax.* 2009; 64(6): 476-
483.

4. Елисеева ТИ, Балаболкин ИИ. Сове-
ременные технологии контроля бронхиаль-
ной астмы у детей (обзор). *Современные
технологии в медицине.* 2015; 7(2): 168-184.

5. Исмоилов КИ, Сабурова АМ, Шарипо-
ва ММ. Антиоксидантная защита и особен-
ности перекисного окисления липидов при
бронхиальной астме у детей. *Вестник Ави-
ценны.*—2017; 19(1):73-77.

References:

1. K.I. Ismoilov, M.M. Sharipova. Strukturalnoe i funktsionalnoe sostoyanie u detey s bronkhialnoy astmoy [Struktural and functional state of cardiovascular system in children with asthma]. *Vestnik Avicenny.*—2016; 68(3): 90-94.
2. Markova TP, Kim MN. Osobennosti patogeneza i vrozhdennogo immuniteta pri bronkhialnoy astme. [Distinction of pathogenesis and congenial immunity at the time bronchial asthma] *Pediatrics*—2016;95(4):110-115.
3. Lai CKW, Beasley R, Crane J, et al. Global variation in the prevalence and severity of asthma symptoms: phase three of the international study of asthma and allergies in childhood (ISAAC). *Thorax.* 2019; 64(6): 476-483.
4. Eliseeva TI, Balabolkin II. Sovremennye tekhnologii kontrolya bronkhialnoy astmy u detey (obzor). *Sovremennye tekhnologii v medicine.*[Moderns technology the control of bronchial asthma in children (review)]. 2015; 7(2): 168-184.
5. Ismoilov KI, Saburova AM, Sharipova MM. Antioxidantnaya zashita i osobennosti perekisnogo okisleniya lipidov pri bronkhialnoy astme u detey. [Antioxidant protection and peculiarities of lipid oxidation in bronchial asthma in children]. *Vestnik Avicenny.*—2017; 19(1): 73-77.

ТАЪСИРИ БАЪЗЕ ОМИЛҲОИ ЭКОЛОГӢ БА ОРГАНИЗМИ ОДАМ

Шукурова Д.А., Мирзоева М.Т., Имамбердиева М.А.

Кафедраи гистология МДТ «ДДТТ ба номи Абуали ибни Сино» МД «МТ Дастгоҳи иҷроияи Президенти ҶТ»

ВЛИЯНИЕ НЕКОТОРЫХ ЭКОЛОГИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ НА ОРГАНИЗМ ЧЕЛОВЕКА

Шукурова Д.А., Мирзоева М.Т., Имамбердиева М.А.

Целью данного исследования явилось изучение влияния УФ-излучений на составляющие структуры эпидермиса и дермы кожи.

Для исследования были использованы биоптаты кожи, взятые у женщин среднего возраста. Для выявления морфологических изменений проводилось гистологическое исследование кожных биоптатов.

Результаты исследования. При сравнении структурных особенностей биоптатов кожи пациенток среднего возраста, полученных с открытых и закрытых участков кожи, были выявлены статистически значимые различия между группами по степени изменения структур в эпидермисе и дерме кожи.

Выводы. Количество вредных факторов, действующих на кожу и ускоряющих её старение, весьма велико, среди них существует фактор, действующий на каждого человека практически постоянно – УФ-излучение. Гистологически влияние УФ-излучения проявляется в различных слоях кожи, с наиболее серьёзными нарушениями компонентов соединительнотканной основы структуры и функций коллагеновых и эластиновых волокон.

Ключевые слова: эпидермис, кожа, УФ-излучение, гистологическое исследование, волокна соединительной ткани, меланоциты.

Шукурова Дилоро Адхамовна – к.б.н., доцент, профессор кафедры гистологии ГОУ «ТГМУ имени Абуали ибни Сино». Тел. (992) 907707017

THE INFLUENCE OF SOME ENVIRONMENTAL FACTORS ON THE HUMAN ORGANISM

Shukurova D. A., Mirzoeva M. T., Imamberdieva M. A.

The purpose of this study was to study the effect of UV radiation on the constituent structures of the epidermis and dermis of the skin.

For the study, skin biopsies taken from middle-aged women were used. To identify morphological changes, a histological examination of skin biopsies was performed.

Research results. When comparing the structural features of skin biopsy specimens of middle-aged patients obtained from open and closed skin areas, statistically significant differences were revealed between groups in terms of the degree of structural changes in the epidermis and dermis of the skin.

Conclusion. The number of harmful factors affecting the skin and accelerating its aging is very large, among which there is a factor that affects every person almost constantly - UV radiation. Histologically, the influence of UV radiation is manifested in various layers of the skin, with the most serious violations of the components of the connective tissue basis of the structure and functions of collagen and elastin fibers.

Keywords: epidermis, dermis, UV radiation, histological examination, connective tissue fibers, melanocytes.

Shukurova Diloru Adkhamovna - candidate of biological sciences, associate professor, professor of the department of histology of the SEI "Avicenna Tajik State Medical University". Tel. (992) 907707017

Мубрамият. Омилҳои экологӣ метавонанд ҳамчун ангезандае гарданд, ки сабаби дигаргуниҳои мутобиқшавандаи функсияҳои физиологӣ; ҳамчун маҳдудкунанда, ки имконнопазир будани мавҷудияти ин ё он организмро дар шароити мазкур асоснок мекунад; ҳамчун модификатори муайянкунандаи дигаргуниҳои морфологӣ-анатомӣ ва физиологӣ амал кунанд.

Равшани ҳамчун омили экологӣ аҳамияти ниҳоят муҳим дорад, зеро манбаи энергия ба ҳисоб рафта, дар равандҳои гуногуни ҳаёт нақши муҳталифро мебозад. Доираи офтобиро ба қисми инфрасурх ва ултрабунафш, ба қисми нисбатан ғаёли биологии ултрабунафш ҷудо мекунанд, ки он дар саёраи мо ба тамоми организми зинда таъсири калон мерасонад. Шуозании ултрабунафш – шуозании электромагнитие мебошад, ки ба ҳиссаи он тақрибан 90 %-и тамоми энергияи шуозании Офтоб рост меояд [5]. Доираи шуозании УБ мавҷҳои дарозии аз 100 то 400 нм-ро фаро мегирад. Дар ин маврид се қитъаи спектрро ҷудо мекунанд: УБ-А (315-400 нм); УБ-В (280-315 нм); УБ-С (100-280 нм). Вақте ки равшании офтоб аз байни атмосфера мегузарад, тамоми нурҳои УБ-С ва тақрибан 90 %-и нурҳои УБ-В-ро озон, буғи об, оксиген ва газҳои ангидриди карбон меҷаббанд. Атмосфера ба нурҳои УБ-А камтар таъсир мерасонад. Аз ин рӯ шуозании УБ, ки ба сатҳи Замин мерасад, асосан аз нурҳои УБ-А ва теъдоди андак нурҳои УБ-В иборат мебошад.

Вояи ками шуозании ултрабунафш ба одам таъсири ғоидабахш мерасонад [4]. Таъсири нурҳои ултрабунафш ба организм якхела набуда, ба дарозии мавҷ вобастагӣ дорад. Яке таъсири витаминҳосилкунанда мерасонад, ки барои дар ҲПСТ ҳосил шудани витамини D мусоидат менамояд, дигарҳо бо ном таъсири эритемӣ ва пигментӣ

мерасонанд, яъне сабаби дар ҲПСТ пайдо шудани зардзахм (сурхшавӣ) ва доғҳо мегарданд [2]. Нурҳои нисбатан кӯтоҳи ултрабунафш таъсири бактериякушӣ доранд, ки таъсири микробҳоро нест мекунанд. Таҳти шуозани назми системаи асаби марказӣ зиёд, мубодилаи моддаҳо ва таркиби хун хуб мешавад, ғаёлияти ғадудҳои тарашшуҳи дарунӣ ғаёли гардида, қувваи ҳифозатии организм меафзояд [8]. Нурҳои ултрабунафш на танҳо қобилияти пешгирӣ, балки муолиҷа намудани як зумра бемориҳо – рахит, псориаз, зардзахм, зардпарвинро дорад.

Дар хотир бояд дошт, ки таъсири мусбати нурҳои офтоб ба организми одам фақат ҳангоми вояҳои муайяни радиатсияи офтоб зоҳир мешавад. Таъсири зиёди нурҳои УБ сабаби дигаргуниҳои патологияи организм гардида, метавонад зарари ислоҳнашаванда расонида, боиси ихтилолоти ҷидди асаб, дилу рағҳо ва системаҳои дигари ҳаётан муҳими организм гардад [10].

ҲПСТ одам ҳадафи асосии таъсири ултрабунафш аст, зеро он амиқтар нуфуз намекунад [7]. ҲПСТ узви калонтарин ва мураккабтарини бадани одам буда, функсияҳои ҳаётан муҳимро иҷро мекунад. Дар яке аз қабатҳои он тақрибан 1000–2500 ҳуҷайраҳои махсус (меланофор) мавҷуд аст, ки дар ҳосил шудани пигмент аз ирсият нақши муҳим дорад [6].

Таъсири манфии шуозании ултрабунафш бо сабаби дигаргуниҳои кимиёвие асоснок шудааст, ки молекулаҳои ҳуҷайраҳои зинда, асосан молекулаҳои кислотаҳои нуклеинӣ ва сафедаҳо ҷаббида, бо ихтилолоти тақсимот, пайдоиши мутатсия ва марги ҳуҷайраҳо зоҳир мешавад [3]. Шуозании УБ ба ҲПСТ нуфуз карда, ба ҳуҷайраҳо ва сохтори гуногун таъсир мерасонад. Он қисман ба ғафсии қабатҳои эпидермиси ҲПСТ одам бастагӣ дорад. Дар ҳифзи ҳуҷайраҳои эпидермис

дермис инчунин андоза ва тақсимои заррачаҳои меланин нақши муҳим мебозад. Тақсимои заррачаҳои меланин ба қабатҳои ппст (қабати шохабаста ва ҳучайраҳои эпидермис) ба навъи ппст вобаста аст. Заррачаҳо, зимни навъҳои тираи ппст, дар дохили ҳучайраҳо ҷойгиранд ва ин ҳолат ҳифзи комилан мувофиқи ядроҳои ҳучайравӣ ва кофии қабати шохабастаро таъмин [9].

Омпиши таъсири муҳити беруна, ки дар байни онҳо шуозании УБ ба чузъҳои сохтори ппст нисбатан бештар ҳалал мерасонад, мақсади таҳқиқ ба шумор меравад.

Мавод ва усулҳои таҳқиқ. Биоптатҳои ппст, ки аз 16 зани 30-35-сола гирифта шудааст, объекти таҳқиқ ба шумор меравад. Маводи ҷарроҳӣ аз занҳои солим дар клиникаҳои ҷарроҳии пластикии ш. Душанбе гирифта шудааст. Таҳқиқи гистологии биоптатҳои ппст ба мақсади ошкор кардани дигаргуниҳои морфологии эпидермис ва дерма ба амал оварда шудааст. Ҳангоми амалинамоии усулҳои мазкур ҷойи гирифта шудани биоптат (қитъаҳои кушода ё ппшидаи ппст аз шуозании УБ) ба назар гирифта шудааст. Зимни пажӯҳиши амалишуда, таҳқиқи гистологии ппст ба мақсади ошкор намудани нишонаҳои морфологӣ, ҳангоми таъсири шуозании УБ, нақши муҳим дошт.

Маводи биопсӣ (ҷарроҳӣ) баъди гирифтани дар маҳлули 10 %-и формалини нейтралӣ гузошта шуд. Ба мақсади зоҳир намудани дигаргуниҳои ғафсии эпидермис, фосила байни эпидермис ва қабати пистонакии дерма, дараҷаи кератинизатсияи қабати шохии эпидермис, теъдоди меланотситҳо дар қабати бунёии эпидермис буришҳо ба гематоксилин ва эозин ранг карда шуданд.

Барои ошкор ва муайян намудани дараҷаи дегенератсияи торҳои коллагении дерма рангкунии буришҳо бо гематоксилин ва пикрофуксин ба кор бурда шуд. Барои ошкор ва муайян намудани дараҷаи дегенератсияи торҳои чандирӣ буришҳо бо орсеин ранг карда шуданд. Таҳқиқи микроскопӣ ба воситаи микроскопи равшании «МБИ-6» ҳангоми калонкунии об. $10\times$, $20\times$; ок. $5\times$, $10\times$, калонкунии иловагии микроскоп ба $2,5\times$ ба

амал оварда шуд. Арзёбии морфологии натиҷаҳои ҳосилшуда бо тарзи ниматеъдодӣ иҷро гардид.

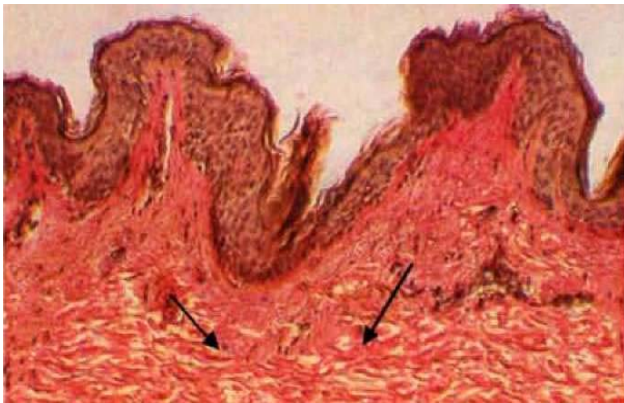
Ҳангоми таҳлили маълумоти ҳосилшуда муқоисаи хусусиятҳои морфологии ппст дар занҳои бемори ду гурӯҳ ба назар гирифта шуд: гурӯҳи аввал – занҳои бемор (8 бемор)-е, ки аз онҳо биоптат аз қитъаҳои ппшидаи ппст гирифта шудааст, гурӯҳи дуюм - аз занҳои бемор (8 бемор)-е иборат мебошад, ки биоптат дар мавриди онҳо аз қитъаҳои кушодаи ппст гирифта шудааст.

Натиҷаҳои таҳқиқ. Арзёбии хусусиятҳои морфологии ппсти занҳои беморе, ки аз қитъаи ппшидаи бадан гирифта шудааст, ошкор намуд, ки ғафсии эпидермис ҳангоми 64,6 %-и ҳодисаҳо тағйир наёфтааст, зимни 23,1 % тунук шудани эпидермис ба қайд гирифта шуда, дар мавриди 12,3 % бошад, ғафс шудани он мушоҳида гардид. Марз байни эпидермис ва қабати пистонакии дерма ҳангоми 87,6 % ба меъёр мувофиқ буда, дар мавриди 12,4 %-и занҳои бемори гурӯҳи аввал ҳамворшуда буд. Дараҷаи сусти кератинизатсияи қабати шохии эпидермис дар ягон бемор ин гурӯҳ зоҳир нагардид, дараҷаи муътадил зимни 89,3 % ва ошкоро бошад, дар мавриди 10,7 %-и занҳои бемор ба назар мерасид. Торҳои коллагенӣ ва эластинӣ дар биоптати ппсти занҳое, ки аз қитъаи ппшидаи бадан гирифта шуда буда, зимни 100 %-и ҳодисаҳо тағйир наёфтааст. Теъдоди меланотситҳо дар қабати бунёии эпидермис дар майдони биниш аз 1 то 5 дар мавриди 12,5 %-и занҳои бемор ва зимни намоёндагони гурӯҳи дуюм бошад, аз 5 то 10-ро ҳангоми 87,5 % нишон дод.

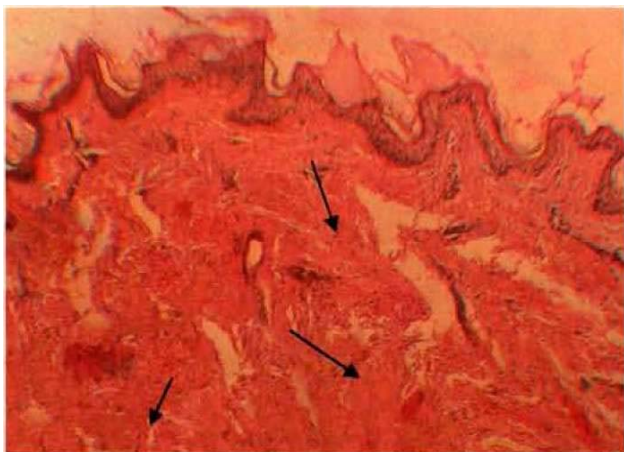
Ҳангоми таҳлили хосиятҳои морфологии ппст дар беморони аз қитъаҳои кушода гирифташуда, ғафсии эпидермис дар мавриди 74,0 %-и занҳои бемор тағйир наёфта, тунукшавии эпидермис бошад, зимни 26,0 %-и занҳои муоинашуда зоҳир гашт. Марзи муътадил байни эпидермис ва қабати пистонакии дерма зимни 87,5 %-и ҳодисаҳо ва ҳамворшуда бошад, дар мавриди 12,5 % зоҳир гашт. Дараҷаи сусти кератинизатсияи қабати шохии эпидермис дар 26,0 %-и занҳои бемор, муътадил зимни 74,0 % муайян

шуда, ошкоро бошад, дар ягон зани бемор аз гурӯҳи мазкур зоҳир нагардид.

Торҳои коллагени дерма дар мавриди 36,4 %-и занҳо ба меъёр мувофиқат намуда, дараҷаи сусти дегенератсияи торҳои коллаген дар 63,6 %-и занҳои бемор мушоҳида гардид. Зимни 24-и ҳодисаҳои таҳқиқи биоптати ппст дар мавриди онҳое, ки аз қитъаи таъсири шуозании УБ гирифта шудааст, дараҷаи сусти зиёд шудани ғафсӣ ё теъдоди торҳои эластини дерма ва ҳангоми 76 % бошад, дараҷаи муътадил ба қайд гирифта шуд. Теъдоди меланотситҳо зимни қабати бунёдии эпидермиси занҳои ин гурӯҳ таҳти майдони биниш ҳангоми 17,7 %-и занҳои бемор дар доираи аз 1 то 5 ва зимни 82,3 % бошад, дар ҳудуди аз 5 то 10 қарор дошт.



Препарати ппст аз қитъаи ппшидаи бадани зани бемор Р., 35-сола. Торҳои муътадили коллаген (бо тирчаҳо нишон дода шудааст). Бо гематоксилин ва пикрофуксин ранг карда шудааст. Калонкунӣ ба



Препарати пӯст, ки аз қитъаи кушодаи зани бемор З.-и, 33-сола гирифта шудааст.

Дегенератсияи манбаии торҳои коллагени дерма (бо тирча нишон дода шудааст). Бо гематоксилин ва пикрофуксин ранг карда шудааст. Калонкунӣ ба 250.

Ҳангоми муқоиса кардани хусусиятҳои сохтори биоптатҳои пӯсти занҳои беморе, ки аз қитъаҳои пӯшида ва кушодаи пӯст гирифта шудааст, фарқияти аз ҷиҳати омили муҳим байни гурӯҳҳо оид ба дараҷаи дегенератсияи торҳои коллагени эластин ба қайд гирифта шуд. Муайяншавии фарқият байни гурӯҳҳо оид ба зиёд шудани теъдоди меланотситҳои қабати бунёдии эпидермис сазовори таваҷҷуҳ буданд. Қариб ду баробар зиёд шудани теъдоди меланотситҳо (82,3 ва 43,7 %) дар биоптатҳои пӯсте ошкор гардид, ки аз қитъаҳои кушодаи бадан гирифта шуда буд. Ҳангоми таҳқиқи визуалии пӯсти ба шуозании УБ гирифташуда, дар занҳои бемор зухуроти диспигментатсия дар шакли чамъшавии мавзеи пигменти меланин ба назар мерасид, ки онро бо чамъшавии асари таъсири патогении шуозании УБ шарҳ додан мумкин аст.

Ҳангоми таҳқиқи биоптатҳои пӯсти аз қитъаҳои гуногуни бадан гирифташуда, оид ба дараҷаи дегенератсияи торҳои коллаген фарқияти аз ҷиҳати омили муҳим ба қайд гирифта шуд. Ҳамин тавр, торҳои коллаген дар пӯсти қитъаҳои кушодаи бадан, ки ба дараҷаи гуногуни дегенератсияи дучор шудаанд, қариб дар мавриди 65, 0 %-и таҳти муоина будаҳо ошкор гардид, дар ҳоле ки нишондиҳандаи мазкур дар пӯсти аз шуозании УБ ҳифзшуда ҳангоми 100 %-и муоинашудаҳо ба меъёр мувофиқ буд.

Хулоса. Дигаргуниҳои бо таъсири музмини шуозании ультрабунафш ва чамъшавии фотоиллатнокшавии пӯст алоқаманд, раванди маҷмуии биологӣ ба ҳисоб меравад, ки дар қабатҳои гуногуни пӯсти гирифта ба бофтаҳои пайвастандаи дерма бо ихтилолот нисбатан ҷиддитари сохтӯру функсияҳои торҳои коллаген ва эластин мунташир мешавад. Ҳангоми таҳқиқи биоптатҳои пӯсте, ки аз қитъаҳои гуногуни пӯст гирифта шудааст, фарқияти ошкоро дар дигаргуниҳои сохтори торҳои коллаген ва эластин зоҳир гашт. Торҳои коллаген

ва чандирие, ки аз қитъаҳои пӯшидаи пӯсти бадани тамоми занҳои бемори миёнсол ва солхӯрдаҳо гирифта шуда буд, бетағйир мондааст, дар ҳоле ки биоптатҳои аз қитъаҳои кушодаи пӯст гирифташуда, зимни 100 %-и ходисаҳои таҳқиқшуда торҳо ба дараҷаи гуногуни дегенератсия мубтало шуда буданд. Ба маълумоти натиҷаҳои таҳқиқ тақия намуда, ҳулосаи диғаргуниҳои сохтор ва функсияи ҷузъҳои гуногуни пӯстро, ки ба таъсири шуозании УБ ба пӯст вобастагӣ доранд, тасдиқ кардан мумкин аст.

Адабиёт

1. Гетлинг, З. Ультраструктура эпидермиса и его барьерная функция / З. Гетлинг // Эстетическая медицина. - 2002. - Т. 1, № 3. - С. 208-214.
2. Запрограммированная клеточная гибель кератиноцитов и её роль в патогенезе некоторых заболеваний кожи / В.И. Прохоренков, Т.Г. Рукша, Л.Л. Петрова, А.Б. Салмина // Вестн. дерматологии и венерологии. - 2015. - № 4. - С. 4-7.
3. Мелихова, В. Влияние УФ-излучения на клетки кожи / В. Мелихова // Косметика и медицина. - 2006. - № 3. - С. 10-16.
4. Ненахова, Е.В., Николаева Л.А. Ультрафиолетовое излучение. Влияние ультра-

фиолетового излучения на организм человека / Е.В. Ненахова, Л.А. Николаева. - Иркутск ИГМУ, 2020. С.15-17.

5. Потапенко, А. Стратосферный озон, ультрафиолет и здоровье / А. Потапенко // Косметика и медицина. - 2018. - № 3. - С. 4-12.

6. Apoptosis regulators and responses in human melanocytic and keratinocytic cells / A.R. Bowen, A.N. Hanks, S.M. Allen et al. // J. Invest. Dermatol. - 2003. - Vol. 120, № 1. - P. 48-55.

7. Enhanced epidermal ultraviolet responses in chronically sun-exposed skin are dependent on previous exposure / C. Wassberg, H. Backwall, B. Diffey et al. // Acta. Derm. Venerol. - 2013. - Vol. 83, № 4. - P. 254-261.

8. Modulations of nerve growth factor and Bcl-2 in ultraviolet-irradiated human epidermis / C.M. Stefanato, M. Yaar, J. Bhawan et al. // J. Cutan. Pathol. - 2003. - Vol. 30, №6. - P. 351-357.

9. Segre, J.A. Epidermal barrier formation and recovery in skin disorders / J.A. Segre // J. Clin. Invest. - 2016. - Vol. 66, № 2. - P. 1150-1158.

10. Skin aging and natural photoprotection / H.C. Wulf, J. Sandby-Moller, T. Kobayasi, R. Gniadecki // Micron. - 2004. - Vol. 35, № 3. - P. 185-191.

ШАРҲИ АДАБИЁТ

ТАСАВВУРОТИ МУОСИР ДАР БОРАИ ТАҲҚИҚОТИ МОРФОЛОГӢ, УЛТРАСАДО ВА ДОППЛЕРОГРАФИИ БАЧАДОН ҲАНГОМИ РАВАНДҲОИ ГИПЕРПЛАЗӢ

Асанбекова С.Х.

Кафедраи анатомияи одам ба номи Я.А.Раҳимов МДТ “ДДТТ ба номи Абпалӣ ибни Сино” ш. Душанбе, Тоҷикистон.

Аннотатсия. Ба асоси таҳлили сарчашмаҳои илмӣ хулоса кардан мумкин аст, ки бо вуҷуди таҳқиқоти бешумори эндометрияи бачадон ҳангоми равандҳои гиперплазӣ (РГЭ), ки зимни он хусусиятҳои сохтор ва функцияи эндометрия, патогенез, клиника, ташхис, муолиҷаи ҷарроҳӣ ва усулҳои таҳқиқ баррасӣ мешавад, ҳамзамон ҳангоми ГЭ як миқдор масоиле мавҷуд аст, ки ба таври бояду шояд мавриди таҳқиқ қарор нагирифтаанд, хусусан ташкили сохторӣ-функционалӣ, табдилёбии рағб-бофтавии эндометрия, инчунин арзёбии миқдорӣ, ки бе дарназардошти муносибатҳои дучонибаи анатомӣ бо сохтори бофтагии ҳамшафат ба амал оварда мешавад.

Калимаҳои калидӣ: бачадон, гиперплазия, полипҳои эндометрия, таҳқиқоти ултрасадо, доплерография, патоморфология ва морфометрия.

Асанбекова С.Х. - унвонҷӯи кафедраи анатомияи одам ба номи Я.А.Раҳимов МДТ “ДДТТ ба номи Абуалӣ ибни Сино” ш. Душанбе, Тоҷикистон. E-mail: sohibjamol.asanbekova@bk.ru, тел. 93-844-24-48

СОВРЕМЕННЫЕ ПРЕДСТАВЛЕНИЯ О МОРФОЛОГИЧЕСКОМ, УЛЬТРАЗВУКОВОМ И ДОППЛЕРОГРАФИЧЕСКОМ ИССЛЕДОВАНИЯХ МАТКИ ПРИ ГИПЕРПЛАСТИЧЕСКИХ ПРОЦЕССАХ

Асанбекова С.Х.

Кафедра анатомии человека имени Я.А. Рахимова ГОУ «ТГМУ имени Абуали ибни Сино», г. Душанбе, Таджикистан.

Аннотация. На основании анализа литературных источников можно резюмировать, что, несмотря на многочисленность исследований эндометрия матки при гиперпластических процессах (ГПЭ), где рассмотрены особенности строения и функции эндометрия, исследованы патогенез, клиника, диагностика, оперативное лечение и методика исследования, при ГЭ имеется ряд малоизученных вопросов, в частности структурно-функциональная организация сосудисто-тканевых преобразований эндометрия. Количественные оценки приводятся без учёта микроанатомических взаимоотношений с соседними тканевыми структурами.

Ключевые слова: матка, гиперплазия, полипы эндометрия, ультразвуковое исследование, доплерография, патоморфология иморфометрия.

Асанбекова С.Х. - соискатель кафедры анатомии человека имени Я.А. Рахимова ГОУ «ТГМУ имени Абуали ибни Сино». E-mail: sohibjamol.asanbekova@bk.ru, тел. 93-844-24-

48 MODERN CONCEPTS OF MORPHOLOGICAL, ULTRASOUND AND DOPPLEROGRAPHY RESEARCH OF THE UTERUS IN HYPERPLASTIC PROCESSES (LITERATURE REVIEW)

Asanbekova S.Kh.

*Department of Human Anatomy named after. Y.A.Rahimov,
SEI «Avicenna Tajik State Medical University», Dushanbe, Tajikistan.*

Resume. Based on the analysis of literary sources, it is possible to summarize that, despite the numerous studies of the uterine endometrium in hyperplastic processes (HPE), where the features of the structure and function of the endometrium, pathogenesis, clinical picture, diagnostics, surgical treatment and research methods are studied, at the same time, there are a number of poorly studied questions in HE, in particular, the structural and functional organization of vascular-tissue transformations of the endometrium, and quantitative assessments are given without taking into account the microanatomical relationships with neighboring tissue structures.

Keywords: uterus, hyperplasia, endometrial polyps, ultrasound examination, Dopplerography, pathomorphology and morphometry.

Asanbekova S.Kh.- Department of Human anatomy named after. Y.A. Rahimov, SEI ATSMU.

E-mail: sohibjamol.asanbekova@bk.ru, tel. 93-844-24-48

Равандҳои гиперплазии эндометрияи бачадон (гиперплазия ва полипҳои эндометрия) тағйироти гистопатологии эндометрия дар натиҷаи нумуи луобпарда мебошанд, ки сабаби саҳт ва калоншавии ҳаҷми он гардида, бемории паҳншудатарини синни репродуктивӣ боқӣ мемонад. Ҳамин тавр, мувофиқи маълумоти [11], басомади гиперплазияи одии эндометрия 58 ҳодиса ба 100 000 зан, гиперплазияи мураккаб 63 нафар ба 100 000 ва эндометрияи ғайримуқаррарӣ бошад, 17 нафар ба 100 0000 рост меояд. Басомади шакли изолятсионии гиперплазияи эндометрия дар ҚТ $20,7 \pm 3,9\%$ -ро ташкил медиҳад, дар ҳоле ки дар занҳои бемори синни таъхирафтаи наслрон ин нишондиҳанда ба $10,72 \pm 1,9\%$ мерасад. Пас, патологияи мазкур дар ҳар зани сеюми синни фаъоли репродуктивӣ ($33,9 \pm 4,6\%$) мушоҳида мешавад ва хусусияти мазкур муҳимияти мушкilotи таҳти омӯзишро барои амалияи тандурустии ҚТ муайян менамояд. [1, 3, 10, 20].

Имрӯзҳо равандҳои гиперплазӣ мушкilotи мубрам ва дархостӣ ба шумор меравад, зеро он ба омилҳои номияҳои бадсифати эндометрия мутааллиқ буда, ба ҳола-

ти умумӣ, қобилияти қорӣ ва сифати умри бемор таъсири манфӣ мерасонад [11, 29, 31].

Равандҳои гиперплазии эндометрия гурӯҳи калон ва гуногунро ташкил медиҳад, ки дар аксари ҳолатҳо бо ихтилолоти гормонӣ дар шакли реаксияи таллоюфӣ ё талаботи зиёди функционалӣ алоқаманд буда, ҳангоми онҳо унсурҳои сохтории бофтаҳо ин функцияро қонеъ карда наметавонанд. Эндометрия ҳамчун бофта – ҳадаф, ки дар худ таъсири гормонҳо – эстрогенро меозмояд, омили асосиест, ки боиси пролифератсияи эндометрия мегардад ва дар гиперплазияи ғадуд авҷ мегирад [11, 33, 42,]. Нуктаи мазкурро ҳулоса намуда, аксари муҳаққиқон имконияти пайдо шудани гиперплазияи ғадудро бо таъсири зиёди эстрогенҳо ба луобпардаи бачадон алоқаманд донистаанд [29, 35].

Таҳқиқи морфологӣ (тарошидаи эндометрия), ултрасадо, доплерографӣ ва гистохимиявӣ «Стандарти тиллоӣ»-и таҳхиси эндометрияи муътадил ва аз ҷиҳати патоморфологӣ тағйирёфта ба ҳисоб меравад [13, 20, 44, 31, 32].

Имрӯзҳо дар амалияи клиникӣ таснифоти ТУТ аз соли 2014 ба қор бурда мешавад, вазифаи он РГЭ ба ду шакл ҷудо мегардад: гиперплазияи эндометрия бе атипия ва

гиперплазия эндометрия бо атипия. Пештар дар амалияи клиникӣ таснифоти ТУТ аз соли 2003 истифода мегардид, ки он чор шакли гиперплазия эндометрия мавҷуд буд: гиперплазия одӣ ва мураккаби эндометрия бе атипия, гиперплазия одӣ ва мураккаби атипии эндометрия, ин таснифот то соли 2014 сода карда шуд.

Мувофиқи мавзеъгирӣ: манбай (мавҷудияти полипҳо дар як ё якчанд девора); фарогир (тамоми девораҳои ковокии бачадонро иллатнок мекунад).

Мувофиқи манзараи гистологӣ:

- ғадудӣ (бо сабзидан ба бофтаи ғадуддор);
- ғадудӣ-киставӣ (бофтаи ғадудӣ дар якҷоягӣ бо киста);
- атипӣ (аденоматоз – номи пешинаро ба бемориҳои пешазсаратонӣ шомил медонанд).

Солҳои охир механизми молекулярӣ-биологии инкишофи равандҳои гиперплазии эндометрия (РГЭ) фаъолон мавриди омӯзиш қарор мегирад. Таҳқиқи нақши равандҳои некроптоз ва афзудани теъдоди ҳуҷайраҳои таксмоти митозӣ, зимни генези бемориҳои давраи репродуктивӣ дар мавриди занҳои давраи аввал ва дуҷуми синни булуғ ҳангоми омӯзиши патогенези РГЭ самти нав маҳсуб меёбад. Дар патогенези РГЭ коҳиш ёфтани апоптоз дар эндометрия нақши муҳим дорад, ки дар натиҷа тамоми ҳуҷайраҳои ҳангоми ҳайз кандашаванда ба апоптоз дучор мешаванд. Дар ҳолати коҳиш ёфтани сатҳи апоптоз дар эндометрия фаъолнокии баланди пролиферативии қабати бунёии эндометрия ба амал меояд ва маълум мегардад, ки сабаби ҷойгиршавии ғайримуқаррарии бофтаҳо (гетеротопия) ба ҳисоб мераванд. Тибқи маълумоти [20] аз 134 занҳои синни репродуктивӣ дар мавриди 55 ($13,9 \pm 1,7\%$) бемор ҷарроҳии узбуранда (гистерорезектоскопия) бо равандҳои гиперплазии эндо - ва миометрия ба амал оварда шудааст. Аз ин миқдор дар 19 ($34,5 \pm 6,4\%$) нафар гиперплазияи ғадуддори эндометрия ва дар 6 ($10,9 \pm 4,2\%$) нафар эндометрит бо ҳосилшавии полип муайян гардид.

Маъмулан полипҳои эндометрия бо роҳи пролифератсияи эпителии ғадудҳои қабати бунёии эндометрия инкишоф меёбанд [4, 14]. Аввал ғадудҳои нумушкарда ва стромаи онҳоро ихотанамуда дар асоси васеъ барҷастагии полипмонанд ҳосил мекунанд [34, 36, 43,].

Аз рӯйи сохтори гистологӣ (мувофиқи таркиби ҳуҷайравӣ) ду навъи полипи эндометрияро ҷудо мекунанд: полипҳои, ки унсурҳои эндометрияи фаъолияткунанда доранд ва полипҳои, ки аз ғадудҳои навъи бунёӣ ҳосил шуда, аз унсурҳои фиброзӣ ва мушакӣ таркиб ёфтааст. Дар сохтори полипҳои, ки унсурҳои ғадудӣ ва мушакҳои суфта доранд, ҳамчун полипҳои аденомиоматозӣ тасниф мешаванд [39, 41]. Барои полипҳои ғадуддори эндометрия сохтори рағҳои хунгарди узвӣ хос аст. Онҳо бештар сохтори девораи ғафсшуда фиброзӣ доранд ва асоси полип метавонад тўбчамонанд бошад.

Ғадудҳо дар полип нобаробар ҷойгир мешаванд, шаклу ҳаҷми гуногун доранд, баъзе ғадудҳо борик ва дигарӣҳо васеъ буда, ҳатто шакли қачу килеб бо эпителии призмавии баланд фаршшуда доранд. Дар ғадудҳои ба таври киставӣ калоншудаи эпителии призмавии паст ва суст зухурёфтаи ядроӣ бисёрқатора имконпазир аст.

Усулҳои гуногуни муайян намудани сохтори полипҳои эндометрия мавҷуд аст. Ҳамин тавр, [17], аз рӯйи сохтори ҳуҷайра дар 102 занҳои бемор аз ҷиҳати патоморфологӣ полипҳои гуногуни луобпардаи бачадон зоҳир гардид: ғадудӣ дар 38 ($38,8\%$) нафар; ғадудӣ-фиброзӣ зимни 39 (40%) бемор; фиброзӣ ҳангоми 14 ($14,3\%$) кас; гиперплазияи ғайримуқаррарии эндометрия бошад, зимни 11 ҳодиса ($11,2\%$). Ҳамин тавр, мувофиқи маълумоти муаллиф полипҳои ғадудӣ бештар дар мавриди занҳои ҷавон ошкор гардида, асоси онро ҳуҷайраҳои строма ташкил менамоянд. Фиброзӣ дар занҳои аз 45-сола ва боло зоҳир гардида, асоси онро сохтори фиброзӣ ташкил менамояд. Асоси ғадудӣ-фиброзиро бофтаи пайваस्तкунанда ва ҳуҷайраҳои ғадудӣ ташкил менамояд.

Имрӯзҳо полипҳои эндометрия раванди патологияи гиперплазии пардаи дарунии ба-

чадон буда, бемории нисбатан интишорёфтаи синни репродуктивӣ маҳсуб меёбад ва яке аз омилҳои ихтилолоти даври ҳайз ва безурриётӣ, малигнизатсия ва тағйирёбиҳои дигар мегардад [13]. Дар патогенези полипҳои эндометрия ва инкишофи онҳо дигаргуниҳо мувозинати гормонии организми зан ва бештар ҳангоми дигаргуниҳои раванди фаъолнокии митоз дар ҳучайраҳои эндометрия шарҳ дода мешавад, ки он дар давраи пременопауза дар натиҷаи тарашиш ва ретсепсияи эстроген ва коҳиш ёфтани ретсепсия ва тарашишҳои прогестерон ба амал меояд [12, 42].

Таҳқиқи гистологии биоптатҳо (тарошидагӣ)-и ковокии бачадон [12] аз 140 ҳодиса дар 70% зимни занҳои синни репродуктивӣ полипҳои ғадудӣ-фибрози эндометрия, ҳангоми 27%-и ҳодисаҳо полипҳои ғадудии эндометрия ва дар 3 % фиброзӣ ошкор карда шуд. Дар занҳои тамоми синнусолӣ бештар полипҳои ғадудӣ-фиброзӣ мушоҳида гардид, ки онҳо 69%-и тамоми мушоҳидаҳо ташкил намуданд, гоҳо зимни 25%-и ҳодисаҳо полипҳои ғадудии эндометрия ба назар мерасиданд, теъдоди камтаринро бошад, полипҳои этиологияи фиброзӣ ташкил менамуд, ки теъдоди он ба 6%-и ҳодисаҳо мерасид. Мувофиқи маълумоти муҳаққиқони дигар [23, 27], дар эндометрия коҳиш ёфтани фаъолнокии апоптози сохтори морфологии полип ба қайд гирифта шудааст.

Мувофиқи хулосаи як зумра муҳаққиқон [12,16], ташаккулёбии полипҳои эндометрия бештар дар занҳои синни репродуктивӣ (64,6 %) дар заминаи гиперплазияи мавҷудай ғадудии эндометрия ба назар мерасад.

Алҳол ба андешаи аксари муаллифон [12, 16, 46], стимулятсияи зиёди эстроген, илтиҳоб, неоангиогенез, ҳалалёбии мувозинати масуният яке аз омилҳои асосии патогенези инкишофи механизми полипҳои эндометрия ба шумор меравад. Бар пояи маълумоти як қатор муҳаққиқон [11, 22], омилҳои гормонӣ ва ғайригормонӣ боиси ҳалалёбии дигаргуниҳои даври физиологияи эндометрия муддати даври ҳайз гардида, мувозинат ва динамикаи равандҳои про-

лифератсия ва апоптозу неоангиогенезро ҳалалдор менамоянд ва сабаби механизми бакордароварандаи ҳосилшавии полип, персистенсияи полипҳои эндометрия ва такроршавии онҳо мегарданд.

Бо вучуди аҳамияти бешак баланди дониши вариантҳои патогенези инкишофи ПЭ ва интиҳоби шеваи мураккаби бемор, аниқ кардани сохтори морфологии ПЭ, хусусияти патогистологии эндометрияро ихотанамуда, патологияи ҳамроҳи эндо- ва миометрия низ хеле муҳим аст, ки аз монандии инкишофи патогенези механизми инкишоф дарак дода, сабаби равандҳои гиперплазии бофтаҳо мегардад [13, 22]. Дар раванди банақшагирии таҳқиқот муҳаққиқон нишон доданд, ки полипи ғадудии эндометрия ҳангоми 73,8 % дар синни таъхирафтаи репродуктивӣ, полипи ғадудӣ-фибрози эндометрия бошад, зимни 70,6 %-и ҳодисаҳо зимни пременопауза ба мушоҳида мерасад. Полипи ғадудӣ ва ғадудӣ-фибрози эндометрия аз ҷиҳати микроскопӣ бо андозаи аз 0,5 то 1,5 см, шакли мудаввар ё байзамонанд бо сатҳи ҳамвор аз ранги гулобӣ то сурхи баландтавсиф меёбад [13, 17]. Полипҳо зимни 46,7 %-и занҳои бемор дар гиреҳҳои найчаи бачадон, ҳангоми 32 % дар қаър ва зимни 21,3 % бошад, дар девораи паҳлуи бачадон ҷойгир шудаанд. Дар сатҳи полип рағҳо дар шакли шоҳабандии капиллярӣ намоёнанд [13]. Натиҷаҳои пажӯҳиши гистологии тарошидагии эндометрия, дар мавриди беморони мубтало ба полипҳои ғадудӣ-фиброзӣ, бештар инфилтратсияи лимфотситарӣ ва фибрози стомаро ошкор намуда, полипҳои ғадудб-фиброзӣ бо рағҳои девораашон ғафс тавсиф меёфтанд. Сахтшавии танаи рағҳо зимни 17,4% ҳодисаҳо ҳангоми полипҳои ғадудӣ-фиброзӣ мушоҳида гардиданд.

Шаклҳои гуногуни РГЭ-ро омӯхта [14], дар рӯзи 7-11-уми ҳайз дар мавриди 664 зани синни репродуктивӣ бо ташҳиси РГЭ биопсия ба амал оварда шуд: зимни 162 (24,4%) бемор полипи ғадудӣ, ҳангоми 391 (58,9%) нафар ГЭ-и одӣ, дар мавриди 70 кас ГЭ-и мураккаби ғайримукаррарӣ, зимни 28 бемор ГЭ-и одии мукаррарӣ, дар 8 ҳодиса ГЭ-

и мураккаби муқаррарӣ ва дар мавриди 5 нафар бошад, аденокарсинома зоҳир карда шуд. Таҳқиқоти масунии гистохимиявии биоптатҳои эндометрияро ҳангоми РГЭ таҳлил намуда [20], экспрессияи мусбати маркери p16INK4a-ро дар ғадудҳо, эпителии сатҳии луобпарда ва асоси строма (майдони экспрессия дар порчаҳои эндометрия $3,08 \pm 0,86\%$ ва зичии оптикӣ $0,13 \pm 0,01$ воҳ.шартӣ) ошкор намуданд.

Бо усули ретроспективӣ чараёни полипҳои эндометриро дар занҳо омӯхта [45], нишон медиҳад, ки афзоиши полипҳо таҳти шеваи интизорӣ қарор доранд ва баъзе полипҳо ба таври импульсивӣ бештар дар занҳо таназзул меёбанд. Дар мавриди 7 нафар аз 112 (6,3% (95% ДИ, 1,8-10,8%)) зани бемор бошад, таназзули пурраи полипҳо ба муолиҷа дар муддати 28 моҳ ба қайд гирифта шуд.

Як қатор муҳаққиқон муайян намуданд, ки робитаи дучониба байни равандҳои гиперплазӣ дар эндометрия ба вазниншавии ирсият (миома васаратони узвҳои репродуктивӣ) мусоидат менамояд [3, 22, 23, 37, 38].

Аксари муҳаққиқон чунин мешумуранд, ки омили асосии хатар, ки ба эҳтимолияти бадсифатшавӣ таъсир мерасонад, мумкин аст бо сабаби бемориҳои гинекологӣ ва ғайригинекологӣ, синни бемор, давомнокӣ ва такроршавии беморӣ, саратони ғадуди шир, препаратҳои дорӯӣ (хусусан, тамоксифен), ҳалалёбии функсияи ҳайз, фарбеҳӣ ва ғ. пайдо шуда бошанд [28]. Ҳамин тавр, робитаи системавӣ ё функционалии ин бемориҳо ва системаи репродуктивӣ, хусусан ҳангоми бемориҳои ғадуди шир ва узвҳои таносулӣ мавҷуд аст.

Дар адабиёт вариантҳои гуногуни таснифоти полипҳои эндометрия мавҷуданд. Паҳншударини онҳо аз рӯи хусусияти сохтори морфофункционалӣ ба ҳисоб мераванд, ки аксари муҳаққиқон ин андешаро ҷонибдорӣ намуда [13, 16, 24], навъҳои зеринро ҷудо менамоянд: полипи ғадудии эндометрия (функционалӣ, навъи бунёдӣ), полипи фиброзии эндометрия, полипи ғадудӣ-фиброзии эндометрия ва полипи ғайримуқаррарии эндометрия. Дар сарчашмаҳо [2]

вобаста ба давраҳои синнусолӣ шаклҳои гуногун полип мавҷуданд: 1. полипи навъи функционалӣ дар синни репродуктивӣ (30-40-солагӣ), бунёдӣ дар давраи пременопауза (40-45-солагӣ) ва фиброзӣ бошад, дар давраи постменопауза (50-60-солагӣ) бештар дучор мегардад [43]. Ба муқаррароти таснифоти ТУТ дар мавриди омосҳои усҳои репродуктивии занона (2014) таъя намуда, пешниҳод мекунанд, ки панҷ навъи асосии морфологии полипро ҷудо карда шавад:

1. Полипгиперплазӣ;
2. Полипи атрофӣ;
3. Полипифункционалӣ;
4. Полипи омехта;
5. Полипимиоматозӣ;

Алҳол татбиқи таҳқиқи ултрасадо (ТУС) дар амалияи клиникӣ дар соҳоти гуногуни тиббӣ амалиявӣ ва назариявӣ, аз ҷумла дар акушерӣ ва гинекологӣ барои ҳосил шудани сонограммаи узвҳои коси хурд дар ҳоли авҷ гирифта аст. Ҳамин тавр, дар таҳлили бемориҳои бачадон ва зоидҳои он ТУС-и трансвагиналӣ ва трансабдоминалӣ ва УЗ-гистеросалпингография усули асосии визуализатсия ба шумор мераванд [7, 19, 26, 30]. Аксари муҳаққиқон эхографияи трансабдоминалиро тавсия медиҳанд, ки ошкор намудани мавзеи воқеии узвҳои коси хурд дар занҳои синни репродуктивӣ вобаста ба даври сикли ҳайз, хусусиятҳои гуногуни дигаргуниҳои патологияи андозаи бачадон муайян карда мешавад, зеро бачадон дар даври тарашшуҳӣ андозаи хурдтарин ва пеш аз ҳайз бошад, андозаи калонтарин дорад. Андозаи бачадон дар давраи климаксӣ зимни марҳалаи лютеинӣ калон мешавад ва хурдшавии узв бо фаро расидани менопауза ба амал меояд.

Тавре тасдиқ мекунанд [6, 25, 26], ТУС-и узвҳои коси хурд метавонад раванди сироятро дар ҳолати мавҷуд будани шиддати гардиши хун дар мавзеи найчаҳои бачадон аз рӯи натиҷаҳои доплерометрия, инчунин шакли гиперплазия ва бемориҳои илтиҳобии узвҳои репродуктивӣ аниқ намояд. Ҳамин тавр, дар синни аввалӣ ва сонавии балоғати давраи умр пажӯҳиш ба таҳлили андозаи кос, антропометрия ва шохиси ваз-

ни бадан дар занҳо ҳангоми бемориҳои гиперплазии бачадон асоснок мешавад, ки бо арзёбии қиматҳои бачадон арзёбӣ мегардад.

Дар Ҷумҳурии Тоҷикистон интишороти бешумор оид ба ТУС-и узвҳои коси хурд ҳангоми меъёр ва ҳангоми баъзе равандҳои патологӣ мавҷуданд [9, 20, 21].

Тибқи маълумот [9] 162 зан дар синни 40-45-сола бо ҷараёни физиологии перименопауза муоина шуданд, ки андозаи бачадончунин тавсиф меёфт: дарозӣ $60,5 \pm 3,6$ мм; андозаи пешу ақиб $42,8 \pm 7,2$ мм; паҳнӣ $57,7 \pm 8,1$ мм. Дар синни 46-55-сола бошад, дарозӣ, андозаи пешу ақиб бачадон мутаносибан $64,9 \pm 14,5$ мм ва $45,8 \pm 15,3$ мм буда, дар қиёс ба гурӯҳи муқоисавӣ калотар буд - $60,9 \pm 7,2$ мм ва $42,0 \pm 12,7$ мм; паҳнии бачадон дар гурӯҳи асосӣ қиёсан ба гурӯҳи муқоисавӣ (мутаносибан $53,1 \pm 13,8$ мм ва $54,7 \pm 0,5$ мм) хурдтар буд. Мувофиқи маълумоти муҳаққиқон фарқи қиматҳои бачадон дар гурӯҳи асосӣ бо сабаби басомади гуногуни бемориҳои бачадон асоснок шудааст. Тавре тасдиқ менамояд [20], қиматҳои морфометрии бачадон ҳангоми ТУС бо инкишофи ҷисмонӣ, хусусан дар синни фаъол ва таъхирафтаи репродуктивӣ робитаи дучониба дорад. Ҳамин тавр, дар ҳар зани дуҷоми ҳар ду гурӯҳ ҳаҷми бачадон ба ҳафтаи 5-6-уми ҳомилагӣ (мутаносибан $48,1 \pm 4,9\%$ ва $53,8 \pm 2,9\%$) мувофиқат менамуд.

Таҳқиқоти бешумори донишмандон [7,40,25] нишон медиҳанд, ки натиҷаи хубро ҳангоми яққоя намудани ТУС-и абдоминалӣ ва трансвагиналӣ ба даст овардан мумкин аст. Шикамӣ визуализатсияи номияи андозааш калон ва маҳбали бошад, ҷузъиёти таъносуи топографӣ, синотопияи узвҳо, қиматҳо, тавсифи сохтори бачадон, зоидҳои он, инчунин бечошавии чини масонаву бачадон ба ақиб фазои бачадон ва муҳтавои фазои дугласӣ, роҳи рағҳо, робитаи дучонибаи онҳо бо раванди патологиро таъмин менамояд.

Аксари муаллифон [19] амалинамоии ТУС-и давраи репродуктивиро дар даври 1-уми цикл (рӯзи 5-6-ум аз рӯзи аввали ҳайз) тавсия медиҳанд.

Солҳои охир дар амалияи клиникӣ

таҳқиқи гемодинамикаи мавзеи усулҳои ултрасадоии доплерӣ ҳар чӣ бештар доман паҳн мекунад [5, 15, 20].

Хусусан, барои арзёбии гардиши хун дар бачадон ва зоидҳои он қиматҳои стандартӣ гардиши хуни шарёнӣ ва шохиси муқовимати канорӣ (шохиси муқовиматпазирӣ, шохиси набазонӣ ва муносибати систола-диастолӣ) таҳия ва васеъ ба кор бурда мешавад [5].

Солҳои охир дар бораи мавҷудияти дигаргуниҳои системавии маҷрои микрогардиш дар мавриди беморони гирифтӣ ба бемориҳои бачадон аз ҳисоби гиперсимпатикотония маълум гардид, ки ба реамсиласозии девораи рағҳо бо инкишоф ёфтани муқовиматпазирӣ системаи рағӣ мусоидат менамояд. В.Н.Демидов бо ҳамкорон соли 2016 ҳангоми гиперплазияи одӣ набудани гардиши хунро дар дохили луобпарда зимни 75-80% беморон тасдиқ намуд, фақат дар ҳолатҳои аҳёнӣ ҳуфрахҳои андаки ранга дида мешуданд.

Таби даҳсолаи охир таҳқиқоти бешуморе бахшида ба омӯзиши гемодинамикаи бачадон вобаста ба син ва даври сини ҳайз рӯйи ҷопро диданд. Хусусан, [15] зимни пажӯҳиши худ «Дигаргуниҳои физиологӣ гемодинамикаи бачадон дар мавриди занҳои репродуктивӣ давраҳои пери- ва постменопауза» гардиши хунро *in vivo* дар занҳо дар давраҳои гуногуни сини ҳайз таҳқиқ намуда, ошкор намуданд, ки гемодинамикаи бачадон дар занҳои солим бо синни онҳо алоқамандӣ дорад. Амалия нишон медиҳад, ки зан ҳар қадар ҷавон бошад, ҷараёни ҳомилагӣ ҳамон қадар созгор мегардад ва баръакс, баъди 35-40-солагӣ перфузияи бачадон коҳиш меёбад, ки амалинамоии функсияи регенаративиро душвор намуда, мумкин аст патологияҳои бачадон инкишоф ёбад [15]. Хунтаъминкунии комилан мувофиқи эндометрия яке аз шартҳои асосӣ барои имплантатсияи бобарори эмбрион ба шумор меравад, вале нишондиҳандаҳои маҷрои хуни эндометрия ба монанди гафсии он бо басомади фаро расидани ҳамл ҳамбастагӣ надорад.

Ҳангоми доплерометрияи қачи суръати

мачрои шарёнии хун нишондиҳандаҳои таносуби систолӣ-диастолӣ, шохиси набазонӣ ва муковиматпазирӣ дар тамоми рағҳои бачадон ошкор карда шуд. Ҳангоми РГЭ нишондиҳандаҳо дар шарёни бачадон ($6,53 \pm 1,08$; $0,94 \pm 0,14$; $2,79 \pm 0,81$) ва мутаносибан дар шарёнҳои аркутии бачадон ($5,15 \pm 1,49$; $0,81 \pm 0,10$; $2,11 \pm 0,13$) ва дар шарёнҳои радиалӣ ($3,71 \pm 0,77$; $0,82 \pm 0,10$; $1,43 \pm 0,42$) баланд буданд.

Маълумоти иловагиро ба манзараи маълуми эхографии РГЭ, дар ҳолати ба кор бурдани технологияи нави ултрасадоии сканиркунии рангаи дуплексӣ ҳосил кардан мумкин аст, ки зимни он гардиши хун дар бачадон ё системаи рагии канорӣ арзёбӣ карда мешавад. Тайи даҳсолаи охир дар таҳқиқи гемодинамикаи канории бачадон таҳияи маълумоти меъёрии васкуляризатсияи шарёниро қайд кардан зарур аст [5, 8, 13, 15]. Муҳаққиқон барои арзёбии хусусиятҳои хунтаъминкунии бачадон ва зоиҷҳо қиматҳоеро ба монанди суръати максималии систолӣ, суръати ниҳии дистолӣ ва кунҷи шохиси мустақими муковимати канориро ба кор мебаранд. Арзёбии қиматҳои доплерографии гардиши хун дар бачадон ҳангоми РГЭ ва махсусияти усули ултрасадо дар ташҳиси бемориҳои илтиҳобӣ ва гиперплазии узвҳои репродуктивӣ зимни скрининг ҳассосиятро хеле меафзояд [18]. Усулҳои гуногуни микдории муайян намудани дараҷаи васкуляризатсияи девораи бачадон мавҷуд аст. Натиҷаҳои зимни арзёбии картакунонии ранга ва доплерографияи спектралӣ дар бораи дигаргуниҳои физиологии гемодинамикаи бачадон дар занҳои репродуктивии давраи перименопауза ҳосилшудасаҳеҷанд [15]. Муаллифон зимни маълумотҳои мазкур ғайр аз хусусиятҳои микдории гардиши хун, меъёрҳои сифатии хунтаъминкунии узвҳои коси хурд ва дигаргуниҳои патологӣ онҳоро шарҳ медиҳанд.

Аз маълумоти адабиётҳои зикргардида чунин бармеояд, ки бо вучуди таҳқиқоти бешумори РГЭ, ки зимни онҳо хусусиятҳои сохтор ва функцияҳои эндометрия баррасӣ шудаанд, патогенез, клиника ва усулҳои таҳқиқ, муолиҷаи ҷарроҳӣ ва усулҳои

таҳқиқ мавриди пажӯҳиш қарор гирифтаанд, вале ҳамзамон ҳангоми РГЭ як зумра масъалаҳо ҳанӯз норавшан боқӣ мондаанд, хусусан:

- дар сарчашмаҳои илмӣ оид ба масоили ташкили рағӣ-бофтавии тағйирёбии эндометрия маълумот кофӣ набуда, арзёбии микдорӣ бе дарназардошти муносибатҳои дучонибаи микроанатомӣ бо сохтори ҳамшафати бофтавӣ ба амал оварда мешавад;

- арзёбии микроскопӣ, морфометриӣ бо-созии сохтори эндометрия ва реаксияҳои таллоюфӣ-мутабиқшавандагии мачрои рағӣ дар сатҳи мачрои микрогардиш ҳангоми РГЭ дар байни занҳои синни репродуктивӣ ба таври нокифоя мавриди омӯзиш қарор гирифтааст;

- мувофиқи маълумоти ТУС ва доплерометрия бо дарназардошти шохиси вазни бадан ва дараҷаи фарбеҳӣ набудани қиматҳои анатомии бачадон ҳангоми РГЭ дар давраи аввал ва дуҷуми синни булуг бо соматипҳои гуногун.

Чунин ҳисобидан мумкин аст, ки таҳқиқи мачмуи (морфологӣ, ултрасадоӣ, доплерометрия, антропометрия)-и эндометрия ҳангоми РГЭ ҳам барои дарк кардани масоили патогенези тағйирёбии патоморфологӣ ва ҳам таҳияи меъёрҳои ташҳисии РГЭ бо дарназардошти соматипҳо саҳми муайян мегузорад. Бо дарназардошти муҳимияти ҷораҳои пешгирикунанда доир ба коҳиш ёфтани фавтнокӣ модар ва перинаталӣ, мо бар онем, ки пажӯҳиши мазкур саривақтӣ ба ҳисоб меравад.

Адабиёт

1. Абдуллозода, Д.А. Основные направления деятельности Таджикского

Научно-исследовательского института акушерства, гинекологии и перинатологии для улучшения качества помощи матерям и детям в стране [Текст] / Д.А. Абдуллозода, Г.К. Давлатзода // Материалы VII съезда акушеров – гинекологов Республики Таджикистана. - 2022. - С.8-17.

2. Адамян, Л.В. Патология эндометрия в пожилом и старческом возрасте (скрининговое исследование) [Текст] / Л.В. Адамян [и

др.] // Архив патологии.- 2013.- 75(6).- С.32-38.

3. Амирова, Х.Д. Иммуногистохимическая картина шейки матки у женщин с гиперпластическими процессами органов гениталий [Текст] / Х.Д. Амирова, Э.Х. Хушвахтова // Материалы VII съезда акушеров – гинекологов Республики Таджикистана.- 2022. - С. 294 - 295.

4. Багдасарян, Л.Ю. Факторы, влияющие на развитие полипов эндометрия [Текст] / Ю.Л. Багдасарян [и др.] // Кубанский научный медицинский вестник.-2018.- 25 (2).- С.25-28.

5. Буланов, М.Н. Ультразвуковая диагностика в гинекологии [Текст] / М.Н. Буланов // Руководство для врачей. Издательский дом Видар-М, Москва.-2022.-712с.

6. Буралкина, Н.А. Воспалительные заболевания органов малого таза: патогенетические аспекты, диагностика, клиника, лечение (обзор литературы) [Текст] / Н.А. Буралкина [и др.] // Гинекология.-2018.- Т.-20,- №3.-С.12-15.

7. Буянова, С.Н. Непосредственные результаты комплексной кровоостанавливающей терапии при послеродовом кровотечении [Текст] / С.Н. Буянова [и др.] // Российский Вестник Акушера-Гинеколога.-2019.- Т.19,-№5.-С.72-76.

8. Демидов, В.Н. Эхография органов малого таза у женщин [Текст] / В.Н. Демидов, А.И. Гус // Патология полости матки и эндометрия. ВМК: Практическое пособие. Выпуск IV. М.: Издательский дом БИНОМ;2016.160с.

9. Додхоева, М.Ф. Показатели ультразвукового исследования гениталий у женщин перименопаузального возраста [Текст] / М.Ф. Додхоева [и др.] // Медицинский Вестник национальной академии наук Таджикистана.-2007.-Т.-50,-№3.- С.278-280.

10. Додхоева, М.Ф. Окружающая среда и репродуктивное здоровье [Текст] / М.Ф. Додхоева [и др.] // Вестник Авиценны. - 2016, - №4.- С. 74-82.

11. Ерофеева, Л.Г. Современное представление о проблеме гиперплазии [Текст] / Л.Г. Ерофеева [и др.] // Научное обозрение. Медицинские науки. - 2022. - №6. - С. 82-88.

12. Иванов, А.С. Эндометриальный полип. Вопросы этиологии и патогенеза [Текст] / А.С. Иванов, В.В. Гребнева // Известия Российской военно-медицинской академии.-2020;2(S1).С.75-79.

13. Костюшов, В.Е. Особенности доплерометрических показателей при различных морфологических формах полипов эндометрия [Текст] / В.Е. Костюшов [и др.] // Здоровье и образование в XXI веке – 2018.-Т.20,- №5.- С.15-19.

14. Масыбаева, А. А. Морфологическая картина гиперпластических процессов эндометрия у женщин [Текст] / А.А. Масыбаева / Медицина Кыргызстана. – 2017, - №1.- С. 57 -59.

15. Озерская, И.А. Особенности кровоснабжения матки у женщин с хроническим эндометритом в зависимости от длительности бесплодия. [Текст] / И.А. Озерская [и др.] // Журнал Акушерство и гинекология.- 2020.-10.-С.-105-112 <https://dx.doi.org/10.18565/aig.2020.10.105-112>

16. Оразов, М.Р. Механизмы патогенеза эндометриальных полипов у женщин репродуктивного возраста. Обзор литературы [Текст] / М.Р. Оразов [и др.] // Гинекология. - 2022. 24(4) - С. 246 – 250.

17. Саноев, Б.А. Макро – и микроскопические проявления полипа эндометрия [Текст] / Б. А. Саноев, Г.Х. Мухидова // OrientalRen-Assiaissance: Innovatite, educational, naturalandsocialscience, - 2022. - Т.2,- №2. - С.835-840.

18. Сафарова, С. М. Апоптоз и ангиогенез в диагностике и выборе тактики лечения гиперпластических процессов [Текст] / С. М. Сафарова, М. Х. Курбонова, Д.Б. Сатторока // Материалы VII съезда акушеров-гинекологов Республики Таджикистана.- Душанбе.- 2022. - С. 283 – 287.

19. Хамдамова, М.Т. Сравнительная характеристика ультразвуковой анатомии матки и яичников при использовании различных средств контрацепции [Текст] / автореф... док (DSc) по мед. наукам / -2020. М.Т. Хамдамова.- Бухоро, 2020.-71с.

20. Хушвахтова, Э. Х. Диагностическая ценность различных методов обследования

пациенток репродуктивного возраста с гиперпластическими процессами эндо-и миометрия [Текст] / Э. Х. Хушвахтова, М. Х. Курбонова, Ф. М. Акилова // Материалы VII съезда акушеров-гинекологов Республики Таджикистан.- Душанбе.- 2022.- С.289-293.

21. Шарипов, Г.Н. Особенности ультразвукового исследования больных с трубной формой беременности [Текст] / Г.Н.Шарипов, Дж.А. Ходжамурадова, М.С.Саидов// Вестник Авиценны.- 2016,-№2(67). –С.38-41.

22. Acosta-Torres, S. The addition of metformin to progestin therapy in the fertility-sparing treatment of women with atypical hyperplasia. Endometrial intraepithelial neoplasia or endometrial cancer: little impact on response and low live-birth rates [Text] / S. Acosta-Torres[et al.]// GynecolOncol 2020;157:348-56.doi:1016/j.ygyno.2020.02.008

23. Chae-Kim, J. Outcomes of women treated with progestin and metformin for atypical endometrial hyperplasia and early endometrial cancer: a systematic review and meta-analysis [Text]/ J. Chae-Kim[et al.]//Int J Gynecol Cancer 2021; 31:1499–505. doi: 1136/ijgc-2021- 002699

24. Cicinelli, E. Chronic Endometritis, a Common Disease Hidden Behind Endometrial Polyps in Premenopausal Women: First Evidence From a Case-Control Study [Text] / E. Cicinelli[et al.]// J Minim Invasive Gynecol. 2019; 26(7):1346-50. DOI:10.1016/j.jmig.2019.01.012

25. Doll, K.M. Estimated performance of transvaginal ultrasonography for evaluation of postmenopausal bleeding in a simulated cohort of Black and White women in the US [Text] / K.M.Doll [et al.]// JAMA Oncol 2021; 7:1158–65. doi: 1001/jamaoncol.2021.1700

26. Fadl, S.A.Diagnosing polyps on transvaginalsonography: is sonohysterography always necessary [Text] /S.A. Fadl[et al.]// Ultrasound Q 2018; 34(4): 272–277.

27. Fagioli, R. Hysteroscopy in postmenopause : from diagnosis to the management of intrauterine pathologies [Text] / R. Fagioli. [et al.]// Climacteric.-2020.-№4.- С.360-368.

28. GokmenKarasu, A.F.Survivin

expression in simple endometrial polyps and tamoxifen-associated endometrial polyps [Text] / A.F. GokmenKarasu[et al.]// Int J GynecolPathol 2018; 37(1): 27–31.

29. Gu, F. High number of endometrial polyps is a strong predictor of recurrence: findings of a prospective cohort study in reproductive-age women [Text] / F.Gu[et al.]// Fertility and Sterility. 2018; 109: 493-500.

30. Karakaya, B.K. Malignancy risk of endometrial polyps among geriatric women [Text] / B.K. Karakaya[et al.]// Int J Gerontol 2018; 12(3): 215–217.

31. Kari, L. Endometrial Hyperplasia [Text] / L. Kari. [et al.]// Obstetrics and Gynecology.- 2022. - Vol.140 - №6. -P.1061-1075.

32. Khaskhachykh, D. A. Morphological and immunohistochemical characteristics of endometrial layers in women of reproductive age with endometrial Hyperplasia without atypia [Text] / D. A. Khasksachykh // Scientific digest of association of obstetricians and gynecologists of Ukraine,-2023.-2(52).-P.1/13-13/13.

33. Kossan, M. Role of Hormones in Common Benign Uterine Lesions: Endometrial Polyps, Leiomyomas, and Adenomyosis[Text] / M.Kossan// Advances in Experimental Medicine and Biology. -2020; 61: 37-58.

34. Marina, De. C.V. Endometrial Polyps: Update Overview on Etiology, Diagnosis, Natural History and Treatment [Text] / De. C. V. Marina [et al.]// Clinical and Experimental. Obstetrics & Gynecology. -2022.-49(10):232.- P.1-8. <http://doi.org/10.31083/j.ceog4910232>

35. Munro, M.G.Uterine polyps, adenomyosis, leiomyomas, and endometrial receptivity [Text] / M.G. Munro // Fertility and Sterility. -2019; 111: 629-640.

36. Nijkang, P.N. Endometrial polyps: Pathogenesis sequelae and treatment [Text] / P.N. Nijkang [et al.]// SAGE Open Medicine.- 2019.-Vol.7.- P.1-12.

37. Puechl, A.M. Molecular classification to prognosticate response in medically managed endometrial cancers and endometrial intraepithelial neoplasia[Text] / A.M. Puechl[et al.] // Cancers (Basel).-2021;13:2847.doi:3390/cancers1311284

38. Saccardi, C. Endometrial Cancer Risk Prediction According to Indication of Diagnostic Hysteroscopy in Post-Menopausal Women [Text] / C. Saccardi [et al.] // *Diagnostics*. - 2020; 10: 257.
39. Safdar, N.S. Utility of a Standardized Protocol for Submitting Clinically Suspected Endometrial Polyps to the Pathology Laboratory [Text] / N.S. Safdar // *An Diagn Pathol*. - 2016; 23: 29-31.
40. Tinelli, A. Uterine Fibroids: From Molecular Oncology to Reproduction [Text] / A. Tinelli [et al.] // *BioMed Research International*. - 2018. - Article ID 6284875. <http://doi.org/10.1155/2018/6284875>
41. Vargas, M.V. Endometriosis and adenomyosis [Text] / M.V. Vargas [et al.] // *Evidence-based Obstetrics and Gynecology*. John Wiley & Sons, Ltd, - 2019; 8: 75-87. <https://doi.org/10.1002/9781119072980.ch8>.
42. Venturella, R. Subcutaneous progesterone for endometrial polyps in premenopausal women: a preliminary retrospective analysis [Text] / R. Venturella [et al.] // *J Minim Invasive Gynecol* 2019; 26(1): 143-147.
43. Vitagliano, A. Association between Endometrial Polyps and Chronic Endometritis: Is It Time for a Paradigm Shift in the Pathophysiology of Endometrial Polyps in Pre-Menopausal Women? Results of a Systematic Review and Meta-Analysis [Text] / A. Vitagliano [et al.] // *Diagnostics (Basel)*. - 2021; 11(12): 2182. DOI: 10.3390/diagnostics11122182
44. Vitale, S.G. Endometrial polyps. An evidence-based diagnosis and management guide [Text] / S.G. Vitale [et al.] // *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*. - 2021; 260: 70-77.
45. Wong, M. The natural history of endometrial polyps [Text] / M. Wong [et al.] // *Human Reproduction*. - 2017. - Vol. 32; № 2. - P. 340-345.
46. Wu, J. W-catenin/LIN28B promotes the proliferation of human choriocarcinoma cells via Let-7a repression [Text] / J. Wu [et al.] // *Acta Biochim Biophys Sin (Shanghai)*. - 2019; 51(5): 455-62. DOI: 10.1093/abbs/gmz027

РОҶУ РАВИШҶОИ МУОСИР ДАР ЗАМИНАИ МУОИНАИ МОРФОЛОГИЮ УЛТ-РАСАДОИИ НАЙЧАИ БАЧАДОН ЗИМНИ МАВҶУДИЯТИ ҲОМИЛАГИИ ХОРИЧИБАЧАДОНИИ НАЙЧАГЪ (ШАРҲИ АДАБИЁТ)

Қодирова Ф.Р.

Кафедраи анатомияи одам ба номи Я.А. Раҳимов, МДТ “ДДТТ ба номи Абуалӣ ибни Сино”

Аннотатсия. Ҳадаф аз шарҳи адабиёт ин муқоиса кардани маълумотҳои муосир дар бораи ҳомилагии хориҷибачадонии найчагӣ (ХХ), бар шумули омилҳои паҳншудаи хатар ва усулҳои таҳқиқ бо таваҷҷуҳи ҳоса ба таҳқиқоти патогистологӣ ва ултрасадоӣ (ТУС) махсус меёбад. Ҳомилагии хориҷибачадонӣ (номи байналмилалӣ – ҳомилагии эктопӣ) ҳолати патологиест, ки зимни он имплантатсияи ҷанин дар ковокии бачадон ба амал намеояд.

Калимаҳои калидӣ: найчаҳои бачадон, ҳомилагии хориҷибачадонӣ, ҳомилагии найчагӣ, ТУС, лапароскопия ва патоморфология.

Қодирова Ф.Р. – унвонҷуи кафедраи анатомияи одам ба номи Я. А. Раҳимов, МДТ “ДДТТ ба номи Абуалӣ ибни Сино”, [email:qodirova.farzona@mail.ru](mailto:qodirova.farzona@mail.ru), тел: 933-00-13-31

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К МОРФОЛОГИЧЕСКОМУ И УЛЬТРАЗВУКОВОМУ ИССЛЕДОВАНИЮ МАТОЧНОЙ ТРУБЫ ПРИ ТРУБНОЙ ВНЕМАТОЧНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ)

Кодирова Ф. Р.

Кафедра анатомии человека им. Я.А. Рахимова ГОУ «ТГМУ имени Абуали ибни Сино», г. Душанбе, Таджикистан.

Аннотация. Целью данного обзора литературы является сравнение современных данных о трубной внематочной беременности (ВБ), включая распространённые факторы риска и методы диагностики, с особым вниманием к патогистологическим и ультразвуковым исследованиям (УЗИ). Внематочная беременность (международное название — эктопическая беременность) — это патологическое состояние, при котором имплантация эмбриона происходит не в полости матки.

Ключевые слова: маточная труба, внематочная беременность, трубная беременность, УЗИ, лапароскопия и патоморфология.

Кодирова Ф.Р. — соискатель кафедры анатомии человека им. Я.А. Рахимова ГОУ “ТГМУ имени Абуали ибни Сино”. E-mail: qodirova.farzona@mail.ru, тел. 933-00-13-31

MODERN APPROACHES TO MORPHOLOGICAL AND ULTRASOUND EXAMINATION OF THE FALLOPIAN TUBE IN TUBAL ECTOPIC PREGNANCY (LITERATURE REVIEW)

Qodirova F.R.

Department of Human anatomy named after. Y. A. Rakhimova SEI «Avicenna Tajik State Medical University», Dushanbe, Tajikistan

Abstract. The purpose of this literature review is to compare current data on tubal ectopic pregnancy (TB), including common risk factors and diagnostic methods, with special attention to pathohistological and ultrasound examinations (ultrasound). Ectopic pregnancy (internationally known as ectopic pregnancy) is a pathological condition in which the implantation of an embryo does not occur in the uterine cavity.

Keywords: fallopian tube, ectopic pregnancy, tubal pregnancy, ultrasound, laparoscopy and pathomorphology.

Qodirova F.R. — applicant of the department of human anatomy. Y. A. Rakhimova SEI “ATSMU”. E-mail: qodirova.farzona@mail.ru, tel: 933-00-13-31

Мубрамият. Ҳомилагии хориҷибачадонӣ (эктопӣ) (ВБ) — имплантатсияи тухми бордоршуда дар хориҷи ковокии бачадон мебошад. Ҳолати мазкур дар муҳлати барвақтӣ барои ҳаёти зан хатарнок боқӣ монда, яке аз бемориҳои таҳдидомези гинекологӣ ба шумор меравад. Хунравии дохилиперитонеалӣ, ки ба сохтори сабабҳои фавти модар дар кишварҳои мутараққӣ шомил аст, яке аз оризаҳои хатарнок маҳсуб меёбад. [17,26,49,50]

Шарҳи XX-ро бори аввал дар қарни XVII дучор омадан мумкин аст, вале он вақтҳо

ташхис пас аз марг гузошта мешуд. Аввалин ҳодисаи ташхиси ҳомилагии эктопӣ дар ҳоли ҳаёт ба соли 1812 рост меояд. То соли 1770 дар адабиёти ҷаҳонӣ ҳамагӣ 500 ҳодисаи ҳомилагии эктопӣ ба қайд гирифта шудааст, ки муолиҷаи ғайриҷарроҳии татбиқшуда бенатиҷа будааст.

Ҳамасола дар Федератсияи Россия гирифтورشавӣ ба XX ба 45 000 ҳодиса мерасад, ки нишондиҳандаи мазкур 1,2–2,2%-ро аз теъдоди умумии ҳомилагӣ ташкил медиҳад. Натиҷаҳои таҳқиқоти мултимарказии ҳодиса-санҷиш, ки дар Ҳиндустон (лоиҳаи

гурӯҳи мақсадноки 1990) ба амал оварда шудааст нишон дод, ки басомади ХХ 3,12 ҳодиса ба 1 000 ҳамл ё 3,86 ҳодиса ба 1 000 зиндатаваллудро ташкил медиҳад. Коҳиш ёфтани фавтнокӣ ба қайд гирифта шудааст, ки тақрибан ба 80% мерасад [29]. Пажуҳишҳои нисбатан дертари ХХ дар Ҳиндустон нишондиҳандаи 7,06 ҳодисаро дар 1 000 таваллуд ошкор намуд, ки 1 ҳодиса ба 141 таваллуд рост меояд. Зимнан ХХ-и найчагӣ дар гурӯҳи синнусолии 28-32-солаҳо бештар ба қайд гирифта мешавад. [47]

Афзоиши бемории ХХ, ки дар сатҳи ҷаҳонӣ мушоҳида мешавад, инчунин робитаи он бо безурриётии найчагӣ-перитонеалӣ ва хатари дараҷаи нисбатан баланди марганҷомӣ мубрамияти омӯзиши минбаъдаи патологияи мазкурро асоснок менамоянд. [6, 12]

Натиҷаҳои таҳқиқотҳои эпидемиологӣ ба афзалият доштани шакли найчагии ХХ далолат менамоянд, ки вазни қиёсии он дар доираи 96,5–98,5 % тағйир меёбад. [20, 21, 23, 46].

Натиҷаҳои таҳлили ретроспективии маълумотҳои ҳосилшуда дар шӯъбаи эндоҷароҳии Пажуҳишгоҳи илмӣ-таҳқиқотии акушерӣ, гинекологӣ ва перинатологии Тоҷикистон дар давраи солҳои 2020-2023 нишон дод, ки 258 зани синни репродуктивӣ аз хусуси ҳомилагии эктопӣ муоина ва ҷарроҳӣ карда шудааст [1]. Ҳомилагии эктопии найчагӣ дар Ҷумҳурии Тоҷикистон шакли афзалиятнокӣ беморӣ ба шумор рафта, 96-98 %-и тамоми ҳодисаҳои ХХ-ро ташкил медиҳад. [19,20]

Таснифоти гуногуни ҳомилагии хориҷи-бачадонӣ мавҷуд аст [2]:

I. Таснифоти анатомӣ: ҷойгиршавии найчагӣ (интерститсиалӣ, истмӣ, ампулярӣ, фимбриалӣ) – 98-99%; ҷойгиршавии тухмдонӣ – 0,1–0,7%; ҷойгиршавии гарданаӣ – 0,1–0,3%; ҳомилагии интралигаментарӣ; ҳомилагӣ дар ҳадшаи бачадон баъди ҷарроҳии қайсарӣ.

II. Таснифоти клиникӣ: вобаста ба ҷараёнгири шаклҳои зерини ХХ-ро ҷудо мекунам: авҷгиранда; ҳалалёфта, инчунин аз рӯйи мавҷудияти оризаҳо; оризанаёфта.

Инчунин дар сарчашмаҳои илмӣ шарҳи ҷойгиршавии аҳёии ХХ [14, 27, 31, 52], бар шумули ҳомилагии ҳамзамонии биалтериалии найчагӣ, ҳомилагӣ дар гарданаи бачадон, ҳомилагии интралигаментарӣ, ҳомилагии абдоминалӣ ва гетеротопиро (якҷояшавии ҳомилагии бачадонӣ ва хориҷи-бачадонӣ) дучор омадан мумкин аст.

Ҳомилагии интерститсиалии найчагӣ (ХН) тақрибан 2 %-и тамоми ҳодисаҳои ХХ-ро ташкил медиҳад [33, 41]. Ҳомилагии тухмдонӣ шакли масусан аҳёии ХХ буда, тақрибан бо басомади 1 ҳодиса дар 200 ХХ рост меояд ва ҳомилагии аслии тухмдонӣ махсуб меёбад [22]. Ҳомилагии гарданаӣ бо хатари дараҷаи баланди оризаҳо тавсиф ёфта, хеле аҳёнан мушоҳида мешавад [11]. Бар пояи маълумоти [48], басомади ХН интерститсиалӣ 2 %-и тамоми ҳодисаҳои ХХ-ро ташкил намуда, тамоюл ба афзоишро нишон медиҳад [23, 25, 35, 43, 45]. Буриши МТ, бордоршавии экстракорпоралӣ ва равандҳои дигари патологиро ба омилҳои хатари инкишоф ёфтани ин беморӣ шомил медонанд. Тарқиши бачадон яке аз оризаҳои мудҳиштарини ХН-и интерститсиалӣ ба ҳисоб меравад.

Солҳои охир басомади ҳомилагии эктопӣ меафзояд, ки сабаби он як зумра омилҳои хатар мебошад, аз ҷумла: афзоиши паҳншавии бемориҳои илтиҳобии узвҳои репродуктивӣ, хусусан салпингити хламидӣ; ба таври васеъ ба кор бурдани усулҳои муолиҷаи ҷарроҳии безурриётии найчагӣ-бачадонӣ ва найчагӣ-перитонеалӣ; бештар ба кор бурдани воситаҳои контрацепсияи дохилибачадонӣ; афзудани теъдоди искоти артифитсиалии ҳамл; инчунин мавҷудияти омос ва номияҳои омосмонанди бачадон ва зоидҳо [18,50]. Тавре муҳаққиқон ишора мекунам, инфантилизми гениталӣ, ки бо афзудани дарозии НБ ва суст шудани перисталтикаи он алоқамандӣ дорад, яке аз сабабҳои ХХ баррасӣ мешавад.

Омилҳои хатари ХХ-ро ба категорияҳои дараҷаи баланд, миёна ва пасти хатар қудо мекунам [25]. Ба асоси маълумоти муаллифони амалиёти ҷарроҳии моқаблии НБ, бас-тани НБ ва истифодаи контрацептиви дохилибачадонро ба анамнези омилҳои да-

рачаи баланди хатари ХХ шомил намуданд. Безурётӣ, беморихоӣ илтиҳобии системаи репродуктивӣ, сироятҳои моқаблӣ, ки бо сабаби *Chlamydia trachomatis* ё *Neisseria gonorrhoeae* пайдо шудаанд, ба омилҳои хатари фосилавӣ шомил медонанд. Амалӣ-ёти ҷарроҳии моқаблии узвҳои коси хурд ва шустани маҳбалро аз шумори омилҳои дараҷаи пасти хатар меҳисобанд. Бо вуҷуди доираи васеи омилҳои комилан мувофиқшудаи хатар, дар мавриди 35–50 %-и занҳои бо ХХ муқарраршуда мушоҳида мешавад, мавҷудияти омилҳои якҷояшудаи хатар ошкор нагардидааст [28].

Мувофиқи маълумоти [13] басомади баландтарини ХХ дар гурӯҳи синнусолии 26–30-солаҳо (32 %) мушоҳида мешавад ва аз паси он гурӯҳи 31–35-солаҳо (27 %) мақом ихтиёр кардааст. Ҷойгиршавии найчагии ХХ аз тарафи рост зимни 47,2 % ҳолатҳо ва аз тарафи чап бошад, ҳангоми 39,3 % ба қайд гирифта шудааст. Тухми бордоршуда афзалан дар қисми гарданагии НБ (35%) ва дар қисми истмӣ бошад, зимни 2,3 % ҷойгир шудааст. Мувофиқи маълумоти муаллифон ғайр аз ХН дар занҳои бемор беморихоӣ ҳамбастаи НБ ва тухмдон, аз ҷумла салпингити музмин, кистаҳои атрофи найча, эндомиетриози найчаҳои бачадон ва кистаи тухмдон ошкор карда шуд, ки 34,4 %-и ҳодисахоро ташкил медонанд [24, 34]. Басомади ХХ нисбат ба теъдоди умумии ҳомилаҳо 1,2–2 %-ро ташкил дода, хусусан дар байни занҳои синни 30–40-сола тамоюли устувор ба афзоишро нишон медиҳад [3, 39]. Натиҷаҳои таҳқиқ [10] ба басомади ниҳоят пасти дучоршавии ҳамл дар шоҳаи рудиментарии бачадон (0,19 %), ҳомилагии абдоминалӣ (0,11 %) ва тухмдонӣ (0,2 %) далолат менамояд.

Дигаргуниҳои патоморфологии НБ баъди аз хусуси ҳомилагии эктопӣ ба таври лапараскопӣ буридан дар гинекологияи муосир мавзӯи баҳси ғаъл боқӣ мемонад [9, 16, 17, 24, 34, 36, 42].

Таҳқиқи патоморфологии дигаргуниҳои сохторӣ зимни НБ дар мавриди беморони гирифтор ба ҳомилагии эктопӣ, усули асосии ташхис ба шумор меравад [8, 9, 16, 17]. Муаллифони мазкур имплантатсияи тухми

бордоршударо дар НБ таҳқиқ намуда, ба хусусиятҳои макро- ва микросохтори он, ки бо сабаби олоиши мӯяки хорион, ташаккулёбии хуномос, ихтилолоти микрогардиш, инчунин равандҳои ҳамроҳикунандаи илтиҳобӣ ва дистрофӣ ба амал меояд, таваҷҷуҳи махсус зоҳир намуданд.

Таҳлили макроскопии НБ, ки аз хусуси ХН бурида шудааст, бар пояи маълумоти [17], дигаргуниҳои зеринро ошкор намуд. Дигаргуниҳои мазкур ба қитъаи имплантатсияи тухми бордоршуда, ихтилолоти бутунияти девораи НБ ва ҳолати анатомии тухмгузар хориҷ аз қитъаи имплантатсия дахл дошт. Ҳангоми таҳқиқи макроскопӣ ба қитъаҳои девораи НБ, ки бо лахтаи хунин зичтар лаҳим шудаасту эҳтимоли бештари ошкор намудани мӯяки хорион ба назар мерасид, таваҷҷуҳ хоса зоҳир карда шуд. Илова бар ин, ҳангоми арзёбии макроскопӣ дараҷаи пурхунӣ ва тазриқшавандагии пӯшиши зардобӣ, ки бар болои тухми бордоршуда ҷой гирифтааст муайян гардид, ки дар баъзе ҷойҳо хунро ҷаббидааст.

НБ хориҷ аз қитъаи имплантатсия ба таври макроскопӣ дигаргуниҳои зеринро нишон дод: тухмгузари кӯтоҳшуда, ҳосил шудани қачихо, пайваस्तшавӣ бо зардобпарда ва лаҳими фиброзӣ дар сатҳи берунӣ. Аз ҷониби муҳаққиқон мушоҳида гардид, ки дарозии НБ дар доираи аз 6,5 то 10,4 см бо қимати миёнаи $8,5 \pm 0,25$ см тағйир меёфт. Зимни 89-и ҳолатҳо калоншавии паҳншудаи изолятсионии ғафсии тухмгузар мушоҳида гардид, ки қутри он дар доираи аз 0,7 до 3,5 см тағйир меёфт. Андозаҳои калонтарин ҳангоми ҷойгиршавии ампулярии ХХ ба қайд гирифта шуд, ки ба андешаи муҳаққиқон бо тамоюли анатомии ин қисм ба кашишхӯрӣ шарҳ дода мешавад.

Мувофиқи маълумоти муаллифон [16, 17], таҳлили гистологӣ мавҷудияти унсурҳои тухми бордоршуда, бофтаҳои трофобласт ва лахтаҳои хунро дар равзанаи калоншудаи тухмгузар ошкор намуд. Аксаран дар микропрепаратҳо мӯякҳои хорион ошкор гардид, ки бо чинҳои луобпарда якҷояшуда ба девораи НБ нуфуз кардааст ё озодона дар муҳтавии геморрагӣ ҷойгир шудааст. Дар

муқоиса ба ҳомилагии бачадонӣ муайян карда шуд, ки зимни трофобласти эктопӣ теъдоди камтари мӯякҳои хориалӣ мушоҳида мегардад ва қисмати асари онҳо нишонаҳои гиалинозро нишон медод. Бофтаи хорионӣ бо пурра насабзидан тавсиф ёфта, лаҷомакҳои саҳти синситио- ва ситотрофобласт бо фазои лакунарӣ ба назар мерасид. Дар буришҳои НБ хориҷ аз қитъаи имплантатсияи тухми бордоршуда аз ҷониби муҳаққикон нишонаҳои салпингити маҳсулноки ғайрихоссаи музмин ошкор гардид, ки таммоми қабатҳои НБ (эндосалпинкс, мио-салпинкс, виссералӣ ва мезосалпинкс)-ро дахл намудааст.

Мувофиқи маълумоти муаллифон [17], дар баробари дигаргуниҳои гистопатоморфологӣ НБ дар шакли иллати музмини деформатсиякунандаи қабати луобӣ ва мушакӣ вариантҳои гуногуни перисалпингити музмин зоҳир карда шуд. Дар баъзе ҳолатҳо дигаргуниҳои патоморфологӣ тамоми қабатҳои тухмгузар ва зимни дигариҳо бошад, афзалан эндосалпинксро дахл намудааст ва он ҳангоми як зумра мушоҳидаҳои хусусияти изолятсионӣ дошт. Дар қабати миёнаи НБ қитъаҳои сохтори нахдори ғафсиашон гуногун ошкор гардид, ки байни худ тақсим шудаанд. Мувофиқи маълумоти [17], дар мавриди беморони гирифтор ба ҳомилагии эктопӣ дар девораи тухмгузар бештар ихтилолоти ошкорои гемотсиркуляторӣ ба назар мерасид, ки он боиси дигаргуниҳои тасаллубии деструктивии тамоми қабатҳо ва оқибат, иллатнокшавии дастгоҳи ретсепторӣ гардидааст [8]. Дар НБ-и иллатнокшуда коҳиш ёфтани теъдоди ҳучайраҳои мижгоншакл ва зимни эктопияи фимбриалӣ бошад, детсилиатсияи ошкоро ба қайд гирифта шуд. Хусусан, дар патогенези ХН ҳалалёбии функсияи эпителии мижгоншакл нақши асосӣ дорад [47]. Аз ҷониби муаллифон робитаи ошкорои ХН бо салпингити шадид ё фолликулярӣ нишон дода шуд. Аз ҷиҳати гистопатологӣ ампула (54%) ва аз паси он фимбрия (40%) қитъаи нисбатан иллатнокшуда маҳсуб меёфт, ки бо маълумоти [9] мувофиқат менамояд.

Дигаргуниҳои ҳамсон аз ҷониби рағҳо

ҳангоми таҳқиқи гистологии XX-ро [17] мушоҳида намуданд, ки ҷабиши хунрез ва дигаргуниҳои гестатсионии девораи шарён ва варидро дар заминаи дигаргуниҳои тасаллӯбӣ, деструктивӣ ва илтиҳобии тамоми қабатҳои девораи НБ шарҳ додаанд. Бар асоси маълумоти муҳаққикони мазкур хусусияти хоси олоиши ситотрофобластӣ, ҳангоми вариантҳои гуногуни патогенезии ҳомилагии эктопӣ, агрессивнокии он бо нуфуз кардан на танҳо амиқтар ба бофтаи дахлдор, балки ба фосилаи зиёдтар аз ҷойи имплантатсия ба болову поён ба шумор меравад, ки сабаби хунрезӣ мешавад. Дар зардобпардаи узв аз ҷиҳати гистологӣ гиперплазияи реактивии мезотелия, микрокистаҳо, лаҳим ва инфилтратҳои лимфоцитотситарӣ мушоҳида гардид. Аксаран хунрезии дохилиузвӣ сабаби ба қабатҳо ҷудошудани қабати мушакӣ ё зардобии НБ мешавад, ки гоҳо сабаби тарқиши он мегардад [38].

Таҳқиқи ултрасадоӣ усули асосии визуализатсияи узвҳои коси хурд дар занҳо ба шумор меравад, ки дар таҳлили системаи репродуктивӣ ба кор бурда мешавад. Бо пешрафти техникаи ултрасадо дар амалии клиникӣ ТУС-и трансвагиналӣ ва трансабдоминалӣ ба таври васеъ татбиқ гардид, ки метавонанд ба усулҳои дигари визуализатсия [4, 7, 15, 18], ба монанди томографияи компютерӣ (ТК), томографияи магнитӣ-резонансӣ (ТМР), эластографияи эхографӣ ва доплерография илова бошанд. Усулҳои мазкур ошкор кардани нуқсонҳои инкишоф, равандҳои илтиҳобӣ, номияҳо, сохтори анатомии узвҳо, ҷойгиршавии машина ва ҷалбшудани анастомозҳои рагиро имконпазир гардонад. Ҳар кадом аз усулҳои зикргардида бартарият ва камбудии маълуме доранд. Ҳамин тавр, бар пояи маълумотҳои пажӯҳиш [18, 44], ҳангоми ХХ ТУС ва ТК арзиши баландтарини таҳлиси доранд.

Ҳангоми шакли найчагии ХХ ТУС-и трансвагиналӣ дар речаи В таҳлиси аниқ ва муайян кардани ҷойгиршавии тухми бордоршударо ба зиёда аз 95 %-и ҳолатҳо таъмин менамояд [18, 20]. Қайд кардан зарур аст, ки дақиқияти ТУС ба муҳлати ҳама ва

андозаи тухми бордоршуда вобастагӣ дорад. Барои ташхиси ҲҲ-и интерститсиалӣ, як зумра муҳаққиқон [11, 21, 30, 48] истифодаи таҳқиқи ултрасадои ду-ё сеандозагиро тавсия менамоянд.

Бо вучуди эътироф шудани аҳамияти баланди усулҳои абзории ташхис, аксари муҳаққиқон дар ошкор намудани ҲН дар гузоштани ташхис шеваи маҷмуиро зарур меҳисобанд, ки аз таҳлили симптоматикаи клиникӣ, маълумоти лабораторӣ, лапараскопӣ ва морфологӣ иборат мебошад [1,4].

Ташхиси тафриқавии бемориҳои илтиҳобӣ ва ғайриилтиҳобии НБ бо истифода аз усулҳои абзорӣ, шуой ва дигари таҳқиқ, хусусан ҲН бо ҷойгиршавӣ дар найча аз унсури ҷудонашавандаи шеваи муосирӣ интиҳоби муолиҷаи занҳои бемор ба шумор меравад [17, 18, 51].

Истифодаи ултрасадои трансвагиналӣ дараҷаи баланди натиҷабахширо дар ташхиси ҲҲ, хусусан ҲН бо ҷойгиршавӣ дар найча нишон медиҳад [15, 25]. Тавре муаллиф қайд менамояд, зимни бемории мазкур мувофиқи маълумотҳои эхографӣ, дар коси хурд мавҷудияти моеи озод, баландии қабат муайян мешавад, ки дар доираи аз 1,7 то 3,0 см тағйир меёбад; дар баъзе ҷойҳо ғилзати тромботситарӣ визуализатсия мешавад. Дар тарҳи НБ ҲН ҳосил шудани сохтори киставӣ-дурушт бо тарҳи аниқнабуда, инчунин тухми бордоршуда бо визуализатсияи эмбриони зинда зоҳир мешавад. Зимни 20 %-и ҳодисаҳо ҲҲ калон шудани андозаи бачадон ва эхогеннокии баланди эндометрия то 12-14 мм, бо демаркатсияи аниқ аз миометрия ба назар мерасад [15].

Ҳамин тавр, ТУС-и трансвагиналии НБ ва узвҳои системаи репродуктивӣ ҷузъи ҷудонашавандаи раванди ташхис дар мавриди занҳои бемори мубтало ба ҳомилагии хориҷибачадонӣ маҳсуб меёбад. Имкониятҳои муосирӣ ташхиси ултрасадои ҲҲ чӣ гуна аст?

Мувофиқи маълумоти сонографияи трансвагиналӣ [37], ғилзати хориҷибачадонии гуногуни гестатсионӣ дар мавзеи зоидҳо (бо ном нишонаи «қатраҳо») ё сохтори хориҷибачадонии халташакл (нишонаи

«ҳалқакулча») маркери муҳими ултрасадоӣ ба ҳисоб меравад. Таҳқиқи минбаъдаи морфологии НБ-и буридашуда (салпингэктомия) зимни 97 %-и ҳолатҳо дар ҳолати ошкор намудани нишонаи «қатраҳо» ва «ҳалқакулча» мавҷудияти ҲН-ро тасдиқ намуд. Муаллиф барои арзёбии эҳтимолияти ҲҲ ва пешгӯии ҲН-и муайян, гарчанде онҳоро ҳамчун меъёрҳои ниҳонии ташхисӣ ба кор бурдан мумкин нест, истифодаи ин маркерҳои ултрасадоро пешниҳод менамояд [37].

Манзараи эхографи (эхосемиотика)-и ҲҲ бо ҳадди инкишоф ёфтани технологияи ултрасадои ташхисӣ ташаккул ёфтааст [30]. Сарчашмаҳои илмӣ ба дигаргуниҳои сохтори НБ ва мавҷудияти муҳтавии патологияи дарунӣ (чинҳо, дивертикула, киста) ҳамчун меъёрҳои муҳимми эхографии иллатнокшавии он далолат менамояд. Хусусан пажӯҳиши [30] нишон медиҳад, ки ҲН-и найчагӣ ҳосилаи гетерогении хориҷитухмдонӣ, ки ба ҳуномос дар қитъаи имплантатсияи эктопӣ бо тағйирёбандагии эхогеннокии ғалқаи эхогенӣ дар зоидҳо мувофиқат мекунад ҳамчун ғалқаи найча маълум аст, нишонаи ҳоси ултрасадо ба ҳисоб меравад. Аломати мазкур бо 95 % арзиши мусбати пешгӯиикунанда тавсиф меёбад, таҳқиқи доплерии ранга бошад, аксаран васкуляризацияи ғалқамонанро визуализатсия менамояд [30].

Дар Ҷумҳурии Тоҷикистон солҳои охир таҳқиқотҳои, ки ба ташхиси ултрасадои ҲН бахшида шуда бошанду зимни онҳо хусусиятҳои зухуроти нишонаҳои маълуми беморӣ дар гурӯҳи маҳсули занҳо бемор аниқ бошад, ба нудрат рӯйи ҷопро дидаанд [5,19,20]. Қўшиши ташхис намудани ҷойгиршавии найчагии тухми бордоршуда бо истифода аз ТУС ба амал оварда шуд, ки истифодаи амалнамоии трансвагиналӣ бо басомади 7 МГц натиҷабахшии баланди усулро таъмин менамояд ва он ба 100 % расидааст [19]. Аз ҷониби муаллифон муайян шуд, ки саҳеҳияти ташхис ба андозаи тухми бордоршуда, муҳлати ҳамл, ҷойгиршавии ҲН ва мавҷудияти патологияи ҳамроҳ вобастагӣ дорад. Дар ҳолати ошкор кардани

ҳосилаҳои патологӣ ҷойгиршавии он, андоза, шакл, тарҳ, сохтори дарунӣ ва эхогеннокӣ, инчунин қимати тухми бордоршуда муайян карда шуд.

Мувофиқи маълумоти сарчашмаҳо маркерҳои эхографии ҳомилагии эктопии интерстисиалӣ маҳсуб меёбанд: визуализатсияи ковокии холии бачадон, ошкор шудани тухми бордоршуда, ки дар алоҳидагӣ ва 1 см латериалитар аз канори ковокии бачадон ҷойгир шудааст, инчунин миометрияи тунукшуда дар қитъаи имплантатсия.

Тавре аз сарчашмаҳои таҳлилшуда бармеояд, дақиқияти ТУС дар ташҳис ба 100 % намерасад, ки барои оптимизатсияи раванди ташҳис ба зарурати якҷоя намудани он бо СДК-ро ба миён меорад [18, 40].

Ба туфайли интегратсияи усулҳои нави ғайриолоишии визуализатсия, хусусан СДК дар амалияи клиникӣ, ташҳиси нисбатан барвақтӣ ва саҳеҳи ХХ найчагӣ имконпазир гардид [18,40].

Маълумоти сарчашмаҳо [18, 40] аз он дарак медиҳанд, ки СДК ҳангоми ХХ бо визуализатсияи дараҷаи баланди васкуляризатсия дар мавзеи трофобласти эктопӣ тавсиф меёбад, ки дар қиёс ба ТУС-и трансвагиналӣ боиси аз 71 % то 87 % афзудани ҳассосияти ташҳисии усул мегардад.

Як зумра муҳаққиқон дар Ҷумҳурии Тоҷикистон [1, 12, 19, 20] дар таҳқиқи механизмҳои инкишоф, омилҳо, усулҳои ташҳис (ТУС-и трансвагиналӣ, лапараскопия) ва муолиҷаи ХХ, инчунин патологияҳои дигарии системаи репродуктивӣ саҳми сазовор гузоштаанд. Бо вучуди ин, омӯзиши дигаргуниҳои рағу бофтавӣ самти асосии таҳқиқоти онҳо набуда, ба масоили патоморфологии НБ ҳангоми ХХ ҷузъан равшанӣ андохта шудааст.

Аз таҳлили умумии адабиёт чунин бармеояд, ки гарчанде вусъати таҳқиқоти ХН фарогири патогенези зухуроти муқаррарӣ ва ғайримуқаррарӣ, маълумоти анамнез, шеваҳои ташҳис (ТУС, лапараскопия ва морфология) ва як қатор стратегияи муолиҷавӣ бошад ҳам, як зумра ҷанбаҳои ХН ба таври бояду шояд омӯхта нашудаанд ва дар оянда пажуҳишхоро тақозо менамоянд,

хусусан:

- ҳаҷми интишороти илмӣ мавҷуда ташкили сохторӣ-функционалии сохтори рағу-бофтавии девораи НБ ва ҳамбастагҳои ултрасадоӣ ҳангоми ХН-ро пурра маълум наменамояд. Маълуман маълумотҳои микдорӣ бо таҳлили таъсири дучонибаи микроанатомӣ якҷоя нашудаанд;

- дигаргуниҳои микроскопӣ ва морфологӣ-математикии сохтори девора ва маҷрои микрогардиши НБ ҳангоми ХН дар занҳо ҳангоми давраҳои аввал ва дуҷуми балоғат омӯзиши минбаъдаро тақозо менамояд;

- ба система даровардани маълумоти ТУС-и қиматҳои анатомии НБ дар мавриди занҳои бемори мубтало ба ХН вобаста ба син (давраи аввал ва дуҷуми балоғат), соматика, шохиси вазни бадан ва дараҷаи ҷарббандӣ зарур аст.

Ҳамин тавр, таҳқиқи дигаргуниҳои патоморфологии НБ ҳангоми меъёр ва ҳангоми ХН, ки бо маълумоти ТУС муқоиса мешавад, метавонад дар амиқ дарк намудани патогенези бемории мазкур ва таҳияи меъёрҳои нисбатан дақиқи ташҳиси ХН саҳми сазовор гузорад. Илова бар ин, пажуҳиши мазкур муайян намудани хусусиятҳои механизми равандҳои патоморфологии НБ-ро дар занҳо вобаста ба навъи соматикӣ ва шохиси вазни бадан имконпазир менамояд.

Адабиёт

1. Абдурахманова, Н. Дж. Возможность использования эндоскопических технологии при внематочной беременности [Текст] / Н. Дж. Абдурахманова [и др.] // Материалы ежегодной научно-конференция „Акушерские кровотечения: современные аспекты профилактики массивных кровопотерь.” - Душанбе. – 2024. - С. 8 -10.
2. Аванесянц, А.С. Внематочная беременность. Классификация, диагностики и лечение трубной беременности / (обзор литературы) [Текст] / А.С. Аванесянц, К. В. Тетажеев, И. А. Тебиев // Молодой ученый. - 2019.- №4 (242).- С. 101-102.
3. Дамиров, М. М. Внематочная беременность. [Текст] / М.М. Дамиров [и др.] // М: БИНОМ. – 2019. - 240 с.

4. Даниэле, Д. Д. Внематочная беременность (обзор) [Текст] / Д.Д. Даниэле [и др.] / Клиническая и экспериментальная акушерско-гинекологическая патология. - 2022, 49(12), 262; <https://doi.org/10.31083/j.ceog4912262>.
5. Додхоева, М.Ф. Показатели ультразвукового исследования гениталий у женщин перименопаузального возраста [Текст] / М.Ф. Додхоева [и др.] // Доклады Академии наук Республики Таджикистан. - 2007. - Т. 50, - № 3. - С.278-280.
6. Додхоева, М. Ф. Некоторые аспекты здоровья населения Таджикистана в условиях потепления климата / М. Ф. Додхоева [и др.] // Доклады Академии наук РТ. - 2014. - Т. 57, - № 7. - С. 606 -611.
7. Дули, У. М. Влияние морфологического типа внематочной беременности на точность предоперационной ультразвуковой диагностики [Текст] / У. М. Дули, [и др.] // Ультразвуковая диагностика в акушерстве и гинекологии. - 2019, - №54. - С. 538 -544.
8. Ермаченко, Л.В. Клинико-морфологические особенности трубной беременности [Текст]: автореф. дисс... канд. мед. наук / Л.В. Ермаченко. - Москва, - 2006. - С. - 23.
9. Зашихин, А.Л. Сравнительный анализ морфофункциональной организации гладкой мускулатуры маточных труб в норме и при эктопической беременности [Текст] / А.Л. Зашихин [и др.] // Медицинская Экология - 2013. - №2. - С. 52-56.
10. Ким Ен-Дин, Анестезиологический менеджмент при Placenta Accreta [Текст] / Е.Д. Ким [и др.] // Pain Medicine Journal. - 2021.-Т.- 6, - № 2.- С. 29-36.
11. Майоров, М.В. Внематочная беременность: современные методы диагностики и лечения [Текст] / М.В. Майоров, С.И. Жученко, О.Л. Черняк // Медицинские аспекты здоровья женщины. - 2013, - № 3.- С. 35-43.
12. Мухиддинов, Н.Д. Современные данные относительно вопросов этиологии, диагностики и патологического влияния трубной формы внематочной беременности на репродуктивное здоровье женщины (обзор литературы) / Н.Д. Мухиддинов [и др.] // Вестник ТГУ - 2017. - Т. 22 (6) - С. 1654-1660.
13. Нартаева, А.Е. Наблюдение и морфологическая оценка трубной беременности. [Текст] / А.Е. Нартаева // Вестник КазНМУ. - 2015,-№1.- С.-305-306.
14. Носова, К.Е. Неклассическое течение внематочной беременности [Текст] / К.Е. Носова, Е. Н. Веркина // Молодой ученый. - Казань. - 2019. - С.-17-19.
15. Озерская, И. А. Стандартизация ультразвукового исследования патологии придатков матки по IOTA, O-RADS [Текст] / И.А. Озерская // Методические рекомендации. - Москва. - 2022. - 47с.
16. Титова, Г.П. Морфологические изменения в маточных трубах у больных с внематочной беременностью [Текст] / Г.П. Титова [и др.] // Гинекология. - 2019. - 21(6). - С. 26-30.
17. Титова, Г.П. Структурные изменения в маточных трубах у больных с эктопической беременностью [Текст] / Г.П. Титова [и др.] // Неотложная медицинская помощь. - 2020. - Т. 9, -№4.- С.-598-605.
18. Фетишева, Л.Е. Редкие форма внематочной беременности. Проблемы диагностики, лечения, и восстановления фертильности [Текст] / Л.Е. Фетишева, Г. А. Ушакова / Российский Вестник Акушера - Гинеколога. - 2017, - №4. - С. 11-19.
19. Ходжамурадов, Г. М. Внематочная беременность, локализованная в культе не до конца удалённой маточной трубы [Текст] / Т. М. Ходжамурадов [и др.] // Весник Авиценны. - 2015. - №1(62).- С. 50-54.
20. Шарипов, Г.Н. Особенности ультразвукового исследования больных с трубной формой внематочной беременности [Текст] / Г.Н. Шарипов, Дж. А. Ходжамурадова, Г. М. Ходжамурадов // Вестник Авиценны. - 2016, -№2.- С.38-41.
21. Шишкина, Т.Ю. Значимость современных методов ультразвуковой диагностики внематочной беременности [Текст]: автореф. дис.... канд. мед. наук / Т.Ю. Шишкина, — Москва, 2018, - 24с
22. Almahloul, Z. Ovarian pregnancy: 2 case reports and a systematic review [Text] / Z. Almahloul [et al.] // Clin Med.- 2023;12:1138.
23. Barnhart, K.T. Tubal Ectopic Pregnancy

[Text] / K.T. Barnhart, M. D. MSCE, M. Franasiak // *Obstetricians and Gynecologists*, - 2018.-Vol.131, - №3.- P.91-103.

24. Borgohain, M. A Histopatological Study of Fallopian Tube Lesions- in Tertiary Care Centre [Text] / M. Borgohain [et al] // *Int. J. Contemporary Medical Research*. - 2020. - Vol. 7.- Issue 5. - P. 5-8.

25. Buzinskiene, D. Case report: Ectopic pregnancy in the interstitial part of the fallopian tube [Text] / D. Buzinskiene, [et al.] // *Frontiers in Surgery*. - 2023, goi 10.3389/frurg.2023.1197036.

26. Cheng, X. Comparison of the fertility outcome of salpingotomy and salpingectomy in women with tubal pregnancy: a systematic review and meta-analysis. [Text] / X. Cheng [et al.] // *PLoS One* 2016; 11:e0152343.

27. Damiani, G.R. Extra-uterine bilateral tubal ectopic pregnancy. [Text] / G.R. Damiani [et al] // *Updat Surg*. - 2020;72(4): 1289-90.

28. Di, T. L. Interstitial pregnancy: from medical to surgical approach- report of three cases [Text] / T. L. Di [et al] // *Case Rep Obstet Gynecol*. - 2018: 2815871. doi: 10.1155/2018/2815871

29. Dutta, D.C. Polycystic Ovary Syndrome [Text] / D.C. Dutta // Jaypee Brothers Med.Pud. Private Limited; 1st edit/ Clin. Obstet. Gynecol. - 2004. P.-46.

30. Eghali, E. Spontaneous bilateral tubal ectopic pregnancy preoperatively diagnosed by the ultrasound: a case report [Text] / E. Eghali, [et al.] // *BMC Pregnancy and Childbirth*. - 2023. -23.-125- P.-1-5

31. Gathura, J.E. Spontaneous bilateral tubal ectopic pregnancy in a low-risk patient: a case report with implications for preoperative patient counseling. [Text] / J.E. Gathura [et al] // *Case Rep Obstet Gynecol*. - 2021:5588869

32. Gupta, A. Histological Patterns in Fallopian Tube Pathology - A Retrospective Study of 200 Consecutive Cases [Text] / A. Gupta // *Global Journal of Pathology Laboratory Medicine*. - 2023. - Vol. 1(6). - 5; <https://doi.org/10.52402/Pathology216>.

33. Li, H. Clinical analysis of women with ovarian pregnancy: a retrospective case-control study [Text] / H Li [et al.] // *BMC Pregnancy Childbirth*. - 2022, 22:768.

34. Mahajan, D. Histological Patterns in Fallopian Tube Pathology - A Retrospective Study of 200 Consecutive Cases. [Text] / D. Mahajan et al // *JK Science*. - 2016. №18.- P. 23-30.

35. Marchand, G. Management of interstitial pregnancy in the era of laparoscopy: a meta-analysis of 855 case studies compared with traditional techniques. [Text] / G. Marchand [et al.] // *Obstet Gynecol Sci*. (2021) 64(2): 156-73. doi: 10.5468/ogs.20299

36. Mondal, H. Histopathology of fallopian tubes: a study in the age group of 35-50 years in a metropolis of Eastern India [Text] / H. Mondal, S [et al.] // *International Journal of Medical Research and Review*. – 2016. - Vol. 4: Issues 5. - P. 695-699.

37. Nadim, B. Morphological ultrasound types known as “blof,, and „bagel” signs should be reclassified from suggesting probable to indicating definite tubal ectopic pregnancy [Text] / B. Nadim [et al.] // *Ultrasound Obstet Gynecol*. - 2018,- №51(4).-P. 543-549. doi: 10.1002/uoq.17435, Epub - 2018. Mar 11.

38. Nishat, A. A Study on Histopathological Spectrum of lesions in Surgically Resected Specimens of Fallopian Tube: A Case Series [Text] / A. Nishat, M.A. Ansazi, A.K. Sinha // *J of Dental and Medical Sciences*. - 2020. - Vol. 19. - Issue 5. - Ser. 8. – PP. 9-14.

39. Panelli, D. M. Incident, diagnosis and management of tubal and nontubal ectopic pregnancies: a review [Text] / D. M. Panelli, C.H. Phillips, P.C. Brady // *Fertility Research and Practice*. - 2015, - Vol.1, - №15 goi 10.1186/540738-015 - 0008 –z.

40. Parker, R.A. MR imaging findings of ectopic pregnancy : a pictorial review. [Text] / R.A. Parker [et al] // *Radio - Graphics*. - 2012; 32: 1445-1460.

41. Pascual, M.A. Ultrasound diagnosis ovarian ectopic pregnancy after in vitro fertilization with salpingectomy and literature review [Text] / M. A. Pascual [et al.] // *J. Reprod Biol Endocrinol*. – 2017.-1(1). - P. 5-8.

42. Patel, J. Spectrum of histopathological changes in fallopian tubes - a study of 350 cases [Text] / J Patel // *Int J. Sei Res Ahmedabad*. – 2016.- № 5(1).-P. 180-181.

43. Realista, R. Double Trouble: A Case report of Bilateral Tubal Ectopic Pregnancy after Intrauterine Insemination Along With a Literature Review [Text] / R. Realista, A. Calhau, I. // Pereira Cureus, -2025.- 17(2):e79294. doi10.7759/cureus.79294.
44. Robert, L. Diagnosing ectopic pregnancy in the emergency setting [Text] / L. Robert, [et al.] // Ultrasonography, -2018, - №37(1) - P. 78-87. <https://doi.org/10.14366/usq.17044p> ISSN:2288-5919; eISSN22885943.
45. Sagiv, R. Interstitial pregnancy management and subsequent pregnancy outcome [Text] / R Sagiv [et al.] // Acta Obstet Gynecol Scand.(2013) 92(11): 1327-30. Doi: 10.1111/aogs.12239.
46. Sargin, M.A. Is interstitial pregnancy clinically different from corneal pregnancy? A case report [Text] / M.A Sargin [et al.] // J. Clin Diagn Res.(2015) 9(4): QD05-6. doi: 10.7860/JCDR/2015/12198.5836.
47. Sharma, R. A study of histopathological changes in fallopian tubes in ectopic pregnancy [Text] / R. Sharma, D. S.Biligi // J. Cur Res. Rev.- 2015, -Vol. 7. - P. 54 – 58.
48. Solangon, S. A. Ovarian ectopic pregnancy: Clinical characteristics, ultrasound diagnosis and management [Text] /S. A. Solangon, J. Naftalin, D, Jurkovic // Ultrasound, Obstet Gynecol, - 2024.№ 63. –P. 815-823.
49. Temirova, D.O. Ectopic pregnancy is a disease requiring emergency assistance | Text] / D. O. Temirova // Modern Science and Research. - 2025. - 4(2), - P. 920-928. Retrieved from <https://inlibrary.uz/index.php/science-research/article/view/67580>.
50. Tulandi, T. Patient education: Ectopic (tubal) pregnancy (Beyond the Basics) [Text] / T. Tulandi www.uptodate.com© 2025, 12:15 Up To Date. Inc. and/or its affiliates. All Rights Reserved.
51. Utamuratov, X. Q. Preservation of fallopian tubes in ectopic pregnancy [Text] / X. Q. Utamuratov, S. S. Mamatgobilova, S.S. Mamatgobillova // J. Medical Science.- 2023. - V.25. - P. 87- 88.
52. Wang, Z.Z. Simultaneous bilateral fallopian tubal pregnancy of a laparoscopic definite spontaneous unilateral ovulation: a case report [Text] / Z.Z. Wang, [et al.] // BMC Pregnancy Childbirth.- 2022; 22(1): 1-4.

ЧАШНВОРА



Мирзо Назаровичи мухтарам,

Раёсат ва Кумитаи иттифоқи касабаи кормандони МДТ “Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абуалӣ ибни Сино” Шуморо ба муносибати чашни фархунда табрик мекунамд.

Мирзо Назаровичи мухтарам, Шумо ба сифати як мутахассиси варзида фаъолияти касбиатонро ҳамчун омӯзгор ва олими сермахсул ба омӯзиши рустаниҳои шифобахши Тоҷикистон ва истифодаи оқилонаи онҳо бахшида, дар ин самт ба дастовардҳои бузурги илмӣ ноил гаштаед. Солҳои зиёд дар муассисаҳои гуногуни илмӣ мамлакат ба таҳқиқи масоили мубрами ин соҳа машғул шуда бошед ҳам, аз соли 1978 фаъолияти минбаъдаатонро дар Донишгоҳи тиббӣ ба таълиму тарбияи мутахассисони ҷавони

соҳаи фарматсевтӣ бахшидед ва бо меҳнати ҳалол ва садоқат ба касб дар байни ҳамкасбону шогирдон обрӯ ва эҳтироми баландро сазовор гардидаед.

Шумо солҳои зиёд вазифаи дотсентӣ ва мудирии кафедраи фармакогнозия ва ташкили иқтисоди фарматсияро (аз соли 1989) бошарафона иҷро намуда, тавассути талошҳои пайгиронаатон ба унвони баланди Профессори фахрии ДДТТ ба номи Абуалӣ ибни сазовор гаштаед. Ба ҳайси олими варзидаи соҳа дар таълиф ва таҳияи якчанд китобҳои дарсӣ, дастурҳои таълимӣ фаъолона ширкат варзида, бештар аз 180 мақолаи илмиатон оид ба масъалаҳои мубрами соҳа дар нашриҳои гуногуни илмӣ ҷумхурӣ ва берун аз он ба таъби расидаанд, ки ҳар кадоми онҳо дар кушодани гиреҳҳои нозуки соҳаи дорусозӣ нақши босазо гузоштаанд.

Медалҳои «Барои хизмати шоён», «Хизмати шоиста», «10-солагии Қувваҳои Мусаллаҳи Ҷумҳурии Тоҷикистон» ва медали ҷашнии соҳавӣ бахшида ба 1025-солагии Абуалӣ ибни Сино, ки имрӯз сари синаи Шуморо зиннат медиҳанд, гувоҳи қадршинунии заҳматҳои бисёрсолатон аз тарафи Давлату Ҳукумати Тоҷикистон мебошанд.

Мирзо Назаровичи азиз, дар ин рӯзи фирӯз, бори дигар Шуморо бо ин ҷашни мубораки мавлудатон самимона муборакбод намуда, бароятон тани сихату хотири ҷамъ ва бахту иқболи накуву дастовардҳои боз ҳам баланди илмиву эҷодиро таманно дорем.

Роҳбарияти МДТ Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абуалӣ ибни Сино, ҳайати таҳририяи маҷаллаи илмӣ-амалии “Авҷи Зухал”.

ҚОИДАҲОИ ҚАБУЛИ МАҚОЛАҲО

**Муаллиф бояд ҳангоми ба идораи маҷаллаи "Авчи Зухал"
пешниҳод намудани мақола ҚОИДАҲОИ зеринро риоя кунад:**

1. Мақола бояд дар компютер бо истифода аз барномаи VS Word 6,0-7,0 хуруфи андозааш 14 Times New Roman Tj, ҳошияҳо 2,5 см ва фосилаи байни сатрҳо 1,5 мм хуруфчинӣ ва дар ду нусха дар як тарафи варақ чоп карда, бо ҳамроҳии шакли ҳатмии электронии мақола пешниҳод гардад.
2. Мақолаҳои оригиналие, ки ба мушоҳидаҳои ҷудогонаи таҷрибаҳои амалӣ бахшида шудаанд, бояд аз 12 саҳифа зиёд набоянд.
3. Пешниҳод кардани Шохиси ВДБ (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, муҳимият, мубрамиёт ва қаблан чоп нашудани мақола бояд зикр шавад.
6. Дар аввали мақола унвони он (бо хуруфи Caps Lock сиёҳ), ному насаби муаллиф (нимсиёҳ), номи ҳуқуқи муассиса оварда шавад. Дар охири мақола бо ду забон (русӣ ва англисӣ) маълумот дода шавад. Агар шумораи муаллифон аз 4 нафар зиёд бошад, саҳми ҳар як муаллифро дар таълифи ин мақола додан зарур аст.
7. Мақола бояд бобҳои зеринро дошта бошад: реферат (резюме), калимаҳои калидӣ, муҳимият (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 муъҷаз, 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 (қойи қор 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 «ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино»,**

Идораи маҷаллаи "Авчи Зухал"

Дар Матбааи МДТ «ДДТТ ба номи Абуалӣ ибни Сино» ба табъ расидааст.

*Ба ҷопаш 15.09.2025 имзо шуд. Андозаи 60x84 $\frac{1}{16}$,
8 ҷузъи ҷопӣ. Адади нашр 100 нусха.*