



**САРДАБИР**  
д.и.т., дотсент, 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

### **ШҶҶҶҶҶ 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  
Ҳабӣбова 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)  
Ҳолбекиён 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:**  
**№ 2 (59) 2025**

Мувофиқи қарори Раёсати КОА назди Президенти Ҷумҳурии Тоҷикистон" 31.01. соли 2019, таҳти №29 маҷаллаи мазкур ба феҳристи маҷаллаву нашрияҳои илмӣ тақризӣ, 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](mailto:avjizuh@tajmedun.tj)  
Сомона: [www.avji-zuhal.tj](http://www.avji-zuhal.tj)



**ГЛАВНЫЙ РЕДАКТОР**  
д.м.н., доцент, Икром 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  
Додхох Ч. 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

Табариён 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  
Каландарзода 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:**  
**№ 2 (59) 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: [avjizuhalt@tajmedun.tj](mailto:avjizuhalt@tajmedun.tj)  
Сайт: [www.avji-zuhalt.tj](http://www.avji-zuhalt.tj)

## МУНДАРИЧА

|                                                                                                                                                                                   |    |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| <b>Алиев З.М., Саидова М.Н.</b> Омӯзиши ҳолати эпидемиологии бемориҳои рӯҳӣ дар Ҷумҳурии Тоҷикистон бо мақсади таъмини оқилонаи онҳо бо доруҳо.....                               | 8  |
| <b>Бадалова З.А., Махмудова М.М.</b> Таъсири радиатсияи ионизатсияшуда ба ҳолати биомембранаҳои эритроцитҳои кӯдакон.....                                                         | 14 |
| <b>Баротов И.И., Бандаев И.С., Мукаррамова Д.А., Чалолзода М.Ч., Аҳмадзода А.П.</b> Ҷанбаҳои иҷтимоии аҳоли ба табиббони оилавӣ дар ноҳияи Ёвон.....                              | 19 |
| <b>Болиева Г.У., Ошурмамадова Р.Б., Хайридинова С.С., Давлятова Д.М., Раҳматова Ф.К.</b> Омилҳои хатар ва лаҳзаҳои калидии инкишофи синдроми метаболикӣ дар занҳои нозоянда.....  | 24 |
| <b>Забириков Н.Н., Юсуфӣ С.Ч., Маъруфов А.Г., Халилова Ш.Н.</b> Омӯзиши хосиятҳои бактериотсидии гелҳо бо таъсири зиддибактериалг дар асоси экстракти ширинбияи луч.....          | 30 |
| <b>Зафаров Х.А., Султоналиева Г.Ш., Султоналиева С.Б., Синонова С.Д.</b> Хусусиятҳои психофизиологии варзишгарон - захираи баланд бардоштани самаранокии фаъолият.....            | 37 |
| <b>Зубайдов Р.Н.</b> Зухуроти барвақти осеби рағҳо ва омилҳои хавф дар беморони бу“умдарди тарбодмонанд.....                                                                      | 42 |
| <b>Қобилзода А.М. Шаропов Ф.С., Раҳмонов Р.О.</b> Омӯзиши вобастагии сохт ва хосияти зиддиилтиҳобии галогенҳосилаҳои эфедрин.....                                                 | 46 |
| <b>Меҳмонов П.Х., Юсупова М.Х.</b> Табобати моно-омехта ҳангоми муолиҷаи фишорбаландии шарёи дар бартарафсозандагони оқибатҳои садамаи НБА Чернобил дар давраи дур.....           | 51 |
| <b>Насирҷонова Х.Р., Сабурова А.М.</b> Ҳолати эндотелияи хунрағҳо дар беморони музмини инсидодии шуш.....                                                                         | 56 |
| <b>Расулова С.А., Исмоилов К.И.</b> Ҳолати масунияи гуморалӣ дар кӯдакони гирифтори пневмония.....                                                                                | 60 |
| <b>Раҳматуллоева З.Р., Ёдгорова М.Ч., Хайдарова С.Ф., Мукаррамова Д.А., Хоҷаева З.Г.</b> Сирояти ситомегаловируси кӯдакон дар таҷрибаи табиби оилавӣ.....                         | 64 |
| <b>Сирочидинова У.Ю., Бобоҳочаев О.И., Розиков У.И.</b> Самаранокии донишҷӯёни сироятёфта, ки хавфи зиёди гирифтورشавӣ ба бемории сил доранд.....                                 | 68 |
| <b>Ҳамидов Ф.М.</b> Таъсири чуррабурӣ ва тармими мавзеи қадқашак бо истифода аз калонкунии оптикӣ ва техникаи дақиқ ба сифати зиндагии мардон.....                                | 71 |
| <b>Файзалиев Н.Ф., Азимов М.И.</b> Табобати интенсивӣ, нишондиҳандаҳои гемодинамикӣ ҳангоми осеби косахона ва мағзи сар.....                                                      | 77 |
| <b>Ҷӯраева Н.С., Раҳматов А.Ш., Ҳайтов С.С., Зиёдалиева Т.З., Нӯшеровни Б.Х., Расулов Ё., Юсуфзода П.А.</b> Арзёбии бемории сил дар шаҳри Душанбе дар давоми солҳои 2017-2022.... | 82 |

## ЛАҲЗАҲО АЗ ТАҶРИБА

|                                                                                                                                                                              |    |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| <b>Авғонов У.М. Неъматзода О., Ҷураев Ш.М., Тоҳиров Ф.С., Зугуров А.Х., Гиёсиев И.К.</b> Ҳолати табобати бомуваффақияти эндоваскулярии окклюзияи шарёи чапи зерӣ кулфак..... | 86 |
| <b>Ҳоликова Н.Н., Бобоходжаева З.Б.</b> Ҳолатҳои клиникӣ лимфангиолейомиоматози шушҳо.....                                                                                   | 90 |

## ШАРҲИ АДАБИЁТ

|                                                                                                                                                  |    |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| <b>Ташметов М.Н., Ҳакимов Г.А., Зикирхонҷаев Д.З., Юлдошев Р.З.</b> Имкониятҳои муосирӣ табобати саратони гарданаки бачадон (Шарҳи адабиёт)..... | 96 |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|

## ТАЪРИХИ ТИБ

|                                                                                                                                                                                                     |     |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| Нурзода А.Р. Муҳофизати модару кӯдак дар марҳилаҳои аввалини рушди тандурустии Тоҷикистон.....                                                                                                      | 107 |
| Ҳусейнзода З.Ҳ., Гулзода М.Қ., Муҳиддин Н.Д., Ҳамидов Ф.М., Қобилзода Қ.Қ. Таърих, рушд ва вазъи кунунии таҳсилоти баъдидипломии Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абуалӣ ибни Сино..... | 113 |

## ЁДБУД

|                              |     |
|------------------------------|-----|
| 100-солагии Пӯлодов А.М..... | 120 |
|------------------------------|-----|

## СОДЕРЖАНИЕ

|                                                                                                                                                                                          |    |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| <b>Алиев З.М., Саидова М.Н.</b> Изучение эпидемиологической ситуации психиатрических больных в Республики Таджикистан для их рационального лекарственного обеспечения.....               | 8  |
| <b>Бадалова З.А., Махмудова М.М.</b> Влияние ионизирующего излучения на состояние биомембран эритроцитов у детей.....                                                                    | 14 |
| <b>Баротов И.И., Бандаев И.С., Мукаррамова Д.А., Джалолзода М.Дж., Ахмадзода А.П.</b> Социальные аспекты семей закрепленного населения за семейными врачами Яванского района.....        | 19 |
| <b>Болиева Г.У., Ошурмамадова Р.Б., Хайридинова С.С., Давлятова Д.М., Рахматова Ф.К.</b> Факторы риска и пусковые моменты развития метаболического синдрома у инфертильных женщин.....   | 24 |
| <b>Забилов Н.Н., Юсуфи С.ДЖ, Маъруфов А.Г., Халилова Ш.Н.</b> Изучение бактерицидных свойств комбинированных гелей на основе экстракта солодки голой.....                                | 30 |
| <b>Зафаров Х.А., Султоналиева Г.Ш., Султоналиева С.Б., Синонова С.Д.</b> Характеристики психофизиологии спортсменов - резерв для повышения эффективности деятельности.....               | 37 |
| <b>Зубайдов Р.Н.</b> Ранние проявления поражения сосудов и факторы риска у больных ревматоидным артритом.....                                                                            | 42 |
| <b>Кобилзода А.М., Шаропов Ф.С., Рахмонов Р.О.</b> Изучение структурных взаимоотношений и противовоспалительных свойств галогенпроизводных эфедрина.....                                 | 46 |
| <b>Мехмонов П.Х., Юсупова М.Х.</b> Моно-комбинированная терапия при лечении артериальной гипертензии у ликвидаторов последствий аварии на чернобыльской АЭС в отдаленном периоде.....    | 51 |
| <b>Насырджонова Х.Р., Сабурова А.М.</b> Состояние эндотелия сосудов у больных с хронической обструктивной болезнью легких.....                                                           | 56 |
| <b>Расулова С.А., Исмоилов К.И.</b> Состояние гуморального иммунитета у детей с пневмониями.....                                                                                         | 60 |
| <b>Рахматуллоева З. Р., Ёдгорова М. Дж., Хайдарова С.Ф., Ходжаева З.Г.</b> Цитомегаловирусная инфекция у детей в практике семейного врача.....                                           | 64 |
| <b>Сироджидинова У.Ю., Бобоходжаев О.И., Розиков У.И.</b> Эффективность студентов, группирующих высокий риск заболевания туберкулезом.....                                               | 68 |
| <b>Хамидов Ф.М.</b> Влияние паховой герниопластики на качества жизни пациентов мужского пола с использованием оптического увеличения и прецизионной техники.....                         | 71 |
| <b>Файзалиев Н.Ф., Азимов М.И.</b> Интенсивная терапия, гемодинамические показатели при черепно-мозговой травмы.....                                                                     | 77 |
| <b>Джураева Н.С., Рахматов А.Ш., Хаитов С. С., Зиёдалиева Т.З., Расулов Ё., Нушервони Б.Х., Юсуфзода П.А.</b> Оценка заболеваемости туберкулезом в городе Душанбе на 2017-2022 годы..... | 82 |

## СЛУЧАИ ИЗ ПРАКТИКИ

|                                                                                                                                                                               |    |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| <b>Авгонов У.М., Неъматзода О., Джураев Ш.М., Тохиров Ф.С., Зугуров А.Х., Гиёсиев И.К.</b> Случай успешного эндоваскулярного лечения окклюзии левой подключичной артерии..... | 86 |
| <b>Холикова Н.Н., Бобоходжаева З.Б.</b> Клинический случай лимфангиолейомиоматоза легких.....                                                                                 | 90 |

## ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ

|                                                                                                                             |    |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| <b>Ташметов М.Н., Хакимов Г.А., Зикийраходжаев Д.З., Юлдошев Р.З.</b> Современные возможности терапии рака шейки матки..... | 96 |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|

## ИСТОРИЯ МЕДИЦИНЫ

|                                                                                                                                                                                                                                |     |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| Нурзода А.Р. Защита материнства и детства на первых этапах развития здравоохранения Таджикистана.....                                                                                                                          | 107 |
| Хусейнзода З.Х., Гулзода М.К., Мухиддин Н.Д., Хамидов Ф.М., Кобилзода К.К. История развитие и современное состояние последипломного образования в Таджикском государственном медицинском университете им. Абуали ибн Сино..... | 113 |

## ПАМЯТНЫЕ ДАТЫ

|                                             |     |
|---------------------------------------------|-----|
| 100-летие со дня рождения Пулодова А.М..... | 120 |
|---------------------------------------------|-----|

## CONTENTS

|                                                                                                                                                                                                  |    |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| <b>Aliev Z.M., Saidova M.N.</b> Studying the epidemiological situation psychiatric patients in the Republic of Tajikistan for their rational medicine provision.....                             | 8  |
| <b>Badalova Z.B., Махмудова M.M.</b> State of erythrocyte bio membranes in children under the influence of ionizing radiation.....                                                               | 14 |
| <b>Barotov I.I., Bandaev I.S., Mukarramova D.A., Jalolzoda M.J., Ahmadzoda A.P.</b> Social aspects of families of the population assigned to family doctors of the yavan region.....             | 19 |
| <b>Bolieva G.U., Oshurmamadova R.B., Khayridinova S.S., Davlyatova D.M., Rahmatova F.K.</b> Risk factors and triggering points for the development of metabolic syndrome in infertile women..... | 24 |
| <b>Zabirov N.N., Yusufi S.J., Marufov A.G., Khalilova Sh.N.</b> Studying the bactericidal properties of combined gels based on glycorip extract.....                                             | 30 |
| <b>Zafarov Kh.A., Sultonalieva G.Sh., Sultonalieva S.B., Sinonova S.D.</b> Characteristics of psychophysiology and reserve athletes for improving performance.....                               | 37 |
| <b>Zubaidov R.N.</b> Early manifestations of vascular lesions and risk factors in patients with rheumatoid arthritis.....                                                                        | 42 |
| <b>Qobilzoda A.M., Sharopov F.S., Rahmonov R.O.</b> Study of the structural relationship and anti-inflammatory properties of halogen derivatives of ephedrine.....                               | 46 |
| <b>Mehmonov P.H., Jusupova M.H.</b> Mono-combination therapy for treatment of arterial hypertension in liquidators of the accident at the Chernobyl lac in the remote period.....                | 51 |
| <b>Nasyrjonova H.R., Saburova A.M.</b> State of the vascular endothelium in patients with chronic obstructive pulmonary disease.....                                                             | 56 |
| <b>Rasulova S.A., Ismailov K.I.</b> The state of humoral immunity in children with pneumonia.....                                                                                                | 60 |
| <b>Rakhmatulloeva Z.R., Yodgorova M. J., Khaidarova S.F., Khodjaeva Z.G.</b> Cytomegalovirus infection in children in the practice of a family doctor.....                                       | 64 |
| <b>Sirodzhidinova U.Y., Bobokhokhaev O.I., Rozikov U.I.</b> Efficacy of students at high risk for tuberculosis.....                                                                              | 68 |
| <b>Khamidov F.M</b> impact of inguinal hernioplasty on quality of life in male patients using optical magnification and precision technology.....                                                | 71 |
| <b>Fayzaliev N.F., Azimov M.I.</b> Intensive care, hemodynamic parameters for traumatic brain injury.....                                                                                        | 77 |
| <b>Juraeva N.S., Rahmamatov A.Sh., Haitov S.S., Ziedalieva T.Z., Rasulov E., Nushervoni B.H.</b>                                                                                                 |    |
| <b>Yusufzoda P.A.</b> Assessment of tuberculosis incidence in the city of Dushanbe for 2017-2022.....                                                                                            | 82 |

## CASES FROM PRACTICE

|                                                                                                                                                                                                                             |    |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| <b>Avgonov U.M., Nematzoda O., Dzhuraev Sh.M., Tohirov F.S., Zugurov A.Kh., Giyosiev I.K.</b> The article describes the case of successful stenting of the left subclavian artery because of atherosclerotic occlusion..... | 86 |
| <b>Kholikova N.N., Bobokhojaeva Z.B.</b> Clinical case of pulmonary lymphangiomyomatosis.....                                                                                                                               | 90 |

## LITERATURE REVIEW

|                                                                                                                                  |    |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| <b>Tashmetov M.N., Khakimov G.A., Zikiryakhodzhaev D.Z., Yuldoshev R.Z.</b> Modern possibilities of cervical cancer therapy..... | 96 |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|

## HISTORY OF MEDICINE

|                                                                                                                                                                                                                                |     |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| <b>Nurzoda A.R.</b> Protection of mother and child in the first stages of health development of Tajikistan....                                                                                                                 | 107 |
| <b>Khuseinzoda Z.Kh., Gulzoda M.K., Mukhiddin N.D., Khamidov F.M., Kobilzoda K.K.</b> History, development and current state of postgraduate education at the Tajik State Medical University named after Abu Ali ibn Sino..... | 113 |

## MEMORABLE DATE

|                                        |     |
|----------------------------------------|-----|
| 100 th anniversary of Polodov A.M..... | 120 |
|----------------------------------------|-----|

ТДУ: 615.15.

## **ОМУЗИШИ ҲОЛАТИ ЭПИДЕМИОЛОГИИ БЕМОРИҲОИ РҶҲӢ ДАР ҶУМҲУРИИ ТОҶИКИСТОН БО МАҚСАДИ ТАЪМИНИ ОҚИЛОНИ ОНҲО БО ДОРУҲО**

**Алиев З.М., Саидова М.Н.**

**Кафедраи химияи фарматсевтӣ ва идораву иқтисодиёти фарматсевтии Донишгоҳи мил-  
лии Тоҷикистон**

## **ИЗУЧЕНИЕ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОЙ СИТУАЦИИ ПСИХИАТРИЧЕСКИХ БОЛЬ- НЫХ В РЕСПУБЛИКИ ТАДЖИКИСТАН ДЛЯ ИХ РАЦИОНАЛЬНОГО ЛЕКАР- СТВЕННОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ**

**Алиев З.М., Саидова М.Н.**

**Кафедра фармацевтической химии и управления экономики фармации, Таджикского нацио-  
нального университета.**

**Цель исследования.** В статье представлены результаты анализа нормативно-правовых документов касающихся психиатрических больных и тенденция заболеваемости.

**Материал и методы исследования.** На основании анализа нормативно-правовой доку-  
ментации страны было установлено, что для совершенствования фармацевтической со-  
ставляющей медицинской помощи пациентам с психиатрическими заболеваниями учи-  
тывая международный опыт отсутствует закон об охране психического здоровья, нацио-  
нальные программы, отсутствие полноценного доступа психиатрической помощи в се-  
лах и школьно-образовательных учреждениях, недостаточное финансирования на закупку  
лекарств, не введение данных групп препаратов в Список Основных Лекарственных  
Средств и недостаточность номенклатуры разрешенных в Республике Таджикистан ле-  
карств для лечения психиатрических больных, что в свою очередь ограничивает доступ-  
ность жителей страны к высокоэффективной лекарственной терапии.

**Результаты исследования и их обсуждение.** Установлено, что за период 2019-2023 гг.  
психиатрическая заболеваемость в стране увеличилось на 10,8%. Пик заболеваемости  
пришел на 2020г. Рост заболеваемости пришелся на столицу города и увеличился на 112%.  
По областям страны наблюдается снижение динамики заболеваемости (в РРП на – 22,1%;  
в Хатлонской области на -8,7%; в Согдийской области на – 25,9% и в ГБАО на -31,9%). В  
результате исследования было установлено, что не смотря на снижение показателя психи-  
атрических заболеваний по областям страны в некоторых городах и районах областей  
наблюдается быстрый рост заболеваемости самый высокий рост психиатрических забо-  
леваний приходится на г.Бохтар (84,1%), Носири Хусрав (75,4%), Темурмалик (58,8%),  
Сарбанд (рост на 30,9%) и Хамадони (63,8%).

**Ключевые слова.** Фармацевтическая помощь, Республика Таджикистан, психиатрия,  
лекарственное обеспечение, нормативно-правовая документация, психологическая по-  
мощь, Детский Фонд ООН (ЮНИСЕФ).

## **STUDYING THE EPIDEMIOLOGICAL SITUATION PSYCHIATRIC PATIENTS IN THE REPUBLIC OF TAJIKISTAN FOR THEIR RATIONAL MEDICINE PROVISION**

**Aliev Z.M., Saidova M.N. AND**

**Tajik National University, Department of Pharmaceutical Chemistry and Pharmacy Economics  
Management.**

**Objective.** The article presents the results of the analysis of regulatory documents concerning psychiatric patients and the incidence trend.

**Material and methods.** Based on the analysis of the country's regulatory and legal documentation, it was established that in order to improve the pharmaceutical component of medical care for patients with psychiatric illnesses, taking into account international experience, there is no law on the protection of mental health, national programs, and the lack of full access to psychiatric care in villages and school and educational institutions, insufficient funding for the purchase of drugs, failure to include these groups of drugs in the List of Essential Medicines and the insufficiency of the range of drugs permitted in the Republic of Tajikistan for the treatment of psychiatric patients, which in turn limits the accessibility of the country's residents to highly effective drug therapy.

**Research results.** It was also found that during the period 2019-2023, psychiatric morbidity in the country increased by 10.8%. The peak of morbidity came in 2020. The increase in morbidity occurred in the capital of the city and increased by 112%. A decrease in the dynamics of morbidity is observed in the regions of the country (in the RRS by - 22.1%; in the Khatlon region by -8.7%; in the Sughd region by - 25.9% and in GBAO by -31.9%). As a result of the study, it was found that, that despite the decrease in the rate of psychiatric illnesses in the regions of the country, in some cities and districts of the regions there is a rapid increase in the incidence of psychiatric illnesses, the highest increase in psychiatric illnesses occurs in the city of Bokhtar (84.1%), NosiriKhusrav (75.4%), Temurmali (58.8%), Sarband (an increase of 30.9%) and Hamadoni (63.8%).

**Key words:** Pharmaceutical care, Republic of Tajikistan, psychiatry, drug provision, regulatory and legal documentation, psychological care, United Nations Children's Fund (UNICEF).

## **ОМУЗИШИ ҲОЛАТИ ЭПИДЕМИОЛОГИИ БЕМОРИҲОИ РҶҲӢ ДАР ҶУМҲУРИИ ТОҶИКИСТОН БО МАҚСАДИ ТАЪМИНИ ОҚИЛОНаИ ОНҲО БО ДОРУҲО**

*Алиев З.М., Саидова М.Н.  
Донишгоҳи миллии Тоҷикистон*

**Аннотатсия.** Дар мақола натиҷаҳои таҳлили ҳуҷҷатҳои меъёрии марбут ба беморони равоӣ ва тамоюли беморӣ оварда шудааст. Дар асоси таҳлили ҳуҷҷатҳои меъёрии ҷумҳурий маълум гардид, ки бо мақсади беҳтар намудани қисмати фармасевтии ёрии тиббии беморони гирифтори бемориҳои рӯҳӣ бо назардошти таҷрибаи ҷаҳонӣ қонун дар бораи солимии равоӣ, барномаҳои миллий, набудани дастрасии пурра ба хизматрасонии солимии равоӣ дар деҳот ва мактабу муассисаҳои таълимӣ, маблағгузориҳои нокифоя барои хариди доруворӣ, ворид накардани ин гурӯҳҳои доруворӣ ба Рӯйхати доруҳои зарурӣ ва нокифоя будани номгӯи дорухое, ки дар Ҷумҳурии Тоҷикистон барои муолиҷаи беморони рӯҳӣ тасдиқ шудаанд, ки дар навбати худ дастрасии сокинони кишварро маҳдуд мекунад. ба таъбири хеле самаранок доруворӣ. Инчунин маълум гардид, ки барои солҳои 2019-2023. касалии психиатрӣ дар ҷумҳурия 10,8 фоиз афзуд. Сатҳи баландтарини гирифтӣ ба соли 2020 рост омад. Афзоиши касалӣ дар пойтахт ба амал омада, 112 фоиз афзуд. Дар минтақаҳои ҷумҳурий пастиавии динамикаи беморӣ (дар ноҳияи ҷумҳурий - 22,1 фоиз; дар вилояти Хатлон - 8,7 фоиз; дар вилояти Суғд - 25,9 фоиз ва ВМКБ -31,9 фоиз) мушоҳида мешавад. Дар натиҷаи таҳқиқот маълум гардид, ки бо вучуди пасти шудани сатҳи бемориҳои рӯҳӣ дар баъзе шаҳру ноҳияҳои вилоят афзоиши босуръати бемориҳои рӯҳӣ мушоҳида мешавад; дар шаҳри Бохтар (84,1%), Носири Хусрав (75,4%), Темурмалик (58,8%), Сарбанд (30,9%) ва Ҳамадонӣ (63,8%).

**Калидвожаҳо.** Кӯмаки дорусозӣ, Ҷумҳурии Тоҷикистон, психиатрия, таъминоти доруворӣ, ҳуҷҷатҳои меъёрий, кӯмаки равоӣ, Ҳазинаи кӯдакони Созмони Милалӣ Муттаҳид (ЮНИСЕФ).

**Мубрамият.** Мувофиқи баҳодиҳии пешакии ТУТ танҳо дар як сол паҳншавии ихтилолҳои изтиробӣ ва ҷиддии афсурдагӣ то 26% афзуда ва мутаносибан то 26% ва 28%-ро ташкил медиҳанд [1,2,5,8]. Ба вуҷуд доштани усулҳои самараноки профилактика ва муолиҷа нигоҳ накарда, бисёр беморони гирифтори бемориҳои рӯҳӣ ёрии самараноки тиббӣ дастрасӣ надоранд. Мутаассифона, бисёре аз онҳо инчунин бо стигматизатсия, дискриминатсия ва вайрон кардани ҳуқуқи одам дучор мешаванд [3,6,7,18].

Дар Ҷумҳурии Тоҷикистон маълумот дар бораи паҳншавии бемориҳои рӯҳӣ кам дастрасанд, гарчанде сатҳи ғавт то 6 ба 100.000 нафари аҳоли мерасад. Дар соли 2011 бо ташаббуси Фонди Кӯдакони СММ (ЮНИСЕФ) дар Ҷумҳурии Тоҷикистон таҳқиқоти паҳншавӣ ва динамикаи рафтори худкушӣ дар байни кӯдакон ва ҷавонон гузаронида шуд. Таҳқиқот аз ҷониби До-нишгоҳи Колумбия, дар посух ба хоҳиши раиси вилояти Суғд бо назардошти зиёд шудани миқдори ҳодисаҳои худкушӣ дар байни ҷавонон ва махсусан занҳои минтақа амалӣ карда шуда. Тибқи баҳодиҳӣ ба сатҳи худкушӣ дар вилояти Суғди Тоҷикистон (солҳои 2009-2010) 12,2 ҳолати худкуширо ба 100 000 нафари синну соли 12 то 24 –сола мушоҳида мекунанд. Дар ин гурӯҳи синнусолӣ худкушӣ дар байни занҳо назар ба худкушии ҷавонон зиёд буд. Никхоят, дар солҳои 2015 - 2017, дар байни наврасон дар Тоҷикистон зиёда аз 175 ҳолат бо худкушӣ анҷом ёфтааст [3,4,17]. Чунин зуд баҳо додан аз тарафи Фонди Кӯдакони СММ (ЮНИСЕФ) дар 2018 гузаронида шуда буд. Дар он вақт СММ (ЮНИСЕФ) тавсия карда буд: Барномаи мунтазамро барои волидайн ва оила оид ба балнд бардоштани иттилоотнокӣ аз хусуси инкишофи рӯҳии кӯдакон ва наврасон ва бартараф кардани стигма дар атрофии беморони мубтало ба бемориҳои рӯҳӣ ва шахсони аз ҷиҳати рӯҳӣ солим таҳия ва татбиқ карда шавад; таҳия кардани механизмҳои ҷалб кардани ҷамъияти шаҳрвандон ва мақомоти маҳаллии ҳокимият ба ҷорабиниҳо дар соҳаи ҳифзи солимии рӯҳӣ ва профилакти-

каи худкушӣ дар байни наврасон ва ҷавонон; баланд бардоштани сатҳи огоҳии аҳоли аз муҳим будани ҳифзи солимии рӯҳӣ бо назардошти ҷанбаҳои гендерӣ-ҳиссӣ; барои сохтан ва рушди ташкилотҳои ҷамъиятӣ мусоидат кардан, ба одамоне, ки дар вазъиятҳои мураккаби ҳаёт гирифтор шудаанд, кӯмак расонидан, махсусан духтаронаврасон ва занҳои ҷавон (ба монанди марказҳои бухронӣ, паноҳгоҳҳои муваққатӣ; марказҳои машваратӣ); таъсис додани фондҳо барои маблағгузориҳои фаъолияти созмонӣ ҷамъияти шаҳрвандӣ ва мақомоти маҳаллии ҳокимият дар соҳаи ҳифзи солимии рӯҳӣ ва профилактикаи худкушӣ дар байни наврасон ва ҷавонон ва коркарди механизми шаффоф барои маблағгузориҳои ин просесс [3]. Ин тавсияҳо минбаъд барои амалисозии минбаъдаи барномаи миллии «Рушди наврасон ва иштироки иҷтимоии онҳо» бо таваҷҷуҳ додан ба бехтарсозии солимии рӯҳии наврасон дар кишвар бо роҳи такмил додани системаи дастгирӣ кардани духтарон ва писарон-наврасон дар системаи таҳсилот ва нигоҳдории тандурустӣ нақши муҳим бозидаанд.

Дар таҳқиқоти Д.М. Мухаммадиев, ки ба масоили ташкилии саломатии рӯҳӣ дар Тоҷикистон дар давраи солҳои 1990-2000 бахшида шудааст, муқаррар карда шуд, ки тақрибан дар ҳамаи нозологияҳо афзоиши беморшавӣ дида мешавад: шизофрения, акбмонии аклонӣ ба истиснои ихтилолҳои маҳдуди рӯҳӣ, аз ҷумла ихтилолҳои симптоматикӣ, ки бо норасоии муайяни ташхиси ин гурӯҳи бемориҳо дахл доранд [5].

**Мақсад.** Омӯзиши ҳуҷҷатҳои меъёрӣ-ҳуқуқӣ дар соҳаи бемориҳои рӯҳӣ ва гузаронидани таҳлили паҳншавии бемориҳои рӯҳӣ дар Ҷумҳурии Тоҷикистон.

**Мавод ва усулҳои таҳқиқот.** Ба ҳайси мавод барои таҳқиқ маълумотҳои омории Агентӣ оид ба омори Вазорати тандурустӣ ва ҳифзи иҷтимоии аҳолии Ҷумҳурии Тоҷикистон, санадҳои меъёрӣ-ҳуқуқии Ҷумҳурии Тоҷикистон оид ба нигоҳдории тандурустӣ ҳангоми бемориҳои рӯҳӣ ва фаъолияти фармтсевтӣ хизмат карданд.

Дар таҳқиқот аз усулҳои контент-таҳлил,

систематизатсия, чамъбаст, омори тавсифӣ корбурди барномаи «MS Office EXCEL 2017» истифода шудаанд.

**Натиҷаҳо.** Имрӯз ёрии рӯҳӣ дар Ҷумҳурии Тоҷикистон тавассути чунин қонунҳо ва санадҳои меъёрӣ-ҳуқуқӣ танзим шудаанд [10-19]:

- Қонуни Ҷумҳурии Тоҷикистон аз 30 май соли 2017. №90 «Дар бораи ёрии психиатрӣ»;

- Қонуни Ҷумҳурии Тоҷикистон аз 19 июли соли 2022, №1983 «Дар бораи дору, молҳои тиббӣ ва фаъолияти фарматсевтӣ»;

- Қонуни Ҷумҳурии Тоҷикистон «Дар бораи воситаҳои наркотикӣ, моддаҳои психотропӣ ва прекурсорҳо»;

- Қарори Ҳукумати Ҷумҳурии Тоҷикистон дар бораи «Феҳристи миллии воситаҳои наркотикӣ, моддаҳои психотропӣ ва прекурсорҳо» аз 27 феввали соли 2020, №121;

- Қарори Ҳукумати Ҷумҳурии дар бораи «Феҳристи моддаҳои саҳттаъсир ва захрнок, ҳамчунин бо андозаи калон моддаҳои саҳттаъсир бо мақсади моддаҳои дахлдори Кодекси ҷиноятии Ҷумҳурии Тоҷикистон» аз 26 вавгустии соли 2022, 3421;

- Супориши Вазорати тандурустӣ ва ҳифзи иҷтимоии аҳолии Ҷумҳурии Тоҷикистон аз 02.02.с.2022, №78 Дар бораи «Тартиби истифода ва таъйин кардани воситаҳои наркотикӣ ва моддаҳои психотропӣ бо мақсади тиббӣ»;

- Супориши муштараки Вазорати тандурустӣ ва ҳифзи иҷтимоии аҳолии Ҷумҳурии Тоҷикистон аз 02.02.с.2022, №79 ва Вазорати корҳои дохилии Ҷумҳурии Тоҷикистон аз 02.02. с. 2022, №49 Дар бораи «Тартиби баҳисобгирӣ, тақсим, баровардан ва фурӯши маводи муҳаддир ва моддаҳои психотропӣ»;

- Фармони Вазорати тандурустӣ ва ҳифзи иҷтимоии аҳолии Ҷумҳурии Тоҷикистон аз 03.10. с.2005 №536 «Дар бораи тасдиқ кардани ҷанбаҳои гардиши маводи саҳттаъсир ва воситаҳои дорувории захрнок»;

- Қарори Ҳукумати Ҷумҳурии Тоҷикистон аз 2 июли с. 2008 №297 «Стратегияи

миллии Ҷумҳурии Тоҷикистон оид ба ҳифзи саломатии кӯдакон ва навзодон дар давраи то соли 2015»;

- Қарори Ҳукумати Ҷумҳурии Тоҷикистон аз 5 ноябри с. 2002 №436 «Стратегияи Ҷумҳурии Тоҷикистон оид ба саломатии аҳоли дар давраи то соли 2010 а»

Аз рӯйи натиҷаҳои таҳқиқот муқаррар карда шуд, ки дар Ҷумҳурии Тоҷикистон дар давраи солҳои 2019-2023 бемориҳои психиатрӣ то 10,8% зиёд шудаанд. Қуллаи беморшавӣ дар соли 2020 ба мушоҳида мерасад. Бояд қайд кард, ки ТУТ афзоиши беморшавӣ ба ин бемориҳо дар соли 2020 дар тамоми дунё мушоҳида мекунад, ки ба заминаи пандемияи COVID-19 вобаста аст.

Миқдори беморони гирифтори бемориҳои рӯҳӣ дар вилоятҳо ва ш. Душанбеи Ҷумҳурии Тоҷикистон ба 100.000 аҳоли дар давраи солҳои 2019 – 2023 нишон дод, ки миқдори зиёдтарини беморон ба пойтахти кишвар рост меоянд, ки 74,2 нафар ба 100.000 аҳолиро ташкил медиҳад. Дар давоми 5 сол афзоиши беморӣ низ пойтахт дида шуда, то 112% зиёд шудааст. Дар ҳамаи 4 вилоят кам шудани беморшавида мешавад. Масалан: кам шудан дар НТҶ – 22,1%; дар вилояти Хатлон то -8,7%; дар вилояти Сугд то – 25,9% ва ВМКБ то -31,9%.

Натиҷаҳои таҳқиқот нишон доданд, ки дар НТҶ миқдори бештари беморон дар ноҳияи Тоҷикобод ба мушоҳида расид, ки дар соли 2019 вай 96,7 нафар дар 100.000 аҳолиро ташкил дод. Дар ин ноҳия қуллаи беморшавӣ дар соли 2020 ба мушоҳида расид. Дар давраи зикршуда динамика то 90,1% камшавии бемориҳо нишон дод. Бо паст шудани сатҳи беморшавӣ дар ҷои дуҷум ноҳияи Варзоб меистад, дар ин ҷо соли 2023 миқдори беморон 31,5 нафарро ташкил дод, дар муқоиса аз соли 2019- 50,4 нафар. Минбаъд камшавии беморшавӣ дар ш. Роғун -5,4%; ш.. Ваҳдат – 62,5%; ноҳияи Файзабад – 57,3% дида шуд. Дар дигар ноҳияҳои тобеи ҷумҳурӣ зиёдшавии беморшавии рӯҳӣ ба қайд гирифта шуд, нишондиҳандаи баландтарин дар соли 2023 дар н. Тавилдара -30,9 нафар ба 100.000 аҳоли ба назар расид. Афзоиши

босуръати беморшавӣ дар ш. Ҳиссор – то 28,5%; н. Нуробод – то 38,3%; н. Лахш – то 58,3%; н. Рашт – то 5,9% буд.

Дар ш. Турсунзода ягон бемори рӯҳӣ ба қайд гирифта нашуд. Таҳқиқот дар шаҳрҳои вилояти Суғди Ҷумҳурии Тоҷикистон дар соли 2003 нишон дод, ки сатҳи баландтарини бемориҳои рӯҳ ба 100.000 аҳоли дар н. Зафаробод (32,4 нафар); н. Айнӣ (25,8 нафар); ш. Бустон (20,3 нафар) ва ғайра рост омад. Афзоиши беморӣ дар ш. Гулистон то – 58,1%; дар н. Девашти то – 37,0%; дар ш. Исфара – то 7,7%; дар н. Ҷаббор Расулов то 7,7% расидааст. Якбора паст шудани сатҳи беморшавӣ дар Мастҷоҳи кӯҳӣ то – 76,9%; дар н. Спитамен – то 64,8%; дар ш. Панҷакент – то 41,62%; дар ш. Канибодом то – 57,2% ва дар ш. Истаравшан – то 27,1% ба қайд гирифта шуд. Нишондиҳандаи пасттарини беморшавӣ дар вилояти Суғд дар соли 2023 дар Мастҷоҳи кӯҳӣ мушоҳида шуд, ки 4 нафарро ташкил до два дар н. Ашт 5 чел. нафар ба 100.000 аҳоли.

Дар вилояти Хатлон афзоиши беморшавӣ дар ш. Бохтар (афзоиш то 84,1%), Носири Хусрав (афзоиш то 75,4%), Темурмалик (афзоиш то 58,8%), Сарбанд (афзоиш то 30,9%), Ҷамадонӣ (афзоиш то 63,8%), Фархор (12,0%), н. Шоҳин (афзоиш то 18,4%) ба қайд гирифта шуд. Якбора кам шудани беморшавӣ дар давраи солҳои 2019-2023 дар ш. Қурғонтеппа – то 74,4%; дар н. Вахш – то 70,9%; дар н. Хуросон – то 28,7%; дар н. Балҷуван – то 77,4% ба мушоҳида расид. Устуворӣ дар ш. Норак (дар ин ҷо соли 2023 ба 100.000 аҳоли 26,7 одам), А. Ҷомӣ (8,4 ба 100.000) мушоҳида гашт. Пасттарини нишондиҳандаи беморшиви рӯҳӣ дар соли 2023 дар ноҳияҳои зикршуда дар н. Балҷуван в ан. Вахш 3 нафар ва 5,9 нафар ба 100.000 аҳоли ба мушоҳида расид.

Натиҷаҳои таҳқиқоти паҳншавии бемориҳои рӯҳӣ дар ВМКБ нишон дод, ки афзоиши баландтарини беморшавӣ (то 29,3%) дар давраи солҳои 2019-2023 ба ш. Хорӯғ рост меояд, ки 60,6 ва 49,6 нафар ба 100.000 аҳолиро ташкил додаст. Дар ноҳияҳои Ванҷ (то 72,0%), Ишкошим (32,7%), Дарвоз (то 75%), Мурғоб (46,1%), Рушон (то 17,2) ва

Шуғнон (то 62,8) пастшавии сатҳи беморӣ ба мушоҳида мерасад.

#### Хулосаҳо

1. Натиҷаҳои таҳқиқот нишон доданд, ки дар Ҷумҳурии Тоҷикистон дар давраи солҳои 2019-2023 бемориҳои рӯҳӣ то 10,8% афзудааст. Пик заболеваемости пришел на куллаи баланди беморӣ дар соли 2020 мушоҳида шуд.

2. Муқаррар карда шуд, ки миқдори зиёдтари беморон дар пойтахти кишвар дида шуд, ки 74,2 нафар ба 100.000 аҳолиро ташкил дод. Афзоиши беморӣ дар давраи солҳои 2019-2023 низ ба пойтахти кишвар рост омад, ки то 112% афзудааст. Дар вилоятҳои ҷумҳурӣ паст шудани динамикаи беморӣ (дар НТҚ – 22,1%; вилояти Хатлон -8,7%; вилояти Суғд – 25,9% ва вилояти МКБ -31,9%) буд.

3. Муайян карда шуд, ки ба пастшавии бемориҳои рӯҳӣ дар вилоятҳои ҷумҳурӣ нигоҳ накарда, дар баъзе шаҳро ноҳияҳо афзоиши босуръати беморшавӣ дар 5 соли охир ба назар мерасад. Масалан, дар НТҚ -дар н. Тавилдара нишондиҳанда 30,9 нафар ба 100.000 аҳоли буд. Афзоиши босуръати беморшавӣ инчунин дар н. Ҳиссор – то 28,5%; н. Нуробод – то 38,3%; н. Лахш – то 58,3% буд. Дар вилояти Суғд афзоиши беморӣ дар н. Гулистон то – 58,1% ва дар н. Деваштич то – 37,0%; Якбора кам шудани беморшавӣ дар Мастҷоҳи кӯҳӣ – 76,9%; дар н. Спитамен – то 64,8%; дар ш. Панҷакент – то 41,62% ва дар н. Конибодом то – 57,2%. Дар вилояти Хатлон афзоиши беморӣ дар ш. г. Бохтар (84,1%), Носири Хусрав (75,4%), Темурмалик (58,8%), Сарбанд (30,9%) ва Ҷамадонӣ (63,8%) ба мушоҳида расид. Дар ВМКБ муайян карда шуд, ки афзоиши баландтарин (то 29,3%) дар давраи солҳои 2019-2023 ба ш. Хорӯғ ва н. Рошткалға рост меояд, ки 60,6 ва 49,6 одамро ба 100.000 аҳолиро ташкил дод. Дар натиҷаи таҳқиқот муайян карда шуд, ки дар вилоятҳои ҷумҳурӣ афзоиши баландтарини беморӣ дар ш. Бохтар ва Носири Хусрави вилояти Хатлон ба қайд гирифта шуд.

4. Дар асоси таҳлили асноди меёри ҳуқуқии ҷумҳурӣ муқаррар карда шуд, ки барои такмил додани ҷузъи фармасевтии

расонидани ёрии тиббӣ ба бемориҳои рӯҳӣ таҷрибаи байналмилалиро ба ҳисоб гирифта, қонун дар бораи ҳифзи беморони гирифтори бемориҳои рӯҳӣ, барномаҳои миллӣ вучуд надоранд, набудани дастрасии пурраи ёрии психиатрӣ дар деҳот ва муассисаҳои мактабиву маориф, маблағгузориҳои нокифоя барои харидани дору ва номенклатураҳои дар Ҷумҳурии Тоҷикистон иҷозат додашуда барои таъобати беморони гирифтори бемориҳои рӯҳӣ дар навбати худ дастрасии аҳолиро ба дорудармонии самаранокӣш баланд маҳдуд месозад.

### Адабиёт

1. Таджикистан // Данные по здравоохранению, страновые обзоры. Институт показателей измерения и оценки здоровья (ИПОЗ) [онлайновая база данных]. СिएТЛ (округ Вашингтон): Институт показателей измерения и оценки здоровья; 2019 (<http://www.healthdata.org/tajikistan?language=134>, по состоянию на 19 апреля 2020 г.).
2. WHO-AIMS Report on Mental Health System in the Republic of Tajikistan: Отчет ИОСПЗ–ВОЗ Система охраны психического здоровья в Республике Таджикистан. Dushanbe, 2009.
3. Д.М. Мухамадиев, Р.Х. Муминова. Организационные проблемы психического здоровья в Таджикистане // Вестник психиатрии и психологии Чувашии. 2011, №7. Стр.90-97.
4. Poverty Reduction and Economic Management Unit, Europe and Central Asia Region. Tajikistan: country gender assessment. Washington (DC): World Bank; 2013 (Report No. 77920-TJ; <http://documents.worldbank.org/curated/en/270271468113655525/pdf/779200WP0P14330sessmentJun1302013.pdf>, accessed 19 May 2020).
5. Юнисеф. Краткие результаты. // Быстрая оценка системы охраны психического здоровья и профилактики суицидального поведения среди подростков и молодежи в Республике Таджикистан 2016г.
6. Укрепление сотрудничества, улучшение здоровья. Глобальный план действий по обеспечению здорового образа жизни и благополучия для всех: укрепление сотрудничества между многосторонними организациями в целях ускорения прогресса стран в достижении, связанных со здоровьем Целей в области устойчивого развития. Женева: Всемирная организация здравоохранения; 2019 (<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/327841/9789244516430-rus.pdf>, по состоянию на 19 мая 2020 г.).
7. Преобразование нашего мира: Повестка дня в области устойчивого развития на период до 2030 года. Нью-Йорк: Организация Объединенных Наций; 2015 (Резолюция 70/1, принятая Генеральной Ассамблеей ООН 25 сентября 2015 г.) ([https://www.un.org/ga/search/view\\_doc.asp?symbol=A/RES/70/1&Lang=R](https://www.un.org/ga/search/view_doc.asp?symbol=A/RES/70/1&Lang=R), по состоянию на 19 мая 2020 г.).
8. United Nations Tajikistan [website]. Dushanbe: Office of the UN Resident Coordinator in Tajikistan; 2020 (<http://untj.org/>, accessed 19 May 2020).
9. Таджикистан. Медико-демографическое исследование. 2017. Атлас ключевых показателей. Роквилл (округ Мэриленд): Программа МДИ и МКФ; 2018 (<https://dhsprogram.com/pubs/pdf/ATR18/ATR18.R.pdf>, по состоянию на 19 мая 2020 г.).
10. Закон Республики Таджикистан от 2 декабря 2002г. №90 «О психиатрической помощи»;
11. Закон Республика Таджикистан от 19 июля 2022 г. №1983 «О лекарстве, медицинских товарах и фармацевтической деятельности»;
12. Закон Республика Таджикистан «О наркотических средствах, психотропных веществах и прекурсорах»;
13. Постановление Правительство Республика Таджикистан О «Национальный список наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров» от 27 февраля 2020 г. №121;
14. Постановление Правительство Республика Таджикистан О «Списке сильнодействующих и ядовитых веществ, а также крупном размере сильнодействующих веществ для целей соответствующих статей Уголовного кодекса Республики Таджикистан»

тан» от 26 августа 2022 г. №421;

15. Распоряжения Министерство здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан от 02.02.2022 г. №78 О «Порядке использования и назначения наркотических средств и психотропных веществ в медицинских целях»;

16. Совместное Распоряжения Министерство здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан от 02.02. 2022 г. №79 и Министерство внутренних дел Республики Таджикистан 02.02. 2022 г. №49 О «Порядок учета, хранения, распределения, отпуска и реализации наркотических средств и психотропных веществ»;

17. Приказ Министерство здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан от 03.10.2005 г. №536 «Об утверждении аспектов оборота сильнодействующих и ядовитых лекарственных средств».

18. Глембоцкая Г.Т., Саидова М.Н. Роль фармаконадзора в обеспечение населения

качественными лекарственными препаратами// Журнал // Наука и инновация г. Душанбе -2017 №4 С.74-77.

**Саидова Мухаббат Нарзуллоевна** – Таджикский национальный университет, кандидат фармацевтических наук, доцент кафедры фармацевтической химии и управления экономики фармации. Телефон: 901 00 90 90. E-mail: Said\_mouhabbat@mail.ru

**Saidova Mukhabbat Narzulloevna** – Tajik National University, Candidate of Pharmaceutical Sciences, Associate Professor of the Department of Pharmaceutical Chemistry and Pharmacy Economics Management. Address: 734025, Dushanbe, Republic of Tajikistan, Rudaki Avenue, 17. Phone: 90-1009090. E-mail: [Said\\_mouhabbat@mail.ru](mailto:Said_mouhabbat@mail.ru)

Саидова М.Н. Гулов Э. Мониторинг заболеваемости нарушениями систем кровообращения в Республики Таджикистан// Журнал // Наука и инновация г. Душанбе - 2024 №4 С.161-172.

## **ТАЪСИРИ РАДИАТСИЯИ ИОНИЗАТСИЯШУДА БА ҲОЛАТИ БИОМЕМБРАНАҲОИ ЭРИТРОСИТҲОИ КӮДАКОН**

**Бадалова З.А., Махмудова М.М.**

**Кафедраи бемориҳои кӯдакони №1 ба номи профессор Аминов Ҳ.Ҷ. МДТ “ДДТТ ба номи Абуалӣ ибни Сино”**

**Бадалова Зебо Абдулхайровна** – н.и.т., дотсенти кафедраи бемориҳои кӯдакони №1 ба номи профессор Аминов Ҳ.Ҷ., МДТ ДДТТ ба номи Абуалӣ ибни Сино, E-mail: [z\\_bad@mail.ru](mailto:z_bad@mail.ru), тел: 988532116

## **ВЛИЯНИЕ ИОНИЗИРУЮЩЕГО ИЗЛУЧЕНИЯ НА СОСТОЯНИЕ БИОМЕМБРАН ЭРИТРОЦИТОВ У ДЕТЕЙ**

**Бадалова З.А. Махмудова М. М.**

**Кафедра детских болезней №1 им. профессора Аминова Х.Дж. ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино»**

Вопрос воздействия радиации на организм человека остаётся актуальной научной проблемой. Воздействие ионизирующего излучения на организм зависит от его типа, дозы и частоты. Наиболее чувствительны к радиации активно делящиеся клетки: кроветворные, стволовые, эпителий кишечника и бронхов, а также половые клетки. Детский организм особенно уязвим, что повышает риск инфекций и патологий. Радиочувствительность тканей возрастает от нервной и костной тканей к кроветворной и лимфоидной. Повреждения могут быть прямыми, затрагивающими молекулы-мишени, или косвенными, вызывая изменения ДНК и белков.

**Ключевые слова:** биомембрана эритроцитов, дети, ионизирующее излучение.

## STATE OF ERYTHROCYTE BIOMEMBRANES IN CHILDREN UNDER THE INFLUENCE OF IONIZING RADIATION

*Badalova Z. A. Махмудова М. М.*

*Department of children's diseases №1 named after professor H.Dj. Aminov (head of the department – d.m.s, associate professor G.S. Mamadjanova) ATSMU named after Abu Ali ibn Sina*

The issue of radiation's impact on the human body remains a relevant scientific problem. The effect of ionizing radiation on the body depends on its type, dose, and frequency. The most sensitive to radiation are actively dividing cells: hematopoietic, stem cells, the epithelium of the intestines and bronchi, as well as reproductive cells. The child's body is especially vulnerable to radiation, significantly increasing the risk of infections and other pathologies. The radiosensitivity of tissues increases from nervous and bone tissues to hematopoietic and lymphoid tissues. Damages can be direct, causing structural changes in target molecules, or indirect, leading to changes in DNA and proteins.

**Key words:** erythrocyte biomembrane, children, ionizing radiation

**Мубрамият.** Дар солҳои охир омӯзиши таъсири радиатсия ба организми одам ҳамчун проблемаи муҳим боқӣ мемонад [4,6]. Таъсири радиатсия аз тариқи қобилияти ионизатсионии б- ва в-заррачаҳо, нейтронҳо, нурафкании рентгенӣ ва г-нурафканӣ ба амал меояд. Дарачаи таъсири радиатсия ба саломатии одам аз намуди нурафканӣ, замон ва басомади он вобаста аст. Маълум аст, ки чӣ қадар, ки дараҷаи муташаккилӣ ва тафриқавии бофтаҳо баланд бошад, ҳамон қадар ҳассосият ба радиатсия бештар мешавад, махсусан дар организми рушдкунанда ва минбаъд пайдо шудани бемориҳо ва оризаҳо дар онҳо. Нурафкании ионизатсионӣ аз ҳама бештар ба ҳучайраҳои тақсимшаванда (ҳучайраҳои бунёдӣ, ҳучайраҳои ҳунофар, эпителии рӯдаҳо ва бронхҳо, тухм ҳучайра ва сперматозоидҳо), бофтаҳо, узвҳо ва системаҳо ва махсусан барои кӯдакон хатарнок аст, ки минбаъд онҳоро ба сироятҳо ва дигар оризаҳо осебпазир мегардонад [2,3]. Ҳангоми таъсири мустақими нурафкании ионизатсионӣ – тағйироте, ки дар натиҷаи ҷазб кардани энергияи нурафканӣ рух медиҳанд, тавассути молекулаҳо- нишонаҳои бофтаҳои шуокардашуда ба вучуд меоянд. Таъсири ғайримустақим ва бавоситаи нурафкании ионизатсионӣ бо тағйироти сохтори ДНК, ферментҳофедаҳо ва ғ. вобастаанд.

Аз рӯйи дараҷаи ҳассосият нисбат ба ну-

рафкании ионизатсионӣ (бо тартиби афзо-янда) бофтаҳо бо чунин тартиб ҷойгир шудаанд: бофтаҳои асабӣ, устухонҳо, тағоякҳо, эндотелии рағҳо, эпителиҳои кишрии пӯст/гонадҳо, роҳи ҳозима/бофтаи ҳунофар, бофтаи лимфоидӣ. Ҳучайраҳо, махсусан ҳангоми митоз радиоэҳсоскунанда мешаванд.

Таъсири радиатсия метавонад, ки ба оризаҳои сироятнок, вайрон шудани мубодилаи моддаҳо, пайдо шудани бемориҳои шуӣ, номияҳои бадсифат ва лейкоз, аббератсияҳои хромосомӣ, бенасли ва катаракта ва ғ. оварда расонад [1,5].

Маълум аст, ки эритроцитҳо ба сифати ҳучайраҳои зиндаи моделҳо барои таҳқиқот дар сатҳи мембрана истифода мешаванд, зеро ташкили мембранагии эритроцит ба мембранаҳои дигар ҳучайраҳои организм монанд аст. Ҳолати функционалии плазмавии хун ва эритроцитҳо аз бисёр хусусиятҳои сохтории қисми плазмавии хун, ҳамчунин аз ҳолати рН, концентратсияи калсий дар хун, сатҳи протеинҳои системаи коагулятсионии хун, фаъолнокии баланди системаи пероксиди липидҳо, таъсири нохуб ба мембранаи агентҳои гуногун (патогенҳо, токсинҳо ва ғ.) вобаста аст.

Тағйир ёфтани ҳолати биомембрани эритроцитҳо нишондиҳандаҳои нуфузпазирӣ умумии ҳучайраҳо ва ҳолати умумии кули организм ба ҳисоб меравад [9,10].

Маълум аст, ки дар организм системаи

антиоксидантӣ мавҷуд аст, ки вазифаи он садди роҳи вайроншавии системаи антиоксидантии мембранаҳои биологии ҳуҷайраҳо мебошад. Дар ҳолате ки функсияҳои ҳимоявии организм, ҳангоми таъсири тӯлонии муҳити берунӣ, ба монанди радиатсия суст мешаванд, тағйироти мембранаи биологӣ ба амал меоянд. Ҳамчунин осеби сохторҳои ситоплазматикӣ дар ихтилолҳои таъмини энергетикӣ ҳуҷайраҳо ва нуфузпазирии мембранаи ҳуҷайраҳо, ихтилоли мубодилаи моддаҳо, бутунии лизосомаҳо зоҳир мешавад, ки ба аутолиз ва дар ниҳояти қор ба фавти ҳуҷайраҳо оварда мерасонад.

**Мақсади таҳқиқот.** Омӯзиши таъсири нурафкании ионизатсионӣ ба ҳолати функсионалии биомембранаи эритроцитҳо дар кӯдакон, ба воситаи омӯхтани нуфузпазирии мембранаҳои эритроцитарӣ (НМЭ) ва қобилияти ҷазби эритроцитҳо (ҚЧЭ).

**Мавод ва усулҳои таҳқиқот.** Таҳқиқот дар доираи КИТ кафедраи бемориҳои кӯдакони МДТ “Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абуалӣ ибни Сино” иҷро шудааст. Ҷамъовариҳои мавод дар таваллудхонаи вилояти ва Маркази саломатии вилояти Сугд гузаронида шуд. Нишондиҳандаҳои қобилияти ҷазбкунӣ ва нуфузпазирии мембранаҳои эритроцитарӣ дар

хуни 18 навод ва дар 20 кӯдаки аз 3 то 5-сола муайян карда шуд, ки дар ноҳияҳои радиатсияшон баланд (гурӯҳи асосӣ) зиндагӣ мекунанд. Гурӯҳи назоратиро низ 38 кӯдак ташкил дод, ки дар ноҳияҳои зинагӣ мекунанд, ки қуваи радиатсияи табииро доранд. ҚЧЭ –ро мувофиқи дараҷаи ҷазби рангкунандаи метилени кабуд муайян мекунанд. НМЭ –ро мувофиқи дараҷаи гемолиз эритроцит дар маҳлулҳои дорои концентратсияи афзояндаи мочевина муайян кунанд.

Таҳлили аз маълумотҳои ба даст овардашуда бо усулҳои омори статсионарӣ бо ҳисоб кардани бузургҳои миёна ва ҳатоҳои миёна ( $M \pm SE$ ) гузаронида шуд. Таҳлили дисперсионӣ тибқи критерияи Н-критерияи Крускала-Уоллис ва бузургҳои вобаста ва U-критерияи Манн-Уитни барои муқоисаи ҷуфти намунаҳои мустақил гузаронида шуд. Сарҳади сатҳи аҳамияти омории  $b = 0,05$  қабул карда шуд.

**Натиҷаҳои таҳқиқот ва муҳокимаи онҳо.** Муайян кардани қобилияти ҷазбкунӣ эритроцитҳо дар кӯдаконе, ки дар шароити дорои радиатсияи муътадил зиндагӣ мекунанд, сатҳи ҷазби рангкунандаро то 37% нишон дод (ҷадвали 1).

Ҷадвали 1

Аҳамияти ҚЧЭ дар гурӯҳҳои таҳқиқшаванда ( $M \pm SE$ , %)

| Гурӯҳ    | Кӯдакони навод         | Кӯдакони 3-сола        | Кӯдакони 4-сола        | Кӯдакони 5-сола        | $p_2$ (df=3)       |
|----------|------------------------|------------------------|------------------------|------------------------|--------------------|
| Асосӣ    | $58,8 \pm 0,2$<br>n=18 | $59,1 \pm 0,3$<br>n=18 | $59,2 \pm 0,2$<br>n=18 | $59,0 \pm 0,3$<br>n=18 | $>0,05$<br>H=3,966 |
| Назоратӣ | $37,1 \pm 0,2$<br>n=18 | $37,4 \pm 0,2$<br>n=18 | $37,6 \pm 0,2$<br>n=18 | $37,4 \pm 0,2$<br>n=18 | $>0,05$<br>H=1,368 |
| $p_1$    | =0,000000<br>Z=-5,1100 | =0,000000<br>Z=-5,1096 | =0,000000<br>Z=-5,1096 | =0,000000<br>Z=-5,1103 |                    |

Эзоҳ:  $p_1$  – аҳамияти омории фарқиятҳои байни нишондиҳандаҳои гурӯҳҳои асосӣ ва назоратӣ (тибқи U-критерияи Манн-Уитни);  $p_2$  – аҳамияти омории фарқиятҳои байни нишондиҳандаҳои ҳамаи гурӯҳҳои синнусолӣ (тибқи H-критерияи Крускал-Уоллис).

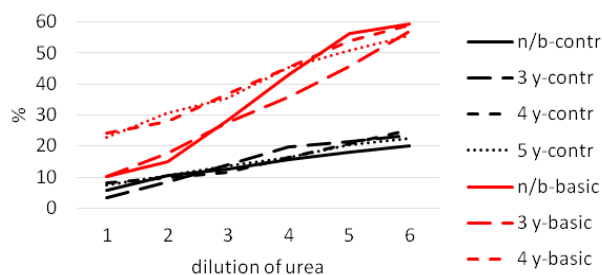
Дар айни замон, дар кӯдаконе, ки дар шароити радиатсияшон баланд зиндагӣ мекунанд, баландшавии аз ҷиҳати омории баланд, сатҳи баланди аз ҷиҳати омории муҳими ҚЧЭ то сатҳи 58–59% муайян карда шуд. Дар ин маврид, ҳам дар кӯдакони гурӯҳи

назоратӣ ва ҳам дар гурӯҳи асосӣ тағйир ёфтани сатҳи ҚЧЭ вообаста аз синну сол дар ҳамаи омории фарқ мекарданд ( $p > 0,05$ ).

Тағйир ёфтани нуфузпазирии мембранаҳои эритроцитарӣ дар кӯдаконе, ки дар шароите, ки радиатсияшон баланд зиндагӣ

мекунанд, низ бланд буд, назар ба кӯдаконе, ки дар шароити радиатсияш муътадил зиндагӣ мекунанд (расми 1).

Дар равиши кор муайян карда шуд, ки чӣ қадар, ки эритроцитҳо бо мочевино ба аксуламал ворид шаванд, ҳамон қадар бештар мембранаҳои онҳо дар натиҷаи осеб дида нашон суғ мешаванд. Чунонки, ҳангоми рақик шудани эритроцитҳо дар 7 пробиркаи дорои мочевино, ки дар онҳо консентратсияи мочевино зиёд шуда буд, муайян карда шуд, ки дар кӯдакони гурӯҳи асосӣ дар муқоиса аз нишондиҳандаҳои кӯдакони гурӯҳи назоратӣ ҳеле баланд шудани нуфузпазирии эритроцитҳо ( $p=0,008$  барои ҳама гурӯҳҳои синнусолӣ) мавҷуд аст. Ҳамин гуна манзара дар шаш мочевиноӣ қаблан риқиккардашуда низ ба мушоҳида мерасад. Аммо фарқиятҳои нисбатан бештар дар навзодон муайян карда шуд.



**Расми 1. Нуфузпазирии мембранаи эритроцитарӣ дар гурӯҳҳои таҳқиқшаванда (сурх-гурӯҳи асосӣ, сиёҳ-гурӯҳи назоратӣ; n/b-навзодҳо; 3 – кӯдакони 3-сола; 4 – кӯдакони 4-сола; 5 – кӯдакони 5-сола).**

Таҳқиқоти мо нишон дод, ки дар гурӯҳи кӯдакони дар шароити радиатсияш баланд зиндагикунанда қобиляти ҷазбкунии эритроцитҳо ва нуфузпазирии мембранаҳои эритроцитарӣ, назар ба кӯдаконе, ки дар шароити радиатсияш муътадил зиндагӣ мекунанд, ҳеле баланд аст.

Дар шароитҳои муътадил мембранаҳои биологии эритроцитҳо дар кӯдакони солим, махсусан дар навзодон, бо муҳтавои баланди компонентҳои сафеда ва кислотаҳои чарбии бисёр сернашуда фарқ мекунанд [8,9]. Маҳз бо компонентҳои сафеда гликокаликс ҳуҷайраҳо мусаҳкам мешаванд, ки дорои

заряди электрикӣ ҳастанд [5,7]. Гликокаликс функцияҳои маркерӣ (эритроцитҳо), ретсепторӣ, интиқолӣ (транспорти интиҳобӣ) ва дигар функцияиҷро мекунад. Маҳз онҳо қобиляти ҷазби эритроцитҳоро доранд. Асоси аксуламали қобиляти ҷазб механизми кашиши рангкунандаҳоро асосан гликокаликс ташкил медиҳад. Рангкунанда ба моносахаридҳо, олигосахаридҳо, гликолипидҳо ва гликопротеинҳо майл доранд.

Ҳангоми норасоии мембранаҳои биологӣ, ки дар кӯдакони дар шароити радиатсияш баланд зиндагӣ мекунанд, рангкунанда на танҳо ба гликокаликс майл мекунад, балки ҳамчунин бо компонентҳои дарунии ҳуҷайраҳо ворид шуданро низ сар мекунанд [4,5,11]. Аз ин сабаб қобиляти ҷазб кардани эритроцитҳо баланд мешавад, ки инро мо дар таҳқиқоти худ мушоҳида кардем.

Усули дигари санҷидани функцияи монеаи мембранаи эритроцитҳо устувории осмотикӣ ба ҳисоб мераванд [10,12]. Усулҳо дар заминаи истифода кардани пероксиди гидроген ва мочевино бунёд шудаанд [13]. Мо мочевиноро интиҳоб кардем, зеро маҳсулоти табиӣ организм мебошад ва дар ин ҳолат моделсозии мо ба шароити табиӣ ба ҳадди максималӣ наздик мешавад.

Дар кӯдакони ҳама категорияҳои синнусолӣ аз шароити радиатсияш муътадил нуфузпазирии қачи эритроцитҳо бештар ба тарафи рост, ба тарафи консентратсияҳои баланди мочевино, ба тарафи консентратсияҳои баланди мочевино бечо мешавад, ҳол он ки нуфузпазирии мембранаҳои эритроцитарӣ дар кӯдакони ҳамаи синну сол ба тарафи чап – ба тарафи консентратсияҳои пастии мочевино бечо шудаанд.

Яъне, ба он нигоҳ накарда, ки кӯдакон солим буданд ва дар шароити радиатсияи муътадил зиндагӣ мекунанд, дар организм андозаи муайяни эритроцитҳо мавҷуданд, ки ба вайроншавии осмотикӣ камтар устуворанд, яъне аз мембранаҳои саҳт ҷазб мешаванд.

Ин дар натиҷаи кӯшиши нобаробари эритроцитҳо ба вучуд меояд, ки асоси онро протсессҳои ПОЛ ташкил медиҳанд, ки дар

навбати аввал ба кислотаҳои чарбии серношуда дахл доранд [14].

Дар кӯдаконе, ки дар шароити радиатсияш баланд зиндагӣ мекунад, вайроншавиҳои зиёди эритроцитҳо аз варамидаи осмотикии мавҷудбудаи ҳуҷайраҳо ва кашиши мембранаҳо дарак медиҳад, ки яке аз натиҷаҳои пероксидӣ ба ҳисоб меравад.

Яъне дар ин категорияи кӯдакон, бинобар сарбории радиатсионӣ миқдори зиёди эритроцитҳои мембрана сахт ба назар мерасанд, ки ин боиси пиршавии бошиддати пеш аз муҳлати эритроцитҳо мегардад. Тағйир ёфтани нуфузпазирии мембранаи эритроцитарӣ аз ҳосиятҳои функционалии мембранаи эритроцитарӣ дарак медиҳанд. Аз як тараф, ин ба пеш аз муҳлат мурдани эритроцитҳо ва аз тарафи дигар аз эритроцитҳои сахт нақши худро пурра иҷро намекунад, аноксияи бофтаҳо ба вучуд меоранд [3,4].

**Хулосаҳо.** 1. Нурафкании ионизатсионӣ метавонад, ки ба биомембранаҳои эритроцитҳо осеб расонад, ки нуфузпазирии баланди мембранаҳои эритроцитарӣ ва қобилияти баланди ҷазбқунии мембранаҳои эритроцитарино дар кӯдаконе, ки дар минтақаи радиатсияш баланд зиндагӣ доранд, инъикос мекунад.

2. Дар ин маврид, дар шароити имконпазири сатҳи нурафкании ионизатсионӣ ин нишондиҳандаҳо пиршавии муътадили мембранаҳои эритроцитарино инъикос мекунад.

### Адабиёт

1. Асранкулова Д.Б. Состояние про- и антиоксидантной системы крови и тромбоцитов у женщин с воспалительными заболеваниями придатков матки. /Д. Б.Асранкулова, Н.М. Ахмедова, Ш.Б. Нуриддинова// *Re-healthjournal* 1(5), 2020. С.1-3.

2. Бадалова З.А. Показатели сорбционной способности и проницаемости эритроцитарных мембран у детей и новорожденных, проживающих в зоне повышенного радиационного фона /З.А. Бадалова, Д.С. Додхоев// *Вестник Авиценны*. – 2019. – Том 24, № 4. – С. 597-602.

3. Гармаза Ю.М., Козлова Н. М. //Маркеры окислительного стресса в плазме пуловинной крови недоношенных новорожденных. / Ю.М. Гармаза, Н. М. Козлова, М.В. Артющевская, В. А. Петрович, А.В. Сапотницкий, Г.А. Шишко, Е.И. Слободина // *Медицинский академический журнал*, 2013; 13(4).

4. Калинин О.Г. Нарушение сорбционной способности и проницаемости мембран эритроцитов у пострадавших с повреждением таза /Калинин О.Г., Лобанов Г.В., Иванов Д.И., Гридасова Е.И., Калинин А.О., Кузь В.Н.// *Оригинальные достижения*. - 2012;13(3). С.33-35.

5. Крикун Е.Н. Влияние радиационной нагрузки на показатели физического развития новорожденных детей. /Е. Н. Крикун, В. В. Болдырь, Д. Б. Никитюк// *Ж: Анатомия и гистопатология*. – 2015. – Т. 4, № 3. С.66.

6. Сафронов В.В. Изменение проницаемости мембран эритроцитов у новорожденных, перенесших внутриутробную гипоксию. /В.В. Сафронов, Н.О. Туаева, Т.Е. Анисимова, Т.А. Сибгатулин, Е.А. Мишагина, Г.А. Зиятдинова, А.В. Анисимов, С.А. Любин// *Казанский медицинский журнал*. -2010. 91(1). С.62-64.

7.Чешик И.А.Конституциональные особенности детей и подростков, постоянно проживающих в условиях хронического низкодозового радиационного воздействия, как диагностические критерии их здоровья. /И. А. Чешик, Е. К. Шестерина, В. В. Коваленко, В. А. Мельник// *Проблемы здоровья и экологии*. №1 - 2010. С31-36.

8.Ширманова К.О.Влияние радиации на эмбрион, плод человека и животных /К.О. Ширманова, С.В. Дежаткина// *Научно-методический электронный журнал «Концепт»*. – 2016. – Т. 17. – С. 823–827.

9. Arellano-Mendoza MG, Vargas-Robles H, Del Valle-Mondragon LMonicaG. Amelia Rios & Bruno Escalante. Prevention of renal injury and endothelial dysfunction by chronic L-arginine and antioxidant treatment // *Renal Failure*. 2011; 33(1): 47-53.Possenti CD, Karadas F, Colombo G,

10. Caprioli M, Rubolini D, Milzani A,

Donne ID, Saino N, Parolini M. Antioxidants and embryo phenotype: is there experimental evidence for strong integration of the antioxidant system? 2017. Feb 15; 220(Pt 4):615-624.

11. Ciexlar-Pobuda A, Saenko Y, Rzeszowska-Wolny J. PARP-1 inhibition induces a late increase in the level of reactive oxygen species in cells after ionizing radiation. Mutat. Res. 2012 Apr 1;732(1-2):9-15. doi: 10.1016/j.mrfmmm.2012.01.005

12. De Souza CA, Gallo CC, de Camargo LS, et al. Melatonin multiple effects on brown adipose tissue molecular machinery. JPinealRes. 2019;66(2): e12549. <https://doi.org/10.1111/jpi.12549>.

13. Lackner M., Naschberger V., Grdssle D., Lass-Flörl C., Binder U., Birch M., Beckmann N., Law D., Warn P, Gould dihydroorotate dehydrogenase inhibitor olorofim exhibits

promising activity against all clinically relevant species within aspergillus section terrei. J. Том: 73-11. г 2018 с: 3068-3073

14. Nadeem A, Siddiqui N, Alharbi NO, Alharbi MM. Airway and systemic oxidant-antioxidant dysregulation in ashma: a possible scenario of oxidants spill over from lung into blood. PulmPharmacolTher. 2014; 29 (1): 31-40.

**Бадалова Зебо Абдулхайровна** – к.м.н., доцент кафедры детских болезней №1 им. профессора Аминова Х.Дж; E-mail: [z\\_bad@mail.ru](mailto:z_bad@mail.ru). тел: 988532116

**Badalova Zebo Abdulhairovna** – c.m.s., associate professor of the Department of Children's Diseases N1 named after professor Aminov H.Dj., SEI "ATSMU named of Abuali ibni Sino", E-mail: [z\\_bad@mail.ru](mailto:z_bad@mail.ru). тел: 988532116

## ҶАНБАҲОИ ИҚТИМОИИ АҲОЛӢ БА ТАБИБИБОНИ ОИЛАВӢ ДАР НОҲИЯИ ЁВОН

**Баротов И.И., Бандаев И.С., Мукаррамова Д.А., Ҷалолзода М.Ҷ., Аҳмадзода А.П.**  
Кафедраи тибби оилавии МДТ «Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абу-алӣ ибни Сино»

## СОЦИАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ СЕМЕЙ ЗАКРЕПЛЕННОГО НАСЕЛЕНИЯ ЗА СЕМЕЙНЫМИ ВРАЧАМИ ЯВАНСКОГО РАЙОНА

**Баротов И.И., Бандаев И.С., Ахмадзода А.П.**

**Цель исследования.** Изучение медико-социальное и психо-социологическое характеристика семей обслуживаемого населения семейными врачами Яванского района.

**Материал и методы исследования.** Объектом наблюдения явились взрослые члены семей всех возрастных групп, различного социального положения, материального обеспечения и состояния здоровья, что позволило получить репрезентативные результаты. Опрос пациентов производился по специально разработанной анкете, содержащей 30 вопросов. Полученные сведения обработаны математически и представлены в виде показателей.

**Результаты исследования.** Всего проанкетировано 250 пациентов врачей общей практики, а анализу подвергнуто 200 анкеты. Среди опрошенных было 36,9% мужчин и 63,1% женщин. Лица трудоспособного возраста (с 20 до 59 лет) составили 65,0% (мужчины 34,5% и женщины 65,5%). Респонденты пожилого (пенсионного возраста)-32,1%, среди анкетированных данной возрастной группы мужчин оказалось- 41,8%, женщин- 58,2%. Лица моложе 20 лет составили- 2,9%.

**Заключения.** С целью доступности медико-социальных услуг населению необходимо отметить, что принципиальным вопросам в реализации программы развития сельского здравоохранения становится формирование рациональная кадровая политика, укрепление первичного сельского здравоохранения с целью решения социально бытовых про-

блем. Немаловажное значение имеет формирование нормативно-правовой и методической базы для сопровождения деятельности ВОП/СВ.

**Ключевые слова:** семейная медицина, первичная медико-санитарная помощь, врач общей практики (СВ), социальная и демографическая аспекты.

## ***SOCIAL ASPECTS OF FAMILIES OF THE POPULATION ASSIGNED TO FAMILY DOCTORS OF THE YAVAN REGION***

***Barotov I.I., Bandaev I.S., Ahmadzoda A.P.***

**The purpose of research.** Study of medical-social and psycho-sociological characteristics of families of the population served by family doctors of the Yavan district.

**Material and methods of research.** The objects of observation were adult family members of all age groups, different social status, financial security and health conditions, which allowed to obtain representative results. The patients were surveyed using a specially developed questionnaire containing 30 questions. The obtained data were processed mathematically and presented in the form of indicators.

**Research results.** A total of 250 patients of general practitioners were surveyed, and 200 questionnaires were analyzed. Among the respondents, 36.9% were men and 63.1% were women. Persons of working age (from 20 to 59 years) made up 65.0% (men 34.5% and women 65.5%). Respondents of elderly (retirement age) - 32.1%, among the respondents of this age group, men turned out to be - 41.8%, women - 58.2%. Persons under 20 years old made up - 2.9%.

**Conclusions.** In order to make medical and social services available to the population, it should be noted that the fundamental issues in the implementation of the rural health care development program are the formation of a rational personnel policy, strengthening of primary rural health care in order to solve social and everyday problems. Of no small importance is the formation of a regulatory and methodological framework for supporting the activities of GPD/FD.

**Keywords:** family medicine, primary health care, general practitioner (GP), social and demographic aspects.

**Мубрамият.** Баланд бардоштани сифат ва дастрасӣ ба хизматрасонии тиббӣ бевосита ба бозсозии кӯмаки аввалияи тиббӣ – санитарӣ (КАТС) ва сохтани он тибқи принсипи тибби оилавӣ иртибот дорад. Рушди таҷрибаи умумии табибӣ яке аз проблемаҳои актуалии нигоҳдории тандурустӣ (Маҷаллаи илмӣ-амалӣ/ Маълумотномаи табиби оилавӣ, 2008г. с. 91-92.) ба ҳисоб меравад. Солимии аҳоли омили муҳимтарини рушд ва некуаҳволии аҳоли мебошад. Бо ин мақсад нигоҳдории тандурустӣ бояд на ҳамчун соҳаи истифодабарӣ, балки ҳамчун соҳаи сармоягузории ғоидаовар баррасӣ карда шавад, ки ба коҳиш додани камбағалӣ, сафарбарӣ намудани захираҳо, ки таваҷҷуҳи ҷомеаи ҷаҳониро ҷалб мекунад.

Ноустувории иҷтимоӣ ва иқтисодӣ воқеан ба вазъияти системаи нигоҳдории тандурустӣ таъсири манфӣ боқӣ гузоштаанд.

Дар ин маврид системаи самаранокиаш кам расонидани ёрии тиббӣ кандашавии занҷири робитаҳои иқтисодӣ, паст шудани истеҳсолот, мушкилоти молиявӣ ва ғайраро амиқтар қардаанд.

Коҳиши марбутаи статуси саломатии аҳолии деҳот барои дарк кардани зарурати шадид барои гузаронидани бозсозӣ дар сектори нигоҳдории тандурустии деҳот бо мақсади устувор кардан ва беҳтар сохтани вазъияти баамалаомада мусоидат кард (Консепсияи бозсозии системаи тандурустӣ дар соли 2002)

Дар шароити татбиқ намудани тибби оилавӣ оила ба статуси беморе дохил карда мешавад, ки онро зарурати ҷустуҷӯи меъёрҳои арзёбии саломатии оила бо мақади ба нақша гирифтани ёрии тиббӣ-профилактикӣ, муайян кардани шаклҳо ва усулҳои бо онҳо кор кардани табиби оилавӣ, ташкил

намудани КАТС тибқи принципи оилавӣ ҳамроҳӣ мекунад.

**Мақсади таҳқиқот.** Омӯзиши хусусиятҳои тиббӣ-иҷтимоӣ ва рӯҳӣ-иҷтимоии табиби оилавии ноҳияи Ёвон.

**Мавод ва усуҳои таҳқиқот.** Бо мақсади ҳалли фасл кардани проблемаи мазкур барномаи баҳодиҳии тиббӣ-иҷтимоӣ ва рӯҳӣ-иҷтимоии талаботи оила ҳамчун патсиенти хадамаоти КАТС истифода шуда буд. Фаслҳои барнома ҳама соҳаҳои омӯзиши оиларо дар бар мегирад ва дар худ ҷанбаҳои иҷтимоӣ-демографӣ (таркиб, синну соли аъзои оила, миқдори кӯдакон дар он); иҷтимоӣ-беҳдоштӣ (сатҳи таҳсилот, вазъи иҷтимоӣ, ҷой ва шароити кори аъзои оила); тиббӣ-биологӣ (вазъи саломатии ҳар як узви оила дар асоси баҳодиҳии субъективӣ ва объективӣ, мавҷуд будани омилҳои хатар барои саломатӣ, муносибат нисбат ба зарурати хифз ва нигоҳ доштани саломатии аъзои оила) ва рӯҳӣ-иҷтимоӣ (муҳити психологӣ дар оила, ҳолати тавозуни аъзои оила ва сабабҳои вайроншавии он); ҷанбаи моддӣ-иқтисодии ҳаёт (шароити зист, сатҳи даромад).

Объекти муоина аъзои калонсоли оилаи гурӯҳҳои ҳамаи синну сол, мавқеъҳои гуногуни иҷтимоӣ, таъминоти моддӣ ва ҳолати саломатии онҳо буд, ки имконият дод натиҷаҳои репрезентативӣ ба даст оварда шавад. Пурсиши беморон тибқи анкетаи махсус таҳияшуда гузаронида шуд, ки аз 30 саваол иборат буд. Маълумотҳои ба даст овардашуда ба таври математикӣ коркард шуда, дар шакли нишондиҳанда пешниҳод карда шуданд.

**Натиҷаҳои таҳқиқот ва муҳокимаи онҳо.** Ҳамагӣ дар 250 бемор аз тарафи табиби оилавӣ анкетагузорӣ сурат гирифт, 200 анкета таҳлил карда шуд. Дар байни пурсидашудагон 36,9% мард ва 63,1% зан буданд. Шахсони синну соли қобилияти корӣ (аз 20 то 59-сола) 65,0% (мардҳо 34,5% ва занҳо 65,5%). Респондентҳои пиронсол (синну соли нафақа)-32,1%, дар байни анкетагузаронидаҳо аз ин синну сол мардҳо - 41,8%, занҳо 58,2% буданд. Шахсони аз 20-сола ҷавон - 2,9%. Гурӯҳбандӣ кардани респон-

дентҳо аз рӯйи синну сол дар ҷадвали 1 оварда шудааст.

Дар ин таҳқиқот ба сифати бемор оила баромад мекунад. Мо кӯшиш кардем, ки маълумоти аз респондентҳо ба даст овардашударо бо оилаҳои онҳо алоқаманд созем [110] дар он хусус, ки сохтори оила се унсури асосиро дар бар мегирад: шумора, таркиб, миқдори наслҳо, таснифи оилаҳои таҳқиқшуда. Натиҷаи анкетагузаронӣ нишон дод, ки респондентҳои танҳо зиндагикунанда 10,4%, мучаррад ё бешавҳар, бо оилаҳо зиндагикунанда 8,0%-ро ташкил доданд.

Ҳамчунин оилаҳои майда ҷудо карда шуданд, ки аз 3 нафар - 30,5%, аз 3-5 нафар - 40,9%, калон аз 5 нафар ва бештар 28,6% иборат буданд. Ҷуфтҳои никоҳии бе фарзанд - 8,0%, оила, дорои як фарзанд - 9,6%, ду фарзанд - 16,0%, се фарзанд - 24,1%, зиёда аз се фарзанд 42,3% -ро ташкил доданд. Мо барои таҳқиқоти минбаъда ба респондентҳои танҳо зиндагикунанда, аъзои оилаи нопурра ва пурра диққат додем, ки онҳо мутаносибан 9,7%; 27,4%; 62,9% -ро ташкил доданд.

Маълумотҳои ҷолиб ҳангоми омӯхтани таркиби оилаҳо дар гурӯҳҳои гуногуни синнусолӣ ба даст оварда шуд. Зиёда аз се (40,3%) оилаи синну соли ҷавон (то 30-сола) бо волидайн зиндагӣ мекунад, ки эҳтимол дорад, дар шароити имрӯзаи иқтисодии ноҳуби табиӣ ва асоснок бошад. Дар ин синну сол нақши волидайн аз нуктаи назари нигоҳубин кардани кӯдак низ муҳим аст. Дар айни замон он далел ҳушдор медиҳад, ки тақрибан ҳамин қадар (35,4%) оилаҳо дар синну соли 30-39-солагӣ бо волидайн зистанро давом медиҳанд. Ин, пеш аз ҳама, маҷбурӣ аст, аз як таораф, бинобар мушкилоти бештар сохтани зиндагӣ дар кишвар ва аз тарафи дигар- якҷоя зистан ёрӣ мерасонад, ки мушкилоти моддиву иқтисодӣ пушти сар карда шавад.

Барои шахсони насли калонсол (аз 60-сола боло) бо фарзандон зиндагӣ кардан барохат аст. Тибқи маълумоти таҳқиқоти мо, оилаҳои нафақахӯрҳо 10,1%-ро ташкил медиҳад. Аз онҳо танҳо зиндагӣ мекунад - 8,9%. Вазни ҳолиси оилаҳои танҳо бо гузаш-

## Чадвали 1.

## Гуруҳбандӣ кардани респондентҳо аз рӯи синну сол (бо % то охир)

| Синну сол          | Мардҳо | Занҳо | Ҳарду чинс |
|--------------------|--------|-------|------------|
| То 20-сола         | 3,5    | 2,3   | 2,9        |
| 20-29 -сола        | 21,8   | 13,5  | 17,65      |
| 30-39 -сола        | 17,9   | 21,8  | 19,85      |
| 40-49 -сола        | 15,4   | 18,0  | 16,7       |
| 50-59 -сола        | 6,4    | 15,0  | 10,8       |
| 60-69 -сола        | 30,0   | 19,6  | 24,6       |
| 70 - сола ва калон | 5,0    | 9,8   | 7,5        |
| Ҳамагӣ             | 100,0  | 100,0 | 100,0      |

Эзоҳ: Респондентҳои пиронсол (синну соли нафақа)-32,1%, дар байни анкетагузаронидаҳо аз ин синну сол мардҳо - 41,8%, занҳо 58,2% буданд. Шахсони аз 20-сола ҷавон - 2,9%.

ти солҳо зиёд мешавад (дар байни 60-69 -ро пиронсолон ташкил медиҳанд, дар солаҳо инҳо 10,3%, ва 70 ва аз он зиёдро - оилаҳои калон - 32,0% аст. Маълумоти хосилшуда дар 2 оварда шудааст.

## Чадвали 2

## Хусусиятҳои синнусолии типи оилаҳо (бо % то охир)

| Синну сол        | Танҳоён | Оилаҳои нопурра | Оилаҳои пурра |
|------------------|---------|-----------------|---------------|
| Ҳамагӣ:          | 9,7     | 27,4            | 62,9          |
| Аз ҷумла:        |         |                 |               |
| То 20 -сола      | —       | 1,3             | 1,4           |
| 20-39-сола       | 15,3    | 12,9            | 9,3           |
| 30-39 -сола      | 18,9    | 26,9            | 25,0          |
| 40-49 -сола      | 8,9     | 26,2            | 25,0          |
| 50-59 -сола      | 25,9    | 18,3            | 14,0          |
| 60-69 -сола      | 10,3    | 8,8             | 13,2          |
| 70 -сола ва боло | 20,7    | 5,6             | 12,1          |
| Ҳамагӣ           | 100,0   | 100,0           | 100,0         |

Эзоҳ. Вазни ҳолиси оилаҳои танҳо бо гузашти солҳо зиёд мешавад (дар байни 60-69 солаҳо инҳо 10,3%, ва 70 ва аз он зиёдро - 20,7% ташкил дод). Дар оилаҳои хурд 40,7% -ро пиронсолон ташкил медиҳанд, дар оилаҳои калон - 32,0% аст.

Омӯзиши оилаҳои серфарзандро мо дар байни оилаҳои синну соли то 50-сола анҷом додем, зеро дар оилаҳо, ки аз фарзандонашон ҷудо зиндагӣ мекутанд, дар респондентҳои калонсол маълумоти нопурра, пас иттилооти нодуруст ба даст овардем. Маълумоти ҷудо дар бораи миқдори кӯдакон дар оилаҳои таҳқиқшуда дар 3 оварда шудаанд.

тҳои калонсол маълумоти нопурра, пас иттилооти нодуруст ба даст овардем. Маълумоти ҷудо дар бораи миқдори кӯдакон дар оилаҳои таҳқиқшуда дар 3 оварда шудаанд.

## Чадвали 3.

## Гуруҳбандии оилаҳои гуруҳҳои синну соли гуногун аз рӯи миқдори кӯдакон (бо % то охир)

| Миқдори кӯдакон, | То 20-сола | 20-29 -сола | 30-39-сола | 40-49-сола | Ҳамагӣ оилаҳо |
|------------------|------------|-------------|------------|------------|---------------|
| Нест             | 85,2       | 7,1         | 5,9        | 7,2        | 26,3          |
| Якто             | 11,4       | 36,5        | 20,3       | 26,2       | 28,1          |
| Дуто             | 3,4        | 46,0        | 60,2       | 49,4       | 35,1          |
| Сето ва бештар   | —          | 10,4        | 11,8       | 14,5       | 10,5          |
| Ҳамагӣ           | 100,0      | 100,0       | 100,0      | 100,0      | 100,0         |

Эзоҳ: дар гуруҳи синнусолии 40-49-сола ҳиссаи оилаҳо, ки 3 ва аз он бештар фарзанд доштанд 53,3%, ва дар волидайнӣ 30-39-сола 31,4% буд.

Таҳлили маълумотҳои дар ҷадвал овардашуда имконият медиҳанд ҳулоса барорем, ки дар байни оилаҳои таҳқиқшуда дар синну соли аз 30 то 50-сола оилаҳои 2, 3 ва бештар фарзанддошта (40,1) –ро ташкил медиҳанд, аммо дароз кардани муддати ҳаёти оилавӣ миқдори кӯдакон низ зиёд мешавад. Ҳамин тавр, дар гурӯҳи синнусолии 40-49-сола ҳиссаи оилаҳое, ки 3 ва аз он бештар фарзанд доштанд 53,3%, ва дар волидайнӣ 30-39-сола 31,4% буд.

Сатҳи таҳсилоти респондентҳое, ки ба типии оила, ҳаёти он, миқдори кӯдакон, усул ва тарзи ҳаёт таъсир кардаанд, чуни насть: 19,1% -и онҳо танҳо маълумоти ибтидоӣ доштанд. Маълумоти миёнаи нопурраро 12,5%-и анкетагузаронидашудаҳо ташкил медиҳанд, ки дар байни онҳо занҳои гурӯҳи синнусоли калон ташкил медиҳанд. Маълумоти миёна 26,5% респондент, касбӣ-техникӣ – дар 11,9% (дар байни мардҳо 26,3%, занҳо – 6,8%). 26,4% -и пурсидашудагон маълумоти миёнаи махсус доранд (17,1% мард ва 31,8% зан). Маълумоти олии 22,7% (14,5% мардҳо ва 11,1% занҳо).

**Ҳулосаҳо.** Таҳсилоти бартаридошта дар байни бемороне, ки табибони оилавӣ анкетаронӣ кардаанд, миёна ё миёнаи махсус мебошад. Мардҳо бештар соҳиби маълумот буданд: 44,7% -и онҳо маълумоти миёнаи махсус ва маълумоти олии доштанд (дар байни занҳо чунин сатҳи маълумот танҳо дар 31,6% ба назар расид). Сатҳи маълумот дар дараҷаи муайян ба типии оила ва вазъии оиладорӣ респондентҳо таъсир мерасонад. Бо зиёд шудани маълумотноқҳо миқдори кӯдакон кам мешавад (дар оилаҳои пурра 10,0 % -15,0%, дар оилаҳои нопурра 5-7%). Вазни ҳолиси зандорҳо ва шавҳардорҳо, баръакс, бо баланд шудани сатҳи маълумот аз 45,4% то 51,1% зиёд мешавад. Таҳлили коррелясионии иртиботи мутақобилаи вазъии оилавии респондентҳо, типии оилаҳои онҳо ва сатҳи маълумот иртиботи сустро нишон дод ( $r=0,21 \pm 0,70$ ,  $11 \pm 0,3$ ).

Бо мақсади дастрасии хизматрасонии тиббӣ-иҷтимоӣ ба аҳоли қайд кардан зарур аст, ки масъалаи муҳим дар татбиқ намуда-

ни барномаи рушди нигоҳдории тандурустии деҳот ташаккул додани сиёсати оқилонаи кадрӣ, мустаҳкам кардани нигоҳдории тандурустии аввалияи деҳот ба шумор меравад, бо мақсади ҳаллу ҷалби кардани проблемаҳои майшӣ. Ташкил кардани пойгоҳи меъёрӣ-ҳуқуқӣ барои дастгирии фаъолияти ВОП/СВ аҳамияти калон дорад.

### Адабиёт

1. Азизов З.А. Семейная медицина и здоровья человека.- Материалы Национальной научно-практической конференции с международным участием. Душанбе, 2005.-с.4-14.
2. Денисов И.Н. Общая врачебная практика (семейная практика): перспективы развития // Здравоохранение.- 2003.-№12.-с.15-22.
3. Журавлева Н.Е. Взаимодействие врача общей практики с врачами других специальностей. Журнал Российский семейный врач. Т.5.№3, 2001.с 44.
4. Кадырова Д.А. Оправдывает ли ПМСП возложение на нее надежды и соответствует ли на практике своими принципами. Душанбе, 2005 - с. 82-84.
5. Кремлев С.Л. Медико-социальное обоснование совершенствования первичной медицинской помощи по модели врача общей практики: Автореферат дис. ... канд.мед.наук. – Оренбург, 1999.-23с.
6. Боев В.С. Пути повышения и доступности первичной медико-санитарной помощи сельским жителям // Текст научной статьи по специальности «Науки о здоровье». – Пермь, Россия. – 2013. – С. 32-35.
7. Гоибов А.Г., Мирзоали Н.Т., Каримзода Х.К., Турсунов Р.А. некоторые вопросы доступности и повышения качества медицинской помощи сельскому населению Республики Таджикистан // Журнал Вестник Авиценны. – том 21. - №3. – 2019. – С. – 415-419.

**Баротов Имомали Иноятович** - Государственный образовательный учреждений «Таджикский государственный медицинский университет имени Абуали ибн Сино», телф.: 938637865, email: barotovimomali1993@gmail.com;

**Баротов Имомали Иноятович** - Государственный образовательный учреждений «Таджикский государственный медицинский университет имени Абуали ибн Сино», телф.: 938637865, email: barotovimomali1993@gmail.com;

**Баротов Имомали Иноятович** - Государственный образовательный учреждений «Таджикский государственный медицинский университет имени Абуали ибн Сино», телф.: 938637865, email: barotovimomali1993@gmail.com;

## **ОМИЛҲОИ ХАТАР ВА ЛАҲЗАҲОИ КАЛИДИИ ИНКИШОФИ СИНДРОМИ МЕТАБОЛИКӢ ДАР ЗАНҲОИ НОЗОЯНДА**

**Болиева Г.У., Ошурмамадова Р.Б., Хайридинова С.С., Давлятова Д.М., Рахматова Ф. К.**  
МД «Пажуҳишгоҳи илмӣ-таҳқиқотии акушерӣ, гинекология ва перинатологияи Тоҷикистон» ВТ ва ҲИА ҚТ

### **ФАКТОРЫ РИСКА И ПУСКОВЫЕ МОМЕНТЫ РАЗВИТИЯ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА У ИНФЕРТИЛЬНЫХ ЖЕНЩИН**

**Болиева Г.У., Ошурмамадова Р.Б., Хайридинова С.С., Давлятова Д.М., Рахматова Ф. К.**  
ГУ «Таджикский Научно-исследовательский институт акушерства, гинекологии и перинатологии» МЗ СЗН РТ ГУ

**Резюме:** Установлена зависимость развития метаболических нарушений от дисфункции щитовидной железы, отягощенного наследственного анамнеза, наличия в пубертатном периоде нейро-обменных нарушений, а также социального статуса пациенток.

Пусковым механизмом развития метаболических нарушений явились гормональный стресс, связанный с началом менархе, начало половой жизни и факт беременности, особенно ее прерывание.

**Ключевые слова:** метаболический синдром, факторы риска, висцеральное ожирение, инфертильность, тяжесть метаболических нарушений.

### **RISK FACTORS AND TRIGGERING POINTS FOR THE DEVELOPMENT OF METABOLIC SYNDROME IN INFERTILE WOMEN**

**Bolieva G.U., Oshurmamadova R.B., Khayridinova S.S., Davlyatova D.M., Rahmatova F.K.**  
State Institution “Tajik scientific research Institute of Obstetrics, Gynecology and Perinatology» Ministry of Health and Social Protection of the Population of republic of Tajikistan

**Resume:** A dependence of the development of metabolic disorders on thyroid dysfunction, burdened hereditary history, the presence of neuro-metabolic disorders in puberty, as well as the social status of patients has been established.

The trigger for the development of metabolic disorders was hormonal stress associated with the onset of menarche, the beginning of sexual activity and the fact of pregnancy, especially its termination.

**Key words:** metabolic syndrome, risk factors, visceral obesity, infertility, severity of metabolic disorders

**Мубрамият.** Фарбеҳӣ вобаста аз паҳншавии густурдааш дар миёни аҳоли, хатарӣ баланди пайдо шудани БДР, барвақт маъюб

шудани беморон ва ғавти бармаҳал бо эътирофи СУТ ҳамчун эпидемияи ғайриси-роияти ҷаҳорни муосир шинохта шудааст.

Тибқи маълумоти СУТ~ 30% -и аҳолии сайёра дучори вазни барзиёд ҳастанд, ки аз онҳо занҳо 16,8% ва мардҳо 14,9%-ро ташкил медиҳанд. Миқдори одамони гирифтори фарбеҳӣ ҳар 10 сол то 10% зиёд мешавад [2,5,6]. Дар бештари таҳқиқотҳо қонуниятҳои умумие, ки дар пайдо шудани СМ нақши муҳим доранд, ба монанади статуси пост-менопаузӣ дар занҳо, тамоюли генетикӣ ва ғ.баррасӣ шудаанд [1,7,8]. Таҳқиқотҳои сершумор тасдиқ мекунанд, ки ташаққули СМ аз ҷиҳати генетикӣ муайян карда мешавад. Таҳқиқотҳои зиёди оилаҳо мавҷуданд, ки хешовандони онҳо гирифтори ДҚ-2 буданд. Натиҷаҳои ин таҳқиқотҳо боиси қатъиян эътироф кардани он шуданд, ки инсулинрезистентнокӣ метавонад генетикӣ бошад. ИГ (индекси гликемӣ) ва ИР дар авлоди онҳо, ки дар анамнезашон ДҚ-2 доштанд, мавҷуд буданд [2,9,11]. Барои пайдо шудани СМ омилҳои рафтор - тарзӣ ҳаёти камҳаракат ва истеъмоли парҳези карбогидрат мусоидат мекунанд. Омили нисбатан муҳимми муҳити атроф, ки ба пайдо шудани СМ мусоидат менамояд. Аз меъёр зиёд истеъмол кардани ғизои чарбдор аст. Асосҳои ҷамъшавии чарб дар организмро бисёр истеъмол кардани рағани ҳайвонот ташкил медиҳад, ки аз ҳуҷайрабोфти чарбӣ (ХЧ) бой аст. Агар массаи чарби истеъмолшаванда аз имкониятҳои организм бештар бошад, фарбеҳӣ пайдо мешавад ва рушд меёбад. Статуси иҷтимоӣ-иқтисодӣ низ барои пайдо шудани СМ аҳамияти муҳим дорад, зеро рафтори носолими ғизои одамро муайян мекунанд [1,12,14]. Дар сохтори сабабҳои эндокринопатия мавқеи асосиро бемориҳои ғадуди сипаршакл (аз 34 то 46,1%) ишғол мекунанд [3,4].

Омӯзиши омилҳои хата рва ҷудо кардани СМ аҳамияти бузургӣ клиникӣ дорад, чунки аз як тараф, ин ҳолат ҷуброншаванда аст; дар сурати сари вақт муайян кардан ва ислоҳ намудани ихтилолҳо мумкин аст, ки зухуроти вай нест шаванд ва ё возеҳии зухуроти асоосии онҳо кам шаванд ва аз тарафи дигар, вай пешхабари пайдошавии ҷунин бемориҳои ғайрисироятӣ ҳаст, ки онҳо дар айни замон сабаби асосии маъҷуб-

шавии занҳо мегарданд [10,14].

**Мақсад:** Омӯзиши омилҳои хатар ва лаҳзаҳои калидӣ, ки ба пайдошавии синдроми метаболический занҳои гирифтори бенасли оварда мерасонанд.

**Мавод ва усулҳои таҳқиқот:** 61 нафар зани синну соли репродуктивии дорои синдроми метаболический таҳқиқ карда шуд, ки аз хусуси бенасли ба шуъбаи эндокринологияи гинекологии ПИТ АГ ва П мурочиат кардаанд. Таҳқиқот дар давраи солҳои 2022-2024 гузаронида шуд. Вобаста аз дисфункцияи ғадуди сипаршакл беморон тба ду гурӯҳ ҷудо карда шуданд, дар гурӯҳи якум 34 бемори дарори СМ бидуни дисфункцияи ғадуди сипаршакл дохил карда шуданд, ки гурӯҳи асосиро (гурӯҳи 1) ташкил доданд. Ба гурӯҳи муқоисавӣ (гурӯҳи 2) 27 бемори дарори СМ дорои бемории ғадуди сипаршакл дохил карда шуданд. Гурӯҳи назоратӣ (гурӯҳи 3) аз 30 нафар зани солим иборат буд, ки ах массаи барзиёди бадан ва дисфункцияи ғадуди сипаршакл азият намекашиданд.

Қоркарди омории маълумотҳо бо истифода аз барномаи Statistica10.0 (StatSoft, USA) иҷро карда шуд. Муътадил будани тақсимкунии намуна мувофиқи меъёри Шапиро-Уилка баҳогузорӣ карда шуд. Нишондиҳандаҳои миқдорӣ дар шакли нишондоди миёна ва инҳирофи стандартӣ ва барои нишондиҳандаҳои сифатӣ ифодаҳои ғоизӣ пешниҳод карда шуд. Муқоисаҳои ҷуфти байни гурӯҳҳои мустақил тибқи У-критерияи Манн-Уитни, муқоисаҳои сершумор тибқи Н-критерияи Крускал-Уоллис гузаронида шуд. Муқоисаи байни гурӯҳҳои мустақил тибқи нишондиҳандаҳои сифатӣ аз рӯи критерияи  $\chi^2$ , аз ҷумла бо ислоҳи Йетса ва критерияи дақиқи Фишер сурат гирифт. Фарқият  $p < 0,05$  аз ҷиҳати омории муҳим арзёбӣ гашт.

**Натиҷаҳои таҳқиқот ва муҳокимаи онҳо:** Синну соли таҳқиқшудагон аз 20 то 44-сола буд, миёнаи синну соли миёна дар гурӯҳҳо мутаносибан  $28,7 \pm 5$ ,  $30 \pm 6,3$  ( $p1 > 0,05$ ) ва  $33,5 \pm 1,3$  ( $p1 < 0,05$ ,  $p2 < 0,05$ ) -ро ташкил дод. Мувофиқи маълумоти баъзе сарчашмаҳо, урбанизатсия омили асосӣ ба ҳисоб меравад,

кит рафтори ғизоии занҳои дорои СМ-ро муайян мекунад ва устувории модарӣ, майл доштан ба истеъмоли ғизо дар ресторан, ғизоҳои тезтайёри фаст-фуд, зиёд истеъмол намудани нӯшокиҳои газдори серкалория

вобаста аст [3,4]. Дар таҳқиқоти мо занҳои сокини шаҳр бартарӣ доштанд 22(64,7%), 18 (66,7%), 23(76,7%) ( $p>0,05$ ), аммо аҳамияти омории пайдошавии СМ вобаста аз макони зист муайян карда нашуд.

#### Ҷадвали 1.

##### Тақсим кардани беморон вобаста аз макони зист.

| Номи параметрҳо | I ГУРҶҲ (n=34) | %    | II ГУРҶҲ (n =27 ) | %    | III ГУРҶҲ (n=30) | %    | P     |
|-----------------|----------------|------|-------------------|------|------------------|------|-------|
| Суроға:шаҳр     | 22             | 64,7 | 18                | 66,7 | 23               | 76,7 | >0,05 |
| Деҳа            | 12             | 35,3 | 9                 | 33,3 | 7                | 23,3 |       |
| Ҷамагӣ:         | 34             |      | 27                |      | 30               |      |       |

Эзоҳ: p – аҳамияти омории фарқияти байни нишондиҳандаҳо дар ҷамаи гурӯҳҳо (тибқи критерияи  $\chi^2$ )

Гурӯҳи нисбатан калонро дар байни беморони таҳқиқшуда беморони дорои таҳсилоти миёна ташкил дод. Ҷамагӣ 2,9%-и

занҳо маълумоти синфи 8 доштанд, беморони дорои таҳсилоти олии дар гурӯҳи назоратӣ (53,3%) дида шуд.

#### Ҷадвали 2

##### Таҳсилоти беморон дар гурӯҳҳои таҳқиқшуда.

| Номи параметрҳо | I ГУРҶҲ (n=34) | %    | II ГУРҶҲ (n =27) | %    | III ГУРҶҲ (n=30) | %    | P                                 |
|-----------------|----------------|------|------------------|------|------------------|------|-----------------------------------|
| Таҳсилнокарда   | 1              | 2,9  | 0                | 0,0  | 0                | 0,0  | df=4<br>$\chi^2=4.304$<br>p=0.367 |
| Миёна           | 22             | 64,7 | 16               | 59,3 | 14               | 46,7 |                                   |
| Оли             | 11             | 32,4 | 11               | 40,7 | 16               | 53,3 |                                   |
| Ҷамагӣ:         | 34             |      | 27               |      | 30               |      |                                   |

Эзоҳ: p – аҳамияти омории фарқияти байни нишондиҳандаҳо дар ҷамаи гурӯҳҳо (тибқи критерияи  $\chi^2$ )

Статуси иҷтимоии таҳқиқшудагон фарқ намекард. Сохибхоназанҳоро дар лаҳзаи таҳқиқот гурӯҳи калонтарин - 64% - дар байни

беморони гурӯҳи 1 ва 66,7% дар гурӯҳи 2 ташкил доданд. Гурӯҳи камтаринро муҳассилин ва намоёндогони синфи коргар ташкил дод.

#### Ҷадвали 3

##### Статуси иҷтимоии беморони нозояндаи (инфертилӣ) дорои СМ.

| Статуси иҷтимоӣ | I ГУРҶҲ (n=34) | %    | II ГУРҶҲ (n =27 ) | %    | III ГУРҶҲ (n=30) | %    | P       |
|-----------------|----------------|------|-------------------|------|------------------|------|---------|
| Сохибхоназан    | 22             | 64,7 | 16                | 66,7 | 10               | 33,3 | =0.032* |
| Коргар          | 3              | 8,8  | 0                 | 0,0  | 5                | 16,7 | =0.086  |
| Хизматчи с/з    | 9              | 26,5 | 7                 | 29,2 | 15               | 50,0 | =0.080  |
| муҳассил: МТО   | 0              | 0,0  | 1                 | 4,2  |                  | 0,0  |         |
| Ҷамагӣ:         | 34             |      | 24                |      | 30               |      |         |

Эзоҳ: \* аҳамияти омории фарқияти байни нишондиҳандаҳо дар ҷамаи гурӯҳҳо (тибқи критерияи  $\chi^2$ )

Омӯзиши статуси иҷтимоӣ нишон дод, ки сохибхоназанҳо бештар дучори пайдо шудани ихтилолҳои метаболикӣ ( $p=0,032$ ) мегарданд, назар ба дигар статусҳои иҷтимоӣ. Инро метавон бо тарзи ҳаёти камҳаракати онҳо ва зехнӣ-занҳои тоҷик-сохибхоназанҳо н шарҳ дод.

Омӯзиши анамнези ирсӣ нишон дод, ки

диабети қанд ва бемориҳои дилу рағҳо бештар дар беморони гурӯҳи 1– 17(50,0%) дида мешавад, назар ба гурӯҳи муқоисавӣ– 6 (22,2%) ( $p<0,05$ ). Дар ин маврид дар гурӯҳи муқоисавӣ мавқеи асосиро фарбеҳӣ – 16 (59,3%) ва 15 (44,1% дар гурӯҳи асосӣ) иштиро мекунад ( $p> 0,05$ )

## Бемориҳои ирсӣ дар занҳои нозояндаи (инфертилии) дорои СМ.

| Номи параметрҳо          | I ГУРҶҲ<br>(n = 34) | %    | II<br>(n = 27) | %    | P       |
|--------------------------|---------------------|------|----------------|------|---------|
| Ирсӣ будани беморӣ       |                     |      |                |      |         |
| БГ                       | 2                   | 5,9  | 4              | 14,8 | >0,05** |
| Фарбеҳӣ                  | 15                  | 44,1 | 16             | 59,3 | >0,05   |
| ДҚ                       | 17                  | 50,0 | 6              | 22,2 | <0,05*  |
| БДР                      | 12                  | 35,3 | 2              | 7,4  | <0,05** |
| Бемории ғадуди сипаршакл | 11                  | 32,4 | 6              | 22,2 | >0,05*  |
| ИСҲ                      | 7                   | 20,6 | 4              | 14,8 | >0,05** |
| Ҳамагӣ:                  |                     |      |                |      |         |

Эзоҳ: p – аҳамияти омории фарқияти байни нишондиҳандаҳо дар ҳамаи гурӯҳҳо (тибқи критерии  $\chi^2$  бо ислоҳи Йетс, \*\* тибқи критерии дақиқи Фишер).

Бемории ғадуди сипаршакл дар анамнези оилавии беморон дар гурӯҳҳо фарқияти аз ҷиҳати омӯрӣ муҳим надоштанд – мутаносибан 11 (32,4%) ва 6 (22,2%) ( $p>0,05$ ).

Функцияи менструалӣ дар занҳои бенасли дорои ихтилолҳои метаболӣ омӯхта шуд. Таҳлили функцияи менструалӣ имконият дод муайян карда шавад, ки оғози функцияи менструалӣ дар беморони ҳарду гурӯҳ ба гурӯҳи синнусолии аз 11 то 17-сола рост меояд ва ба ҳисоби миёна  $13,6 \pm 1,4$  солро ташкил дод, дар гурӯҳи 2-юм аз 11 то 16-сола ва ба ҳисоби миёна  $13,8 \pm 1,4$  сол аст ва эътимоднокии омӯрӣ надошт ( $p>0,05$ ).

Барвақт сар шудани менструатсия дар 17,6% -и гурӯҳи асосӣ ва дар 14,8%-и гурӯҳи дуюми занҳо дида шуд. Дер сар шуда-

ни менструатсия дар 8,8%-и таҳқиқшудагон гурӯҳи якум ва 22,2%-и гурӯҳи дуюми таҳқиқшудагон ба қайд гирифта шуд. Дар 29,4% -и беморони гурӯҳи якум (10/34) ва 37,04% -и беморони гурӯҳи дуюми (10/27) мурочиаткарда ихтилоли синкли ҳайзбинӣ ба мушоҳида расид. Намуди нисбатан маҳсули ихтилоли синкл дар беморони дорои СМ ва дисфункцияи ғадуди сипаршакл опсоменорея (ихтилоли синкли ҳайзбинӣ) ба ҳисоб меравад. Таҳқиқот имконият дод ба таври эътимодноқ муайян карда шавад, ки бештар ихтилоли синкли ҳайзбинӣ аз оғози менархе дар ҳарду гурӯҳи беморони гирифтори ихтилолҳои метаболӣ ба қайд гирифта шуд, назар ба гурӯҳи назоратӣ ( $p_1<0,001$ ,  $p_2<0,001$ ).

## Бемориҳои гинекологии беморони инфертилии дорои СМ.

| Нозология                              | Гурӯҳи асосӣ<br>(n = 34) |      | Гурӯҳи муқоисавӣ<br>(n = 27) |      | P     |
|----------------------------------------|--------------------------|------|------------------------------|------|-------|
|                                        | Мутл.                    | %    | Мутл.                        | %    |       |
| Бенасли                                | 34                       | 100  | 27                           | 100  |       |
| Бемориҳои илтиҳобии узвҳои + СРҶГ      | 12                       | 35,3 | 3                            | 11,1 | <0,05 |
| Гипоплазияи бачадон                    | 4                        | 11,8 | 4                            | 14,8 | >0,05 |
| СТПК                                   | 8                        | 23,5 | 4                            | 14,8 | >0,05 |
| Гиперплазияи эндометрия                | 0                        | 0,0  | 1                            | 3,7  |       |
| Синехияи ҷавфи бачадон                 | 1                        | 2,9  | 0                            | 0,0  |       |
| Тағйироти кистозии тухмдонҳо           | 2                        | 5,9  | 2                            | 7,4  | >0,05 |
| Полипи эндометрия ва гарданаки бачадон | 3                        | 8,8  | 3                            | 11,1 | >0,05 |
| Миомаи бачадон                         | 2                        | 5,9  | 4                            | 14,8 | >0,05 |
| Кистаҳои тухмдонҳо                     | 5                        | 14,7 | 3                            | 11,1 | >0,05 |
| Аденомиоз                              | 4                        | 11,8 | 1                            | 3,7  | >0,05 |

Эзоҳ: p – аҳамияти омории фарқияти байни нишондиҳандаҳо дар ҳамаи гурӯҳҳо (тибқи критерии дақиқи Фишер).

Омӯзиши статуси гинекологӣ дар беморони аз тарафи мо таҳқиқшуда имконият дод, ки бартарии эътимодноқ саҳеҳи раван-

дҳои илтиҳобии узвҳои ҷинсӣ дар беморони дорои СМ муайян карда шавад ( $p<0,05$ ). Равандҳои гиперпластикӣ, аз ҷумла СТПА,

кистаҳои тухмдон, миомаи бачадон, аденомиоз тақрибан бо миқдори якхела дар ҳарду гурӯҳ муайян карда шавад ва дар ин маворидфарқияти омори надоштанд ( $p > 0,05$ )

Таҳқиқи статуси тиреоидӣ дар 45,3%-и занҳои инфертилии дорои ихтилолҳои метаболикӣ, мавҷуд будани дисфунксияи ғадуди сипаршаклро ( $p > 0,05$ ) дар 27 бемор муайян карда, ки ба гурӯҳи муқоисавӣ дохил карда шуданд. Шикоятҳои асосии гурӯҳи асосӣ аломатҳои гипотиреози манифестиро тасдиқ карданд, ки бо ногопроявляющиеся заъфи хотира, зиёд шудани вазн, рехтани мӯйҳо, хоболудагӣ, қабзиятҳои зуд-зуд, рангпаридагӣ ва хушкӣ дар қабатҳои пӯст, варам дар тамоми бадан зоҳир мешаванд. Ҳаҷми ғадуди сипаршакл дар 9,7%-и беморони гурӯҳи дуюм то Ia-Ib дараҷа калон шуда буд.

Антителаи зидди тиреоиднойпероксидаз (ТПО) дар 5,4% -и беморони гурӯҳи дорои гипотиреоз муайян карда шуд. Гипотиреоз бемории бартаридоштаи дисфунксияи ғадуди сипаршакл (44,3%) буд. Дар ин ҳолат дар шакли манифестӣ вай дар 14,8%-и беморони гурӯҳи муқоисавӣ ба назар расид. Гипертиреози клиникии дараҷаи сабук дар беморони таҳқиқшуда дар шакли ноустувории эмотсионалӣ, тахикардияи новозеҳ (то 92 зарба/дақ.), талаф шудани вазн, тремори дастҳо ба мушоҳида расид. Дар 15,4% ҳолат манзараи лабораторӣ ва ТУС-и ғадуди сипаршакл ба манзараи тиреоидити аутоиммунӣ мувофиқат мекард, ин беморӣ аз ҷиҳати басомад дар ҷойи 2-юм меистод. Дар 11,1%-и ҳолатҳо таҳлилҳои лабораторӣ баландшавии маҳдуди ТЗ-ро нишон дод.

Хусусиятҳои ҳолати функционалии ғадуди сипаршакл дар беморони дорои СМ -ро калавишҳои сатҳи ГТТ (гормони тиреотропӣ) дар ҳудуди аз 0,38 то 5,77 мМЕ/л ҳамроҳӣ мекард, ки ба ҳисоби миёна  $2,6 \pm 1,4$  -ро ташкил дод ва аз гурӯҳҳои муқоисавӣ ва назоратӣ фарқияти сахҳ надошт ( $p > 0,05$ ). Консентратсияи тироксин дар ҳудуди аз 11,2 то 127,1 ( $45,0 \pm 4,4$ ) пмоль/л дар гурӯҳи асосӣ ва аз 9,2 то 29,1 ( $21,3 \pm 29,1$ ) дар гурӯҳи муқоисавӣ фарқ мекард, назар ба гурӯҳи назоратӣ баланд буд ( $p < 0,001$ ).

Сатҳи трийодтиронин мутаносибан дар ҳудуди аз 0,23 то 6,9 ( $2,2 \pm 1,3$ ) пмол/л ва аз 0,56 то 3,99 ( $3,1 \pm 2,3$ ) пмол/л қарор дошт ва дар дигаргурӯҳҳо фарқи назаррас надошт.

Муқарар карда шуд, ки 24,6% (15/61) -и беморон аз мавҷуд будани ихтилолҳои гормоналӣ дар давраи балоғат шикоят мекунаманд. Дар ин категорияи беморон менархе омиле буд, ки барои ташаккули ихтилолҳои метаболикӣ мусоидат мекард ва дар шакли зиёдшавии пешравандаи массаи бадан, камшавӣ ва номунтазамии ҳайз зоҳир мешавад. 36,1% (22/61) -и беморон зиёд шудани массаи бадан ва пайдо шудани ихтилоли синкли ҳайзро ба саршавии ҳаёти ҷинсӣ вобаста медонанд.

Дар ҷорӣ беморон зиёд шудани массаи бадан ва вайрон шудани ритми ҳайзбинӣ пас аз ғайриихтиёрӣ қатъ шудани ҳомилагии якум руҳ медиҳад. Ҳомилагӣ дар анамнези занҳо бенаслии дувум бо сикти ғайриихтиёрӣ анҷом ёфтаанд, дар ин маврид дар 22,3%-и беморони гурӯҳи асосӣ дар 26,5% -и гурӯҳи муқоисавӣ сикти барвакти ғайриихтиёрӣ ва мутаносибан дар 8,8% ва 11,1% -и онҳи сикти дери ғайриихтиёрӣ руҳ додааст, ҳамчунин фоизи баланди (26,1% ва 14,8%) ҳомилагии дери хориҷибачадонӣ дар ҳарду гурӯҳ низ ҷолиби таваҷҷуҳ аст.

Қатъ шудани ҳомилагӣ дар муҳлати ҳафтаи 18-уми ҳомилагӣ руҳ дода, онро якбора афзудани массаи бадан ва ихтилоли ритм ва сифати ҳайзбинӣ ҳамроҳӣ карданд.

Симптомҳои ихтилоли метаболикӣ дар 24,6% (15/61) -и беморон пас аз валодати якум пайдо шуданд. Эҳтимолан, ин омилҳо мумкин аст ҳамчун механизми калидии пайдошавии ихтилолҳои метаболикӣ баҳогузорӣ намуд.

**Хулоса.** 1. Натиҷаҳои таҳқиқот имконият доданд, ки вобастагии ихтилолҳои метаболикӣ аз дисфунксияи ғадуди сипаршакл, анамнези вазнини ирсӣ, дар давраи балоғат мавҷуд будани ихтилолҳои нейро-мубодилавӣ, статуси иҷтимоии беморзан, ихтилоли ритм ва сифати синкли ҳайзбинӣ муайян карда шавад.

2. Механизми калидии пайдо шудани ихтилолҳои метаболикӣ стресси гормоналӣ

буданд, ки ба саршавии менархе, огози ҳаёти чинсӣ ва далели ҳомилагӣ, махсусан зуд-зуд қатъ шудани он вобастагӣ доштанд.

### Адабиёт

1. Мычка В.Б., Чазова И.Е. Российская доказательная медицина — программа МИНОТАВР: преимущества ретардной формы индапами-да при лечении метаболического синдрома. *Consmed* 2006; 8(5): 46-50.

2. Чазова И.Е., Мычка В.Б., Мамырбаева К.М. и др. Новый представитель класса статинов — крестор: возможности в лечении больных с метаболическим синдромом. *Систем гиперт* 2006; 7(1): 31-5.

3. Болиева Г.У., Ошурмамадова Р.Б., Рахматова Ф. К., Рустамова М. С. Влияние дисфункции щитовидной железы на лабораторные параметры инфертильных женщин с метаболическим синдромом «Вестник Ташкентской академии» № 10(1) 2024г. (ВАК) Стр-127-132

4. Болиева Г.У., Ошурмамадова Р.Б., Рахматова Ф.К., Хайридинова С.С. Особенности менструальной функции у пациенток с дисфункцией щитовидной железы, страдающих метаболическим синдромом. *Журнал «Мать и дитя»* № 3. 2024г.

5. Кудрявцева Е.В., Воронцова А.В., Кузьменко А.А. Нарушение репродуктивной функции у женщин при аутоиммунном тиреоидите // *Сибирское медицинское обозрение*. 2022. – №6 (138). – С. 5-12.

6. Разина А.О., Ачкасов Е.Е., Руненко С.Д. Ожирение: современный взгляд на проблему. Ожирение и метаболизм. 2016;13(1):3-8 DOI: 10.14341/ОМЕТ201613-8

7. Рзакулиева Л.М., Гаджизаде А.Э. Особенности репродуктивной системы у женщин с бесплодием при гипертиреозе // *Пермский медицинский журнал*. – 2021. – Т.38, №1. – С. 64-71.

8. Шермухамедова М.П., Хомидова Г.Ж., Насриддинова К.П. Современные подходы к диагностике и лечению женского бесплодия // *Экономика и социум*. – 2022. – №1-2 (92). – С. 408-412.

9. Busnelli A., Paffoni A., Fedele L., Somigliana E. The impact of thyroid

autoimmunity on IVF/ICSI outcome: a systematic review and meta-analysis. // *Hum Reprod Update*. 2016; 22:793-794.

10. Dhillon-Smith RK, Tobias A, Smith PP, et al. The Prevalence of Thyroid Dysfunction and Autoimmunity in Women with History of Miscarriage or Subfertility // *J ClinEndocrinolMetab*. 2020. 105(8): 32593174

11. Fu J., Zhang G., Xu P., et al. Seasonal Changes of Thyroid Function Parameters in Women of Reproductive Age Between 2012 and 2018: A Retrospective, Observational, Single-Center Study // *Front Endocrinol (Lausanne)*. 2021; 12: 719225.

12. Hu X., Chen Y., Shen Y., et al. Global prevalence and epidemiological trends of Hashimoto's thyroiditis in adults: a systematic review and meta-analysis // *Front Public Health*. 2022; 10:1020709.

13. Guenard F, Houde A, Bouchard L, et al. Association of LIPA Gene Polymorphisms With Obesity-Related Metabolic Complications Among Severely Obese Patients. *Obesity*. 2012;20(10):2075-2082. doi:10.1038/oby.2012.52.

14. Joham A.E., Norman R.J., Stener-Victorin E., et al. Polycystic ovary syndrome. / *Lancet Diabetes Endocrinol*. 2022;10(9):668-680.

**Болиева Гулнора Улжаевна** - Таджикский научно-исследовательский институт акушерства-гинекологии и перинатологии, кандидат медицинских наук, руководитель гинекологической эндокринологии и репродуктологии. **Адрес:** 734025, Республика Таджикистан, г. Душанбе, ул. М.Турсунзаде 31. Телефон: (+992) 907 780880. E- mail: 28082005@mail.ru

**Bolieva Gulnora Uljaevna** - State Institution “Tajik Research Institute of Obstetrics, Gynecology and Perinatology”, Candidate of Medical Sciences, Head of the Department of Gynecological Endocrinology and Reproductology. **Address:** 734025, Republic of Tajikistan, Dushanbe, st.M.Tursunzade 31. Phone: (+992) 907 780880. E-mail: 28082005@mail.ru. Телефон: (+992) 907 780880. E- mail: 28082005@mail.ru

## ОМУҶИШИ ХОСИЯТҲОИ БАКТЕРИОТСИДИИ ГЕЛҲО БО ТАЪСИРИ ЗИДДИ-БАКТЕРИАЛӢ ДАР АСОСИ ЭКСТРАКТИ ШИРИНБИЯИ ЛУЧ

Заби́ров Н.Н.<sup>1</sup>, Юсуфӣ С.Ч.<sup>1,2</sup>, Маъруфов А.Г.<sup>1</sup>, Халилова Ш.Н.

1. Маркази илмӣ тадқиқоти фармасевтии Ҷумҳурии Тоҷикистон. 2. Муассисаи давлатии таълимии “Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абӯал ӣбни Сино”

**Мақсади таҳқиқот:** Омӯзиши хусусиятҳои бактерисидии гелҳои омехта дар асоси экстракти ширинбияи луч (*Glycyrrhiza glabra*), муайян намудани фаъолияти антимиқробии онҳо нисбат ба микроорганизмҳои патогенӣ ва таҳлили муқоисавии се таркиби гуногуни гел.

**Мавод ва усулҳои таҳқиқот:** Барои таҳқиқот се намуди гелҳои омехта истифода шуданд, ки дорои экстракти ширинбия ва консервантҳои гуногун мебошанд:

- бензоати натрий (0,2 г),
- бензоати натрий (0,5 г),
- нипазол (0,01 г) ва нипагин (0,1 г).

Хусусиятҳои бактерисидии онҳо дар ҳашт намоёндаи микроорганизмҳо, аз ҷумла *Staphylococcus aureus*, *Staphylococcus epidermidis*, *Escherichia coli*, *Klebsiella*, *Proteus vulgaris*, *Pseudomonas aeruginosa*, *Streptococcus spp.*, ва *Saccharomyces cerevisiae* бо истифода аз усули диффузия дар агар санҷида шуданд. Барои дақиқ муайян кардани самаранокии онҳо, натиҷаҳо бо антибиотикҳои маъмулӣ муқоиса гардиданд.

**Натиҷаи таҳқиқот:** Маълум шуд, ки гел бо бензоати натрий (0,5 г) дорои баландтарин хусусияти бактерисидӣ мебошад. Ин таркиб таъсири боздорандаи назаррас ба *Escherichia coli* (26 мм), *Staphylococcus aureus* (25 мм) ва *Klebsiella* (24 мм) нишон дод. Гел бо нипазол ва нипагин таъсири мӯътадил ба *Proteus vulgaris* (16 мм) дошт, вале нисбат ба гелҳои дорои бензоати натрий самаранокии камтар дошт.

**Хулоса:** Гели омехта бо экстракти ширинбия ва бензоати натрий (0,5 г) нишон дод, ки он метавонад ҳамчун маводи антимиқробии табиӣ бо самаранокии баланд истифода шавад. Ба таври илмӣ собит гардид, ки истифодаи гиёҳҳои шифобахш бо таъсири зиддимикробӣ метавонад мушқилооти антибиотикорезистентиро коҳиш диҳад ва таъсири манфии антибиотикҳои синтетикиро кам кунад.

**Калимаҳои калидӣ:** гиёҳҳои шифобахш, *Glycyrrhiza glabra*, бензоати натрий, гели омехта, фаъолияти антимиқробӣ, антибиотикорезистентӣ.

## ИЗУЧЕНИЕ БАКТЕРИЦИДНЫХ СВОЙСТВ КОМБИНИРОВАННЫХ ГЕЛЕЙ НА ОСНОВЕ ЭКСТРАКТА СОЛОДКИ ГОЛОЙ

Заби́ров Н.Н.<sup>1</sup>, Юсуфи С.ДЖ.<sup>1,2</sup>, Маъруфов А.Г.<sup>1</sup>, Халилова Ш.Н.

**Цель исследования:** Исследование бактерицидных свойств комбинированных гелей на основе экстракта солодки голой (*Glycyrrhiza glabra*), выявление их антимикробной активности в отношении патогенных микроорганизмов, а также сравнительный анализ трех гелевых композиций с различными составами.

**Материал и методы исследования:** Объектом исследования стали три вида комбинированных гелей, содержащих экстракт солодки голой и различные консерванты:

- натрия бензоат (0,2 г),
- натрия бензоат (0,5 г),
- комбинация нипазола (0,01 г) и нипагина (0,1 г).

Бактерицидные свойства исследуемых гелей оценивали методом диффузии в агаре на восьми бактериальных штаммах, включая *Staphylococcus aureus*, *Staphylococcus epidermidis*, *Escherichia coli*, *Klebsiella*, *Proteus vulgaris*, *Pseudomonas aeruginosa*, *Streptococcus* spp., а также дрожжевые грибы *Saccharomyces cerevisiae*. Для более точной оценки эффективности проведено сравнение чувствительности бактерий к классическим антибиотикам.

**Результаты исследования и их обсуждение:** Исследование показало, что наибольшей бактерицидной активностью обладает гель с натрия бензоатом в концентрации 0,5 г. Этот препарат продемонстрировал выраженный эффект против *Escherichia coli* (26 мм зоны задержки роста), *Staphylococcus aureus* (25 мм) и *Klebsiella* (24 мм), а также умеренную активность против *Pseudomonas aeruginosa* и *Streptococcus* spp.. Гель с комбинацией нипазола и нипагина показал умеренное действие против *Proteus vulgaris* (16 мм), но был менее активным по сравнению с гелями, содержащими натрия бензоат.

**Выводы:** Комбинированный гель с экстрактом солодки и натрия бензоатом (0,5 г) проявил наиболее выраженный бактерицидный эффект, сравнимый с некоторыми антибиотиками, что позволяет рассматривать его в качестве перспективного природного антимикробного средства. Использование фитопрепаратов с антибактериальным эффектом может снизить риск антибиотикорезистентности и побочных эффектов синтетических антимикробных препаратов.

**Ключевые слова:** лекарственные растения, *Glycyrrhiza glabra*, натрия бензоат, комбинированный гель, антимикробная активность, антибиотикорезистентность.

## ***STUDYING THE BACTERICIDAL PROPERTIES OF COMBINED GELS BASED ON GLYCORIP EXTRACT***

***Zabirov N. N.<sup>1</sup>, Yusufi S.J.<sup>1,2</sup>, Marufov A. G.<sup>1</sup>, Khalilova Sh. N.<sup>2</sup>***

**Objective:** To investigate the bactericidal properties of combined gels based on *Glycyrrhiza glabra* extract, assess their antimicrobial activity against pathogenic microorganisms, and conduct a comparative analysis of three gel formulations with different compositions.

**Materials and Methods:** Three types of combined gels containing *Glycyrrhiza glabra* extract and different preservatives were used:

- sodium benzoate (0.2 g),
- sodium benzoate (0.5 g),
- a combination of nipazole (0.01 g) and nipagin (0.1 g).

The bactericidal properties were evaluated using the agar diffusion method on eight microbial strains, including *Staphylococcus aureus*, *Staphylococcus epidermidis*, *Escherichia coli*, *Klebsiella*, *Proteus vulgaris*, *Pseudomonas aeruginosa*, *Streptococcus* spp., and *Saccharomyces cerevisiae*. To obtain a more accurate assessment of effectiveness, bacterial sensitivity to conventional antibiotics was also analyzed.

**Results:** The study revealed that the gel with sodium benzoate (0.5 g) exhibited the highest bactericidal activity. It showed significant inhibitory effects against *Escherichia coli* (26 mm inhibition zone), *Staphylococcus aureus* (25 mm), and *Klebsiella* (24 mm). The gel containing nipazole and nipagin showed moderate activity against *Proteus vulgaris* (16 mm) but was less effective than the sodium benzoate-containing gels.

**Conclusions:** The combined gel with *Glycyrrhiza glabra* extract and sodium benzoate (0.5 g) demonstrated the strongest bactericidal effect, comparable to some antibiotics. This suggests its potential as a promising natural antimicrobial agent. The use of phytotherapeutic agents with antibacterial effects may help reduce antibiotic resistance and minimize the side effects of synthetic antimicrobial drugs.

**Keywords:** medicinal plants, *Glycyrrhiza glabra*, sodium benzoate, combined gel, antimicrobial activity, antibiotic resistance.

**Мубрамият.** Ба туфайли суръати баланди тараққиёти илми фармакология ва саноати фарматсевти, тибби амалӣ бо бисёр доруҳои самарабахши синтетикӣ бой гардидааст, вале бо вучуди ин дорухое, ки дар асоси растаниҳои шифобахш офарида шудаанд, дар комплекси воситаҳои табобати мавқеи муайяно иш“ол мекунад. Истифодаи гиёҳҳои шифобахш барои мустаҳкам намудани саломатии инсон ва табобати беморон аз замони қадим о“оз шудааст.[1,7,9]. Дар Байнаннаҳрайн, Миср, Ҳиндустон, Чин, Юнон ва Рим аз доруҳои гиёҳӣ барои табобати бемориҳои гуногун васеъ истифода мешуданд. Дар ин давра инсоният усулҳои ба даст овардани дору аз маводҳои растанигиро пайдо карданд, масалан, аз растани истихроҷи моддаҳои шифобахш бо истифода аз рав“ан, машрубот, чарб, асал ва “, ки то имрӯз мавриди истифода қарор доранд, [6,8].

**Муҳимият.** Дар Ҷумҳурии Тоҷикистон зиёда аз 4513 намуди растани мерӯяд, ки 640 намуди он эндемикӣ мебошанд. Органҳои ниғадории тандурустии ҷумҳурии мо истифода ва тайёр кардани қариб 70 намуди растаниҳои шифобахшро, ки ба Фармакопеяи давлатии Федератсияи Россия, нашри XIV дохил карда шудаанд, қариб 40% фоизи растаниҳои дар Ҷумҳурии Тоҷикистон руёндашуда навҳои худрӯй мебошанд. Дар байни растаниҳои худрӯй решаи ширинбия (*Glycyrrhiza glabra*) — ширинбех, ширинбия дар байни аҳоли, махсусан дар минтақаи ҷанубии ҷумҳурӣ машҳур аст. Ширинбех аз забони тоҷикӣ тарҷума шудааст, ки маънои “решаи ширин”-ро дорад. Реша ва ризомаҳо аз берун қаҳваранг, дарун зардранг, таъми хеле ширин доранд, ки аз номи худ чинс аз *Glycys* - “Ширин” ва *Rhiza* - “Реша” шаҳодат медиҳад. Дар Тоҷикистон 4 намуди ширинбия, аз ҷумла ширинбияи луч мерӯяд. Ширинбех дар қад-қадӣ ҷуйборҳои обёрӣ ва дарёҳо, ҷангалҳои Ту“ай, дар майдонҳои обёришаванда, “алладона, бо“ҳо ва нишебҳои “айриобёрӣ талу теппаҳо, кам-кам дар ҷойҳои шӯр, дар нишебҳои намии нарм то миёнаи куҳ месабад. Дар мавзеҳои дарёҳо ва мар“зорҳо месабад [3,7]. Дар...

ноҳияҳои гулпарварии Сир, Туркистон, Ҳисору Дарвоз, Тоҷикистони Ҷанубӣ ва Шарқӣ ва Помири “арбӣ дар камарбанди нимсаванна ва шибляк (дар баландии 350—1600 м) воғеҳурод. Барои истифода ашёи хоми ризома решаи ширинбия мебошад, ки онро ширинбия ё решаи ширинбия меноманд. Дар амалияи тиббӣ решаи ширинбияро пӯст карда ва пӯст накарда истифода мебаранд. Ашёи хоми дар аввали баҳор ё тирамоҳ ҷамъоварӣ кардан мумкин аст. Онҳоро дар ҳавои кушод дар соя ё дар хушккунҳои махсус дар ҳарорати на бештар аз 60° С меҳушконанд. Реша ҳангоми ҳамида наш хушк мешавад. Ашёи хоми тайёр аз пораҳои реша ва ризо маҳии “афсӣ 0,5-5 см иборат аст. Муҳлати ниғадорӣ то 10 сол мебошад.[2,3].

Ширинбия яке аз гиёҳҳои маъмултарин дар тибби қадимии форсу тоҷик аст. Олими маъруфи араби забон ва ботаник Абӯҳанифа Динаворӣ қайд мекунад, ки «Решаи ширинбия ширин аст, аммо шоҳааш талхаст». Дар Шарқ ширинбияро бо женини афсонавӣ - “решаи ҳаёт” баробар арзёбӣ мекунад ва барои бемориҳои бронхҳо, сулфай кабутак, инчунин, доруи пӯшанда ва исҳолавар тавсия дода ва дар табобати захми меъда васеъ истифода шуда дар баробари ин растании мазкур дар бисёр омехтаҳои шифобахш дохил карда мешавад, ки барои бемории сил ва саратон истифода мешавад. Дар тибби Тибет решаи ширинбияро барои илтиҳоби шуш ва сил, бемориҳои дил, атеросклероз, бронхит, астмаи бронхиалӣ истифода мебаранд. Дар тибби анъанавии Тоҷикон ҷушобаи решаи ширинбияро истифода мебаранд барои нафастангӣ, сулфа ва спазмҳои гулӯ истеъмол мекунад. Чой аз решаи растани ба истилоҳ «сусҷой» ё «ширинбуя» («ширинбуя»)-ро тоҷикон ҳангоми заъфи бадан, ҳаста шудани системаи асаб ҳам ҷун воситаи ангиғиши фаъолияти узвҳои ҳозима, инчунин, барои варам («шиками бадан») [1,6].

Растании мазкур барои саноати хушкворӣ, тиб ва фарматсевти ка ашёи хоми пуққимат мебошад. Дар натиҷаи таҳқиқоти фармакологӣ доруҳои ширинбия аз тарафи

олимони бисёр мамлакатҳо маълум гардид, ки онҳо таъсири зидди захм буда, ба мубо-дила и обунамак таъсир мерасонанд, ки ин падидаҳо таъсири дезоксикортикомонанд меноманд. Саноати тиб доруҳои флавоно-иди «Ликвиритон» истехсол мекунад, ки барои захми меъда ва захми рудаи дувоз-дах ангушта, гастрити гиперкислота хосия-тҳои зидди илтиҳоб кунанда, спазмолитики ва антисептики дорад. Доруи навбатии «Флакарбин» дорои таркиби мураккаб буда, дар катори дигар пайвастагӣҳо лику-разиди халкон, инчунин, доруи тритерпени «Гликирам» ҳамчун доруи зидди илтиҳобӣ барои нафастанги и бронхиалӣ, дермати-тҳои аллергӣ ва экзема истифода мешавад [5], [6,8].

Бояд қайд кард, ки бактерияҳо ба би-сёр гурӯҳҳои доруҳои зидди микробӣ муқо-вимат нишон медиҳанд: антибиотикҳои в-лактам, аминогликозидҳо, хинолонҳо ва фторхинолонҳо, тетрациклинҳо, сульфани-ламидҳо ва ба монанди дигар гурӯҳҳои до-руҳо. Истифодаи антибиотикҳо и синтетикӣ як қатор таъсири тарафҳо дорад: пайдоиши аксуламалҳои аллергӣ, мавҷудияти таъсири захролуд ба бадан, паст шудани иммунитет, инчунин, рушди муқовимат ба доруҳои мик-роорганизмҳои патогенӣ ва ба доруҳои исти-фодашаванда. Тибқи маълумоти Созмо-ни Ҷаҳонии Беҳдошт, аз ҳама хатарнокта-рин микробҳо *Staphylococcus aureus*, *Staphylococcus epidermidis*, *Streptococcus* ва “айра мебошанд. Ин бактерияҳо пайваста мутатсия карда, ба доруҳо мутобиқ меша-ванд, аз ин рӯ ҷустуҷӯи доруҳои нав идома дорад ва барои олимони вазифаи таъхирно-пазир мебошад. [4,10]. Доруворӣҳои гиёҳӣ барои саноати фармасевтӣ таваҷҷӯҳи зиёд доранд. Моддаҳои табиӣ фаъоли биологӣ (МФБ) дорои таъсири намоёни фармако-логӣ мебошанд, ки аз ҷиҳати қувват нисбат ба аналогҳои синтетикӣ то андозае нисба-ти тарафҳо таъсири камтарини хусусияти захролудшавии паст доранд. Аксар вақт, моддаҳои фаъоли биологӣ ба патология таъ-сири мураккаб дошта як не, балки якчанд аломатҳоро якбора бартараф мекунад. Та-ҳқиқотҳое, ки олимони рус ва хориҷӣ гуза-

ронидаанд, хосиятҳои барҷастаи зидди мик-робии флавоноидҳои алоҳидаро тасдиқ ме-кунанд, ки дар баъзе мавридҳо аз фаъолия-ти аналогҳои синтетикӣ зиёдтаранд. Дар адабиёти илмӣ оид ба самаранокии қверсе-тин бар зидди бактерияҳои грам-мусбат, флавоноҳо ва халконҳо - барои стафилокок-кҳо маълумот дода шудааст. Таъсири зид-димикробӣ бо антосианинҳо ва катехинҳои ҷой, инчунин, пинотсембрини навдаи сафе-дор ифода карда мешавад. Илова бар ин, хосиятҳои зидди илтиҳобии ин пайваста-гӣҳо низ қайд карда мешаванд, ки ин дале-ли муҳим дар табобати ифлосшавии микро-бҳо мебошад [3,5,7,11].

Бояд гуфт, ки дар «Маркази илмӣ таҳқ-иқоти фармасевтии Ҷумҳурии Тоҷикистон» дар тӯли якчанд сол корҳои анҷом дода ме-шаванд, ки аллакай фаъолияти зиддимикро-бии як қатор иқтибосҳои инфиродӣ аз ма-води растании доруворӣ ва комбинатсияи онҳо, аз ҷумла бар зидди *Staphylococcus aureus*, ки бо нашрияҳо ва патентҳои сер-шумор тасдиқ карда шудаанд, исбот карда шуданд. Ҷустуҷӯи доруҳои нави табиӣ ан-тибактериалӣ дар байни ашёи хоми раста-нии доруворӣ ба ҳалли мушкилоти муқови-мати антибиотикҳо ва кам кардани таъси-ри манфии терапияи антибактериалӣ кӯмак мекунад. Ин вазифа фаҳмиши маводи рас-тании шифобахшро васеъ намуда, дигар имкониятҳои истифодаи онҳоро нишон ме-диҳад.

Аз баски дар байни адабиётҳо дастрас намудаи мо ягон асари илмӣ, ки ба омӯзи-ши бактериологии экстракт бахшида шуда-аст, ёфт нашуд. Ширинбияи луч дар шакли гели омехта, ба ин муносибат объектҳои номбурда барои муфассалтар омӯхтан ва аз ҷиҳати илмӣ асоснок кардани хосиятҳои бактеритсидии онҳо интиҳоб карда шуданд.

**Мақсади омӯзиш.** Мақсади таҳқиқоти мазкур омӯзиши хосиятҳои бактеритсидӣ экстракти ширинбияи луч дар шакли гели омехта, инчунин, омӯзиши муқоисавии се гел дар асоси растании боло зикр мебошад.

**Мавод ва усулҳои тадқиқот.** Ба сифати объекти тадқиқ гелҳои омехта, ки дар асоси экстрактҳои ширинбия асос ёфтаанд, исти-

фода шуданд. Барои интихоби вояи самарабахши объектҳои омӯхташаванда таҷрибаҳои пешакии чустуҷӯӣ дар асоси ҳисоби 0,01; 0,1; 0,2; 0,4; 0,5; 0,6 гр вояи оптималии гелҳо интихоб карда шуданд. Гельҳо чузъҳои зеринро дар бар мегиранд:

1 гел) Бензоати натрий дар ҳаҷми 0,2 г.

2 гел) бензоати натрий дар ҳаҷми 0,5 г.

3 гел) Нипазол 0,01 г. + нипагин 0,1 г.

Бояд гуфт, ки дар ҳар се гелҳо экстрактҳои ширинбия (*Glycyrrhiza glabra*) низ мавҷуданд. Дар лабораторияи «Инфексияҳои рӯда ва паразитология»-и Тоҷикистон барои муайян кардани ҳосиятҳои бактеритсидии 3 дору таҳқиқоти микробиологӣ гузаронида шуд. Муассисаи давлатии «Пажӯҳишгоҳи тиббии профилактикии Тоҷикистон»-и Вазорати тандурустӣ ва ҳифзи иҷтимоии аҳолии Ҷумҳурии Тоҷикистон барои муайян кардани ҳосиятҳои бактеритсидии доруҳои пешниҳодшуда, дар микроорганизмҳо, воситаҳои «изоии самарабахш ва интихобӣ истифода шуданд.

Хусусиятҳои дар боло зикршудаи гелҳои омехта бо экстракти ширинбия дар ҳашт номгӯи зерини микробҳо муайян карда шуданд:

1. *Staphylococcus epidermidis* (эпидермалӣ стафилококк)

2. *Staphylococcus aureus* (стафилококки тиллоӣ)

3. *Streptococcus SPP*

4. *Klebsiella* (аз оилаи Enterobacteriaceae)

5. *Proteus vulgaris* (бактерияи асошакл, ки спора ҳосил намекунад)

6. *Pseudomonas aeruginosa* (*Pseudomonas aeruginosa*)

7. *Escherichiacoli* (Чубчабактерияи рӯда)

8. *Saccharomycescerevisiae* (занбурӯҳои хамиртуруш)

Изолятҳои штаммҳои микроорганизмҳо дар 2-3 мл маҳлули стерилизатсияи шӯр ҳал карда, сипас ҳамчун алафи доимӣ дар рӯи агари хушки «изоӣ дар косаҳои Петри гузошта шуданд. Аввалан, дар маркази чашка Петри дар муҳитҳои «изоии яхкардашуда, бо истифода аз пробиркаи стерилизатсияшуда, чоҳи диаметраш 15 мм сохта шуд. Бо истифода аз пипеткаи стерилизатсияшуда, 0,1 мл препаратҳои санчишӣ (то 70 ° гарм карда шуда) ба чоҳҳои рӯи агар чойгир карда шуданд. Натиҷаҳо пас аз 24 соати нигоҳ доштани зарфҳои Петри бо таҳлилҳо дар термостат дар 37,0 ° ба назар гирифта шуданд. Хусусиятҳои бактеритсидии ро бо роҳи чен кардани минтакаи боздоштани афзоиши микробҳо дар мм омехта шуданд. Мавҷудияти нашъунамо дар атрофи доруҳо аз муқовимати микробҳои додашуда, ба препарати (субъекти санчиш) нишон дода шуда, баръакс, набудани афзоиш аз ҳассосияти микроорганизмҳо ба доруҳо (гелҳо), ки аз экстрактҳои ширинбия сохташудаанд, шаҳодат медиҳад.

Натиҷаҳо ва муҳокимаҳо. Ҳангоми омӯختани ҳосиятҳои бактеритсидии гелҳои омехта дар асоси экстрактҳои ширинбия натиҷаҳои зерин ба даст оварда шуданд, ки дар ҷадвали №1 оварда шудаанд.

#### Ҷадвали 1.

Омӯзиши ҳосиятҳои бактеритсидии 3 гели омехта дар асоси экстракт решаи ширинбия».

| №. | Номи микробҳо                  | Бензоати натрий 0,2г | бензоати натрий 0,5 г | Нипазол 0,01 + Нипагин 0,1 |
|----|--------------------------------|----------------------|-----------------------|----------------------------|
| 1  | <i>Стаф. эпидермис</i>         | 0                    | 0                     | 0                          |
| 2  | <i>Стаф. aureus</i>            | 4                    | 25                    | 0                          |
| 3  | <i>Streptococcus SPP</i>       | 26                   | 23                    | 10                         |
| 4  | <i>Клебсиелла</i>              | 12                   | 24                    | 14                         |
| 5  | <i>Proteusvulgaris</i>         | 0                    | 0                     | 16                         |
| 6  | <i>Pseudomonas aeruginosa</i>  | 24                   | 20                    | 10                         |
| 7  | <i>Escherichiacoli</i>         | 15                   | 26                    | 14                         |
| 8  | <i>Saccharomycescerevisiae</i> | 0                    | 0                     | 0                          |

Эзоҳ: Дар асоси натиҷаҳои бактериологӣ маълум гардид, ки гели озмоиш шуда, бо таркиби бензоати натрий 0,2 г. нисбат ба *Streptococcus SPP* (26 мм) ва *Pseudomonas aeruginosa* (24 мм) индекси баланд дорад.

Объекти тадқиқшуда, ба микроорганизмҳо фаъолтар амал мекард, яъне ба доруи санҷида ҳассостар буд. Афзоиши чиддие низ барои *Escherichiacoli* (15 мм) ва *Klebsiella* (12 мм) қайд карда шуд, ки аҳамияти муҳими микробиологӣ дорад. Каме зиёдшавии *Staphylococcus aureus* (4 мм) ба назар мерасад. Дар мавриди дигар штаммҳои микроорганизмҳо, ба монанди *Staph. Epidermidis*, *Proteus vulgaris* ва *Saccharomyces cerevisiae* (занбӯруҳои хамиртуруш) минтақаи боздоштани афзоиши микробҳо ба сифр баробар буд. Дар гели навбатии мавриди омӯзиш қарор доштаи 0,5 г бензоати натрий нисбат ба *Escherichiacoli* (26 мм), *Staphylococcus aureus* (25 мм) ва *Klebsiella* (24 мм) суръати баландтар дорад. Афзоиши назарраси *Streptococcus SPP* (23 мм) ва *Pseudomonas aeruginosa* (20 мм) низ қайд карда шуд, ки ин ҳам аҳамияти муҳими микробиологӣ дорад. Дар мавриди дигар штаммҳои микроорганизмҳо, аз қабili *Staphylococcus Epidermidis*, *Proteus vulgaris* ва занбӯруҳои хамиртуруш, минтақаи боздоштани афзоиши микробҳои онҳо ба сифр баробар буд. Гели фитотерапия ботаркиби омехтаи нипазол 0,01 бо нипагин 0,1 нисбат ба гелҳои бензоати натрий 0,2 ва 0,5 нисбат ба микроорганизмҳо камтар фаъол буд.

Аммо боиси қайд аст, ки индекси гели нипазол бо нипагин нисбат ба *Proteus vulgaris* (16 мм) баланд буда, дар ҳоле ки барои ду гели дигар ин нишондиҳанда ба сифр баробар буд, ки таъсири гели омехта ба чунин штаммҳои микробҳо ба монанди *Escherichia coli* ва *Klebsiella* яхела буданд (14мм). Индекси *Pseudomonas aeruginosa* нисбат ба ду гели дар болозикр шуда, камтар фаъол буд (10 мм). Дар мавриди дигар штаммҳои микроорганизмҳо, ба монанди *Staph. Epidermidis*, *Staphylococcus aureus* ва *Saccharomyces cerevisiae* – минтақаи боздоштани афзоиши микробҳо комилан сифр (0мм) буд.

Дар асоси таҳқиқоти бактериологии гелҳо дар асоси экстрактҳои ширинбия бо миқдор ва таркиби гуногун (бензоати натрий 0,2; бензоати натрий 0,5; нипазол 0,01 + нипагин 0,1) маълум гардид, ки бар зидди штаммҳои микроорганизмҳо гели дорои таркиби бензоати натрий мебошад. Аз ин лиҳоз, омехтани ҳосиятҳои бактеритсидии гели бензоати натрий танҳо бовояи 0,5-ро зарур мешуморем.

Марҳилаи навбатии таҳқиқот муайян кардани ҳассосияти штаммҳои бактериявии доруҳои зиддибактериалӣ буд. (мм). Натиҷаҳо дар ҷадвали №2 нишон дода шудаанд.

## Ҷадвали 2.

### Ҳассосияти штаммҳои муайяншудаи бактериявӣ ба доруҳои зиддибактериявӣ (мм).

| Номгуи микроорганизмҳо            | Номиантибиотикҳо |         |             |             |          |            |            |             |            |             |
|-----------------------------------|------------------|---------|-------------|-------------|----------|------------|------------|-------------|------------|-------------|
|                                   | Сипрофлосин      | Абактал | Фуразолидон | Тетрасиклин | Клафоран | Кифа Золин | Канамитсин | Эритромицин | Офлоксацин | Сефтриаксон |
| <i>Staphylococcus epidermidis</i> |                  |         | 25          |             |          | 26         | 19         |             |            |             |
| <i>Staphylococcus aureus</i>      | 24               |         | 28          |             |          | 23         |            | 27          |            |             |
| <i>Escherichiacoli</i>            |                  | 19      | 18          | 20          | 28       | 20         |            |             |            | 27          |
| <i>Клебсиелла</i>                 |                  |         | 24          |             |          | 19         |            |             |            | 18          |
| <i>Pseudomonas aeruginosa</i>     |                  |         | 22          |             |          | 21         |            |             | 26         |             |
| <i>Протея vulgaris</i>            | 26               | 23      |             |             |          |            | 24         |             |            |             |

Эзоҳ: Аз рӯи натиҷаҳои таҳқиқоти бактериологи ба даст овардашуда, муайян карда шуд, ки ҳассосият ба *Staphylococcus epidermidis* (*staphylococcus эпидермалӣ*) барои сефазолин (26 мм) аз гурӯҳи антибиотикҳои насли якум ва фуразолидон (25 мм) аз гурӯҳи нитрофуранҳо зиёд шудааст. Дар ҷои дуюм аз рӯи ҳассосият канамисин (19 мм), антибиотикҳои аминогликозидҳо буд. Нисбати доруҳои боқимонда (Сипрофлосин, абактал, тетрасиклин, клафоран, эритромицин, офлоксацин, Сефтриаксон) ҳассосияти бактерияҳо нисбат ба доруҳои дар болозикршуда комилан кам буд.

Дар робита ба *Staphylococcus aureus* (стафилококки тиллоӣ) ҳассосияти балан-дтаринро фуразолидон (28 мм), эритроми-син (27 мм), Сiproфлорасин (24 мм) ва Сефазолин (23 мм) нишондоданд. Нишон-дихандаҳои доруворӣ (абактал, тетрацик-лин, клафоран, канамисин, офлорасин ва Сефтриаксон) бар зидди микроорганиз-мҳо “айри ғаъол буданд. Ҳассосияти до-руҳои зидди бактериявӣ нисбат ба *Escherichia coli* (Эшириха коли) мавриди баррасӣ қарор хоҳад гирифт. Дар ин ҷо доруҳои самарабахштарин клафоран (28 мм), сефтриаксон (27 мм), тетрациклин ва сефазолин (20 мм) буданд. Дар ҷоидуюм аз рӯи самаранокӣ абактал (19 мм) ва фу-разолидон (18 мм) буданд. Доруҳои зерин (Сiproфлорасин, канамисин, эритроми-син, ҳассосияти офлорасин комилан сифр буд. Баландшавии ҳассосият ба Клебсиел-ла (аз оилаи энтеробактерияҳо) аз ҷониби доруҳои зерин ба вуҷуд омадааст: фуразо-лидон (24 мм), Сефазолин (19 мм), Сефт-

риаксон (18 мм). Доруҳои боқимонда (Сип-рофлорасин, абактал, тетрациклин, клафо-ран, канамисин, эритромицин, офлорасин) зидди микроорганизмҳои дар боло зикршуда доруҳои бесамар (0 мм) гардиданд.

*Pseudomonas aeruginosa* (холи кабуд) хеле баланд аст. Офлорасин (26 ммоль), фу-разолидон (22 ммоль) ва Сефазолин (21 ммоль) ҳассос мебошанд. Тавре ки дарҷад-вали №2 дида мешавад, ҳеҷ гуна ҳассосият нисбат ба доруҳои боқимонда ошкор на-шудааст. Нисбат ба *Proteus vulgaris* (бактерияе, ки асои шаклаш спора ташкил намекунад), ҳассосияти баландтарин ба ин микроб ба-рои Сiproфлорасин (26 мм), канамисин (24 мм) ва абактал (23 мм) мушоҳида шудааст. Фуразолидон, тетрациклин, клафоран, сефа-золин, эритромицин, офлорасин ва Сефт-риаксон умуман ҳассосият нишон надоданд (0 мм).

Марҳилаи ниҳоии тадқиқот муайян кар-дани ҳассосияти занбӯру“ҳои хамиртуруш ба доруҳои нистатин ва флуконазол буд.

### Ҷадвали 3.

**Муайян кардани ҳассосияти занбӯру“ҳои хамиртурушмонанди муайяншуда, ба доруҳои зидди занбӯру“ (60 мм).**

| Ном микроорганизм               | Нистатин | Флуконазол |
|---------------------------------|----------|------------|
| <i>Saccharomyces cerevisiae</i> | 16       | 11         |
| Занбӯру“ҳои хамиртуруш          |          |            |

**Эзоҳ:** Дар асоси натиҷаҳои ҷадвали № 3 антибиотики полиеннистатин (16 мм) ба занбӯру“ҳои хамиртурушмонанд ҳангоми таҳқиқ муайян шуда, ҳассостарин буд. Аз ҷиҳати ҳассосият до-руҳои зидди fungal флуконазол аз синфитриазол (11мм) дар ҷои дуюм буданд. Аз нуқтаи назари таъсири муқоисавӣ ба занбӯру“ҳои хамиртуруш, флуконазол аз нистатин пастрар буд.

Хулоса, дар рафти омӯзиши микробио-логии ҳосиятҳои бактеритсидии бензоати натрий дар вояи 0,5 бо решаи ширинбия дар шакли гели омехта, натиҷаҳои назарраси илмӣ ба даст оварда шуданд, ки дар омӯзи-ши усулҳои нав саҳми назаррас доранд. Доруҳои аз ҷиҳати экологӣ тоза, беҳатар ва самаранок дар асоси маводи растани. Бояд қайд кард, ки омезиши бензоати натрий дар вояи 0,5 ва решаҳои ширинбия (*Glycyrrhiza glabra*) дар шакли гели омехта хеле самараноктар амал мекунад ва нисбат ба як компонент спектри васеътари амалӣ-бактеритсидӣ дорад.

### Адабиёт

1. Абуали Ибни Сино. Канон врачевой науки. Т.2. Душанбе: Дониш, 2012. – 810с.
2. Абрамчук А.В. Дикорастущие травяни-стые растения и их фармакологические свой-ства/ А. В. Абрамчук. – Екатеринбург. 2003. – 55 с.
3. Забиров Н.Н. Реологические исследова-ния мягкой лекарственной формы с экстрак-том солодки голой / С.Дж., Юсуфи, Ф.А. Ах-медов, – Душанбе. 2024. – №3 159-165стр.
4. Тапальский Д.В., Тапальский Ф.Д. Ан-тибактериальные свойства растительных экстрактов и их комбинаций с антибиоти-

ками в отношении экстремально-антибиотико-резистентных микроорганизмов. Курский научно-практический вестник «Человек и его здоровье». 2018;(1):78-83. <https://doi.org/10.21626/vestnik/2018-1/12>.

5. Куркина, А.В. Флавоноиды фармакопейных растений / А.В. Куркина. - Самара: ООО «Офорт», ГБОУ ВПО СамГМУ Минздрава России, 2012. — 290 с.

6. Тохири, М. Фитотерапия и народная медицина эпохи Ависенны / М. Тохири // Материалы IV-го международного конгресса. — 2010. - С. 396.

7. Халилова, Ш.Н. Фармакология некоторых луков семейства амариллисовых (экспериментальное исследование): дисс. канд. мед. наук / Ш.Н. Халилова, — Душанбе, 2022. — 114 с.

8. Ходжиматов, М. Дикорастущие лекарственные растения Таджикистана / М. Ходжиматов. — Душанбе: Гл. научн. ред. Тадж. Сов. Энциклопедии, 1989. — 365 с.

9. Юсуф С.Дж. Разработка состава, технологии сиропа Холагон / С.Дж. Юсуф, Ф.А. Ахмедов., Ш.Н. Халилова // Журнал «Вестник Воронежского государственного университета». — 2022. - №2. — С 46-52.

10. Abdallah E.M. Plants: an alternative source for antimicrobials // Journal of Applied Pharmaceutical Science. - 2011. - Vol. 1, N 6. - P. 16-20.

11. Sebei K., Sakouhi F., Herchi W., Khouja M.L., Boukhchina S. Chemical composition and antibacterial activities of seven Eucalyptus species essential oils leaves // Biological Research-2015. - Vol. 48, N1. - P. 7. <https://doi.org/10.1186/0717-6287-48-7>.

**Забиров Навруззон Нурович** – ходими илмии Маркази илмию тадқиқоти фармасевти Ҷумҳурии Тоҷикистон, телефон +992 918 64 09 40, email: mitfarm19@mail.ru, 734026, Ҷумҳурии Тоҷикистон, ш. Гисар, куч Манзар, хонаи 32.

**Забиров Навруздҷон Нурович** – научный сотрудник Научно-исследовательского фармасевтического центра Республики Таджикистан, телефон +992 918 64 09 40, email: mitfarm19@mail.ru, 734026, Республика Таджикистан, г. Гисар, ул Манзар, кв 32.

**Zabirov Navruzjon Nurovich** – Scientific Centurion of the Research Pharmaceutical Center of the Republic of Tajikistan, phone +992 918 64 09 40, email: mitfarm19@mail.ru city Hisar, 734026, Republic of Tajikistan.

## ХУСУСИЯТҲОИ ПСИХОФИЗИОЛОГИИ ВАРЗИШГАРОН - ЗАХИРАИ БАЛАНД БАРДОШТАНИ САМАРАНОКИИ ФАЪОЛИЯТ

Зафаров Х.А.<sup>1</sup>, Султоналиева Г.Ш.<sup>1</sup>, Султоналиева С.Б.<sup>2</sup>, Синонова С.Д.<sup>2</sup>.

1. Кафедраи анатомия ва физиологияи МДТ “Донишкадаи тарбияи чичсмони Тоҷикистон ба номи С. Раҳимов”, ш. Душанбе. 2. Кафедраи тибби варзиш ва мудофияи шаҳрвандии МДТ “Донишкадаи тарбияи чичсмони Тоҷикистон ба номи С. Раҳимов”, ш. Душанбе.

Хусусиятҳои фаъолияти системаи асаби варзишгароне, ки ихтисосхояшон аз намудҳои гуногуни варзиш мебошад, баррасӣ карда мешаванд. Нишондиҳандаҳои реаксияҳои сода ва мураккаби визуалӣ-моторӣ ва ҳаракатнокии функционалии равандҳои асаб муайян карда шуданд. Муносибати байни хусусиятҳои психофизиологии варзишгарон ва хусусиятҳои фаъолияти мусобиқа нишон дода шудааст. Хусусиятҳои афзалиятноки психофизиологии, ки ба самаранокии фаъолияти рақобатӣ дар намудҳои гуногуни варзиш таъсир мерасонанд, муайян карда шудаанд.

Дар натиҷаи тағйир ёфтани шароити фаъолияти мусобиқа, инкишофи базаи моддию техникаӣ, мураккаб шудани техникаи ҳаракат, ба вучуд омадани воситаҳои нави таъсиррасонии ғайритаълимӣ, инчунин тағйироти қоидаҳои мусобиқа дар даҳсолаҳои охир, афзоиши доимии сарборӣ ба ҳолати психофизиологӣ дар шароити фишори шадиди ҷисмонӣ ва психоэмоционалӣ, ки ба системаи асаб ва махсусан ба қисмҳои олиӣ он тааллуқ доранд.

**Вожаҳои калидӣ:** ҳосиятҳои психофизиологӣ, ғайолияти рақобатӣ, сарбории ҷисмонӣ, реаксияи интиҳобӣ, устувории диққат, суръати ҷавобӣ, тафаккури зеҳни тез.

### ***ХАРАКТЕРИСТИКИ ПСИХОФИЗИОЛОГИИ И СПОРТСМЕНОВ - РЕЗЕРВА ДЛЯ ПОВЫШЕНИЯ ЭФФЕКТИВНОСТИ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ***

***Зафаров Х.А.<sup>1</sup>, Султоналиева Г.Ш.<sup>1</sup>, Султоналиева С.Б.<sup>2</sup>, Синонова С.Д.<sup>2</sup>.***

Проведенные исследования позволили определить взаимосвязь психофизиологических особенностей спортсменов с особенностями соревновательной деятельности. Так, наибольшая активность нервных процессов наблюдается в видах спорта, где ситуации постоянно меняются, а наименьшая — в велосипедных видах спорта, требующих выносливости.

Показано, что в зависимости от особенностей двигательной деятельности у спортсменов формируются определенные типологические индивидуально-психологические особенности, которые могут быть использованы в качестве модельных признаков и позволяют прогнозировать и влиять на результаты их соревновательной деятельности. Преобладающими психофизиологическими и билатеральными характеристиками, влияющими на эффективность соревновательной деятельности в различных видах спорта, являются реактивность и функциональная подвижность нервной системы, а также особенности асимметрии между полушариями головного мозга.

Также можно сделать вывод, что интенсивная физическая нагрузка стимулирует развитие тех структур нервной системы, которые обеспечивают выполнение сложных сенсомоторных действий, соответствующих данной нагрузке.

Полученные показатели позволяют проводить объективную диагностику особенностей психофизиологических функций спортсменов различных специальностей, что дает необходимую информацию для индивидуального подхода к подготовке спортсменов и является ресурсом повышения эффективности соревновательной деятельности.

В данной статье рассмотрены особенности нервной системы спортсменов различных видов спорта. Определены показатели простых и сложных зрительно-моторных реакций, функциональная подвижность нервных процессов. Показана связь психофизиологических особенностей спортсменов с особенностями соревновательной деятельности. Выявлены преобладающие психофизиологические особенности, влияющие на эффективность соревновательной деятельности в различных видах спорта. В результате изменения условий соревновательной деятельности, развития материально-технической базы, усложнения техники движений, появления новых средств необразовательного воздействия, а также изменения правил соревнований в последние десятилетия наблюдается постоянное увеличение нагрузки на психофизиологическое состояние в условиях интенсивных физических и психоэмоциональных нагрузок, что оказывает влияние на нервную систему, и особенно относится на ее высшие части.

**Ключевые слова:** Особенности психо-физиологии, нагрузка спортсмена, выбор реакции, устойчивость внимания, ответный скорост, интеллект спорт, нервная система.

### ***CHARACTERISTICS OF PSYCHOPHYSIOLOGY AND RESERVE ATHLETES FOR IMPROVING PERFORMANCE***

***Zafarov Kh. A.<sup>1</sup>, Sultonaliyeva G. Sh.<sup>1</sup>, Sultonaliyeva S. B.<sup>2</sup>, Sinonova S. D.<sup>2</sup>.***

From ancient times on our civilized land, we have had various sports, athletic competitions, and this nation has grown famous heroes on the fields of athletic battles, celebrated on the world stage. These heroes possessed a unique versatility, which remains a source of pride for the people

to this day. It is enough to mention that the most famous among them are the unstoppable wrestler Rustam and the archer Orisha, who are even celebrated in myths and legends, though the pages of our history are full of such heroes. As a result of changing conditions of competitive activity, the development of the material and technical base, the sophistication of movement techniques, the emergence of new means of non-educational influence, as well as changes in competition rules in recent decades, there has been a constant increase in the load on the psychophysiological state in conditions of intense physical and psycho-emotional stress, which affects the nervous system, and especially its higher parts.

**Keywords:** healthy lifestyle, famous heroes, gyms, training camps, and swimming pools.

**Мубрамият.** Тавре ки маълум аст, такмили соҳаи амалияи варзишӣ тавассути қорӣ намудани технологияҳои гуногун дар тарбияи варзишгарон ва гузаронидани тадқиқоти илмӣ барои баланд бардоштани самаранокии ҷисмонии онҳо дар мусобиқаҳо мебошад. Дар натиҷаи тағйир ёфтани шароити фаъолияти мусобиқа, инкишофи базаи моддию техникаӣ, мураккаб шудани техникаи ҳаракат, ба вучуд омадани воситаҳои нави таъсиррасонии ғайритаълимӣ, инчунин тағйироти қоидаҳои мусобиқа дар даҳсолаҳои охир, афзоиши доимии сарборӣ ба ҳолати психофизиологӣ дар шароити фишори шадиди ҷисмонӣ ва психоэмоционалӣ, ки ба системаи асаб ва махсусан ба қисмҳои олии он тааллуқ доранд. Дониши илмӣ дар бораи ташаккули ҳосиятҳои инфиродии типологии фаъолияти олии асаб метавонад барои пешгӯӣ ва баланд бардоштани нишондодҳои варзишгарон равона карда шавад.

**Мақсади тадқиқот:** омӯзиши нишондодҳои психофизиологӣ варзишгарони намудҳои гуногуни фаъолияти ҷисмонӣ ва муайян кардани фарқияти онҳо бо мақсади баланд бардоштани самаранокии фаъолияти рақобатӣ.

**Мавод ва усулҳои таҳқиқот:** таҳлили адабиёти илмӣ-методӣ, мушоҳидаи педагогӣ, санҷиши равонӣ (психологӣ) бо истифода аз усулҳои ташҳиси равонӣ (психодиагностикӣ): андозагирии давраи ниҳонии реаксияи оддии визуалӣ-моторӣ (SVMR), андозагирии давраи ниҳонии мураккаби визуалӣ-мотории реаксияи интиҳоби аз се як ангезанда (РИ 1- 3) ва реаксияи интиҳоби аз се ду ангезанда (РИ 2-3), чен кардани дараҷаи ҳаракати функционалии равандҳои

асаб аз рӯи усули Н.В. Макаренко.

Дар тадқиқот 105 варзишгари баландҳатисос, ки аз намудҳои гуногуни варзиши мебошанд, иштирок намуданд: аъзоёни дастаҳои тими мунтахаби Тоҷикистон оид ба футбол, баскетбол, варзиши сабук ва гуштини миллӣ ҳастанд.

Дар асоси натиҷаҳои фаъолияти сенсомотории дараҷаҳои гуногуни мураккабии варзишгарон параметрҳои фаъолияти олии асаб қайд карда шуданд.

**Натиҷаҳои таҳқиқот.** Омӯзиши равишҳо ба масъалаи омӯзиши хусусиятҳои психофизиологӣ варзишгарон нишон медиҳад, ки дар адабиёти илмӣ муосир муаллифони онҳоро пеш аз ҳама аз нуқтаи назари фаъолияти ҳосиятҳои равонии генотипии шахс баррасӣ мекунанд, ки он дар фаъолияти мусобиқавӣ таъсири самаранокии рақобатпазириро доранд. [2,4,7,9].

Аксари муҳаққиқон хусусиятҳои гуногуни равони (психика)-ро ба таркиби хусусиятҳои психофизиологӣ дохил мекунанд [1,5,8]: ҳосиятҳои системаи асаб, типии темперамент, хусусиятҳои психодинамикӣ, хусусиятҳои асимметрияи функционалии майнаи сар ва ғайра. Таркиби миқдори ҳосиятҳои индивидуалии одам як хел аст, одамон танҳо аз рӯи дараҷаи вазниниашон фарқ мекунанд, ки он метавонад дар давоми тамоми ҳаёт тағйир ёбад. Дар тадқиқот, хусусиятҳои нисбатан устувори психофизиологӣ инфиродии варзишгарон, ки ба хусусиятҳои системаи асаби онҳо алоқаманданд, таҳлил карда шуданд: реактивнокӣ ва ҷумбишҳои функционалии равандҳои асаб, инчунин хусусиятҳои дучониба (асимметрияи функционалии ма“зи сар). Хусусиятҳои психодинамикии варзишгарон - экстраверсия -

интроверсия ва устувории эмотсионалӣ - ноустувории эмотсионалӣ берун аз таваҷҷуҳи мо боқӣ мондаанд, ки барои таҳқиқоти минбаъда дар ин самт таваҷҷӯҳ зоҳир мекунад.

Омӯзиши хусусиятҳои инфиродии РОВМ (реаксияи оддии визуалӣ-моторӣ), РИ 1-3 ва РИ 2-3 нишон дод, ки хусусиятҳои фаъолияти олии асабии варзишгарон фарқиятҳои хоси гурӯҳӣ доранд, ки мутобиқшавии инфиродии психофизиологии онҳоро ба як намуди мушаххаси фаъолияти моторӣ инъикос мекунанд [3,6].

Маълумотҳое, ки аз тадқиқоти реаксияи оддии визуалии мотор ба даст оварда шудаанд, нишон медиҳанд, ки натиҷаҳои беҳтаринро гуштингирон аз намуди миллӣ (130,1мс), баскетболбозон (231,1 мс) ва футболбозон (252,8 мс) нишон доданд. Ин аз он шаҳодат медиҳад, ки варзишгароне, ки натиҷаҳои таҳассусии баланд аз намунаҳои варзишро доранд, нишондодҳои дараҷаи баланди реактивнокӣ ба қайд гирифта мешавад. Таҳлили РИ 1-3 ва РИ 2-3 ба мо имкон медиҳад, ки дар шароити душвори фаъолияти сенсомоторӣ самаранокӣ бештарро гуштингирони намуди миллӣ (419,0 мс), баскетболбозон (420,0 мс), футболбозон (405,5) мс ва варзишгарони ихтисоси варзиши сабук (420,2 мс) нишон медиҳанд. Инчунин, нишондоди баланд дар варзишгарони таҷрибадор аз намуди шиноварӣ, ҷаҳидан ба об (407,0 мс) ба даст оварда шуданд. Дар ҳамин вақт бо зиёд шудани мураккабии масуъулият дар намоёндогони гимнастикаи бадеи ва лижарони хеле бадтар шудани самарани фаъолияти сенсорӣ қайд карда шуд. Ин нишондиҳандаҳо алоқамандии амали ҳаракатро бо равандҳои равонии дарк карда, диққат ва хотираро муайян мекунанд. Зиёдшавии вақти реаксияи мураккаби варзишгарон бо зарурати мантиқӣ дарк кардани вазифаи дар пешистода барои қабули қарор алоқаманд дорад.

Дар рафти тадқиқот маълум шуд, ки қариб дар ҳамаи гуруҳҳои варзишгарон суръати реаксияи дасти чап назар ба дасти рост баландтар аст. Ягона истисно на-

моёндогони гимнастикаи бадеӣ мебошанд, ки бартарии онҳоро дар нимкураи чапи майнаи сар нишон медиҳанд. Мураккаб будани сохти ҳаракати гимнастҳо зарурати дар хотир нигоҳ доштани ҳаҷми калони ҳаракатҳои нисбатан мустақилро муайян мекунад. Ин нисбат ба хотираи гимнастҳо, инчунин нисбат ба ҷунин сифатҳо, монанди иҷрои кор, возеҳ ва мукамал будани тасвирҳои аёнӣ, дурустии ҳаракатро ба миён мегузорад. Сифати иҷрои машқҳо (ифоданокӣ, хунармандӣ) зарурати ташаккул додани қобилияти худдорӣ ва ислоҳи қувваи кори мушакҳо, устувории диққат, қобилияти мутамарказ ва тақсими диққат, суръати ҷавобӣ, тафаккур зехни тез, суботкорӣ ва худшиносиро муайян мекунад.

Барои муайян кардани сатҳи ҳаракатнокии функционалии равандҳои асаб речаи бозгашт алоқа истифода шуд, ки дар доираи он давомнокии таъсири сигнали санҷишӣ вобаста ба хусусияти аксуламалҳои субъект ба таври худкор таъйир меёбад. Ин имкон дод, ки ҳангоми иҷрои коре, ки варзишгар интиҳоб ва тафрикаи ангезандаҳоро дар бар мегирад, сатҳи баландтарини фаъолияти инфиродӣ муайян карда шавад.

Натиҷаҳои таҳлили ҳаракати функционалии процессҳои асаб аз рӯи намунаҳои варзиш нишон медиҳанд, ки нишондиҳандаҳои беҳтаринро варзишгарони таҳассуси шиноварӣ нишон доданд - вақти минималии таъсири онҳо 95,7 мс, барои баскетболбозон ва лижаронҳо бошад 156,9 мс ва мутаносибан ба 160 мс. Ин нишондодҳо сатҳи пасти ҳаракатнокии равандҳои асабро нишон медиҳанд, ки ба контингенти субъектҳо вобаста аст. Дар пурсиши баскетболбозони наврасони то 16-сола иштирок карданд. Тафовут дар сатҳи маҳорат, таҷриба ва фарқияти синну сол сабаби ин сатҳи паст буд. Баскетболбозон дар реаксияи интиҳоб натиҷаҳои хуб нишон доданд, вале дар баробари мураккаб шудани шартҳои вазифа, пастшавии самаранокӣ коркарди иттилоотро нишон доданд.

Дар баробари ин, беҳтарин нишондо-

дҳои вақти расидан ба ҳадди ақали таъсир дар байни намоёндагони гуштини миллӣ - 33,5 сония мушоҳида мешавад, ки ин нисбат ба варзишгарони дигар ихтисосҳо хеле беҳтар аст. Инро маълумоти вақти иҷрои санчиш низ тасдиқ мекунад. Чунин натиҷаҳои санчиш хусусиятҳои психофизиологии варзишгаронро инъикос мекунад, ки асоси бомуваффақият иҷро кардани амалҳои мотории ба намуди варзиш хос мебошанд.

**Хулоса.** Тадқиқоти гузаронидашуда имкон дод, ки робитаи байни хусусиятҳои психофизиологии варзишгарон ва хусусиятҳои фаъолияти рақобатӣ муайян карда шавад. Ҳамин тариқ, ҳаракати бештари равандҳои асаб дар намудҳои бозиҳои варзишӣ, ки ҳолатҳо доимо тағйир меёбанд ва камтарин дар варзиши сиклӣ, ки устувориро талаб мекунад, мушоҳида мешавад. Нишон дода шудааст, ки вобаста ба хусусиятҳои фаъолияти ҳаракатӣ дар варзишгарон хосиятҳои муайяни типологии индивидуалии раванӣ инкишоф меёбанд, ки онҳоро ҳамчун аломатҳои намунавӣ истифода бурдан мумкин аст ва имкон медиҳад, ки ба натиҷаҳои фаъолияти рақобатии онҳо пешгӯӣ ва таъсир расонад. Хусусиятҳои афзалиятноки психофизиологӣ ва дучониба, ки ба самаранокии фаъолияти рақобатӣ дар намудҳои гуногуни варзиш таъсир мерасонанд, реактивнокӣ ва ҷумбиши функционалии системаи асаб, инчунин хусусиятҳои асимметрияи байни нимкураҳои майнаи сар мебошанд.

Инчунин ба хулосае омадан мумкин аст, ки фаъолияти пуршиддати ҷисмонӣ рушди он сохторҳои системаи асабро ҳавасманд мекунад, ки иҷрои амалҳои мураккаби сенсомоториро, ки ба ин сарборӣ мувофиқанд, таъмин мекунад.

Нишондиҳандаҳои бадастомада имкон медиҳанд, ки хусусиятҳои функсияҳои психофизиологии варзишгарони ихтисосҳои гуногун ба таври объективӣ тахмин карда шаванд, ки маълумоти заруриро барои муносибати инфиродӣ дар тайёр намудани варзишгарон таъмин намуда, захираи баланд бардоштани самаранокии фаъолияти рақобатӣ мебошад.

## Адабиёт

1. Бехтерев В. Мозг и разум: физиология мышления. М. АСТ, 2020. 256с.
2. Восичина Н.Л. Асимметрия пивкуль головного мозга та и прояв у спортсменов высокой квалификаций. Научно-педагогический проблемы физической культуры: научный часопис НПУ им. Н.П. Драгоманова. 2013. Вип. 1 (27). С. 9-13.
3. Высочина Н.Л. Психологическое обеспечение подготовки спортсменов в олимпийском спорте. М: Спорт, 2021. 304с.
4. Ильин Е.П. Психофизиология состояний человека. СПб.: Питер, 2005. 412с.
5. Павлов И.П. мозг и психика М.: МПСИ. МОЛЭК, 2008. 360с.
6. Собчик Л.Н. Диагностика индивидуально-типологических свойств и межличностных отношений. СПб.: Речь, 2003. 96с.
7. Филиппов М., Ильин В. Современные аспекты психофизиологического понимания надежности спортсмена. Наука в олимпийском спорте. 2014. №4. С. 29-35.
8. Eysenck H.J. Experiments in personality: Volume 2 (Psychology Revivals): Psychodiagnostics and psychodynamics. Routledge. 2016. 346p.
9. Vysochina N. Psychological support in long-term preparation of athletes. Sporto mokslas. 2016. №4 (86). P.2-9.

**Зафаров Х.А.**- н.и.б, мудири кафедраи анатомия ва физиологияи ДТҚТ ба номи С. Раҳимов. Тел. 937 77 10 15.

**Зафаров Х.А.**- к.б.н.- заведующий кафедрой анатомии и физиологии Таджикского института физической культуры им. С.Рахимова 937 77 10 15.

**Zafarov Kh.A.**- candidate of biological sciences- Head of the Department of Anatomy and physiology of the institute of physical education of Tajikistan named after S. Rakhimov. 937 77 10 15.

**ЗУҲУРОТИ БАР ВА ҚИОСЕБИ РАҒО ВА ОМИЛҲОИ ҲАВФ ДАР БЕМОРОНИ БУ-  
ГУМДАРДИ ТАР БОДМОНАНД**

**Зубайдов Р.Н.**

**Кафедраи таълимоти асосҳои бемориҳои дарунии ДТТ ба номи Абуали ибни Сино**

**РАННИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ПОРАЖЕНИЯ СОСУДОВ И ФАКТОРЫ РИСКА У БОЛЬ-  
НЫХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ**

**Р.Н. Зубайдов**

**Кафедра пропедевтики внутренних болезней ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино**

Ревматоидный артрит (РА) – заболевание с высоким сердечно-сосудистым риском (ССР). Сочетанное влияние традиционных факторов риска (ТФР) сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ), генетической предрасположенности и системного воспаления приводит к раннему развитию и быстрому прогрессированию атеросклероза у больных РА, по сравнению с общей популяцией. Важнейший аспект этой проблемы связан с изучением механизмов, определяющих причины раннего ускоренного развития атеросклероза при классическом иммуновоспалительном ревматическом заболевании (ИВРЗ) – ревматоидном артрите (РА), который характеризуется прогрессирующим локальным (деструкция суставов) и системным воспалительным поражением внутренних органов

**Результаты** показали, что у женщин с РА чаще встречаются гиперхолестеринемия и длительный приём ГК. Утолщение интима-медиа связано с приёмом ГК у мужчин и с продолжительностью РА и холестерином у женщин. В целом, отмечена средняя положительная связь ТИМ с факторами риска ССЗ.

**Таким образом,** изучение и оценка толщины сосудистой стенки (ТИМ) у больных ревматоидным артритом (РА), а также факторов риска, имеют значительную связь с полом пациентов. Независимо от длительного приема глюкокортикоидов (ГК), утолщение сосудистой стенки чаще наблюдалось у мужчин. Увеличение толщины сосудистой стенки у женщин, в свою очередь, тесно связано с продолжительностью ревматоидного артрита (РА), независимо от приема глюкокортикоидов.

**Ключевые слова:** Ревматоидный артрит, сосудистая стенка, толщина интима-медиа (ТИМ), глюкокортикоиды (ГК), факторы риска, половые различия, гиперхолестеринемия, артериальная гипертензия, продолжительность заболевания, корреляция.

**EARLY MANIFESTATIONS OF VASCULAR LESIONS AND RISK FACTORS IN  
PATIENTS WITH RHEUMATOID ARTHRITIS**

**R.N. Zubaidov**

**Department of Propaedeutics of Internal Diseases, Avicenna Tajik State Medical University (Head of the Department: Candidate of Medical Science, Docent Zubaidov R.N.)**

Rheumatoid arthritis (RA) is a disease with a high cardiovascular risk (CVR). The combined influence of traditional cardiovascular disease (CVD) risk factors, genetic predisposition, and systemic inflammation leads to the early onset and rapid progression of atherosclerosis in RA patients compared to the general population. An essential aspect of this issue is the study of mechanisms determining the causes of early accelerated atherosclerosis in classic immune-inflammatory rheumatic diseases (IIRD), particularly rheumatoid arthritis (RA), which is characterized by progressive local (joint destruction) and systemic inflammatory damage to internal organs.

The results showed that hypercholesterolemia and prolonged glucocorticoid (GC) use were more common in women with RA. Intima-media thickening was associated with GC use in men and with RA duration and cholesterol levels in women. Overall, a moderate positive correlation was found between intima-media thickness (IMT) and CVD risk factors.

Thus, the study and assessment of vascular wall thickness (IMT) in RA patients, as well as risk factors, have a significant association with patient sex. Regardless of prolonged glucocorticoid (GC) use, vascular wall thickening was more frequently observed in men. In contrast, increased vascular wall thickness in women was closely associated with RA duration, independent of glucocorticoid use.

**Keywords:** Rheumatoid arthritis, vascular wall, intima-media thickness (IMT), glucocorticoids (GC), risk factors, sex differences, hypercholesterolemia, arterial hypertension, disease duration, correlation.

**Муҳимият.** Бу“умдарди тарбодмонанд (БТ) бемории дорои хатари баланди дилу рағҳо буда, ки ба та“йиребии сохтори дилу рағҳо оварда мерасонад. [1]. Таъсири якҷояи омилҳои анъанавии хавф (ОАХ)-и бемориҳои дилу рағҳо (БДР), пешгӯӣҳои генетикӣ ва илтиҳоби системавии бофтаи пайвастанда бо захмҳои ба он рушд ва пешрафти босуръати атеросклероз дар беморони БТмусоидат менамояд. [2, 3].

Дар айни замон атеросклероз ҳамчун бемории музмини илтиҳобии рағҳо баррасӣ карда мешавад, ки бо фаъолшавии “патологӣ”-и имунитети модарзодӣ ва дар давоми ҳаёт пайдошуда алоқаманд аст. Чунин та“йиребии патологӣ бо чамъшавии липидҳо, инфилтратсияи лейкоцитарӣ ва пролифератсияи миоцитҳои суфта сурат мегирад. Илтиҳоби субклиникӣ дар ҳама марҳилаҳои пешрафти раванди атеросклеротикӣ нақши асосӣ мебозад, ки метавонад ба бемориҳои кардиоваскулярӣ ва марг оварда расонад [4-6].

Чанбаи муҳимтарини ин мушкилотинаст, ки бо омӯзиши механизмҳои, ки сабабҳои рушди барвақту босуръати атеросклерозро дар беморони бу“умдарди имуноилтиҳобӣ муайян мекунад, ки ба он осеби минтақавӣ (вайроншавии бу“умҳо) ва системавии илтиҳобии узвҳои дохилӣ хос аст [7-11]. Хатари баланди марги кардиоваскулярӣ дар БТ ба ҳамон дараҷае зоҳир мешавад, ки дар беморони диабет қанд (ДҚ) навъи 2 ба амал меояд [12] ва на танҳо бо омилҳои хавфи кардиоваскулярӣ (ОХК), балки бо фаъолияти раванди илтиҳобӣ [13-15] алоқаманд аст. Мушоҳидаҳо аллакай дар дебюти БТ дар

беморони ҷавон ва миёна ва ҳатто пеш аз рушди зухуроти клиникӣ беморӣнишондод карда шудааст. Зарари воқеии атеросклерози рағҳо ҳамчун зухуроти “айрисистемавии БТ баррасӣ карда мешавад.

Мушкилоти ташҳиси саривақтии осеби атеросклерози барвақти рағҳои беморони бу“умдарди тарбодмонанд (БТ), ки дар асл як навъ зухуроти системавии БТ мебошанд, то имрӯз яке аз вазифаҳои мураккаби тарбодшиносӣ боқӣ мондааст. Муайян карда шудааст, ки беморони БТ аксар вақт сактаи асимптоматикӣ миокард ва марги ногаҳонӣ доранд, аммо таъсири осеби атеросклеротикӣ рағҳо дар рушди беморони БТ ҳал нашудааст. Илова бар ин, натиҷаҳои тадқиқоти дигар нишон медиҳанд, ки дар беморони БТ аҳамияти гиперхолестеринемия (ГХС) ва фишорбаландии шараёнӣ (ФШ) низ таъсири худро бетараф намегузоранд.

Дар робита ба ин, омӯзиши робитаи “афсии байни девораи интим-медиа (ТИМ)-и шараёни хоб (ҳамчун зухуроти барвақти атеросклерози рағҳои хунгард) ва шиддати омилҳои асосии хатари бемориҳои дил ва рағҳои хунгард (БДРХ) дар беморони БТ таваҷҷӯҳи зиёдро талаб менамояд.

**Мақсади таҳқиқот:** Омӯзиш ва баҳодихӣ ба та“йиротҳои барвақтии рағҳои хунгард, зухуротҳои кардиоваскулярӣ, инчунин вобастагӣ бо омилҳои хавф ва дараҷаи илтиҳоб дар беморони бугумдарди тарбодмонанд (-БТ) мебошад.

**Мавод ва усулҳои таҳқиқот.** Дар тадқиқоти мазкур ҳамагӣ 76 бемор бо ташҳиси

бу“умдарди тарбодмонанд (БТ), ки дар шуъбаи кардиоревматология МДМТШ №2 дар зери назорат ва табобат қарор доштанд, фаро гирифта шуд. Синну соли беморон аз 27 то 64 сола (синну соли миёна  $45.5 \pm 9.3$  сол) дар бар мегирифт; давомнокии миёнаи БТ  $7.9 \pm 2.7$  сол ва ФБ  $5.8 \pm 1.8$  солро ташкил медиҳад. Дар ҳамаи беморони фишорбаландӣ (ФБ) на камтар аз 1,5 сол пас аз дебюти БТ ба қайд гирифта шудааст. Аз тадқиқот беморони гирифтори осеби гурда, бемории ишемии дил ва ма“зи сар (пеш аз зухуроти БТ ташхис шудааст) хориҷ карда шуданд.

Тадқиқоти беморон ба баҳодиҳии ҳолати клиникӣ, лабораторӣ ва биохимиявӣ, таҳлилҳо, электро- ва эхокардиография, тадқиқоти рентгенӣ-мантиқии умумикабулшуда дар ревматологияро дар бар меги-

рифт. Афсии девори рағҳои шараёниро (ТИМе”0,9 мм) ҳангоми доплерографияи (сканкунӣ) артерияҳои брахиосефалӣ муайян карда шуд. Коркарди омӯри бо ёрии ба-стаи барномаи “Statistica 6,0” гузаронида шудааст. Муқоисаи бузургҳои нисбӣ аз рӯи меъери Х ва баҳодиҳии робитаҳои коррелясионӣ байни ҷуфтҳо аз рӯи Шумораи аломатҳо бо нишондоди Пирсон гузаронида шуд.

**Натиҷаҳо ва муҳокимаи онҳо.** Ҳангоми омӯзиши басомади омилҳои асосии хатари бемориҳои дилу рағҳо (БДР) дар беморони бу“умдарди тарбодмонанд (БТ) вобаста ба чинс (ҷад. 1) муайян карда шудааст, ки давомнокии БТ бештар аз 10 сол, истеъмоли дарозмуддати ГК (беш аз 1 сол) ва гиперхолестеринемия дар занон хеле бештар ба назар мерасид.

#### Ҷадвали 1.

##### Басомади омилҳои асосии хавф барои беморони БТ вобаста ба чинс (abs/%).

| Аломатҳо                                                | Мардҳо (n=30) | Занҳо (n=46) | p     |
|---------------------------------------------------------|---------------|--------------|-------|
| Давомнокии БТ зиёда аз 10 сол                           | 11 (36,7%)    | 30 (65,2%)   | <0,01 |
| Фаъолнокии баланд аз рӯи DAS 28                         | 6 (20,0%)     | 13 (28,3%)   | >0,05 |
| Давомнокии истеъмоли ГК зиёда аз 1 сол                  | 4 (13,3%)     | 19 (41,3%)   | <0,01 |
| Фишорбаландии шараёни (ФШ) зиёда аз 140/90 мм ст. сим.) | 15 (50,0%)    | 31 (67,4%)   | >0,05 |
| Гиперхолестеринемия (ХСУ зиёда аз 4,9 ммол/л)           | 10 (33,3%)    | 27 (58,7%)   | <0,01 |
| Афзоиши ТИМ зиёда аз 0,9 мм                             | 11 (36,7%)    | 24 (52,2%)   | >0,05 |

Эзоҳ: p аҳамияти омории фарқияти нишондиҳандаҳо (аз рӯи меъери  $\chi^2$ ).

Фарқиятҳои басомади чинсии фаъолияти баланд будани дараҷаи илтиҳоб аз рӯи нишондоди DAS 28, ФБ ва афзоиши “афсии девораи рағҳо (ТИМ) бисёртар дар занҳо мушоҳида мегардад, ки дар ин ҷо ( $p > 0,05$ ) баробар аст.

Дар маҷмӯъ, афзоиши “афсии девораи рағҳо (ТИМ) дар 30,1% беморони БТ мушоҳида шудааст.

Ҳамин тариқ, дар сурати набудани фарқиятҳои назарраси чинсӣ дар басомади ФБ ва афзоиши ТИМ дар зухуроти аввалини атеросклерози рағҳо, гиперхолестеринемия ва истеъмоли дарозмуддати ГК аксар вақт дар занон сабт карда мешавад. Шубҳае нест, ки ҳар яке аз омилҳои баррасишуда: оми-

лҳои хавф, фишорбаландии шараёни, гиперхолестеринемия ва дурудароз қабул намудани глюкокортикоидҳо (ГК) дар рушди атеросклерози рағҳо ва ҳам дар ноустувории та“йироти органикии рағҳои хунгард сахми муайян доранд, аммо аҳамияти ин омилҳои хавф дар “афсшавии комплекси интима-медиаи рағҳои хунгард (ТИМ) метавонанд гуногун бошанд. Барои ҳалли ин масъала таҳлили коррелясионӣ гузаронида шудааст.

Маълумот аз омӯзиши робитаи “афсии интима-медиа (ТИМ) ва омилҳои асосии хатари БДР дар беморони БТ дар ҷадвали 2 оварда шудааст.

## Муносибати (“) “афсии интим-медиа (ТИМ) ва омилҳои асосии хатари БДР дар беморони БТ

| Аломатҳо                        | Ғафсии интима-медиа(ТИМ), мм |       |              |        |
|---------------------------------|------------------------------|-------|--------------|--------|
|                                 | Мардҳо (n=30)                | p     | Занҳо (n=46) | p      |
| Давомнокии БТ (солҳо)           | 0.296                        | <0.05 | 0.352        | <0,001 |
| Ғаъолнокӣ аз рӯи DAS 28         | 0.316                        | <0.05 | 0.287        | <0,02  |
| Давомнокии истеъмоли ГК (солҳо) | 0.372                        | <0.01 | 0.330        | <0,01  |
| Фишори шараёнӣ мм сут. сим.     | 0.341                        | <0.02 | 0.288        | <0,02  |
| Холестерини умумӣ (ХСУ), мол/л  | 0.330                        | <0.02 | 0.344        | <0,001 |

Эзоҳ: р-аҳамияти омории коэффитсиенти коррелятсия (“) байни аломат ва ТИМ (аз рӯи Пирсон).

Бояд қайд кард, ки байни “афсии девораи рағҳо (ТИМ) ва омилҳои хавфи омӯхташуда ҳам дар мардон ва ҳам дар занон робитаи миёна ва мусбат вучуд дорад. Муайян карда шудааст, ки дар мардон муносибати “афсии девораи рағҳо (ТИМ) бо давомнокии қабули глюкокортикоидҳо (ГК) (“0,372;  $p<0,01$ ) нисбат ба фишорбаландӣ ва гиперхолестеринемия ( $p<0,02$ ) ва давомнокии БТ ва ғаъолнокӣ дараҷаи илтиҳоб аз рӯи DAS 28 ( $p<0,05$ ) алоқамандии зич доранд.

Дар занон муносибати “афсии девораи рағҳо (ТИМ) бо давомнокии БТ ва сатҳи холестерини умумӣ ( $p<0,001$ ) ва инчунин бо давомнокии қабули глюкокортикоидҳо (ГК) ( $p<0,01$ ) зичтар аст. Муносибати “афсии девораи рағҳо (ТИМ) бо фишорбаландӣ ( $p<0,02$ ) ва ғаъолияти DAS 28 ( $p<0,02$ ) занон нисбат ба мардон ( $p<0,05$ ) зичтар аст.

**Хулоса.** Ҳамин тариқ, омӯзиш ва баҳодиҳии “афсии девораи рағҳо (ТИМ) дар беморони бу“умдарди тарбодмонанд (БТ), инчунин омилҳои хатарнок ба чинси беморон алоқамандии калон дорад. Новобаста бо қабули дуру дарозмуддати глюкокортикоидҳо (ГК), “афсии девораи рағҳо (ТИМ)-дар мардон бисёртар ба чашм мерасид. Зиёдавии “афсии девораи рағҳо дар занҳо бошад бо давомнокии ва дарозмуддати бу“умдарди тарбодмонанд (БТ) вобаста ба қабули глюкокортикоидҳо алоқамандии зич дорад.

## Адабиёт

1. Арида А, Протогеру А. Д, Константинос Г, Фрагиадки К, Китас Г.Д, Сфикакис П. П. Атеросклероз не ускоряется при ревматоидном артрите низкой активности или

в стадии ремиссии, независимо от методов противоревматического лечения. Ревматология (Оксфорд). 2017; 56(6): 934-939. doi: 10.1093/ревматология/kew506.

2. Артс Э. Э, Франсен Дж, Ден Броедер А, van Riel PLCM, Попа CD. Low disease activity (DAS28d)3.2) reduces the risk of first cardiovascular event in rheumatoid arthritis: a time-dependent Cox regression analysis in a large cohort study. Ann Rheum Dis. 2017; 76(10):1693-1699. doi: 10.1136/annrheumdis-2016-210997

3. Кокконен Х, Стенлунд Х, Рантапая-Дальквист С. Факторы сердечно-сосудистого риска предшествуют появлению симптомов ревматоидного артрита: исследование «случай-контроль». Лечение артрита. 2017; 19(1):148. doi: 10.1186/s13075-017-1351.

4. Мазуров В.И. Кардиоваскулярные проблемы в ревматологии [и др.] Мазуров В.И. [и др.]/Мед. академ. журнал. 2009. - № 1.-с.59-64.

5. Насонов Е.Л., Попкова Т.В., Новикова Д.С. Сердечно-сосудистая патология при ревматических заболеваниях. Терапевтический архив. 2016; Myasoedova E, Crowson CS, Kremers HM, et al. Lipid paradox in rheumatoid arthritis: the impact of serum lipid measures and systemic inflammation on the risk of cardiovascular disease. Ann Rheum Dis. 2011;70(3):482-7. doi: 10.1136/ard.2010.135871.

5. Насонов Е.Л. Проблема атеротромбоза в ревматологии. Вестник РАМН. 2003; (7):6-10 [Nasonov EL. The problem of atherothrombosis in rheumatology. Vestnik RAMN. 2003; (7):6-10. (In Russ.)].

6. Соломон Д. Х, Рид Г. У, Кремер Д. М. и др. Активности заболевания при ревма-

тоидном артрите и риск сердечно-сосудистых осложнений. Ревматический артрит. 2015; 67(6): 1449-55. Doi 10.1002/articul.39098. Gonzalez-Gay /Highgrade C-reactive protein elevation correlates with accelerated atherogenesis in patients with rheumatoid arthritis. J Rheumatol. 2005;32:1219-23.

7. Храмова Н.А. Ишемическая болезнь сердца при ревматоидном артрите: факторы риска, особенности течения и клинко-патогенетические взаимосвязи с активностью воспаления / Н.А. Храмова, А.А. Дзизинский //том 105.-2011.-№ 6.-с. 46-49.

8. Pasceri V, Yeh ET. A tale of two diseases: atherosclerosis and rheumatoid arthritis. Circulation. 1999; 100:2124-6. doi: 10.1161/01.CIR.100.21.2124

9. Sattar N, McCarey DW, Capell H, McInnes IB. Explaining how “high grade” systemic inflammation accelerates vascular risk

in rheumatoid arthritis. Circulation. 2003; 108:2957-2963

10. Nurmohamed M.T, Heslinga M, Kitas GD. Cardiovascular comorbidity in rheumatic diseases. Nat Rev Rheumatol. 2015; 11: 693-704.

11. Lindhardt J, Ahlehoj O, Gislason GH et al. The risk of myocardial infarction in rheumatoid arthritis and diabetes mellitus: a Danish nationwide cohort study. Ann Rheum Dis. 2011; 70:929-34. doi:10.1136/ard.2010.143396

**Зубайдов Р.Н.** – к.м.н., доцент, заведующий кафедрой пропедевтики внутренних болезней ТГМУ имени Абуали ибн Сино.

**Zubaidov R.N.** – с. м. s., docent, Head of the Department of Propaedeutics of Internal Diseases, Avicenna Tajik State Medical University

ТДУ 547.7/8/9; 615.322

## ОМУЗИШИ ВОБАСТАГИИ СОХТ ВА ХОСИЯТИ ЗИДДИИЛТИХОБИИ ГАЛОГЕНХОСИЛАҲОИ ЭФЕДРИН

Қобилзода А.М. Шаропов Ф.С. Рахмонов Р.О.

1. Институти химияи ба номи В.И.Никитини Академияи миллии илмҳои Тоҷикистон. 2. Муассисаи илмию тадқиқотии “Маркази инноватсионии Хитою Тоҷикистон оид ба маҳсулоти табиӣ”-и Академияи миллии илмҳои Тоҷикистон,

**Шарҳи мухтасар.** Натиҷаҳои бадастомада гувоҳӣ медиҳанд, ки хосияти зиддиилтиҳобии галогенҳосилаҳои эфедрин бо тартиби йодҳосилаҳо < бромҳосилаҳо < хлорҳосилаҳо < фторҳосилаҳо меафзояд. Илова бар ин, ҳангоми мавҷудияти галоген дар пара ва мета ҳолати ҳалқаи бензоли молекулаи эфедрин нисбат ба ортоҳолати он хосияти зиддиилтиҳобӣ зиёд мешавад.

**Калидвожаҳо:** галогенҳосилаҳои эфедрин; хосияти зиддиилтиҳобӣ, докинги молекулавӣ; вируси тоҷдори SARS-CoV-2; ACE2

## ИЗУЧЕНИЕ СТРУКТУРНЫХ ВЗАИМООТНОШЕНИЙ И ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ СВОЙСТВ ГАЛОГЕНПРОИЗВОДНЫХ ЭФЕДРИНА

Кобилзода А.М., Шаропов Ф.С., Рахмонов Р.О.

1. Институт химии имени В.И. Никитина Национальной академии наук Таджикистана; 2. Научно-исследовательское учреждение “Китайско-таджикский инновационный центр натуральных продуктов”, Национальной академии наук Таджикистана

**Аннотация.** Полученные результаты свидетельствуют о том, что противовоспалительные свойства галогенпроизводных эфедрина возрастают в ряду производные йода < производные брома < производные хлора < производные фтора. Кроме того, при наличии

галогена в пара- и мета-состоянии бензольного кольца противовоспалительные свойства усиливаются по сравнению со средним состоянием.

**Ключевые слова:** галогены эфедрина; противовоспалительные свойства, молекулярный докинг; коронированный вирус SARS-CoV-2; ACE2.

## **STUDY OF THE STRUCTURAL RELATIONSHIP AND ANTI-INFLAMMATORY PROPERTIES OF HALOGEN DERIVATIVES OF EPHEDRINE**

**Qobilzoda A.M., Sharopov F.S., Rahmonov R.O.**

*V.I. Nikitin Chemistry Institute of the National Academy of Sciences of Tajikistan; Research Institution "Chinese-Tajik Innovation Center for Natural Products", National Academy of Sciences of Tajikistan*

**Abstract.** The obtained results indicate that the anti-inflammatory properties of halogenated ephedrine derivatives increase in the series iodine derivatives < bromine derivatives < chlorine derivatives < fluorine derivatives. In addition, in the presence of halogen in the para- and meta-state of the benzene ring, the anti-inflammatory properties are enhanced compared to the middle state.

**Keywords:** Ephedrine halogens; anti-inflammatory properties, molecular docking; SARS-CoV-2 coronavirus; ACE2.

**Мухимият.** Алкалоиди эфедрин дар байни пайвастаҳои табиӣ, ки асли растанигӣ доранд, мавқеъи хосаро ишқол менамояд ва диққати олимони соҳаҳои гуногунро оиди дарёфти ҳосилаҳои синтетикӣ ва истифодаи амалии онҳо ба худ ҷалб менамояд. Алкалоиди эфедрин моддаи беҳамто буда, дорои таъсири хоси фармакологӣ мебошад [1]. Эфедринро якумин маротиба соли 1887 олимони ҷопонӣ С.Нагай ва В.Н.Канао таркиби растани *Ephedra sinica* (Stapf.) чудо кардаанд [2]. Бояд гуфт, ки гиёҳҳои дорои эфедрин аз замони қадим дар тиб васеъ истифода мешаванд. Ҳамин тариқ, 3000 сол пеш аз эраи мо гиёҳи *Ephedra vulgaris* барои сулфа ва харорати баланд истифода менамуданд. Маҳсулоти асосии доруворие, ки аз растани эфедра гирифта мешавад, ин алкалоиди эфедрин мебошад, ки аз соли 1924 дар шакли гидрохлорид дар амалияи тиб истифода мешавад [3]. Дар ҳалли баъзе ҷанбаҳои он алкалоидҳои силсилаи эфедрин ва ҳосилаҳои онҳо тавачҷӯҳи зиёд доранд. Соли охир, тадқиқодҳо оид ба синтези ҳосилаҳои нави эфедрин, омӯзиши хосиятҳои физикию химиявӣ ва фаъолияти биологии онҳо ру ба афзоишанд [4]. Докинг молекулавӣ методи барои пешгӯӣ ва муайян кардани номзадҳои эҳтимолии маводи дору-

ворӣ, тарҳрезии сохтори моддаҳои фаъоли биологӣ, скрининги виртуалии хосиятҳои фармакологии моддаҳо, омӯзиши механизми таъсири мутақобилаи ресепторҳо (сафедаҳо) ва лигандҳо маълумотҳои муфидро фароҳам месозад [5].

**Мақсади кор.** Дар кори мазкур дар назди ҳеш вазифа гузоштем, ки вобастагии сохт ва хосияти зиддиалтиҳобии галогенҳосилаҳои эфедринро мавриди омӯзиш қарор диҳем. Таҳлили адабиётҳои илмӣ нишон медиҳад, ки то айни замон чунин таҳқиқот гузаронида нашудааст.

**Мавод ва усули таҳқиқот.** Дар кори мазкур тасмим гирифтем, ки вобастагии структураи галогенҳосилаҳои эфедринро аз хосияти зиддиалтиҳобии онҳо тавассути докинг молекулавӣ таҳқиқ намоем. Муссалям аст, ки хосияти биологии моддаҳои таҳқиқшаванда вобаста ба намуди галогенҳо (фтор, хлор, бром ва йод) ва инчунин мавқеи онҳо дар ҳалқаи ароматии бензол (орто, мета ва пара)-и молекулаи эфедрин гуногун мебошанд. Аз ин лиҳоз, вобаста аз намуди галоген ва мавқеи он дар ҳалқаи бензоли молекулаи эфедрин дар 12 шакли эҳтимоли хосияти зиддиалтиҳобии онҳоро пешгӯӣ намудем.

Барои омӯзиши хосияти зиддиалтиҳобии

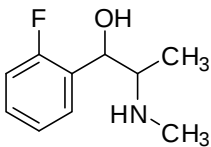
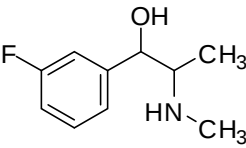
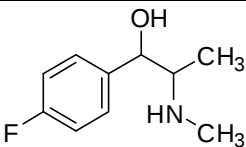
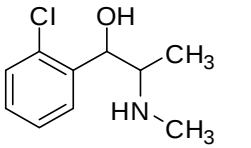
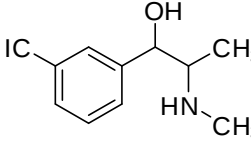
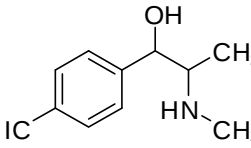
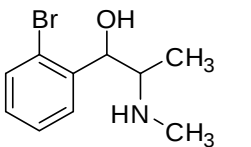
галогенҳосилаҳои эфедрин ду сафедаи ҳадафнок, ферментҳои ангиотензин мубадилкунандаи 2 (angiotensin-converting enzyme 2 (ACE2) (1R4L)) ва репликазаи полупротейини 1ab (replicase polyprotein 1ab (2GZ8))-и вируси тоҷдори SARS-CoV-2 истифода гардидаанд[6]. Сохтори кристалии сафедаҳои омӯхташаванда, аз маҳзани маълумоти сафедаҳо (Protein Data Bank) гирифта шуданд. Омӯзиши докинги молекулавии галогенҳосилаҳои эфедрин бо сафедаҳои ҳадафнок тавассути пойгоҳҳои SeamDock ва Mscule гузаронида шудаанд. Натиҷаҳои бадастомада бо истифода аз нармафзори Discovery

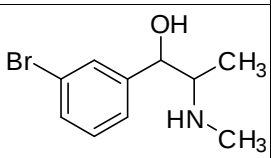
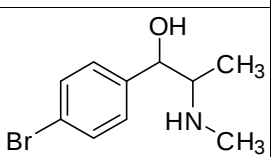
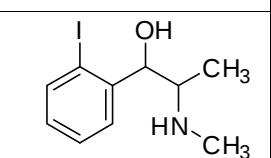
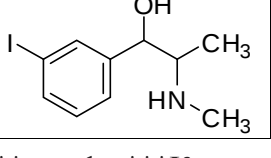
Studio Visualizer визуалӣ ва таҳлил карда шуданд.

**Натиҷаҳо ва баррасии онҳо.** Бузургии докинги молекулавии галогенҳосилаҳои эфедрин дар сафедаи ҳадафнок (1R4L) барои галогенҳосилаҳои фтор-эфедрин, хлор-эфедрин ва бром-эфедрин дар *мета* ҳолат ва йод-эфедрин *орто* ҳолат дар сафедаи ди-гар бошад (2GZ8) галогенҳосилаҳои эфедрин фтор-эфедрин, хлор-эфедрин, дар *орто* ҳолат ва йод-эфедрин, бром-эфедрин дар *мета* ҳолат ҳосияии баланди зиддивирӯсӣ зоҳир намуданд. Натиҷаҳои докинги молекулавӣ дар ҷадвали 1 оварда шудааст.

Ҷадвали 1

Натиҷаи ҳосияти зиддиинтиҳобии галогенҳосилаҳои эфедрин

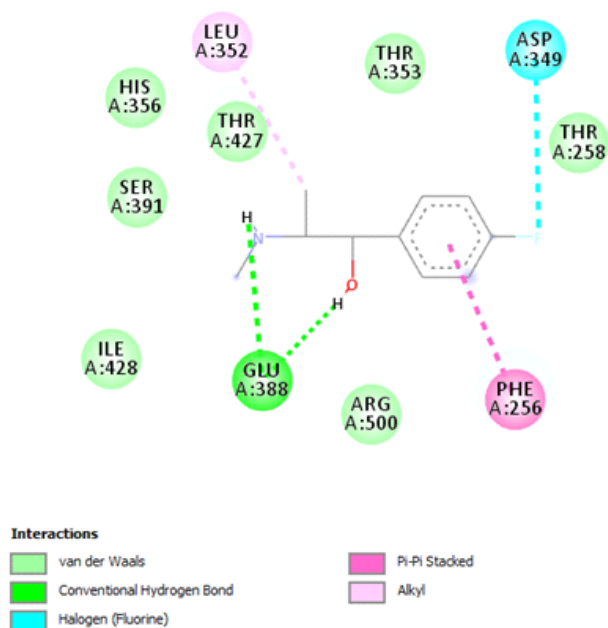
| Ном                                       | Формула                                                                             | Бузургии докинг, ккал/мол |       |        |        | ҚМТ*** |       |
|-------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------|-------|--------|--------|--------|-------|
|                                           |                                                                                     | 1r4l*                     | 2gz8* | 1r4l** | 2gz8** | 1r4l   | 2gz8  |
| 1-(2-фторфенил)-2-(метиламино)пропан-1-ол |   | -6,1                      | -5,2  | -6,1   | -5,2   | -6,1   | -5,2  |
| 1-(3-фторфенил)-2-(метиламино)пропан-1-ол |  | -6,1                      | -5,4  | -6,2   | -5,5   |        |       |
| 1-(4-фторфенил)-2-(метиламино)пропан-1-ол |  | -6,2                      | -5,0  | -6,3   | -5,2   |        |       |
| 1-(2-хлорфенил)-2-(метиламино)пропан-1-ол |  | -5,3                      | -5,1  | -6,1   | -5,1   | -5,5   | -5,27 |
| 1-(3-хлорфенил)-2-(метиламино)пропан-1-ол |  | -5,7                      | -5,4  | -6,3   | -5,3   |        |       |
| 1-(4-хлорфенил)-2-(метиламино)пропан-1-ол |  | -5,7                      | -5,3  | -6,4   | -5,2   |        |       |
| 1-(2-бромфенил)-2-(метиламино)пропан-1-ол |  | -4,9                      | -4,6  | -6,0   | -5,0   |        |       |

|                                            |                                                                                   |      |      |      |      |       |      |
|--------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|------|------|------|------|-------|------|
| 1-(3-бромофенил)-2-(метиламино)пропан-1-ол |  | -5,2 | -5,2 | -6,3 | -5,4 | -5,3  | -5,0 |
| 1-(4-бромофенил)-2-(метиламино)пропан-1-ол |  | -6   | -5,4 | -6,3 | -5,2 |       |      |
| 1-(2-йодфенил)-2-(метиламино)пропан-1-ол   |  | -5,1 | -4,5 | -6,4 | -5,0 | -5,33 | -4,7 |
| 1-(3-йодфенил)-2-(метиламино)пропан-1-ол   |  | -5,5 | -5,0 | -6,4 | -5,6 |       |      |

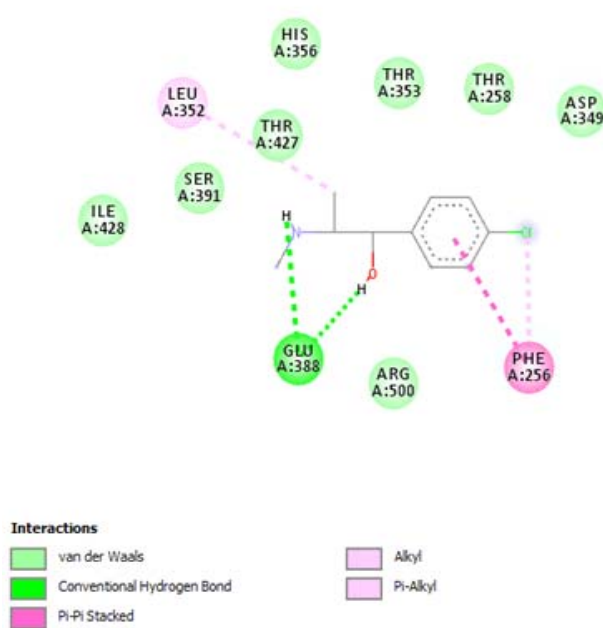
Эзоҳ: \* Seam Dock : \*\* mcule; \*\*\*Қимати миёнаи таъсирнок

Дар механизми таъсири галогенҳосилаҳои эфедрин бо сафедаи ҳадафнок ACE2 монандиҳо ба назар мерасанд. Байни аминокислотаҳои гултаминат (A:388) ва ғуруҳҳои аминӣ ва гидроксيلي молекулаи галогенҳосилаҳои эфедрин (Расми 1 (А,Б,В,Г)) тавасути банди гидрогенӣ; байни аминокислотаҳои фенилаланин (A:256) ва абрҳои электрони ҳалқаҳои бензоли галогенҳосилаҳои эфедрин ва атоми галогенҳо таъсири

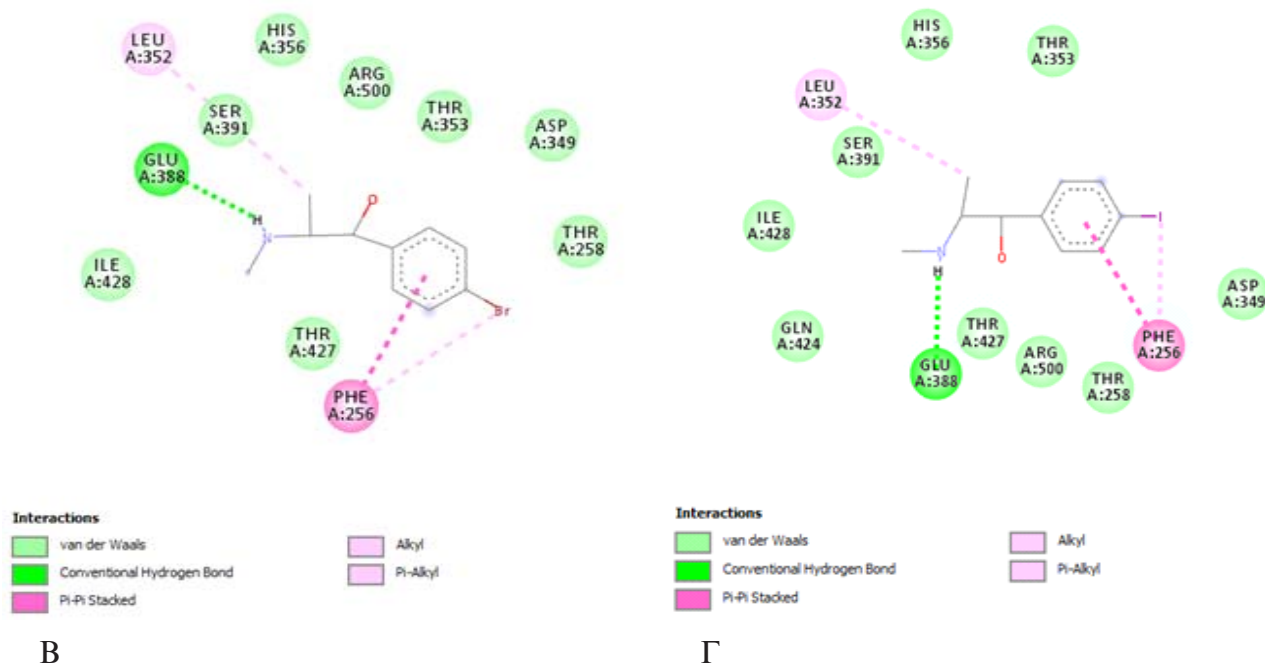
р-р-алоқамандӣ; дар аминокислотаҳои лейсин (A:352) бо ғуруҳи метил дар мавқеи сеюм буда, таъсири мутақобила мушоҳида мегардад. Илова бар ин, дигари боқимондаи аминокислотаҳо треонин (A:258) (A:353) (A:424), серин (A:391), гистидин (A:356), аспартат (A:349), аргинин (A:500) бошанд, бо қувваҳои Вандерваалсӣ ва р-р-алоқамандӣ таъсири мутақобилаи хеле мураккабро зоҳир менамояд (Расми 1).



А



Б



Расми1. Таъсири сохтори галогнхосилаҳои эфедрин фтор, хлор, бром, ва йод бо сафедаи хадифнок ACE2.

Илова ба ин, як қатор хосиятҳои физико-химиявӣ ва захрнокии галогнхосилаҳои эфедрин муайян карда шуданд. Хосиятҳои физикӣ-химиявӣ ба монанди массаи молекулавӣ, коэффисиенти тақсимшавӣ, аксепторҳои банди Н, донорҳои банди Н, банди

даврзананда, PSA (масоҳати сатҳи қутбӣ), рефрактивӣ, рақами атом, рақами ҳалқа, атомҳои вазнин, атомҳои гидроген, гетеро-атомҳо, атомҳои N/O, марказҳои хиралии ва захрноки пайвастагиҳои таҳқиқшуда дар чадвали 2 оварда шудаанд.

Чадвалӣ 2

Хосиятҳои химияви галогнхосилаҳои эфедрин фтор, хлор, бром, ва йод

|                            | F        | Cl       | Br       | I        |
|----------------------------|----------|----------|----------|----------|
| Хосият                     | Бузурги  |          |          |          |
| Масса                      | 183.2223 | 199.6754 | 244.1279 | 291.1284 |
| logP                       | 1.8579   | 2.3722   | 2.4813   | 2.3234   |
| Аксепторҳои алокаи Н       | 3        | 2        | 2        | 2        |
| Донорҳои алокаи Н          | 2        | 2        | 2        | 2        |
| Бандҳои даврзананда        | 3        | 3        | 3        | 3        |
| PSA                        | 32.2600  | 32.2600  | 32.2600  | 32.2600  |
| Рефрактивӣ                 | 49.7505  | 54.8025  | 57.4925  | 62.5095  |
| Атомҳо                     | 27       | 27       | 27       | 27       |
| ҳалқаҳо                    | 1        | 1        | 1        | 1        |
| Атомҳои вазнин             | 13       | 13       | 13       | 13       |
| Атомҳои гидроген           | 14       | 14       | 14       | 14       |
| Гетероатомҳо               | 3        | 3        | 3        | 3        |
| Атомҳои N/O                | 2        | 2        | 2        | 2        |
| Атомҳои галоген            | 1        | 1        | 1        | 1        |
| Марказҳои хиралӣ           | 2        | 2        | 2        | 2        |
| Марказҳои хиралии номаълум | 2        | 2        | 2        | 2        |
| Захрноқӣ                   | Безахр   | Безахр   | Безахр   | Безахр   |

**Хулоса:** Натиҷаҳои ба дастмада нишон медиҳанд, ки фторхосилаҳои эфедрин нисбати дигар галогенхосилаҳои он хосияти

баланди зиддиилтиҳобиро зоҳир мекунамд. Хосияти зиддиилтиҳобии галогенхосилаҳои эфедрин бо тартиби йодхосилаҳо < бромх-

осилаҳо < хлорхосилаҳо < фторхосилаҳо меафзоёд. Илова бар ин, хосияти зиддиилтиҳобӣ ҳангоми ҷойгиршавии галоген дар ҳолати *пара*- ва *мета*-и молекулаи эфедрин, зиёд мешавад.

#### Адабиётҳо

1. Журинов М.Ж., Газалиев А.М., Нуркенов О.А., Турдыбеков К.М. Гетероциклизация эфедриновых алкалоидов. Алмаата: Комплекс, 2006, 191 с.
2. Cruz A, Padilla-Martinez P and Bautista-Ramirez ME (2017) Synthesis, Structure and Biological Activity of Ephedra Heterocycles. In: Georgiev V and Pavlov A (eds) Alkaloids - Alternatives in Synthesis, Modification and Application, IntechOpen, Rijeka
3. Машковский МД (1978) Лекарственные средства.
4. Журинов М. Ж., Газалиев А. М and Фазылов С. Д (1999) Химия эфедриновых алкалоидов.
5. Қобилзода А.М., Шаропов Ф.С., Рахмонов Р.О. Таҳқиқи хосиятҳои зиддиилтиҳобӣ ва зиддивирусии алкалоидҳои чинси

эфедра тавассути докинги молекулавӣ. Авчи Зухал. -2024, - N2. - С. 43-48.

6. Li X, Qiu Q, Li M, Lin H, Cao S, Wang Q, Chen Z, Jiang W, Zhang W, Huang Y, Luo H and Luo L (2021) Chemical composition and pharmacological mechanism of ephedra-glycyrrhiza drug pair against coronavirus disease 2019 (COVID-19). Aging (Albany NY) 13:4811-4830. doi: 10.18632/aging.202622

**Абдуқодир Қобилзода Мусобег.** Доктoранти PhD, Институти химияи ба номи В.И. Никитини АМИТ, кӯчаи Айни 299/2, 734063, Душанбе, Тоҷикистон, Тел: 939268486, E-mail: akobilzoda94@mail.ru;

**Абдуқодир Қобилзода Мусобег.** Доктoранти PhD, Институт химии имени В.И. Никитина НАНТ, Айни 299/2, Душанбе 734063, Таджикистан, Тел: 939268486, E-mail: akobilzoda94@mail.ru;

**Abduqodir Qobilzoda Musobeg.** PhD student, V.I. Nikitin Chemistry Institute of the NANT, Ayni 299/2, Dushanbe 734063, Tajikistan, Tel: 939268486, E-mail: akobilzoda94@mail.ru;

### ТАБОБАТИ МОНО-ОМЕХТА ҲАНГОМИ МУОЛИҶАИ ФИШОРБАЛАНДИИ ШАРЁНӢ ДАР БАРТАРАФСОЗАНДАГОНИ ОҚИБАТӢОИ САДАМАИ НБА ЧЕРНОБИЛ ДАР ДАВРАИ ДУР

Меҳмонов П.Х., Юсупова М.Х.

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

### МОНО-КОМБИНИРОВАННАЯ ТЕРАПИЯ ПРИ ЛЕЧЕНИЕ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У ЛИКВИДАТОРОВ ПОСЛЕДСТВИЙ АВАРИИ НА ЧЕРНОБЫЛЬСКОЙ АЭС В ОТДАЛЕННОМ ПЕРИОДЕ

Меҳмонов П.Х., Юсупова М.Х.

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

Рассмотрены особенности моно- и комбинированной антигипертензивной терапии (АГТ) и их эффективность у ликвидаторов последствий аварии (ЛПА) на Чернобыльской атомной электростанции (ЧАЭС) по данным республиканского клинического центра профессиональных болезней кардиологического обследования и проспективного 36-летнего наблюдения выявленной патологии в отдаленные сроки.

**Ключевые слова:** ликвидаторы последствий чернобыльской аварии, артериальная гипертензия, моно- и комбинированная антигипертензивная терапия.

# **MONO-COMBINATION THERAPY FOR TREATMENT OF ARTERIAL HYPERTENSION IN LIQUIDATORS OF THE ACCIDENT AT THE CHERNOBYL LAC IN THE REMOTE PERIOD**

**Mehmonov P.H., Jusupova M.H.**

**Department of Internal Medicine No. 1, Abuali ibni Sino Avicenna Tajik State Medical University**

The features of mono- and combined antihypertensive therapy (AGT) and their effectiveness among liquidators of the accident consequences (LAC) at the Chernobyl Nuclear Power Plant (ChNPP) are considered according to the data of the Republican Clinical Center for Occupational Diseases, cardiac examination and a prospective 36-year follow-up of the identified pathology in the long term.

**Keywords:** liquidators of the consequences of the Chernobyl accident, arterial hypertension, mono- and combined antihypertensive therapy.

**Мубрамият.** Солҳои охир дар сохтори бемориҳо ҷойи аввалро бемориҳои системаи дилу рағҳо, аз ҷумла бемориҳои фишорбаландии шарёӣ ишғол мекунад. Аз ҷиҳати синну сол паҳншавии фишорбаландии шарёӣ тибқи таҳқиқоти дар соли 2010 гузаронидашуда дар байни калонсолон 45,6%-ро ташкил дод. Дар даҳсолаи охир паҳншавии фишорбаландии шарёӣ дар Ҷумҳурии Тоҷикистон тақрибан тағйир наёфтааст. Танҳо тағйироти ин нишондиҳанда дар байни ҷинси мард ва ҷинси зан ба мушоҳида мерасад. Назорати муносиби ФШ дар беморони гирифтори фишорбаландии шарёӣ дорои аҳамияти бузургӣ тиббӣ ва иҷтимоӣ мебошад, зеро фишорбаландии шарёӣ идоранашаванда боиси пайдо шудани оризаҳои вазнине мешаванд, ки боиси сарзадани маъҷубшавӣ ва фавт мегарданд, ва барои ҷомеа зарари калони иқтисодӣ мерасонанд. Дар солҳои охир ҳангоми табобат кардани фишорбаландии шарёӣ бештар аз табobati омехта истифода мекунам, ки бартариӣ зиёд дорад: пурқувват кардани самаранокии антигипертензивӣ аз ҳисоби таъсири бисёрсамтии доруҳо ба механизмҳои патогенетикии инкишофи фишорбаландии шарёӣ, ки микдори беморони дорои пастшавии босуботи ФШ -ро зиёд мекунад; кам шудани басомади пайдошавии таъсирҳои иловагии манфӣ аз ҳисоби кам кардани дозаи препаратҳои антигипертензивӣ ва якдигарро бетараф кардани ин таъсирҳо; таъмин кардани обесечение органи-протексияи самаранок ва кам кардани хата

рва микдори оризаҳои дилу рағҳо [1].

**Мақсади таҳқиқот:** Омӯхтани самаранокии монотабобат ва табobati омехтаи антигипертензивӣ дар шахсони гирифтори нурафкании радиатсионӣ ҳангоми бартараф кардани садамаи Нерӯгоҳи барқи атомӣ (НБА)-и Чернобил дар муҳлатҳои дур.

**Мавод ва усулҳои таҳқиқот:** Дар таҳқиқот 74 бемор (39 — дар гурӯҳи асосӣ ва 35 нафар — дар гурӯҳи назоратӣ) иштрок доштаганд. Дар таҳқиқот 39 нафар бемор иштирокдорони бартарафкунадагони иқибатҳои садамаи (НБА)-и Чернобил дар Мваркази ҷумҳуриявии клиникии бемориҳои касбӣ мардҳои синну соли 53-67-сола; мавҷуд будани бемориҳои фишорбаландӣ, дараҷаҳои I—II (ФШБ (фишорбаландии) нарм ва муътадил); сатҳи ФШ систоликӣ (САД) >140 мм сут. сим., ва ё ДАД >90 мм сут. сим., дар ду ташрифоварии охири; набудани АГТ, АГТ номунтазам ё АГТ дар дозаҳои номуносиб ҳадди ақал дар давоми 4 ҳафта то ба таҳқиқот шомил кардан; АГТ мунтазам АГТ (мунтазам истеъмол кардани як препарат на бештар аз як препарат). Аз таҳқиқот хориҷ карда шуданд: аз гурӯҳи асосӣ хориҷ карда шуданд: ФШД вазнин (САД >180 мм сут. сим., ва ё ДАД >110 мм сут. сим.); ФШД-и тақрории этиологияшон ғуногун; оризаҳои ФШД ва бемориҳои вазнини ҳамроҳшуда (БИД, норасоии дил, инфаркти миокард ё инсулти саршавиаш ғуногун, диабет қанди тип 1, диабет қанди тип 2 декомпенсатсионӣ, нуқсонҳои аз ҷиҳати гемодинамикӣ муҳимми дил, ихти-

лоли назми дил, ки истеъмоли доимии препаратҳои зиддиаритмиро истеъмом мекунанд, ихтилоли функсияи чигар ва гурдаҳо), ҳамчунин АГТ мунтазами омехта ва резистентнокӣ нисбат ба табобат бо диуретикҳо ва ингибиторҳои АПФ (тибқи маълумоти анамнеза).

АГТ дар сурати ба даст овардани сатҳи мақсадноки ФШ (ФШ поёнтар аз 140/90 мм сут. сим.) самаранок ҳисобида мешавад. Пеш аз сар кардани таҳқиқот (7-9 рӯз пеш) муоинаи клиникӣ гузаронида шуд, ФШ -ро се бор чен карданд, БКД (басомади кшишхӯрии дил)-ро дар 1 дақ. муайян намуданд, таҳқиқоти антропометриро (қад, массаи бадан, даврикамар, ронҳо) иҷро намуданд, мавофиқат кардани маълумотҳои беморро бо критерияҳои дохилкунӣ санҷиданд. Таҳқиқоти гузаронидашуда кушода, муқоисавӣ, тасодуфӣ буд дар ду гурӯҳи параллелии беморон ва аз як ҳафтаи давраи муқаддимагӣ ва 12 моҳи табобат/муоинаи фаъол иборат буд. Ба сифати препарати базавии АГТ дар гурӯҳи асосӣ ингибитор АПФ каптоприл таъйин карда шуд. Препарат як маротиба бо дозаи 12,5—25 мг/шр., истифода шуда 24 соат назорат кардани сатҳи ФШ-ро таъмин мекунад. Ба АГТ-и омехта гузаронидани беморон мувофиқи протоколи таҳқиқот ба таври зерин анҷом дода шуд: дар ҳар як ташриф, агр сатҳи мақсадноки ФШ ба даст

оварда нашуда бошад, гипотиазид бо титркунии дозаи аз 12,5 то 25 мг/шр таъйин карда шуд, баъдан дар ҳолати зарур будан — атенолол бо титркунии доза аз 12,5 то 100 мг/шр. илова карда шуд. Дар гурӯҳи назоратӣ АГТ ва ислоҳи он аз трарфи табиби поликлиника иҷро карда шуд. Дар ҷараёни таҳқиқот беморони гурӯҳҳои асосӣ ва назоратӣ мутаносибан 8-6 маротиба ташриф овардаанд. Дар ҳар як ташрифоварӣ сатҳи ФШ, БКД, массаи бадан муайян карда шуд; додан ва ба ҳисоб гирифтани препарат дар гурӯҳи асосӣ гузаронида шуд, инчунин зухуроти номиатлуб ва иловагӣ муайян гардад; ЭКГ ҳангоми рандомизатсия, баъди 6 ва 12 моҳи муоина гузаронида шуд.

Коркарди омории маълумотҳои ба даст овардашуда бо ёрии бастаи барномаҳои амалии Statistica 6.0. гузаронида шуд. Натиҷаҳо дар шакли нишонди (М)± хатоии миёна (m) гузаронида шуд. Ётимоднокии натиҷаҳо бо ёрии t-критерияи Студент барои ҷуфт муқоиса кардани гурӯҳҳо баҳогузорӣ карда шуд, фарқиятҳои аз ҷиҳати омории муҳим ҳангоми  $p < 0,05$  ба ҳисоб гирифта шуд.

**Натиҷаҳо ва муҳокимаи онҳо.** Бояд қайд карда, ки беморони гурӯҳҳои асосӣ ва назариявӣ дар аз рӯйи хусусиятҳои асосии клиникӣ ибтидо фарқиятҳои ётимоднок надоштанд (ҷадвали 1).

#### Ҷадвали 1.

#### Хусусиятҳои клиникӣ гурӯҳҳои асосӣ ва назариявӣ, ки ба таҳқиқот дохил карда шудаанд (М±m)

| Нишондиҳанда         | Гурӯҳи асосӣ (n=42) | Гурӯҳи назоратӣ (n=39) |
|----------------------|---------------------|------------------------|
| Синну сол            | 53,3±1,4            | 52,5±1,2               |
| Давомнокии ФШ, солҳо | 11±1                | 10,6±1                 |
| САД, мм.сут. сим.    | 149,36±1,8          | 146,09±1,6             |
| ДАД, мм.сут. сим.    | 97,78±1,3           | 95,3±0,96              |
| ЧСС, зарба/дақ.      | 75,6±1,4            | 73,8±1,71              |
| Индекси Кетле, кг/м² | 28,4±0,7            | 28,5±0,67              |
| Фарбеҳи%             | 44,8                | 42,7                   |
| Сигоркашӣ            | 20,4                | 18,7                   |

*Эзоҳ: Фарқият дар байни гурӯҳҳо аз рӯйи ҳамаи нишондиҳандаҳо ётимоднок нест.*

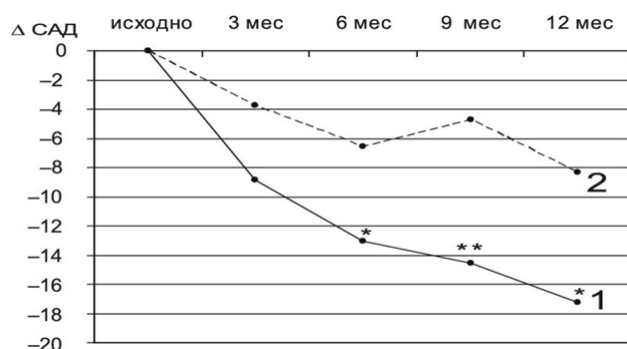
Дар гурӯҳи асосӣ дар муқоиса бо маълумоти ибтидоӣ пастшавии САД ва ДАД баъди 3 моҳ ба мушоҳида расид ва ба ҳдди максимуми худ дар моҳи 12-ум ба даст оварда шуд. Сатҳи САД баъди 1 соли мунтазам

истеъмом кардани препаратҳо ба ҳисоби миёна аз 149,82±2,38 то 132,57±2,81 мм сут. сим. ( $p < 0,001$ ) паст шудааст. Сатҳи миёнаи ДАД дар охири таҳқиқот аз 97,36±1,56 то 84,93±1,74 сут. сим. паст шудааст ( $p < 0,001$ ).

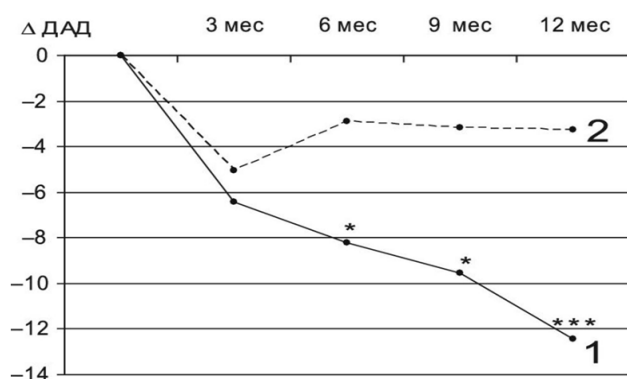
Динамикаи БКД аз ҷиҳати оморӣ чандон муҳим набуд.

Дар гурӯҳи назоратӣ пастшавии эътимоники САД танҳо ибаъди 12 моҳи муоина аз  $144,59 \pm 1,53$  то  $136,24 \pm 2,1$  мм сут. сим. ( $p < 0,01$ ), ба мушоҳида расид, тағйироти ДАД ва БКД дар давоми таҳқиқот эътимоднок набуд.

Ҳангоми таҳлили муқоисавии динамикаи ФШ дар гурӯҳи асосӣ пат шудани САД (расми 1).



Расми 1. Динамикаи САД дар беморони гурӯҳи асосӣ (1) ва назоратӣ (2) дар давоми 12 моҳи табобат. \*—  $p < 0,05$ , \*\*—  $p < 0,01$  дар муқоиса аз гурӯҳи назоратӣ.



Расми 2. Динамикаи ДАД дар беморони гурӯҳи асосӣ (1) ва назоратӣ (2) дар давоми 12 моҳи табобат. \*—  $p < 0,05$ , \*\*—  $p < 0,01$  дар муқоиса аз гурӯҳи назоратӣ.

Дар гурӯҳи асосӣ дар охири таҳқиқот таъсири антигипертензивӣ дар 22 (78,6%) бемор, дар гурӯҳи назоратӣ — танҳо дар 11 (38%) ба даст оварда шуд ( $p < 0,01$ ).

Дар гурӯҳи асосӣ баъди 3 моҳи табобат дар монотерапия 7 (25%) беморон, дар табобати омехта аз 2 препарат- 8 (29%), аз 3 препарат — 13 (46%) қарор доштанд. Дар

моҳи 12-уми тапбобат дар монотерапия 6 (21,4%) бемор, омехта аз 2 8 (28,6%), аз 3 препарат — 14 (50%) бемор қарор доштанд. Дар гурӯҳи назоратӣ тамоюли зиёд шудани миқдори бемороне, ки АГТ қабул мекарданд, дида шуд. Агар дар ибтидо АГТ -ро мунтазам 8 (27,6%)-и беморон қабул карда бошанд, дар охири муоина — аллакай то 19 (65,5%) расид. Дар ин маврид монотерапияро 14 (48,3%), омехта аз 2 препарат — 4 (13,7%), аз 3 препарат — 1 (3,5%) -и беморон қабул кардаанд. Ба сифати АГТ - гурӯҳи 4 -уми препаратҳоро қабул карданд: ингибиторҳои АПФ, антагонистҳои калсий, в-адреноблокаторҳо ва диуретикҳо.

Ҳангоми таҳқиқот аз гурӯҳи асосӣ 14 (33,3%) нафар дар натиҷаи таъсирҳои иловагӣ хориҷ карда шуд: сӯзиши саи дил (2 ҳолат), дарди сар (1), сулфай хушк (1), қувват гирифтани дерматити аллергӣ (1), кам шудани потенсия (1); Таъсирҳои зиёд дучоршаванда дар гурӯҳи асосӣ, шояд, аз мавҷуд будани ҳолати коморбидӣ шарҳ дода шавад.

Дар гурӯҳи назоратӣ таъсирҳои иловагии манфӣ дар 11 (28,2%) бемор ба мушоҳида расид. Аз таҳқиқот 10 (25,6%) бемор хориҷ карда шуд, ки аз онҳо 9 нафар аз иштирок кардан даст кашиданд. Маълумотҳое, ки дар таҳқиқоти мо ба даст оварда шудаанд, аз самаранокии баланди АГТ-и тӯлонии назоратшаванда дар мардҳо бартрафкунандаҳо гувоҳӣ медиҳанд. Дар 78,6% беморони муоинашуда, таъсири антигипертензивӣ ба қайд гирифта шуд, назар ба гурӯҳи назоратӣ (38%). Дар айни замон дар гурӯҳи назоратӣ дар давраи муоина миқдори беморон, ки мунтазам препаратҳои антигипертензивӣ истеъмол мекарданд, зиёд шуд. Ин аз самаранокии чорабиниҳои дар таҳқиқот гузаронидашуда дарак медиҳад: муоинаҳои мунтазам ва назорати табибии ҳолати бемор натиҷаҳои беҳтар месозад.

Мардҳо-бартрафкунандагон аз мардҳои популятсияи номуташакилбо майли бештар доштан ба омилҳои вазнинкунандаи хатарӣ пайдо шудани атеросклероз, мавҷуд будани омехтаи 3 ва бештари омилҳои хатар, сатҳи баланди стресси равонии иҷтимоӣ ва бештар паҳн шудани бемориҳои психосома-

тикӣ фарқ мекунамд. Хангоми табобат кардани бартарафкунандаҳо барои ба даст овардани сатҳи мақсадноки ФШ АГТ-и нисбатан пурзӯртар талаб карда мешавад. Дар таҳқиқоти мо мардҳо аз гурӯҳи асосӣ дар 50% -и ҳолатҳо АГТ-и омехта, дар 28,6% — аз 2 препарат қабул карданд ва танҳо 21,4%-и беморон ба монотерапия тавассути каптоприл маҳдуд шуданд. Фоизи на чандон зиёди самаранокии монотерапия дар муқоиса аз маълумотҳои муҳаққиқони дигар аз вазнинтар будани ҳолати беморон гувоҳӣ медиҳад. Мураккаб будани ин категорияи беморонро миқдори зиёди таъсирҳои возеҳи иловагӣ низ тасдиқ мекунамд, ки дар натиҷаи табобат дар гурӯҳи асосӣ дар (45,2%) ба мушоҳида мерасад, назар ба маълумотҳои дигар таҳқиқотҳо. Ин далелро метавон бо ду сабаб маънидод кард: Зарурати гузаронидани миқдори зиёди беморон (78,6%) ба табobati омехта барои ба даст овардани таъсири зарурӣ, хусусиятҳои психологии мардҳо-бартарафкунандаҳо, аз ҷумла худбаҳоидиҳии пасти саломатӣ, аз ҷумла хусусиятҳои депрессивӣ ва невротикӣ.

### Хулосаҳо

1. Дар мардҳо-бартарафкунандагони садама дар НБА Чернобил, ки аз ФШ азият мекашиданд, дар муқоиса аз мардҳо-бартарафкунандагоне, ки дар шароити поликлиника табобат шудаанд (гурӯҳи назоратӣ), дар натиҷаи табobati солони идорашавандаи антигипертензивӣ (гурӯҳи асосӣ) пастшавии эътимодноки (мутаносибан  $p < 0,05$  ва  $p < 0,001$ ) сатҳи фишори систоликӣ ва диастоликии шарёнӣ ба даст оварда шуд.

2. Дар натиҷаи табобат дар гурӯҳи асосӣ самаранокии антигипертензивӣ дар 78,6% -и беморон ва дар гурӯҳи назоратӣ дар 38% -и беморон ба даст оварда шуд.

3. Мардҳое (синну соли  $53,3 \pm 1,4$ -сола), ки хангоми бартараф кардани садама дар НБА Чернобил дучори нурафкании радиатсионӣ шудаанд, дар муқоиса аз мардҳои популятсияи номуташаққил (синну соли  $52,5 \pm 1,2$ -сола) бештар гирифтори ФШ (мутаносибан 64,7 ва 54,5%,  $p < 0,01$ ) мешаванд. Эҳтимолдор, ки аз он вобаста бошад, ки дар мар-

дҳо-бартарафкунандагони садама дар НБА Чернобил, дар баробари ФШ инчунин патологияҳои гуногуни психосоматикӣ ва хусусиятҳои психологӣ вучуд доранд, ки бо ихтилолҳои паҳншудаи депрессивӣ ва астеникӣ зоҳир мешаванд.

4. Барои ба даст овардани сатҳи мақсадноки ФШ мардҳо-бартарафкунандагон дар бештари ҳолатҳо АГТ омехта зарур аст.

### Адабиёт

1. Белый Д., Плеско Г., Настина Г., Курсина К., Базыка О., Коалев О., Чумак А., Аброменко И. «Особенности развития ишемической болезни сердца у аварийно-спасательных работников Чернобыльской аварии в зависимости от действия радиационных и нерадикационных факторов риска и генотипов однонуклеотидного полиморфизма rs 966221 гена фосфодиэстеразы. Проблема Radioc Med Radiobiol. 2016 Декабрь; 21:204-217.

2. Базыка О.Д., Белый Д.О., «Сердечно-сосудистые заболевания и систолическая функция левого желудочка у ликвидаторов последствий аварии на Чернобыльской АЭС (на основании 30-летнего наблюдения). Проблема Radioc Med Radiobiol. 2017 Декабрь; 22:292-305.

3. Домбравская Н.С., Плескач О.Ю., «Содержание общего адипитнектина в сыворотке крови у ликвидаторов последствий аварии на ЧАЭС превышает содержания общего адипионектина у работников «йодного периода», страдающих сахарным диабетом 2 типа (обзор литературы и данные исследований). Проблема Radioc Med Radiobiol. 2017 Декабрь; 22:353-317.

4. Логановский К.Н., Федирко П.А., Куц К.В., Мораззити Д., Антипчук К.Ю. «Мозг и глаза как потенциальные мишени для воздействия ионизирующего излучения Part 1. Последствия облучения участников ликвидации аварии на Чернобыльской АЭС. Проблема Radioc Med Radiobiol. 2020 Декабрь; 25:90-129.

5. Сушко В.С., Татаренко О.М., Колосинская О.О., Хапиенко Д.Д. «Экспертиза причинно-следственной связи между развитием

артериальной гипертензии и участием в работах по ликвидации последствий аварии на Чернобыльской АЭС в отдаленном послеаварийном периоде. Проблема Radios Med Radiobiol. Декабрь 2020; 25:543-557.

**Мехмонов Примкул Хазраткулович** – к.м.н., доцент кафедры внутренних болезней

№1 ГОУ «ТГМУ им. Абуалиибни Сино» - 900889168

**Mehmonov Primkul Khazratkulovich** - Candidate of Medical Sciences, Associate Professor of the Department of Internal Diseases No. 1 of the State Educational Institution «Abualiibni Sino TSMU» - Tel. 900889168

## **ҲОЛАТИ ЭНДОТЕЛИЯИ ХУНРАГҲО ДАР БЕМОРОНИ МУЗМИНИ ИНСИДОДИИ ШУШ**

**Насирҷонова Х.Р., Сабурова А.М.**

**Кафедраи биохимияи МДТ “ДДТТ ба номи Абуали ибни Сино”**

## **СОСТОЯНИЕ ЭНДОТЕЛИЯ СОСУДОВ У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ**

**Насырджонова Х.Р., Сабурова А.М.**

**Кафедра биохимии ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино, Душанбе, Республика Таджикистан**

**Цель исследования.** Изучение состояния эндотелия сосудов у больных с хронической обструктивной болезнью легких.

**Материалы и методы исследования.** Обследованы 40 больных с диагнозом ХОБЛ в возрасте 27-64 лет, находившихся на лечении в городском центре здоровья №2 им. Академика К.Т. Таджиева. Контрольную группу больных составили 30 здоровых людей.

О состоянии эндотелия кровеносных сосудов судили по содержанию фибриногена, фактора Виллебранда и С-реактивного белка.

Для определения тяжести эндогенной интоксикации при ХОБЛ, изучали проницаемость мембран эритроцитов, используя метод мочевинового гемолиза по Колмакову В.Н. (1987) и сорбционную способность по поглощению красителя (метиленовый синий) эритроцитарной массой.

**Результаты исследования и их обсуждение.** При изучении показателей, характеризующих состояние эндотелия сосудов у больных с ХОБЛ нами выявлены повышение содержания фибриногена в сыворотке крови на 71,0%, ФВ на 35,4 %, СРБ в 15 раз по сравнению с контрольной группой. Результаты анализа проницаемости мембран эритроцитов показал увеличение на 28% и его сорбционной способности на 27,8% по сравнению с контролем.

**Выводы.** Таким образом, у больных на фоне дисфункции эндотелия сосудов наблюдается вовлеченность эритроцитов в патологические процессы со значимым изменением функциональных особенностей, подтверждающихся биохимическими показателями повреждения мембран эритроцитов, а также их значимой взаимосвязью с дисфункцией эндотелия.

**Ключевые слова.** ХОБЛ, эндотелия сосудов, СРБ, фибриноген, ФВ.

## **STATE OF THE VASCULAR ENDOTHELIUM IN PATIENTS WITH CHRONIC OBSTRUCTIVE PULMONARY DISEASE**

**Nasyrjonova H.R., Saburova A.M.**

**Department of biochemistry, Avicenna Tajik State Medical University, Dushanbe, Republic of Tajikistan**

**The purpose of the study.** Study of the state of vascular endothelium in patients with chronic obstructive pulmonary disease.

**Material and methods of the study.** The study involved 40 patients diagnosed with COPD aged 27-64 years, who were treated at the City Health Center No. 2 named after Academician K.T. Tadzhiev. The control group of patients consisted of 30 healthy people.

The state of the endothelium of blood vessels was assessed by the content of fibrinogen, von Willebrand factor and C-reactive protein. To determine the severity of endogenous intoxication in COPD, the permeability of erythrocyte membranes was studied using the urea hemolysis method according to V.N. Kolmakov (1987) and the sorption capacity for dye absorption (methylene blue) by the erythrocyte mass.

**Conclusions.** Thus, in patients with vascular endothelial dysfunction, erythrocytes are involved in pathological processes with significant changes in functional characteristics, confirmed by biochemical indicators of erythrocyte membrane damage, as well as their significant relationship with endothelial dysfunction.

**Key words.** COPD, vascular endothelium, CRP, fibrinogen, von Willebrand factor.

**Мухимият.** Рушд ва ташаккули бемории музмини инсидодии шуш боиси та“йирёбии ҳолати эндотелияи хунрағҳо мегардад, ки бо вайроншавии мембранаҳо (баландшавии гузаронандагии мембранаҳои эритроцитҳо ва баланшавии қобилияти сорбсионии онҳо) алоқаманд гардида, метавонад ҳамчун пешгӯии омили номусоид баррасӣ шавад.

Солҳои охир бинобар афзоиши назарраси бемориҳои шуш (БМИШ), проблемаи ташхиси барвакти омилҳое, ки ба оқибати ин беморӣ таъсир мерасонанд, махсусан муҳим гардидааст [1,2,3].

Тибқи маълумоти Созмони Ҷамҳурияҳои Тандурустӣ, аз бемории музмини инсидодии шуш (БМИШ) ҳар сол тақрибан 3 миллион нафар вафот мекунад.

Ба ин бемориҳо, хатари муқовимат бо табобати доругӣ ба таври назаррас ташаккул меёбад, ки ба рушди шароитҳои ба ҳаёт таҳдидунада мусоидат мекунад ва давомнокии миёнаи умр ба таври назаррас коҳиш меёбад.

Мувофиқи маълумотҳои адабиётҳои дастрасгардида, дар саршавӣ ва ташаккули БМИШ қобилияти хоричкунии шаклҳои фаъоли оксиген (ШФО) аз тарафи фагоситҳо, ки боиси вайроншавии пероксидии макромолекулаи ҳам липидҳо ва ҳам сафедаҳо мегарданд, нақши муҳим мебозад [4].

Халалдоршавии эндотелияи хунрағҳо, пайдарпайии илтиҳобии равандҳои пероксидшавии липидҳо ва пастшавии ҳолати

зиддиоксидантӣ ҳангоми бемории музмини инсидодии шуш метавонад табиатан ба чараёни беморӣ ва пешгӯии он таъсири манфӣ расонад [5,6,7].

Омӯзиши равандҳои оксидшавии пероксидии липидҳо, системаи зиддиоксиданти организм, ҳолати эндотелияи хунрағҳо, гузаронандагии мембранаҳои эритроцитҳо (ГМЭ) ва зиёдшавии қобилияти сорбсионии эритроцитҳо (ҚСЭ) ва таҳлили муқоисавии онҳо дар беморони гирифтори бемории музмини инсидодии шуш ба мо имкон медиҳанд, ки та“йирёбии ин нишондиҳандаҳоро муайян карда, барои қор қарда баромадани усулҳои аз ҷиҳати илмӣ асоснокгардида ва ислоҳи онҳо, ҳамчунин барои табобати дурусти беморон мусоидат мекунад.

Ҳангоми омӯзиши системаҳои оксидантӣ ва зиддиоксидантӣ дар дар зардоби хуни беморони гирифтори БМИШ, баландшавии миқдори шаклҳои фаъоли оксиген (ШФО), маҳсулоти охири раванди ОПЛ - диалдегиди малонат (ДАМ) ва коҳишёбии фаъолияти ферменти зиддиоксидантӣ- супероксиддисмутаза мӯайян намудем [5].

Маҳсулотҳои захрноки раванди оксидшавии пероксидии липидҳо (ОПЛ) ва маҳдудшавии системаи зиддиоксидантӣ (СЗО) ба фосфолипидҳои қабати липидии мембранаи ҳуҷайра таъсир расонида, боиси осебёбии гузаронандагии мембранаҳо ва вайроншавии вазифаҳои онҳо мегардад. Бинобар ин омӯзиши ҳамачонибаи дараҷаи та“йирёбии

нишондиҳандаҳои функсияи эндотелиалии хунрағҳо дар алоқамандӣ бо гузаронандагӣ ва қобилияти сорбсионии эритроцитҳо дар заминаи чунин бемории паҳншуда, аз қабилли БМИШ, таваҷҷӯҳи махсуси илмӣ дорад.

**Мақсади таҳқиқот.** Омӯзиши ҳолати эндотелияи хунрағҳо ва ҳалалдоршавии онҳо дар беморони гирифтори бемории музминии инсидодии шуш.

**Мавод ва усулҳои таҳқиқот.** Омӯзиши натиҷаҳои таҳқиқоти 40 нафар беморон бо ташҳиси БМИШ синнашон аз 27 то 64 сола, ки дар маркази саломатии шаҳрии №2 ба номи академик К.Т. Тоҷиев таъбабат гирифтанд.

Аз ин миқдор 21 нафар мардон (52,5%) ва 19 нафар занон (47,5%) буданд.

Гурӯҳи назоратиро 30 нафар шахсони солим, ки аз рӯи синну сол ва ҷинсашон ба гурӯҳи беморон мувофиқат мекарданд, ташкил дод.

Ҳолати эндотелияи хунрағҳо аз рӯи миқдори сафедаи С-реактив (ССР), фибриноген ва сатҳи омили Виллебранд (ОВ) арзёбӣ карда шуд.

Қобилияти сорбсионии мембранаи эритроцитҳо бо истифода аз усули гемолизи мочевиноӣ тибқи методи Колмаков В.Н. (1987) ва қобилияти сорбсионии онҳо аз ҷиҳати фурубарии ранг (метилен кабуд) дар массаи эритроцитҳо омӯхта шуд.

**Усулҳои коркарди оморӣ.** Таҳлили дисперсионӣ барои версияҳои мустақили мутлақ бо истифода аз санҷиши U-Манн-Уитни барои намунае, ки тақсимооти муқаррарӣ надорад, гузаронида шуд.

**Натиҷаҳои таҳқиқот ва муҳокимаи онҳо.** Ҳангоми омӯзиши нишондиҳандаҳое, ки ҳолати эндотелияи хунрағҳо дар беморони гирифтори БМИШ тавсиф мекунад, мо зиёдшавии миқдори фибриногенро дар зардобии хун ба миқдори 71,0 % ва сатҳи омили Виллебранд ба 35,4% дар муқоиса бо гурӯҳи назоратӣ муайян намудем (ҷадвали 1).

Баландшавии сатҳи омили Виллебранд (ОВ) ва фибриногенро дар беморони гирифтори бемориҳои музминии шуш метавон ҳамчун зуҳуроти осеби эндотелияи микроваскулярӣ арзёбӣ кард, ки ин бадтареи беморию пешгӯӣ мекунад [6].

#### Ҷадвали 1.

##### Нишондиҳандаҳои ҳолати эндотелияи хунрағҳо дар беморони БМИШ

| Нишондод             | 1.<br>Гурӯҳи назоратӣ<br>(n=30) | 2.<br>БМИШ<br>(n=40) | 3.<br>Р |
|----------------------|---------------------------------|----------------------|---------|
| Фибриноген (г/л)     | 2,6±0,08                        | 4,45±0,16            | <0,001  |
| Омили Виллебранд (%) | 95,7±2,3                        | 129,6±2,3            | <0,0001 |
| ССР (мг/л)           | 2,09±0,1                        | 32,2±0,1             | <0,001  |
| ҚСЭ                  | 39,5 ± 0,5                      | 50,5 ± 0,6           | <0,001  |
| ГСЭ (%)              | 10,28 ± 0,04                    | 13,24 ± 0,36         | <0,001  |

Эзоҳ: р-ифодаи оморӣ фарқияти нишондиҳандаҳо дар муқоиса бо маълумоти назоратӣ мебошад (аз рӯи U - меёри Манн Уитни).

Дар зардобии хуни беморони гирифтори БМИШ, сатҳи сафедаи С-реактив дар муқоиса бо гурӯҳи назоратӣ 15 маротиба зиёд шудааст.

Баландшавии ҳамбастагии миқдори сафедаи С - реактив, фибриноген ва омили Виллебрандро, ки дар заминаи ташаккули ин беморӣ муқаррар карда шуд, метавон ҳамчун омили саршавии авҷгирии бемории музминии инсидодии шуш баррасӣ кард.

Шиддатнокии мутақобилаи байни ҳуҷай-

раҳо дар заминаи гипоксияи шадиди маҳаллӣ ва системавӣ, ки ҳангоми БМИШ инкишоф меёбад, ба ҳолати функционалии сохторҳои ҳуҷайравии хун ва махсусан эритроцитҳо таъсири назаррас мерасонад.

Натиҷаҳои омӯзиши муқоисавии қобилияти сорбсионии эритроцитҳо (ҚСЭ) дар беморони гирифтори БМИШ нисбат ба гурӯҳи назоратӣ нишон медиҳанд, ки фурубарии метилени кабудӣ аз ҷониби эритроцитҳо 27,8% зиёд шудааст.

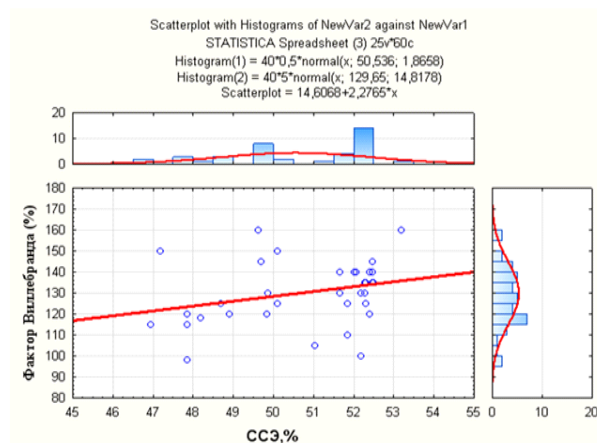
Ҳангоми таҳлили натиҷаҳои гузаронандагии мембранаи эритроцитҳо (ГМЭ) дар хуни беморони таҳқиқотӣ дар муқоиса бо нишондиҳандаҳои гурӯҳи назоратӣ, афзоиши назарраси гемолизи эритроцитҳо дар пробиркаҳои таҷрибавии аз 1 то 6 муайян карда шуд.

Натиҷаҳои омӯзиш нишон доданд, ки дар беморони гирифтори БМИШ дар муқоиса бо гурӯҳи назоратӣ ГМЭ то 28,0 % зиёд шудааст.

Маълумотҳои бадастомадаро на танҳо дар натиҷаи осеби илтиҳобӣ ва инсидодии паренхимаи шуш дар заминаи изтироби оксидантӣ, балки ташаккули та“йирёбии оксидшавии пероксидии мембранаи эритроцитҳо бо вайрон шудани функсия ва зиёдшавии гузаронандагии онҳо низ, метавон баррасӣ кард.

Муҳимияти омӯзиши робитаи байни ҳолати қобилияти сорбсионии мембранаи ситоплазми эритроцитҳо ва нишондиҳандаҳои функсияи эндотелияи хунрағҳо аз он иборат аст, ки ҳангоми бемориҳои шуш (БМИШ) гипоксия омили о“озии аломатҳои илтиҳоби системавӣ (хориҷшавии ССР, ОВ, фибриноген) буда, боиси гиперкоагулятсия ва дараҷҳои гуногуни захролудшавӣ мегардад.

Дар робита ба ин, муносибатҳои байни нишондиҳандаҳои омили Виллебранд ва гузаронандагии сорбсионии эритроцитҳо метавон аз ҳама ахборотӣ ҳисоб кард (расми 1).



**Расми 1. Баҳамалоқамандии байни ОВ (ФВ) ва ГСЭ (ССЭ) дар БМИШ**

**Хулоса.** Ҳамин тариқ, дар беморони гирифтори бемории музмини инсидодии шуш дар заминаи халадоршавии эндотелияи хунрағҳо (бо хориҷшавии ССР, фибриноген, ОВ), чалби эритроцитҳо дар равандҳои патологӣ бо та“йирёбии назарраси хусусиятҳои функционалӣ мушоҳида мешаванд, ки ба халалдоршавии эндотелияи хунрағҳо, вайроншавии мембранаи эритроцитҳо (ГМЭ, ҚСЭ) ва ҳамчунин робитаи назарраси онҳо тасдиқ карда мешаванд.

#### Адабиёт

1. Белевский А.С. Глобальная стратегия диагностики, лечения и профилактика ХОБЛ. / А.С. Белевский // Москва, РФ: Российское респираторное общество; 2012. 82 с.

2. Боровская М.К. Структурно-функциональная характеристика мембраны эритроцита и ее изменения при патологиях разного генеза. / М.К. Боровская, Э.Э. Кузнецова, В.Г. Горохова // Бюллетень ВСНЦ СО РАМН. - 2010. -№3(73). - С.334-351.

3. Мишина Н.А. Оксидантно-антиоксидантный статус эритроцитов при хронической обструктивной болезни лёгких. / Н.А. Мишина, И.Л. Давыдкин // Вестник Российского университета дружбы народов. -2010. -№4. - С. 354-357.

4. Мойсеенко В.А. Показатель проницаемости эритроцитарных мембран в оценке функционированного состояния организма. / В.А. Мойсеенко, Л.И. Антоненко, Л.Л. Аршинникова и др. // Крымский терапевтический журнал. -2007. -№2(2). - С.103-107.

5. Новгородцева Т.П. Модификация состава жирных кислот мембраны эритроцитов при ХОБЛ. / Т.П. Новгородцева, Ю.К. Денисенко, М.В. Антонюк // Бюллетень СО РАМН. -2013. - №5(33). - С.64-68.

6. Сабурова А.М. Взаимосвязь состояния биомембран с показателями дисфункции эндотелия у больных с хронической обструктивной болезнью лёгких. /А.М. Сабурова, Х.Р. Насырджанова, Х.Ё. Шарипова // Научно-медицинский журнал «Вестник Авиценны». - 2020. -22(4). - С. 528-534.

7. Мамаева М.Г. Маркёры системного воспаления и эндотелиальной дисфункции у

больных хронической обструктивной болезнью лёгких. / М.Г. Мамаева, И.В. Демко, Я.И. Вериге // Сибирское медицинское обозрение. 2014;1:12-9.

**Насырджонова Х.Р.** - к.б.н., доцент кафедры биохимии, ГОУ «ТГМУ имени Абуа-

ли ибни Сино». Тел: +(992) 904033540 E-mail n\_hursand@mail.ru

**Nasirdzhonova H.R.** - candidate of biological sciences,, Associate Professor of the Department of Biochemistry, State Educational Institution “TSMU named after Abuali ibn Sino”. Tel.: +(992) 904033540 E-mail n\_hursand@mail.ru

## ҲОЛАТИ МАСУНИЯТИ ГУМОРАЛӢ ДАР КӢДАКОНИ ГИРИФТОРИ ПНЕВМОНИЯ

**Расулова С.А., Исмоилов К.И.**

**Кафедраи бемориҳои кӯдакони №2 МТД “ДДТТ ба номи Абуалӣ ибни Сино”**

**Мақсад.** Омӯзиши ҳолати масунияти гуморалӣ дар кӯдакони гирифтори пневмонияи гайрибеморхонавӣ.

**Мавод ва усулҳои тадқиқот.** Дар мақолаи мазкур натиҷаҳои тадқиқоти паҳншавӣ, омилҳои мусоидаткунанда, ҳолати саломатии соматикӣ модарони бемор ва масунияти гуморалӣ дар кӯдакони гирифтори пневмонияи “айрибеморхонавӣ оварда шудаанд.

**Натиҷаҳо.** Нишондиҳандаҳои масунияти гуморалӣ дар кӯдакони гурӯҳи якум бо пастшавии сатҳи В-лимфоситҳо нисбати ҳамин нишондиҳандаҳои гурӯҳи назоратии кӯдакони синни 0-5 сола аён гардид. Агар дар гурӯҳи кӯдакони гирифтори пневмонияи шадид нишондиҳандаҳои CD20 лимфоситҳо ба  $5,8 \pm 0,8$  баробар бошад, дар гурӯҳи кӯдакони шартан солим ин нишондод ба  $17,2 \pm 0,8$  баробар буд.

. Концентрасияи Ig G дар гурӯҳи кӯдакони якум то сатҳи  $8,9 \pm 1,96$  г/л баланд шуда буданд ва ин нишондод дар гурӯҳи кӯдакони назоратӣ ба  $6,6 \pm 2,23$  г/л ( $<0,05$ ) баробар буд. Дар гурӯҳи дуюм нишондодҳои Ig G ба  $16,8 \pm 0,4$  расиданд ҳангоми нишондодҳои миёнаи он дар гурӯҳи назоратӣ ба  $15,8 \pm 0,6$  г/л баробар буданд. Инчунин баландшавии концентратсияи Ig M дар ҳарду гурӯҳҳои ба таҳқиқот фаро гирифта шуда дар муқоиса бо гурӯҳҳои назоратӣ:  $1,23 \pm 0,4$  г/л ва  $0,84 \pm 0,42$  г/л;  $2,6 \pm 0,3$  ва  $2,5 \pm 0,63$  ( $<0,05$ ) мутаносибан.

**Калимаҳои калидӣ:** пневмонияи “айрибеморхонавӣ, масунияти гуморалӣ, кӯдакон, лимфоситҳо.

## СОСТОЯНИЕ ГУМОРАЛЬНОГО ИММУНИТЕТА У ДЕТЕЙ С ПНЕВМОНИЯМИ

**Расулова С.А., Исмаилов К.И.**

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

**Цель исследования.** Изучить состояние гуморального иммунитета у детей, страдающих внебольничной пневмонией.

**Материал и методы.** В статье приведены распространенность, провоцирующие факторы, соматическое состояние здоровья матери и гуморальный иммунитет у детей заболевших внебольничной пневмонией.

**Результаты.** При сравнении показателей гуморального звена иммунитета у детей первой группы концентрация CD20 лимфоцитов была статистически достоверно снижена по сравнению с контрольной группой детей в возрасте 0-5 лет. Данный показатель снизился практически вдвое и достигал  $5,3 \pm 2,8\%$ , в то время как в контрольной группе 6-14 лет концентрация CD20 лимфоцитов доходила до  $18,2 \pm 1,4\%$  ( $<0,05$ ). Содержание сывороточного иммуноглобулина А у детей первой группы было значительно ( $<0,01$ ) снижено ( $0,66 \pm 0,124$  г/л) по сравнению группы условно здоровых детей сходных по возрасту ( $0,66 \pm 0,3$  г/л). Аналогичная ситуация наблюдалась в группе детей старшего возраста ( $0,7 \pm 0,2$ ) и

( $0,8 \pm 4,7$ ) соответственно ( $<0,05$ ). Концентрация IgGy детей первой группы были повышены до  $8,9 \pm 1,96$  г/л, в то время как в контрольной группе данный показатель составил  $6,6 \pm 2,23$  г/л ( $<0,05$ ). Во второй группе показатели IgG достигли  $16,8 \pm 0,4$  при средних значениях контрольной группы  $15,8 \pm 0,6$ . Также наблюдалось повышение концентрации IgM в обеих группах исследования по сравнению с контрольными группами:  $1,23 \pm 0,4$  г/л и,  $0,84 \pm 0,42$  г/л,  $2,6 \pm 0,3$  и  $2,5 \pm 0,63$  соответственно ( $<0,05$ ).

**Ключевые слова.** внебольничная пневмония, гуморальный иммунитет, дети, лимфоциты.

## THE STATE OF HUMORAL IMMUNITY IN CHILDREN WITH PNEUMONIA

Rasulova S.A., Ismailov K.I.

Department of Childhood Diseases No. 2 of the State Educational Institution "Tajik State Medical University named after Abuali ibni Sino"

**The purpose of the study.** To study the state of humoral immunity in children suffering from community-acquired pneumonia. Material and methods. The article presents the prevalence, provoking factors, somatic health status of the mother and humoral immunity in children with community-acquired pneumonia.

**Research results.** When comparing the indicators of humoral immunity in children of the first group, the concentration of CD20 lymphocytes was statistically significantly reduced compared to the control group of children aged 0-5 years. This indicator decreased almost by half and reached  $5.3 \pm 2.8\%$ , while in the control group 6-14 years old the concentration of CD20 lymphocytes reached  $18.2 \pm 1.4\%$  ( $<0.05$ ). The content of serum immunoglobulin A in children of the first group was significantly ( $<0.01$ ) reduced ( $0.6 \pm 0.124$  g/l) compared to a group of conditionally healthy children of similar age ( $0.66 \pm 0.3$  g/l). A similar situation was observed in the group of older children ( $0.7 \pm 0.2$ ) and ( $0.8 \pm 4.7$ ), respectively ( $<0.05$ ). The IgG concentration in children of the first group was increased to  $8.9 \pm 1.96$  g/l, while in the control group this figure was  $6.6 \pm 2.23$  g/l ( $<0.05$ ). In the second group, IgG values reached  $16.8 \pm 0.4$ , with the average values of the control group being  $15.8 \pm 0.6$ . There was also an increase in IgM concentration in both study groups compared to control groups:  $1.23 \pm 0.4$  g/l and  $0.84 \pm 0.42$  g/l,  $2.6 \pm 0.3$  and  $2.5 \pm 0.63$ , respectively ( $<0.05$ ).

**Key words.** community-acquired pneumonia, humoral immunity, children, lymphocytes.

**Мубрамият.** Пневмония дар сохтори сироятҳои роҳҳои болоии нафас ҷойи намоёноро иш“ол менамояд ва яке аз сабабҳои бистаришавӣ, эҳтимолияти инкишофи ҳолатҳои ба ҳаёт таҳдидкунанда мебошад (Зайнабитдинова С.А, 2022). Ҳамасола дар ҷаҳон 150 миллион ҳолатҳои гирифтورشавии кӯдакони синни то 5 сола ба пневмония ба қайд гирифта мешавад, ки дар 7-35 ҳолатҳо раванди вазнини он ба назар мерасад ва бистаришавиро то 11-20 миллион нафар дар як сол мерасонад [2,3]. Новобаста аз истифодаи самараноки маводҳои антибактеривӣ, то 20% ҳолатҳои марги то синни 5 сола дар тамоми ҷаҳон ба пневмонияҳо вобаста аст. Кӯдакони соли аввали ҳаёт гурӯҳи хатари баланди раванди ному-

носиби сироятҳои роҳҳои болоии нафасро ташкил медиҳанд. Ба ин ҳолат мусоидат менамоянд ноболиғ будани морфофунсионалии роҳҳои нафас, микробиосенози номуқаррари пардаҳои луобии роҳҳои болоии нафас ва давраи норасоии транзитории масуният. Давраҳои хавфноки инкишофи системаи масуният дар синну соли кӯдакӣ, аномалияҳои конституция, заминаи пеш аз бемории номусоид (камхунӣ, гипотрофия, рахит) ба сушт шудани муқовимати иммунобиологӣ ва организми кӯдакони роҳҳои болоии нафас, раванди вазнини беморӣ ва хатари зиёди инкишофи оризаҳо, паҳншавии сироят мусоидат менамоянд.

**Мақсади тадқиқот.** Омӯзиши ҳолати масунияти гуморалӣ дар кӯдакони гирифтори пневмонияи “айрибеморхонавӣ.

**Мавод ва усулҳои тадқиқот.** Аз ҷониби муаллифон 76 кӯдаконе, ки ба шӯъбаҳои синни ширмак ва шӯъбаи шуши кӯдаконе бо ташхиси пневмонияи мавкӯӣ, сегментарӣ ва ҳиссаи бистарӣ шуда буданд, ба тадқиқот фаро гирифта шуданд. Синни беморон аз 0 то 14 соларо ташкил меод. Ба беморон “айр аз усулҳои умумиклинии тадқиқот, рентгенографияи узвҳои қафаси сина концентратсияи Ig A, Ig M ва Ig G дар зардобаи хун бо усули ситометрияи равонӣ дар 1-3 рӯзи беморӣ муайян карда шуд. Беморон ба 2 гурӯҳ ҷудо карда шуданд: гурӯҳи 1-ро 45 беморони аз синни 0 то 5 соларо ташкил намуданд, ба гурӯҳи 2-ум 31 бемори гирифтори пневмония аз синни 6 то 14 сола ворид шуданд. Гурӯҳи назорати 20 нафар кӯдакони шартан солим, ки аз рӯйи синнусол ва чинсият ба гурӯҳи асосӣ монанд буданд, ташкил доданд.

Коркарди омории натиҷаҳои таҳқиқот бо ёрии барномаи амалии «Statistica 6.0», ки омили ҳисобкунии қимати миёна (M) ва иштибоҳи стандартӣ (m) буд, роҳандозӣ гардид. Барои баргузори таҳлили миёни гурӯҳҳои гуногуни мушоҳидавӣ дар марҳилаи аввал меъёрияти тақсими нишондиҳандаҳои рақамӣ бо истифодаи меъёри Колмогоров-Смирнов муайян карда шуд. Таҳлили минбаъдаи омӯрӣ бо истифодаи мето-

дҳои “айри ченакии коркарди омӯрӣ гузаронида шуд. Муқоисаҳои ҷамъӣ дар миёни гурӯҳҳо аз рӯйи меъёри Н- меъёри Крускала-Уоллис, муқоисаҳои ҷуфти аз рӯйи У-меъёри Манн – Уитни сурат гирифтанд. Тафовутҳо дар сурати  $p < 0,05$  будан аз лиҳози омори қиматнок шуморида мешуданд.

**Натиҷаҳои таҳқиқот ва муҳокимаи онҳо.**

Ҳолати кӯдакони бистаришуда ба беморхона миёна вазнин ва вазнин буда, беморон ба беморхона дар 3-5 рӯзи беморӣ бистаришуданд. Ҷӣ тавре, ки аз ҷадвал маълум аст, беморшавии зиёд ба синни 0-5 сола рост меояд, ки бо таъсирпазирии зиёд ба вирусҳои респираторӣ вобаста аст. Дар вақти омӯзиши анамнези акушерии модарон дар гурӯҳи 1 –ум дар 4% онҳо қатъшавии ҳомиладорӣ, токсикозҳои давраи аввали ҳомиладорӣ дар 11% ҳолатҳо, дар 31% занҳо ҳомиладорӣ бо хатари қатъшавии ҳомиладорӣ мегузашт. Аз ҷониби патологияи соматикӣ дар модарон ҷунин бемориҳо вомехӯрданд: камхунӣ дараҷаи 1-2 дар 27% -и онҳо, астмаи бронхиялӣ дар 3% , зоби эндемикии дараҷаи 1-ум дар 43% ва 15% модарон сирояти грипп ва коронавируси дар вақти ҳомиладорӣ гузарониданд. Маълум шуд, ки аз ҷониби онҳо бемориҳои музминӣ роҳҳои пешоббарор ба монанди барандаи сирояти хламидия дар 12% ҳолатҳо, вируси герпеси оддӣ дар 5% ҳолатҳо, 10% модарон аз пиелонефрити музмин азият мекашиданд, ки ҳангоми ҳомиладорӣ шиддат гирифта буд.

#### Ҷадвали 1.

Тақсими беморон аз рӯйи синну сол (n=76)

| Раванди беморӣ | ҳамагӣ | 0-5 сола | 6-14 сола |
|----------------|--------|----------|-----------|
| Миёна вазнин   | 25     | 15       | 10        |
| Вазнин         | 51     | 30       | 21        |

Ҳангоми муқоисаи нишондиҳандаҳои масунияти гуморалӣ дар кӯдакони гурӯҳи якум концентратсияи CD20 лимфоситҳо омӯран амиқ паст шуда буд нисбати ҳамин нишондиҳандаҳои гурӯҳи назоратии кӯдакони синни 0-5 сола (ҷадвали 2). Ин нишондиҳанда қариб 2 маротиба паст шуда буд ва ба  $5,3 \pm 2,8\%$  баробар шуд, ки ҳамзамон дар гурӯҳи назоратии кӯдакони синни 0-5 сола концентратсияи CD20 лимфоситҳо ба

$18,2 \pm 1,4$  ( $< 0,05$ ) мерасид. Ҳангоми таҳлили ин нишондодҳо дар беморони гурӯҳи дувум хеле паст шудани CD20 лимфоситҳо ( $< 0,05$ ) дар муқоиса бо гурӯҳи назоратии синни 6-14 сола. Агар дар гурӯҳи кӯдакони гирифтори пневмонияи шадид нишондиҳандаҳои CD20 лимфоситҳо ба  $5,8 \pm 0,8$  баробар бошад, дар гурӯҳи кӯдакони шартан солим ин нишондод ба  $17,2 \pm 0,8$  баробар буд.

Нишондодҳои масунияти гуморалӣ дар кӯдакони гирифтори пневмонияи шадид ( $M \pm m$ )

| Нишондод-<br>ҳо | Беморони гирифт-<br>ори пневмония,<br>0-5 - сола | Гурӯҳи<br>назоратӣ<br>0-5 - сола | p     | Беморони гирифт-<br>ори пневмония,<br>5-10 сола | Гурӯҳи<br>назоратӣ<br>5-10-сола | p     |
|-----------------|--------------------------------------------------|----------------------------------|-------|-------------------------------------------------|---------------------------------|-------|
| CD 20 (%)       | 5,3±2,8                                          | 18,2±1,4                         | <0,05 | 5,8±0,8                                         | 17,2±0,8                        | <0,05 |
| Ig A (г/л)      | 0,6±0,124                                        | 0,66±0,3                         | <0,01 | 0,7±0,2                                         | 0,8±4,7                         | <0,01 |
| Ig M (г/л)      | 1,23±0,4                                         | 0,84±0,42                        | <0,05 | 2,6±0,3                                         | 2,5±0,63                        | <0,05 |
| Ig G (г/л)      | 8,9±1,96                                         | 6,6±2,23                         | <0,05 | 16,8±0,4                                        | 15,8±0,6                        |       |

Агар дар гурӯҳи кӯдакони гирифтори пневмонияи шадид нишондиҳандаҳои CD20 лимфоситҳо ба  $5,8 \pm 0,8$  баробар бошад, дар гурӯҳи кӯдакони шартан солим ин нишондод ба  $17,2 \pm 0,8$  баробар буд.

Ин ҳолат оиди пахшавии ҳам масунияти мавқеӣ ва ҳам низоми масунияти гуморалӣ шаҳодат медиҳад, ки аз ҳисоби коҳиш ёфтани намуди секреторӣ ва зардобавии Ig A дар системаи хунгардиш ба вучуд меояд. Концентратсияи Ig G дар гурӯҳи кӯдакони якум то сатҳи  $8,9 \pm 1,96$  г/л баланд шуда буданд ва ин нишондод дар гурӯҳи кӯдакони назоратӣ ба  $6,6 \pm 2,23$  г/л ( $<0,05$ ) баробар буд. Дар гурӯҳи дуюм нишондодҳои Ig G ба  $16,8 \pm 0,4$  расиданд ҳангоми нишондодҳои миёнаи он дар гурӯҳи назоратӣ ба  $15,8 \pm 0,6$  г/л баробар буданд. Инчунин баландшавии концентратсияи Ig M дар ҳарду гурӯҳҳои ба таҳқиқот фаро гирифта шуда дар муқоиса бо гурӯҳҳои назоратӣ:  $1,23 \pm 0,4$  г/л ва  $0,84 \pm 0,42$  г/л;  $2,6 \pm 0,3$  ва  $2,5 \pm 0,63$  ( $<0,05$ ) мутаносибан.

Коҳишёбии мунтазами Ig A дар ҳарду гурӯҳҳои ба таҳқиқот фаро гирифта шуда ба вайроншавии механизми ҳимояи мавқеӣ оварда мерасонад. Баландшавии сатҳи концентратсияи Ig M дар гурӯҳҳои таҳқиқшаванда ҳамчун ҷавоби аввалияи масуният ба воридшавии агенти сироятӣ инъикос мегардад. Баландшавии концентратсияи иммуноглобулини G табиист, чунки он ба қисми асосии муҳофизати организм дар безаргардонии антиген ҷавобгар аст. Ҳамзамон Ig G гузариши ҷавоби аввалияи масуниятро ба дуюмин инъикос намуда, инчунин меъёри шиддатнокии масунияти кӯдакоро ҳангоми гирифтورشавӣ ба пневмония нишон медиҳад.

Ҳамин тарик, ҳангоми пневмонияи шадид дар кӯдакони синни барвақт ва наврас нишонаҳои вайроншавии гомеостази масунияти муайян гардид, ки нақши коҳишёбии реактивнокии масунияти макроорганизм дар патогенези пневмонияи шадид шаҳодат медиҳад. Флораи шартан муҳим, заминаи пеш аз бемории вазнин ва хусусиятҳои инкишофи системаи иммунӣ шароит фароҳам меоранд, ки ҳангоми он организм бо аксуламали пурраи иммунӣ ба воридшавии антигенҳо ҷавоб дода наметавонад.

## Адабиёт

1. Алешина Р. М. Синдром вторичной иммунной недостаточности: клинко-лабораторная характеристика / Р. М. Алешина // Клінічна імунологія. Аллергологія. Інфектологія. – 2007. – № 2. – С. 17–20
2. Зуева О.С. Основные показатели системы клеточного и гуморального иммунитета у новорожденных и детей раннего возраста с острыми очаговыми пневмониями / О.С. Зуева // Иммунопатология, аллергология, инфектология. – 2007. - №4. – С.31-37.
3. Самсыгина Т.В. Пневмонии у детей / Т.В. Самсыгина. – М.:2019. -168 с.
4. Таточенко В.К. Внебольничные пневмонии у детей – проблемы и решения. / В.К. Таточенко // Российский вестник перинатологии и педиатрии. – 2021. - №1. – С. 9-21.

## REFERENCE

1. Aleshina R.M. Syndrom vtorichnoi imunnoi nedostatochnosti: kliniko-laboratornaya harakteristika / R.M. Aleshina// Klinichna imunologia. Allergologia. Infektologia. -2007. –№2. – С.17-20
2. Zueva O.S. Osnovnie pokazateli systemi kletochного i gumoralного immuniteta u

novorogdennih i detei rannego vozrasta s ostrimi ochagovimi pnevmoniyami / O.S.Zueva // Immunopatologia, allergologia? Infectologia. – 2007. - №4. – С. 31-37.

3. Samsigina T.V. Pnevmonii u detei / T.V. Samsigina. – М.:2019. – 168 s.

Tatochenko V.K. Vnebolnichnie pnevmonii u detei – problemi i reshenia / V.K. Tatochenko // Rossiyskiy vestnik perinatologii i pediatrii. – 2021.- №1. – S.9-21.

**Расулова С.А.** – н.и.т., дотсенти кафедраи бемориҳои кӯдакони №2, ДДТТ ба номи Абуали ибни Сино, [rasulova\\_sitora@inbox.ru](mailto:rasulova_sitora@inbox.ru), +992918292462.

**Расулова Ситорабону Ашурбековна** - доцент кафедры детских болезней №2 ГОУ «Таджикский государственный медицинский университет им. Абуали ибни Сино», кандидат медицинских наук; e-mail: [rasulova\\_sitora@inbox.ru](mailto:rasulova_sitora@inbox.ru); тел: (+992) 918292462

**Rasulova Sitorabonu Ashurbegovna** - Associate Professor of the Department of Childhood Diseases No. 2 of the State Educational Institution “Tajik State Medical University named after. Abuali ibn Sino”, candidate of medical sciences; e-mail: [rasulova\\_sitora@inbox.ru](mailto:rasulova_sitora@inbox.ru); tel: (+992) 918292462

## СИРОЯТИ СИТОМЕГАЛОВИРУСИИ КӮДАКОН ДАР ТАҶРИБАИ ТАБИБИ ОИЛАВӢ

Рахматуллоева<sup>1</sup> З.Р., Ёдгорова<sup>1</sup> М.Ч., Хайдарова<sup>1</sup> С.Ф., Мукаррамова Д.А., Хоҷаева<sup>2</sup> З.Г.

Кафедраи тибби оилавии МДТ «ДДТТ ба номи Абуали ибни Сино»<sup>1</sup>. Институти ботаника, физиология ва генетикаи растани АМИТ<sup>2</sup>.

## ЦИТОМЕГАЛОВИРУСНАЯ ИНФЕКЦИЯ У ДЕТЕЙ В ПРАКТИКЕ СЕМЕЙНОГО ВРАЧА

Рахматуллоева З. Р. <sup>1</sup>, Ёдгорова М. Дж. <sup>1</sup>, Хайдарова С.Ф.<sup>1</sup>, Мукаррамова Д.А., З. Г. Ходжаева <sup>2</sup>

Кафедра семейной медицины, ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино». Институт ботаники, физиологии и генетики растений НАНТ

**Цель.** Изучить некоторые особенности течения цитомегаловирусной инфекции у детей в практике семейного врача.

**Материалы и методы.** Под нашим наблюдением находилось 75 детей с цитомегаловирусной инфекцией, в возрасте от 1 года до 5 лет, с 2022 по 2023 год, в ГУ ГЦЗ №12 (Государственном учреждении Городском центре здоровья №12). Проведено клинико лабораторные и биохимические исследования. ЦМВ антитела серологическим методом ИФА определяли антитела иммуноглобулина G ( IgG).

**Результаты.** Клинические проявления были: ОРВИ с ЦМВ этиологии – у 14 (18,6%) детей, часто болеющих детей – 15 (20%), бронхит – у 8 (10,6%) детей, интерстициальная пневмония – у 4 (5,3%) детей, железодефицитная анемия I - степени у 12 (16%) больных детей, инфекционный мононуклеоз ЦМВ этиологии у детей – 12(16%), кардит у 2 (2,6%) детей, гепатит у 3 (4%) больных детей, энтероколит у 5 (6,6%) детей. В анализе крови: лейкопения, лейкоцитоз, снижения гемоглобина, увеличения СОЭ. В биохимических анализах крови: гипербилирубинемия, увеличение трансаминаз. При серологическом обследовании методом ИФА определили антитела иммуноглобулина G ( IgG) от 1:400 до 1:800, индекс авидности 45%

**Выводы.** Таким образом, результаты проведенного исследования свидетельствует о том, что необходимо, рассмотреть вопрос об обследовании женщин на ЦМВ – при планировании беременности и в периоде беременности, а также семейным врачам необходимо

проводить санитарно просветительную работу среди населения по поводу ЦМВИ.

**Ключевые слова:** цитомегаловирусная инфекция, дети.

### **CYTOMEGALOVIRUS INFECTION IN CHILDREN IN THE PRACTICE OF A FAMILY DOCTOR.**

**Rakhmatulloeva<sup>1</sup> Z. R., Yodgorova<sup>1</sup> M. J., Khaidarova<sup>1</sup> S.F., Mukarramova D. A., Khodjaeva Z.G.<sup>2</sup>**

**Department of Family Medicine, Abuali Ibni Sino State Medical University<sup>1</sup>. Post-graduate student of institute of botany, physiology and genetics of, NANTES<sup>2</sup>**

**The purpose.** of research no study some features of the course of cytomegalovirus infection in children in the practice of a family doctor.

**Materials and methods.** There were 75 children under our supervision with flowers of cytomegalovirus infection, aged 1 to 5 years, from 2022 to 2023 in GU GCZ 12 (public institutions city health center 12). Clinical laboratory and biochemical studies were performed. CMV antibodies were serologically determined by ELISA immunoglobulin G (IgG).

**Research results.** Clinical manifestations were: ARVI - in 14 (18.6%) children, often sick children - 15 (20%), bronchitis - in 8 (10.6%) children, interstitial pneumonia - in 4 (5.3%) children, grade I-II iron deficiency anemia in 12 (16%) sick children, infectious mononucleosis CMV etiology in children - 12 (16%), 3(4%) patients with hepatitis, carditis 2 (2,6) children, enterocolitis in – 5 (6,6%) children. In the blood test: Leukopenia, leukocytosis (when bacteria are attached), decrease in hemoglobin, increase in ESR. In the biochemical analysis of blood: Hyperbilirubinemia increased transaminases. During serological examination IFA method immunoglobulin G from 1:400 to 1:800, avidity index 45%, in all sick children.

**Conclusions.** Thus, the results of the study indicate that it is necessary to consider the issue of examining women for CMV - when planning pregnancy and during pregnancy, as well as family doctors need to conduct sanitary education among the population about CMVI.

**Key words:** cytomegalovirus infection, children.

**Мухиммият.** Сирояти ситомегаловирусӣ (ССМВ) яке аз масъалаҳои мубрами тибби муосир мебошад. Бюрои минтақавии ТУТ ССМВ – ро ба қатори «нав ва пурасор» шомил намуда, ҳамчун сирояти оянда муқаррар намудааст. Бо назардошти паҳншавии васеи кулӣ сирояти ситомегаловирусиро (СМВ) сирояти тамаддуни муосир меноманд [1,2,9].

Таъсири сирояти СМВ ба қудакон пеш аз ҳама, аз ҳолати системаи масуният вобастагӣ дорад. Ҳангоми масунияти солим ССМВ амалан ҳатареро эҷод намекунад, агар масуният паст шуда бошад, пас ситомегаловирус ҷаҳол мегардад ва метавонад амалан ҳамаи системаву узвҳои қудакони сироятнокшударо иллатнок намояд [2,3,8].

Маълум аст, ки сирояти СМВ барои саломатии зани ҳомиладор, ҷанин ва навод ҳатар дорад. Ҳамзамон барои ҷанин сироя-

ти шадиди аввалияи СМВ дар зани ҳомиладор ҳатари махсусро эҷод менамояд [1,7,8]. Сироятнокшавии дохилибатнии ҷанин масъалаи муҳим мебошад, вай новобаста аз шакли беморӣ метавонад дар натиҷаи иллатнокшавии САМ (системаи асаби марказӣ), нуқсонҳои модарзодии инкишофи САМ ҳатарро ба вучуд оварад [9,10,11]. Гоҳҳо сирояти модарзодии ситомегаловирусӣ фақат дар соли 2-5-уми ҳаёти қудакони бо нобиноӣ, ношунавоӣ, вайроншавии нутқ, қафомонии инкишофи ақлонӣ, ихтилолҳои психомоторӣ (рӯҳию таҳрикавӣ) зоҳир мегардад [4,5,12]. Агар қудак норасогии масунияти музмин дошта бошад, организмӣ ӯ зуд-зуд ба сироятҳо дучор мегардад. Ҳамзамон оризаҳои бемориҳо дар бишёр системаҳои организм – дилу рағҳо, асаб, ҳозима, узвҳои таносул ва роҳи пешоб ҷойгир мешаванд [5,6,7]. Оризаҳо бештар

дар кӯдакони синну соли аз 1сола то 5 сола, ки гирифтори норасоии масуният доранд, мушоҳида мегарданд [3,4,8].

Самаранокии табобат дар дараҷаи баланд аз ҳолати табиӣ муҳофизатнокии масунияти кӯдак вобастагӣ дорад, азбаски дорувориҳо фақат ба бартараф намудани паҳншавӣ ва барангехтани вирус имкон медиҳанд [1,2,10].

Агар кӯдак ба ғайр аз ситомегаловирус боз бемориҳои саратонӣ ё лейкомия дошта бошад, симптоматикаи он боз ҳам равшантар намоён гашта, табобати беморӣ боз ҳам мушкилтар ва давомноктар мегардад. Усули асосии пешгирӣ мустаҳкам намудани системаи масунияти кӯдак мебошад [2,5,7,8].

**Мақсади тадқиқот:** Омӯхтани баъзе хусусиятҳои клиникии сирояти ситомегаловируси ай кӯдакон дар таҷрибаи табиби оилавӣ.

**Мавод ва усулҳои таҳқиқот.** Дар зери назорати мо 75 кӯдакони синну соли аз 1сола то 5 сола, (2022 то 2023с), бо гирифтори сирояти ситомегаловирусӣ, дар Муассисаи давлатии, Маркази саломатии шаҳрии №12 (МД МСШ №12). Ташхисҳои зерин ба кӯдакон гузаронида шудааст: чамъи шикоятҳо, анамнези акушер-гинекологӣ ва патологияи экстрагениталии Модар дар давраи ҳомиладорӣ. Таҳқиқоти объективии кӯдакон гузаронида шуд: таҳлили умумии хун (ТУХ) ва пешоб (ТУП), таҳлили фазла барои дарёфт намудани тухми гича. Бо усули таҳлили иммуноферментӣ (ТИФ) антителаҳои ситомегаловируси (СМВ) иммуноглобулини G (IgG) муайян карда шуданд, тадқиқотҳо дар Пажӯишгоҳи илмию тадқиқотии тиббии профилактикии назди Вазорати тандурусти ва Ҳифзи иҷтимоии аҳоли Ҷумҳурии Тоҷикистон (ПИТТП ВТ ва ХИА ҶТ) гузаронида шуданд. Машварати мутахассисони маҳдуд аз рӯи нишондод гузаронида шуд..

**Натиҷаҳои тадқиқот ва баррасии онҳо.** Дар кӯдакони бемор хусусияти тасвири клиникӣ, бо ҳарорати баланди мавҷшакли намуди нодуруст, баландтар аз 38,5°C, беҳолӣ, хоболудӣ, паст гаштани иштиҳо, тез-тез гирифтор шудан ба бемориҳои шадиди роҳҳои нафас ва дигар бемортҳо ба мо-

нандӣ: - кӯдакони зуд - зуд беморшаанда - дар 15 (20,0%);

- Бемориҳои шадиди роҳҳои нафас ва ба он монанд, бемориҳои этиологияш ситомегаловирусӣ - дар 14 (18,6%) кӯдакони бемор;

- Мононуклеози сироятии этиологияш ситомегаловирусӣ - дар 12 (16,0%) кӯдакон;

- Бронхит – дар 8 (10,6%) кӯдакон;

- Пневмонияи интерститсионалӣ – дар 4 (5,3%) кӯдакон;

- Кардит дар 2 (2,6%) кӯдакон;

- Камхуни бо норасоии оҳан дар 12 (16,0%) кӯдакони;

- Дар 3 (4,0%) кӯдакон бо бемории гепатит;

- Энтероколит дар 5 (6,6%) кӯдакони бемор мушоҳида гардид.

Дар таҳлили умумии хуни кӯдакон лейкопения, ҳангоми ҳамроҳ шудани флораи бактериялӣ лейкоцитоз муайян карда шуд, миқдори эритроцитҳо ва гемоглобин паст гашта, миқдори гранулоситҳои нейтрофилӣ ва мононуклеарҳои атопикӣ зиёд дида шуд. Аммо дар кӯдакони бо ташхиси камхунии норасоии оҳани дараҷаи I (як) бо этиологияи ситомегаловирусӣ дида мешуд, нишондоди хуни «сурх» (эр. 2-3,5x10<sup>9</sup>/л), гемоглобин (Hb 110-90 г/л).

Дар таҳлили биохимиявии хун зиёд гаштани трансаминазаҳо дида мешавад: гипербилирубинемия.

Дар ташхиси серологӣ бо усули ТИФ баландшавии антителаҳои СМВ IgG дар ҳамаи кӯдакони дар зери назорат буда дар ҳудуди аз 1:400 то 1:800 муайян карда шуд, индекси овиднокӣ 45 – 50 % ташкил додаст.

Табобати ғайридоругӣ гузаронида шуд ба ҳамаи кӯдакони таҳти назорат буда: речаи бистарӣ дар давраи ҳароратбаландӣ. Хуроки синусолии каллорияаш баланд (синмаконӣ барои кӯдакони синни то 2-сола, ҳангоми ширдиҳии сунъӣ маводҳои шири турӯш - ҷурғоти хонагӣ) ва нӯшидани оби зиёд. Тез – тез ба кӯдак нушонидани регидрон, биринҷоба ва маҳлули Моро ҳангоми энтероколит (шикамравӣ).

Табобати доругӣ: маводҳои зиддивирӯсӣ – интерфрон ва индукторҳои синтези интерферон, иммуноглобулини махсуси ан-

тиситомегаловирусӣ – ситотек (цитотек) 2 мл/кг-и вазни кудак 1 маротиба дар як шабонарӯз дар давоми 5 рӯз, ба кӯдакони 3 – 5 сола тавсия дода шуд. Ба ҳамаи кӯдакони бемор бо ССМВ аз тарафи табибони сироятшинос, гематолог, табиби дилу рағҳо машварат гузаронида шуд. Аз тарафи табиби оилавӣ кудакони бемор бо ССМВ ба назорати диспансерӣ гирифта шуда, нухаи ва ба ҳамаи кӯдакони тахти назорат гирифта шуда шакли №30 пур карда шуд.

**Хулоса.** Ҳамин тариқ татқиқотҳои гузаронида шуда нишон доданд, ки кӯдакони дорой ССМВ масунияти паст дошта зуд – зуд ба бемориҳои дигари шади роҳҳои нафас гирифта мешаванд, инчунин мубталои дигар бемориҳои музмин, осеби модарзодии майнаи сар, камхуни гардида сафи кӯдакон муттаасил беморшавандаро зиёд мегардонанд.

Аз ин лиҳоз занон дар давраи ҳомиладорӣ барои СМВ ба назорати диспансерии онҳо ва тифлони аз онҳо тавлитгашта аз тарафи табибони оилавӣ бояд ҷиддӣ ба роҳ монда шаванд.

### Адабиёт

1. Кочкин С.С., Ситников Е.П. Цитомегаловирусная инфекция у детей: клиника, диагностика, лечение. Учебное пособие для студентов. Ярославль. 2015: 112с
2. Леготина Н.С., Львова И.И., Дерюшева А.В. Способ оценки эффективности терапии хронической цитомегаловирусной инфекции у детей: Пат. № 2566074 Российская Федерация, МПК G01N33/53; опубл. 20.10.2015, БИ № 29.
3. Шахгильдян В.И., Венгеров Ю.Я. Цитомегаловирусная инфекция // В кн.: Лекции по инфекционным болезням : в 2 т. 4-е изд., перераб. и доп. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016. Т.2. 592с. 4. Петрова Г.В., Шахгильдян В.И., Чистозвонова Е.А., Пугачева Т.А., и др. Опыт применения противовирусной терапии врожденной генерализованной цитомегаловирусной инфекции. Детские инфекции. 2016;15(2):61—8с. 5. Кочкина С. С., Ситникова Е.П. Цитомегаловирусная инфекция у детей. Детские инфекции. 2016; С.

39–44.

6. Ходак Л. А. Цитомегаловирусный гепатит у детей /Л. А. Ходак, В. И. Браилко, Н. Г. Дейнека// Здоровье ребенка. 2018. С. 95-99.

7. Рогозина Н. В., Васильев В. В., Гринёва А. А. и др. Анте и постнатальная диагностика и комплексное лечение врожденной цитомегаловирусной инфекции. Российский вестник перинатологии и педиатрии. 2019; 64 (6): 89–93. DOI 10.21508/1027-4065-2019-64-6-89-93.

8. Шахгильдян В. И. Врожденная цитомегаловирусная инфекция: актуальные вопросы, возможные ответы. Неонатология: новости, мнения, обучение. 2020; 8 (4): 61–72

9. Карпович Г. С., Шестаков А. Е., Михайленко М. А., Серова Ю. С. Цитомегаловирусный гепатит у детей: современное состояние проблемы. Лечащий Врач. 2022; 1 (25): 25–29. DOI: 10.51793/OS.2022.25.1.004.

11. Kawada JI, Torii Y, Kawano Y, et al. Viral load in children with congenital cytomegalovirus infection identified on newborn hearing screening. J Clin Virol. 2015;65:41-45. doi: 10.1016/j.jcv.2015.01.015.

12. Muldoon KM, Armstrong-Heimsoth A, Thomas J. Knowledge of congenital cytomegalovirus (cCMV) among physical and occupational therapists in the United States. PLoS One. 2017;12(10):e0185635. doi: 10.1371/journal.pone.0185635.

**Рахматуллоева Зухраҳон Рахматуллоевна**, старший преподаватель кафедры семейной медицины, Таджикского государственного медицинского университета имени Абуали ибни Сино, E.mail: zuhra-54@inbox.ru, тел.: 919137505.

**Rakhmatulloeva Zukhrahon Rakhmatulloevna** - Senior Lecturer, Department of Family Medicine, Abuali Ibni Sino Tajik State Medical University, E.mail: zuhra-54@inbox.ru, tel.: 919137505.

**САМАРАНОКИИ ДОНИШЧУЕНИ СИРОЯТЁФТА, КИ ХАВФИ  
ЗИЁДИ ГИРИФТОРШАВЪ БА БЕМОРИИ СИЛ ДОРАНД**

**Сирочидинова У.Ю., Бобохоҷаев О.И., Розиков У.И.**

**Кафедраи фтизиопулмонологияи МДТ “ДДТТ ба номи Абуали ибни Сино”**

**ЭФФЕКТИВНОСТЬ СТУДЕНТОВ, ГРУППИРУЮЩИХ ВЫСОКИЙ РИСК ЗАБОЛЕ-  
ВАНИЯ ТУБЕРКУЛЕЗОМ.**

**Сироджидинова У. Ю., Бобоходжаев О. И., Розиков У. И.**

**Кафедры фтизиопульмонологии ГОУ “ТГМУ им. Абуали ибни Сино”**

Улучшение выявления больных туберкулезом среди инфицированных студентов, за время обучения на кафедре мы протестировали 689 студентов. Всем им была проведена кожная проба с раствором туберкулина (2 ВТ в 0,1мл) и флюорографическое исследование органов грудной клетки. Через 72 часа положительный результат туберкулиновой пробы т.е, папулы более 5 мм, отмечен у 74 студентов (10,5%), среди них гипер чувствительности (гиперергически), т.е, папулы 21 мм наблюдалас у 11 студентов. Все инфицированные студенты прошли полное тестирование в Центре защиты населения от туберкулеза; им сделали рентгенологическое исследование КТ и МРТ легких на активного туберкулеза легких, общий анализ крови, биохимию крови, лабораторное исследование мокроты: Gene Xpert проведена Хейн тест, микроскопия мазка мокроты, посев мокроты. В результате у 3-ех студентов выявлен туберкулез. У 2-их туберкулез лимфатических узлов у 1-го инфильтративный туберкулез легких. Всем инфицированным было проведена профилактическое лечение а больным противотуберкулезное лечение под наблюдением медицинского персонала в амбулаторных условиях.

С целью профилактики активного туберкулеза легких всем инфицированным больным проводилось полное обследование, при отсутствии активного туберкулеза им назначалось профилактическое лечение в течение 3 месяцев. Пациентов тоже лечили. Всем студентам при поступлении в вуз рекомендуется пройти рентгеноскопию органов грудной клетки и туберкулиновую пробу.

**EFFICACY OF STUDENTS AT HIGH RISK FOR TUBERCULOSIS**

**Sirodzhidinova U. Y., Bobokhokhaev O. I., Rozikov U. I.**

**Department of Phthiziopulmonologi, of the State Educational Institution “ATSMU named after Abuali ibni Sino”**

Improving the detection of tuberculosis patents among infected students, during at the department we tested 689 students. All of them underwent a skin test with a tuberculin solution (2 VT in 0.1ml) end fluorographic examination of the chest organs. After 72 hours, a positive result of the tuberculin test, i. e. papules more than 5 mm, was noted in 74 students (10,5%), among them hipersensitiviti (hiperergia), i. e. papules 21 mm were observed in 11 students. All infected students underwent full testing ft the Tuberculosis Population Protection Center; the underwent X-ray and MRI of the lungs for active pulmonary tuberculosis. General blood test, blood biochemistry. Laboratory examination of sputum: Gen Xpert, Hein test, sputum smear ot microscopy, sputum culture. As a result, tuberculosis was detected in 3 students. In 2, tuberculosis of the limph nodes, in 1, inflammatory tuberculosis of the lungs. All infected people received preventive tretment, and patients received anti-tuberculosis treatment under the supervision of medical personnel on en outpatient basis. In order to prevent active pulmonary tuberculosis, all infected patients underwent a fullexamination: in the absence of active tuberculosis, the were prescribed preventive treatment for 3 months. Patents were also treted. All students are recommended to unbergo chest X-ray and tuberculin test upon admission to the university.

**Муҳимият.** Вазъи эпидемиологии сил дар Ҷаҳон, аз он ҷумла дар Ҷумҳурии Тоҷикистон ташвишвар мемунад [1]. Дар ҷаҳон ҳар сол 9-10 миллион беморони сил ба қайд гирифта мешаванд. Соли 2021 - 9 млн одамон ба сил гирифта шудаанд ва наздики 1,5 млн аз ин бемори фавтиданд [2]. Бемори сил, алалхусус сили шуш бемории сирояткунанда мебошад. Бемории сили дарёфтшуда дар атрофи худ 8-10 нафарро ба бемори гирифта карда метавонад. Бинобар ин пешгирии ин бемори дар кӯдакон аз рӯзҳои аввали таваллуд ба роҳ монда шудааст. Ба 97-98 % навзодон дар 3-5 рӯзагӣ пас аз таваллуд ҳангоми набудани зиддинишондод вакцинаи БСЖ гузаронида мешавад. Фоизи ками навзодон зиддинишондод мутлақ доранд, инро бояд табибони оилавӣ донанд ва ба ҳуҷҷатҳои навзодон сабт кунанд, чунки гузаронидани вакцина ба ин кӯдакон сабаби оризаҳои вазнин мегардад. Ҳангоми гузаронидани вакцина аз 0,25 то 4,0% ҳолатҳо оризаҳо дида мешавад, ба монанди захми диаметраш зиёда аз 10мм, лимфаденити минтақавӣ, пошхурии рӯи пӯсти, паи келлоидӣ. Оризаҳо вобаста аст аз ҳолати масунияти бадани навзод. Аз ҷама оризаи вазнинтар ин пайдо шудани паи келлоидӣ мебошад. Табибон бояд донанд, ки бо роҳи ҷарроҳӣ табобат кардани паи келлоидӣ манъ аст чун ки пай аз нав пайдо мешавад, ва мумкин пош хурад. Табобаи паи келлоидӣ ба зиммаи фтизиатр гузошта шудааст. Вакцина аз сироятёбӣ эмин нигоҳ намедорад, вале кӯдакон ҳангоми сироятёбӣ ба шаклҳои вазнини сил гирифта намешаванд. Пас аз гузаронидани вакцина пас аз 1-1,5 моҳ дар ҷои равонкардаи вакцина тугмачаи диаметраш 8-10 мм пайдо мешавад, сипас тугмача обила мекунад ва болояш бо қалахш пушида мешавад, пас аз 3-4 моҳ қалахш меафтад ва пай боқӣ мемунад (пас аз 3-6 моҳ) ва ҳулосаи санчиши туберкулини мусбӣ мешавад, ки ин аломати пайдо шудани масунияти зиддисили мебошад [3].

Дар Ҷумҳурии Тоҷикистон ҳар сол 4500 -5000 беморони нав ба қайд гирифта мешаванд. Соли 2021 - 4299, соли 2022 - 3925, 2023 - 4540 аз ҷумла беморони дафъаи аввал да-

рётшуда 4040 нафар, аз ин 10-12%-ро кудакони то синни 17 сола ташкил мекунанд. Авҷи гирифташавӣ ба бемории сил дар баъзе ноҳияҳо ва ҳолатҳои фавт аз ин бемори то ҳол ба назар мерасад [4]. Тибқи ҳисоботи глобалии Созмони умумиҷаҳонии тандурустӣ (СУТ) оид ба бемории сил барои соли 2021 Тоҷикистон ба қатори 30 кишварҳое ки бори гарони бемории сил ба доруҳо устувор гашта дохил мешавад. Тайи даҳсолаҳои охир ҷама кишварҳои ҷаҳон стратегияи нави назорати бемории сил «Барҳам додани бемории сил»-ро қабул намуданд ва масъалаҳои нави афзалиятнок, ба монанди афзоиши шумораи беморони гирифтаи шакли ба доруҳо устувори бемории сил, афзоиши шумораи сирояти якҷояи вируси норасоии масунияти одам (ВНМО бо БС) ва якҷоя бо дигар бемориҳо аз ҷумла бо диабет қанд, гепатити вирусии В ва С пешбинӣ шудааст. Усулҳои нави молекулярӣ ва иммунологии ташҳиси фаврии бемории сил ва шаклҳои ба доруҳо устувори он ҷорӣ шудаанд, стратегияи ошкорсозӣ ва муолиҷаи сирояти ниҳонии сил ва табобати пешгирикунандаи бемории сил баррасӣ шудаанд, вазифаҳои нав вобаста ба ислоҳоти ҷалби васеи ҳадамоти кӯмаки аввалияи тиббию санитарӣ (КАТС) ба амалисозии барномаҳои зиддисилӣ пешбини гардидаанд [5].

Тибқи баҳодиҳии глобалии СУТ оиди сил дар ҷумҳурии Тоҷикистон солҳои тулони чун дар Осиёи Марказӣ ва давлатҳои Аврупоӣ шомил (1,2) ба СУТ аз ҷама баландтар беморшавӣ пешбинӣ шудааст. Соли 2010 - 2016 ҳолат нисбат ба 100 000 аҳоли аз соли 2011 сар карда оҳиста оҳиста нишондодҳо паст шудаанд: соли 2011 - 193 ба 100 000 аҳоли, соли 2022 - 39,7 ба 100 000 аҳоли, [6]. Чуноне ки маълум аст 63% беморонро ҷавонони синни 15 то 44 сола аз ҷумла донишҷӯён ташкил мекунанд. Донишҷӯёни донишгоҳи тибби ба гурӯҳи хавфи беморшавӣ ба сил ворид мешаванд, чунки аксари онҳо барои таҳсил аз ноҳияҳо омадаанд дар хобгоҳҳо сукунат доранд. Шароити зист, хурду хӯрок тағйир меёбад, бисёриҳо иҷоранишин мебошанд, мушкилии иқтисодӣ ва иҷтимоӣ доранд, баъ-

зеҳо бемориҳои музмин низ доранд (3,5), ивази шароити зиндаги мушкилиҳои худро дорад. Бинобар ин, шахсон зуд зуд ба ҳаргуна бемориҳо гирифтор мешаванд, ки сабаби паст шудани масунияти организм мегардад. Донишҷӯён ташриф ба муассисаҳои тиббӣ меоранд ва бо ҳаргуна бемориҳо аз ҷумла бо беморони сил (ташхис нашуда дар тамос мешаванд, ки ин ҳам як омили хавфи гирифторшавӣ ба сил мебошад [7]. Бемории сили саривақт дарёфт нашуда сабаби паҳн шудани сироят дар байни коллектив мебошад. Роли асосиро барои дарёфти бемории сил ин санчиши қабати пусти бо маҳлули туберкулин мебошад. (Манту бо 2 ВТ) бо истифодаи аппарати Xpert®MTB/RIF [8]. Вақте ки натиҷаи санчиш тугмача пас аз 48-72 соат изофа аз 5 мм бошад, натиҷа мусбӣ ҳисобида мешавад. Дар ин вақт санчиши рентгенӣ хатми аст. Барои дарёфти саривақтии шахсони сироятёфта (натиҷаи мусбии санчиши туберкулинӣ) ба сил ва пешгирии сили шуш табибро водор месозад то ин, ки донишҷӯйро пурра аз санчиш гузаронад [9]. Мутаасифона ба донишҷӯён дар ноҳияҳои зист санчиши Манту бо 2 ВТ гузаронида намешавад,

хатто ба шахсони дар тамос бо бемори сил буда. Хулоса, дарёфти бемори сил дар байни ҷавонони ҷумҳурӣ хело муҳим аст ва ба ҳалли худ тақозо дорад. Бинобар дарёфт намудани сироятёфтагон ва беморони сил дар байни донишҷӯёни донишгоҳи тиббӣ бо гузаронидани санчиши туберкулин қабати пӯстӣ ва акси рентгенӣ ба роҳ бояд монда шавад.

**Мақсади таҳқиқот.** Беҳтар намудани дарёфти беморони сил дар байни донишҷӯёни сироятёфта бо сил.

**Мавод ва усулҳои таҳқиқот.** Мо 689 донишҷӯйро чун анана хангоми дарсомузӣ дар кафедра аз санчиш гузаронидем. Ба ҳама санчиши қабати пӯстӣ бо маҳлули туберкулин (2 ВТ дар 0,1мл) ва санчиши флюорографии узвҳои қафаси сина гузаронида шуд.

**Натиҷаҳои таҳқиқот ва муҳокимаи онҳо:** пас аз 72 соат натиҷаи мусбии санчиши туберкулини яъне тугмача (папула) изофа аз 5 мм дар 74 нафар (10,5%) мушоҳида шуд, аз онҳо нишонаи баландҳассосӣ (гиперергӣ), яъне тугмача изофа аз 21 мм дар 11 нафар (изофа аз нисфи донишҷуен бо хулосаҳои мусбӣ) мушоҳида шудааст.

#### Ҷадвали 1.

##### Натиҷаи муоинаи донишҷуен бо истифода аз усули манту

| Ҳамагӣ | Мусбӣ-85 |     |              |     | Манфӣ-604 |     |
|--------|----------|-----|--------------|-----|-----------|-----|
|        | Мусбӣ-85 |     | Гиперергӣ-11 |     | Мутлақ    | %   |
|        | Мутлақ   | %   | Мутлақ       | %   |           |     |
| 689    | 85       | 1,2 | 11           | 0,1 | 604       | 9,9 |

Ҳамаи донишҷӯёни сироятёфта дар Маркази ҳимояи аҳоли аз бемории сил пурра санчида шуданд: ба онҳо санчиши рентгени КТ ва МРТ-и шуш барои дарёфти сили шуши фаъл таҳлили умумии хун, биохимияи хун, санчиши озмоишгоҳии бал“ам: Gene Xpert, Хайн-тест, микроскопияи молишии бал“ам, кишти бал“ам гузаронида шуд, дар натиҷа ба сироятёфтагон ва беморони дарёфтшуда ки шакли кучаки сил буд бо табобати профилактикӣ ва зиддисилӣ зери назорати кормандони тиб дар шароити амбулатори таъин карда шуд.

#### Хулосаҳо

1. Дафъаи аввал дар маводи васеи клиникаи сироятёбии донишҷӯёни ДДТТ ба номи

Абуали ибни Сино ба сил омӯхта шуд. Исбот гардид, ки донишҷӯёни бо микобактерияҳои сил сироятёфта 10,5 % ташкил мекунанд, “айр аз ин 3 нафар бемори сил, ки дар қайди муассисаҳои зиддисилӣ набуданд дарёфт шуда ба табобати амбулатори фаро гирифта шуданд.

2. Бо мақсади пешгирии сили фаёли шуш ҳамаи сироятёфтагон пурра аз санчиш гузаронида шуданд, хангоми дарёфт нашудани сили фаъл ба онҳо табобати зери назорати профилактикӣ зидди сирояти дар давоми 3 моҳ таин карда шуд. Беморон низ ба табобат фаро гирифта шуданд.

Тавсия мешавад, ки ҳамаи доктарон хангоми қабул шудан ба ба сафи донишҷӯё-

ни Донишгоҳ аз санчиши флюорографии узвҳои қафаси сина ва санчиши туберкулиндӣ гузаронида шаванд.

### Адабиёт

1. Шилова, М. В. Диспансерное наблюдение пациентов с повышенным риском заболевания туберкулезом, состоящих на учете противотуберкулезных учреждений Российской Федерации. Медицинский алфавит-2020г. № 34.- Стр. 36-46.

2. Сюнякова, Д.А. Особенности эпидемиологии туберкулеза в мире и в России в период 2015-2020 г. Аналитический обзор. Социальные аспекты здоровья населения. 2021г.- Т. 67, № 3.

3. Поддубная Л.В. Эпидемиологические аспекты туберкулеза у детей и подростков 0-17 лет в период улучшения общей ситуации по туберкулезу / Л.В. Поддубная, Е.П. Шилова, И.Ю. Игошина // Туберкулез и болезни легких. 2021г. Т. 99, № 9. Стр. 31-37.

4. Латентная туберкулезная инфекция у детей как предпосылка развития туберкулеза у взрослых лиц / Ю.П. Чугаев, А.И. Цветков, И.А. Черняев // Педиатрия. Журнал им. Г.Н. Сперанского. 2019г. Т.98, № 5.- Стр. 179-181.

5. Предикторы развития туберкулеза у детей и подростков, имеющих положительные результаты кожной пробы с аллергеном туберкулезным рекомбинантным / О.Д. Ба-

ронова, В.А. Аксенова, Л.А. Барышникова, Д.А. Кудлай, С.Л. Наконечная // Медицинский совет.-2021г. № 16. Стр 147-154.21.Сиродждинова У.Ю. Розиков У.И. Курбоналиева Т.М.

6. Розиков У.И., Сиродждинова У.Ю. Бобоходжаев О.И. Инфицированность и выявлении локального туберкулеза у студентов высших учебных заведений (медицинских и немедицинских) В Материалы 71 научно-практической конф ТГМУ «Иновация в медицине» 1.12 2023 г. Том 1. С.642

7. Сиродждинова Б.Ф. Курбоналиева Т.М. Хафизов Х.Х. «Применение аппарата Gen-Xpert во фтизиатрической практике» в мат конф ТГМУ. Душанбе 29 апреля 2022г. Стр 143

8. Сиродждинова У.Ю. Бобоходжаев О.И. Фтизиатрия учебник на государственном языке -223-460 стр.

9. Сиродждинова У.Ю. «Эффективность вакцинации БЦЖ в зависимости от размера поствакцинального рубчика» Симурғ, №12 (4) 2021г. Стр 62-64

**Сиродждинова Умринисо Юсуповна** – д.м.н., профессор кафедры фтизиопульмонологии ГОУ “ТГМУ им. Абуали ибни Сино”. тел: 988659457

**Sirodzhidinova Umriniso Yusupovna**, MD, professor, of the Department of Phthiziopulmonologi, SEI “ATSMU”. tel: 988659457

ТДУ - 616 – 089 : 616 – 007.43

**ТАЪСИРИ ЧУРРАБУРӢ ВА ТАРМИМИ МАВЗЕИ ҚАДКАШАК БО ИСТИФОДА АЗ КАЛОНКУНИИ ОПТИКӢ ВА ТЕХНИКАИ ДАҚИҚ БА СИФАТИ ЗИНДАГИИ МАРДОН**

**Хамидов Ф.М.**

**Кафедраи бемориҳои ҷарроҳии №2 ба номи академик Усмонов Н.У. МДТ «ДДТТ ба номи Абуалӣ ибни Сино»**

**Мақсади тадқиқот.** Омӯзиши сифати зиндагии мардон, ки чуррабури ва тармими намудҳои гуногуни чурраи қадкашакро бо истифода аз васеъкунии оптикӣ ва технологияи дақиқ гузаронида шудаанд.

**Маводҳо ва усулҳои тадқиқот.** Мавод аз рӯи натиҷаҳои муоина ва табобати ҷарроҳии 204 нафар беморони гирифтори чурраи ибтидоӣ, такроршаванда ва омезиши онҳо бо крипторхизм, ки дар МЧИЧДР дар давраи аз соли 1991 то соли 2020 табобат гирифтаанд, асос ёфтааст.

Пас аз муоинаи объективӣ, термометрияи минтакаи қадкашак, усулҳои тадқиқоти лабораторӣ ва инструменталӣ, сифати зиндагии беморон дар асоси саволномаи аврупоии MOS SF-36 пеш ва пас аз ҷарроҳӣ дар 90 беморе, ки сини солашон аз 16 боло буда ва саволномаро пур карда метавонанд арзёбӣ карда шуд. Саволномаи сифати зиндагӣ бо истифода аз системаи ҳолӣ - ҷадвали 5-баллӣ, ки 8 ғуруҳи нишондиҳандаҳо дошт, ҳисоб карда шуд. Ҳар як миқёс аз 0 то 100 буда, 100 саломатии комилро ифода мекунад. Натиҷаҳо ҳамчун ҳолҳо аз рӯи 8 қисм пешниҳод карда шуданд, ки тавре сохта шудаанд, ки ҳолҳои баландтар аз сатҳи баланди сифати зиндагӣ шаҳодат медиҳанд.

**Натиҷаҳо.** Натиҷаҳои дурдаст, ки дар беморони ҳама сини солҳо омухта шуда дар 146 (87,4%) нафар хуб мебошанд. Дар 21 нафар бемори ҳар 3 ғуруҳи оризаҳо дида мешавад, ки он 12,6%-ро ташкил дод. Дар 11 нафар (6,5%) такроршавии ҷурра, дар 2 нафар (1,9%) синдроми дарди рефлексорӣ ва дар 3 нафар (2,9%) пайдо шудани фистулаҳои лигатуравӣ ба вуҷуд омадаанд, ки ҳамчун натиҷаҳои “айриқаноатбахш ҳисобида шуданд.

**Хулоса.** Ҷуррабурии ва тармими ҷурраҳои қадкашаки ибтидоӣ, такроршаванда ва омехтаи ҷурра бо крипторхизм бо истифода аз калонкунии оптикӣ ва техникаи дақиқ беҳтар шудани сифати зиндагии мардонро нишон медиҳад.

**Калимаҳои калидӣ:** ҷурраҳои қадкашак, такроршавӣ, сифати зиндагӣ.

## ***ВЛИЯНИЕ ПАХОВОЙ ГЕРНИОПЛАСТИКИ НА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ МУЖСКОГО ПОЛА С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ОПТИЧЕСКОГО УВЕЛИЧЕНИЯ И ПРЕЦИЗИОННОЙ ТЕХНИКИ***

***Хамидов Ф.М.***

***Кафедра хирургических болезней № 2 им. акад. Усманова Н.У. ГОУ «ТГМУ им. Абули ибни Сино»***

**Цель исследования.** Изучения качества жизни пациентов мужского пола перенесших паховую герниопластику с использованием оптического увеличения и прецизионной техники.

**Материал и методы исследования.** В отделениях реконструктивной и пластической микрохирургии, эндохирургии и сосудистой хирургии РНЦССХ оперативному вмешательству подверглись 204 пациента с первичными, рецидивными паховыми грыжами и при их сочетании с крипторхизмом. На основе европейского опросника MOS SF – 36 оценивали качество жизни пациентов и его изменения до и после оперативного грыжесечения. Опросник качества жизни просчитывали по бальной системе – 5-бальной шкале, в котором имелась 8 групп показателей.

**Полученные результаты и их обсуждение.** Отдаленные результаты были хорошими у 146 (87,4%) пациентов. Неудовлетворительные результаты были у 21(12,6) обследованных пациентов, которые были обусловлены рецидивом грыжи у 11 (6,5%), рефлексорно-болевым синдромом у 2(1,9%) и развитием лигатурных свищей – у 3(2,9%) больных. Оценка полученных результатов выявила субъективное улучшение качества жизни у 130 (77,8%) больных.

**Выводы.** Паховая герниопластика с использованием оптического увеличения и прецизионной техники при первичных, рецидивных и сочетании паховых грыж с крипторхизмом достоверно улучшает качество жизни мужчин.

**Ключевые слова:** паховые грыжи, рецидив, качество жизни.

## ***IMPACT OF INGUINAL HERNIOPLASTY ON QUALITY OF LIFE IN MALE PATIENTS USING OPTICAL MAGNIFICATION AND PRECISION TECHNOLOGY***

***Khamidov F.M.***

***Department of surgical diseases №2 named academic Usmanov N.U. SEI «ATSMU»***

**Purpose of the study.** To study the quality of life of male patients undergoing inguinal hernioplasty using optical magnification and precision technology.

**Material and methods.** In the departments of reconstructive and plastic microsurgery, endosurgery and vascular surgery of the Republican Scientific Center for Cardiovascular Surgery, 204 patients with primary, recurrent inguinal hernias and their combination with cryptorchidism underwent surgical intervention. Based on the European questionnaire MOS SF - 36, the quality of life of patients and its changes before and after surgical herniotomy were assessed. The quality of life questionnaire was calculated using a point system - a 5-point scale, which had 8 groups of indicators.

**The results obtained and their discussion.** Remote results were good in 146 (87.4%) patients. Unsatisfactory results were in 21 (12.6) examined patients, which were due to hernia recurrence in 11 (6.5%), reflex pain syndrome in 2 (1.9%) and development of ligature fistulas in 3 (2.9%) patients. Evaluation of the obtained results revealed a subjective improvement in the quality of life in 130 (77.8%) patients.

**Conclusions.** Inguinal hernioplasty using optical magnification and precision technology for primary, recurrent and combination inguinal hernias with cryptorchidism reliably improves the quality of life of men.

**Key words:** inguinal hernias, recurrence, quality of life.

**Мухимият.** Проблемаи табобати чарроҳии чурраҳои девораи пеши шикам то ҳол яке аз мушкилоти мураккаб ва пурра ҳалнашудаи чарроҳии муосири шикам боқӣ мемонад. Дар байни чурраҳои девори пеши шикам 75-80 % - ро чурраҳои қадкашак ташкил дода, ки аҳамияти он пеш аз ҳама бо паҳншавии бемори нисбатан дар мардон ва як қатор оризаҳои он алоқаманд мебошад. Ҳамзамон, таъсири чурра ба фаъолияти ҳаррӯза, маҳдудияти ҳаракат ва дар аксари вақт та“ирёбии касби беморон шуда на танҳо аҳамияти тиббӣ, балки муҳими иҷтимоӣ низ дорад [1,6,9,10].

Сарфи назар аз усулҳои зиёди муолиҷаи чарроҳии чурраҳои қадкашак, натиҷаҳои онҳо то имрӯз камумедкунанда боқӣ монда, суръати такроршавӣ ба гуфтаи як қатор муаллифони аз 10 % то 35 %-ро ташкил медиҳад [2,5]. Такроршавии чурра дар баробари таъсир ба соҳаи иҷтимоӣ ва равонию эмотсионалии беморон метавонад боиси рушди дигар оризаҳо гардида сабаби маъҷубии беморон гарданд [3,4,7].

Дар адабиётҳо фоизи зиёди такроршавии ва рушди оризаҳои дигар низ ҳангоми чуррабури дида мешаванд, ки сабабашон бо чашми бараҳна чарроҳи намудан мебошад. Дар баробари ин, муаллифони таъсири манфии чуррабуриро ба функсияи репродукти-

вии мардон қайд намудаанд [1], ки ин оризаи мураккабтар ба ҳисоб меравад. Сабаби маъмултарини ин мушкилот безурётии II дараҷа буда, бо осеб дидани танобаки манӣ мебошад [3]. Басомади безурётии дуҷумин-дараҷа марбут ба чуррабури мувофиқи як қатор таҳқиқотчиён аз 3% то 30% ташкил мекунад [5,9].

Сабаби асосии душвории техникӣ, ки ба оқибатҳои номатлуби пас аз чарроҳӣ оварда мерасонанд, мушкилии фарқ намудани сохторҳои анатомики элементҳои танобаки манӣ аз хусусиятҳои он мебошад. Таҳқиқотҳои зиёд оиди истифодаи технологияи васеъкунии оптикӣ ва техникаи дақиқро дар табобати чурраҳои ибтидоӣ, такроршаванда ва дар якҷоягӣ бо крипторхизм суст ё тамоман фаро гирифта нашудаанд [2,7,11].

Натиҷаҳои баъдичарроҳӣ ва дарозмуддат аз намуди чарроҳӣ, оризаҳои баъди чарроҳӣ вобаста мебошад. Рушди оризаҳои баъдичарроҳӣ ба таври назаррас ҳолати беморро бадтар намуда асосан натиҷаи амалиётро муайян мекунад. Серома, сирояти захм ва инфилтратҳо маъмултарин оризаҳои мебошанд, ки пас аз ҳама намуди чуррабури ба амал меоянд [5,6,10]. Баробари зиёд шудани шумораи беморон ва мутаносибан таъмири чурра шумораи оризаҳои баъди чарроҳӣ низ мутаносибан зиёд шуда,

ки басомади онҳо аз руи маълумоти адабиёт аз 45 то 53 %-ро ташкил медиҳад. Бисёре аз муаллифон рушди такроршавиро бо инкишофи як қатор оризаҳои захм дар давраи пас аз ҷарроҳӣ алоқаманд мекунанд [2,3,4]. Дар навбати худ, такроршави бемори дар баъзан ҳолатҳо ҷарроҳӣҳои мураккаби такрории талаб мекунанд. Бемороне, ки пас аз ҷурраи такроршаванда боз ба такроршавии он мерасонад барқарорсозии дарозмуддатро аз сар мегузaronанд, ва дар як қатор ҳолатҳо маҷбур мешаванд, ки фаъолияти касбии худро таъбир дода, ки ин бешубҳа ба соҳаи психозмоционалии онҳо таъсири манфӣ мерасонад [7, 8, 11].

Афзоиши мунтазами басомади оризаҳои пас аз ҷарроҳӣ, такроршавии пас аз намуҳои гуногуни ҷуррабури аҳамияти раднопазири ин мушкилот шаҳодат дода ва дар айни замон ҳалли онро талаб мекунанд.

**Мақсади тадқиқот.** Омӯзиши сифати ҳаёти мардоне, ки ҷуррабурии қадкашакро бо истифода аз васеъкунии оптикӣ ва технологияи дақиқ гузаронида шудаанд.

**Мавод ва усулҳои таҳқиқот.** Мавод аз рӯи натиҷаҳои муоина ва табобати ҷарроҳии 204 нафар беморони гирифтори ҷурраи ибтидоӣ, такроршаванда ва омезиши онҳо бо крипторхизм, ки дар МЧИЧДР дар давраи аз соли 1991 то соли 2020 табобат гирифтаанд, асос ёфтааст.

Дар аксари мавридҳо, беморон бо ҷурраи ибтидоии қадкашак мурочиат карданд, ки 65,7% -ро ташкил медиҳад. Дар 48 бемор такроршавии ҷурра дида мешавад, ки ин 23,5 %-ро ташкил медиҳад. Дар 22 бемор омехтаи ҷурра бо крипторхизми мушоҳида шудааст, ки 10,8% -ро ташкил медиҳад.

Пас аз муоинаи объективӣ, термометрияи минтақаи қадкашак, усулҳои тадқиқоти лабораторӣ ва инструменталӣ, сифати зиндагии беморон дар асоси саволномаи аврупоии MOS SF-36 пеш ва пас аз ҷарроҳӣ дар 90 беморе, ки сину солашон аз 16 боло буда ва саволномаро пур карда метавонанд арзёбӣ карда шуд. Саволномаи сифати зиндагӣ бо истифода аз системаи ҳолӣ - ҷадвали 5-баллӣ, ки 8 гурӯҳи нишондиҳандаҳо дошт, ҳисоб карда шуд. Ҳар як миқёс аз 0

то 100 буда, 100 саломатии комилро ифода мекунад. Натиҷаҳо ҳамчун ҳолҳо аз рӯи 8 қисм пешниҳод карда шуданд, ки тавре сохта шудаанд, ки ҳолҳои баландтар аз сатҳи баланди сифати зиндагӣ шаҳодат медиҳанд.

Коркарди омории мавод бо истифода аз барномаи Statistica 10.0 (StatSoft, ИМА) анҷом дода шуд. Барои муқоисаи ҷадвалҳои нишондиҳандаҳои миқдорӣ бо мурури замон меъёри Фридман истифода шудааст. Тафовутҳо дар  $p < 0.05$  аз ҷиҳати омори муҳим ҳисобида шуданд.

**Натиҷаҳо ва баррасии онҳо.** Интиҳоби усули табобати ҷарроҳии ҷурраи қадкашак аз намуди ҷурра, синну сол, такроршави ва омезиши ҷурра бо крипторхизм вобаста буд. Ҳангоми банақшагирии амалиёт, маълумот аз ҳама усулҳои ташҳиси инструменталӣ, махсусан УЗИ ва КТ ба назар гирифта шуданд. Азбаски дар аксари ҳолатҳо бемори модарзодӣ буд, машварат бо мутахассисони дахлдор гузаронида шуд.

Дар байни шумораи умумии беморон усулҳои ҷарроҳии анъанавӣ бо истифода аз васеъкунии оптикӣ ва технологияи дақиқ дар 82,4%, усулҳои атензионӣ дар 7,8% ва усулҳои омехта дар 9,8% беморон истифода шуд.

Дар давраи наздиктарин пас аз ҷарроҳӣ натиҷаҳо дар ҳамаи 204 беморон ва натиҷаҳои дарозмуддат дар 167 беморон омехта шуданд, ки 81,8% -ро ташкил дод.

Сифати зиндагии 90 беморонро бо истифода аз саволномаи MOS SF 36 пеш ва пас аз ҷарроҳӣ дар 6 ва 12 моҳ арзёбӣ кардем. Натиҷаҳои таҳқиқот пеш ва пас аз муолиҷа дар ҷадвалҳои 1, 2, 3 дар ҳама гуруҳҳо инъикос ёфтаанд.

Таҳлили ҷадвали беморони гирифтори ҷурраи қадкашаки ибтидоии, ки бо истифода аз технологияи васеъкунии оптикӣ ва дақиқ ҷуррабури ва тарми гузаронида шудаанд, дар муқоиса бо пеш аз ҷарроҳӣ беҳтаршавии омории дар параметрҳои сифати зиндагӣ нишон медиҳад. Нишондиҳандаҳои сифатҳои зиндаги инчунин нишон медиҳад, ки сифати зиндагии беморон пас аз як соли ҷарроҳӣ нисбат ба ним соли пас аз ҷарроҳӣ беҳтар мебошад.

## Чадвали 1.

Арзёбии муқоисавии сифати зиндагӣ дар беморони гирифтори чурраи ибтидоӣ бо истифода аз саволномаи MOS SF-36

| Нишондиҳандаи сифати зиндагӣ | Чурраи ибтидоӣ ( $n = 46$ ) |                  |                  |          |
|------------------------------|-----------------------------|------------------|------------------|----------|
|                              | Мухлатҳои пурсиш            |                  |                  | $p$      |
|                              | Пеш                         | 6 моҳ            | 12 моҳ           |          |
| PF                           | 80 (59-90)                  | 85 (68-95)       | 90 (68-100)      | $<0,05$  |
| RP                           | 50 (50-82)                  | 70 (50-82)       | 75 (50-100)      | $<0,001$ |
| BP                           | 67,5 (52-80)                | 74 (52-80)       | 74 (52-100)      | $<0,05$  |
| GH                           | 72 (55-92)                  | 82 (52-92)       | 82 (30-92)       | $<0,05$  |
| VT                           | 75 (67-85)                  | 75 (67-85)       | 76 (67-90)       | $>0,05$  |
| SF                           | 74 (50-87)                  | 87,5 (62,5-90)   | 87,5 (62,5-100)  | $<0,01$  |
| RE                           | 66,7 (64-100)               | 66,7 (64-92)     | 66,8 (64-100)    | $>0,05$  |
| MH                           | 76 (6-84)                   | 80 (64-84)       | 80 (64-92)       | $<0,01$  |
| ОФБ                          | 43,9 (40,1-50,6)            | 46,2 (40,3-50,6) | 48,5 (40,3-50,6) | $<0,05$  |
| ОДБ                          | 51,9 (42,6-56,9)            | 56,9 (51,9-57,4) | 57,1 (51,9-59,4) | $<0,05$  |

Эзоҳ:  $p$  – аҳамияти омории фарқияти нишондиҳандаҳо бо гузашти вақт (аз рӯи меъёри Фридман)

## Чадвали 2.

Арзёбии муқоисавии сифати ҳаёт дар беморони гирифтори чурраи такроршаванда бо истифода аз саволномаи MOS SF-36

| Нишондиҳандаи сифати зиндагӣ | Чурраи такроршаванда ( $n = 38$ ) |                  |                  |         |
|------------------------------|-----------------------------------|------------------|------------------|---------|
|                              | Мухлатҳои пурсиш                  |                  |                  |         |
|                              | Пеш                               | 6 моҳ            | 12 моҳ           |         |
| PF                           | 70 (59-85)                        | 80 (59-85)       | 80 (65-95)       | $<0,05$ |
| RP                           | 50 (25-75)                        | 50 (25-75)       | 59,5 (25-75)     | $>0,05$ |
| BP                           | 52 (52-80)                        | 64 (52-80)       | 72 (52-100)      | $<0,01$ |
| GH                           | 59 (25-88)                        | 66 (25-88)       | 66 (25-88)       | $>0,05$ |
| VT                           | 72 (67-85)                        | 73 (67-85)       | 75 (67-85)       | $>0,05$ |
| SF                           | 62,5 (50-87,5)                    | 67 (50-87,5)     | 71 (50-100)      | $<0,05$ |
| RE                           | 66,7 (40-100)                     | 66,7 (40-100)    | 88 (40-100)      | $<0,05$ |
| MH                           | 72 (6-80)                         | 76 (6-80)        | 80 (60-84)       | $<0,01$ |
| ОФБ                          | 41,3 (36,5-49,8)                  | 40,8 (36,5-46,2) | 46,2 (36,5-48,2) | $<0,05$ |
| ОДБ                          | 49,6 (37,5-56,9)                  | 49,9 (37,5-57,4) | 52,2 (37,5-57,5) | $>0,05$ |

Эзоҳ:  $p$  – аҳамияти омории фарқияти нишондиҳандаҳо бо гузашти вақт (аз рӯи меъёри Фридман)

## Чадвали 3.

Арзёбии муқоисавии сифати ҳаёт дар беморони гирифтори омезиши чурраи қадқашак бо крипторхизм бо истифода аз саволномаи MOS SF-36

| Нишондиҳандаи сифати зиндагӣ | Омезиши чурра бо крипторхизм ( $n = 6$ ) |                  |                |         |
|------------------------------|------------------------------------------|------------------|----------------|---------|
|                              | Мухлатҳои пурсиш                         |                  |                |         |
|                              | Пеш                                      | Пеш              | Пеш            |         |
| PF                           | 84 (80-90)                               | 87,5 (80-90)     | 90 (85-100)    | $<0,05$ |
| RP                           | 72,5 (50-82)                             | 75 (50-82)       | 75 (75-100)    | $>0,05$ |
| BP                           | 69 (64-74)                               | 71,5 (64,74)     | 74 (68-90)     | $<0,05$ |
| GH                           | 85 (72-92)                               | 90 (72-92)       | 92 (88-92)     | $<0,05$ |
| VT                           | 73,8 (72-80)                             | 75 (72,5-80)     | 75 (75-77)     | $>0,05$ |
| SF                           | 75 (71-77)                               | 75 (73-77)       | 75 (73-80)     | $>0,05$ |
| RE                           | 87,5 (84-91)                             | 90 (86-91)       | 90 (89-95)     | $>0,05$ |
| MH                           | 76 (72-84)                               | 80,5 (72-84)     | 84 (77-84)     | $<0,05$ |
| ОФБ                          | 44,1 (43,7-50,6)                         | 48,6 (43,9-50,6) | 51,3 (50,6-52) | $<0,05$ |
| ОДБ                          | 51,9 (42,6-53,1)                         | 52,9 (42,6-53,1) | 53,1 (42,6-55) | $>0,05$ |

Эзоҳ:  $p$  – аҳамияти омории фарқияти нишондиҳандаҳо бо гузашти вақт (аз рӯи меъёри Фридман)

Чадвали беморони гирифтори чурраи тармим гузаронида шудаанд, дар муқоисаи такроршавандаи қадқашак, ки чуррабури ва пеш аз ҷарроҳӣ беҳтаршавии омории дар

нишондодҳои сифати зиндагӣ нишон медиҳад. Нишондиҳандаҳои сифатҳои зиндагии инчунин нишон медиҳад, ки пас аз як соли гузаронидани ҷарроҳӣ нисбат ба ним соли пас аз ҷарроҳӣ беҳтар мебошад.

Чадвали беморони гирифтори омезиши ҷурраи қадкашак бо крипторхизм, ки бо истифода аз технологияи васеъкунии оптикӣ ва дақиқ аз ҷарроҳии ҷуррабури ва тармими ва паст намудани тухми эктопикӣ гузаронида шудаанд, беҳбуди оморӣ дар нишондиҳандаҳои сифати ҳаётро дар муқоиса бо пеш аз ҷарроҳӣ нишон медиҳад.

Натиҷаҳои дурдаст, ки дар беморони ҳама сини солҳо омехта шуда дар 146 (87,4%) нафар хуб мебошанд. Дар 21 нафар бемори ҳар 3 гуруҳ оризаҳо дида мешавад, ки он 12,6%-ро ташкил дод. Дар 11 нафар (6,5%) такроршавии ҷурра, дар 2 нафар (1,9%) синдроми дарди рефлексорӣ ва дар 3 нафар (2,9%) пайдо шудани фистулаҳои лигатуравӣ ба вучуд омадаанд, ки ҳамчун натиҷаҳои “айриканоатбахш ҳисобида шуданд.

**Хулоса.** Ҷуррабурии ва тармими ҷурраҳои қадкашаки ибтидоӣ, такроршаванда ва омехтаи ҷурра бо крипторхизм бо истифода аз калонкунии оптикӣ ва техникаи дақиқ беҳтар шудани сифати зиндагии беморонро нишон медиҳад.

### Адабиёт

1. Абдуллозода Д.А. Значение оксидантногенодотоксикоза и гипоксии в патогенезе тестикулярной недостаточности у больных паховыми грыжами [Текст]/ Д.А. Абдуллозода, И. Гадоев, М.Х. Набиев // - Здравоохранение Таджикистана. -2022. -№3. -С 5-11.

2. Влияние сетчатых имплантатов при герниопластике на состояние репродуктивной функции. / А. В. Протасов [и др.]//Клиническая практика. – 2014. – Т.2, № 18. – С. 19-29.

3. Гигантская пахово-мошоночная грыжа [Текст]/ С.В. Иванов [и др.]// Новости хирургии. – 2015. – Т. 23, №2. – С. 226-230.

4. Диагностика и лечение мужского бесплодия у больных распространенной патологией гениталий и паховой области. / И. С.

Собенников [и др.] //Рос. мед.-биол.вестн. им. академика И. П. Павлова. – 2017. – Т.25, №3. – С. 460-464.

5. Кульченко Н.Г. Паховая герниопластика и мужское здоровье[Текст]/ Н.Г. Кульченко //Исследования и практика в медицине. – 2019. – Т.3, №6. – С.65-73.

6. Редкий случай хирургического лечения гигантской паховой грыжи[Текст]/ И.А. Соловьев, [и др.]// Вестник российской военно-медицинской академии. – 2019. – Т. 66, №. 2. – С. 52-57.

7. Akgul N. Diagnostic accuracy of imaging modalities on occult groin hernias according to hernia type and a surgeon-centered individualized groin hernia management algorithm[Text]/ N. Akgul, M.I. Turan // Surg Laparosc Endosc Percutan Tech. – 2023. – V.33, № 1. – P. 79-83.

8. Kцckerling F. Current Concepts of Inguinal Hernia Repair[Text]/ F. Kцckerling, M.P. Simons // Visc. Med. – 2018. – V.34, № 2. – P.145-150.

9. Prolene Hernia System Maximum Repair: A New Concept in Sports Hernia Surgery[Text] /A.M. Da Rosa [et al.]// Clin J Sport Med. – 2023. – V.33, №2. – P. 183-186.

10. Systematization of laparoscopic inguinal hernia repair (TAPP) based on a new anatomical concept: inverted Y and five triangles[Text]/ Furtado M. [et al.]. - Arq Bras Cir Dig. – 2019. – V.32, №1. – P1426.

11. Towfigh S. Inguinal Hernia: Four Open Approaches[Text]/ S. Towfigh // Surg Clin North Am. –2018. – P. 154-158.

### REFERENCE

1. Abdullozoda D.A. Znachenie oksidantnogojendotoksikoza i gipoksii v patogeneze testikuljarnoj nedostatochnosti u bol'nyh pahovymi gryzhami [Tekst]/ D.A. Abdullozoda, I. Gadoev, M.H. Nabiev // - Zdravooohranenie Tadzhiikistana. – 2022. – №3. – S 5-11.

2. Vlijanie setchatyh implantatov pri gernioplastike na sostojanie reproduktivnoj funkcii. / A. V. Protasov [i dr.]//Klinicheskaja praktika. – 2014. – Т.2, № 18. – S. 19-29.

3. Gigantskaja pahovo-moshonochnaja

gryzha [Tekst]/ S.V. Ivanov [i dr.]// Novosti hirurgii. – 2015. – Т. 23, №2. – С. 226-230.

4. Diagnostika i lechenie muzhskogo besplodija u bol'nyh rasprostranennoj patologiej genitalij i pahovoj oblasti. / I. S. Sobennikov [i dr.] //Ros. med.-biol.vestn. im. akademika I. P. Pavlova. – 2017. – Т.25, №3. – С. 460-464.

5. Kul'chenko N.G. Pahovaja gernioplastika i muzhskoe zdorov'e [Tekst]/ N.G. Kul'chenko //Issledovanija i praktika v medicine. – 2019. – Т.3, №6. – С.65-73.

6. Redkij sluchaj hirurgicheskogo lechenija gigantskoj pahovoj gryzhi [Tekst]/ I.A. Solov'ev, [i dr.]// Vestnik rossijskoj voenno-medicinskoj akademii. – 2019. – Т. 66, №. 2. – С. 52-57.

7. Akgul N. Diagnostic accuracy of imaging modalities on occult groin hernias according to hernia type and a surgeon-centered individualized groin hernia management algorithm [Text]/ N. Akgul, M.I. Turan // Surg Laparosc Endosc Percutan Tech. – 2023. – V.33, № 1. – P. 79-83.

8. Kuckerling F. Current Concepts of Inguinal Hernia Repair [Text]/ F. Kuckerling, M.P. Simons // Visc. Med. – 2018. – V.34, № 2. – P.145-150.

9. Prolene Hernia System Maximum Repair: A New Concept in Sports Hernia Surgery [Text] /A.M. Da Rosa [et al.]// Clin J Sport Med. – 2023. – V.33, №2. – P. 183-186.

10. Systemaization of laparoscopic inguinal hernia repair (TAPP) based on a new anatomical concept: inverted Y and five triangles[Text]/ Furtado M. [et al.]. - Arq Bras Cir Dig. – 2019. – V.32, №1. – P1426.

11. Towfigh S. Inguinal Hernia: Four Open Approaches[Text]/ S. Towfigh // Surg Clin North Am. –2018. – P. 154-158.

**Хамидов Фаридун Маъруфович**, докторанти PhD кафедраи бемориҳои ҷарроҳии №2 ба номи академик Усмонов Н.У. МДТ «ДДТТ ба номи Абуали ибни Сино», E.mail: Faridun\_74@mail.ru Тел.987180303

**Хамидов Фаридун Маъруфович**, докторант PhD кафедраи хирургических болезней №2 им. акад. Усманова Н.У. ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино» E.mail: Faridun\_74@mail.ru Тел. 987180303

**Khamidov Faridun Ma'rufovich**, doctorant PhD of the Department of Surgical Diseases №2 named academic Usmanov N.U. SEI «ATSMU» E.mail: Faridun\_74@mail.ru Tel. 987180303

ТДУ 616.714.1:616.831-001-089.5

## ТАБОБАТИ ИНТЕНСИВӢ, НИШОНДИҲАНДАҲОИ ГЕМОДИНАМИКӢ ҲАНГОМИ ОСЕБИ КОСАХОНА ВА МАҒЗИ САР

**Файзалиев Н.Ф., Азимов М.И.**

**Кафедраи анестезиология ва реаниматологияи МДТ ДДТТ ба номи Абуали ибни Сино**

## ИНТЕНСИВНАЯ ТЕРАПИЯ, ГЕМОДИНАМИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ ПРИ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВАЯ ТРАВМЫ

**Файзалиев Н.Ф., Азимов М.И.**

**Кафедра анестезиологии и реаниматологии ГОУ ТГМУ имени Абуали ибн Сино**

**Резюме.** В статье представлены показатели гемодинамики и эффективности интенсивной терапии 45 пациентов с тяжелыми черепно-мозговыми травмами, которые в 2021-2023 годах были госпитализированы и прошли лечение в отделении анестезиологии и реанимации ГУ НЦР РТ (Шифобахш). Возраст больных варьировал от 20 до 70 лет.

С точки зрения вероятности раннего выявления и своевременного устранения факторов вторичного повреждения головного мозга, интенсивная терапия считается надежной. Использование современного потенциала диагностики и лечения способствует снижению смертности пациентов с ТЧМТ и увеличению числа положительных результатов. С це-

лью поддержания гемодинамических показателей на необходимом уровне в инфузионно-трансфузионные растворы добавляли гормональные препараты и прессующие амины, эффективность которых наблюдалась через 4-5 дней.

**Ключевые слова:** интенсивная терапия, гемодинамика, черепно-мозговая травма (ЧМТ).

## **INTENSIVE CARE, HEMODYNAMIC PARAMETERS FOR TRAUMATIC BRAIN INJURY**

**Fayzaliev N.F., Azimov M.I.**

**Department of Anesthesiology and Intensive State Educational Institution «Avicenna Tajik State Medical University»**

**Abstract.** The article presents hemodynamic indicators and the effectiveness of intensive care in 45 patients with severe traumatic brain injury (TBI) who were hospitalized and treated at the Department of Anesthesiology and Intensive Care of the Republican Scientific Center (Shifobakhsh) in Tajikistan between 2021 and 2023. The patients ranged in age from 20 to 70 years.

From the perspective of early detection and timely elimination of secondary brain injury factors, intensive therapy is considered a reliable approach. The application of modern diagnostic and therapeutic capabilities contributes to a reduction in mortality among patients with severe TBI and increases the number of favorable outcomes. To maintain hemodynamic parameters at the required level, hormonal agents and vasopressor amines were added to infusion-transfusion solutions, with their effectiveness observed within 4–5 days.

**Keywords:** intensive care, hemodynamics, traumatic brain injury (TBI).

**Мубрамият.** Табобати интенсивӣ (ТИ) дар беморони дорои осеби вазнини косахона ва мағзи сар (ОВКМС) бояд бо назардошти равандҳои дар бадани бемор рухдода гузаронида шавад. Бояд қайд кард, ки ҳангоми гузаронидани табобати интенсивӣ ба беморони осеби вазнини косахона ва мағзи сар принципҳои «4-меъёр - осмолярнокии хун, гликемия, натрий ва калиемия» риоя кардан зарур аст [3,4,6,7].

Омили муҳимтарин, ки вазнинӣ ва натиҷаи осебро тавсиф мекунад, вайроншавӣҳои гемодинамикӣ шуда метавонад. Гипотензияи шараёнӣ дар давраи шадиди осеби косахона ва мағзи сар (ОКМС) метавонад ба бад шудани перфузияи мағзи сар оварда расонад, ки ин боиси хатари пайдоиши осебҳои дуҷумдараҷа ва зиёднамудани ишемияи мағзи сар мегардад. Дараҷаи вайроншавӣи нишондиҳандаҳои гемодинамикӣ аз вазнинии осеби косахона ва мағзи сар (ОВКМС) шаҳодат медиҳад. Ҳангоми осеби вазнини косахона ва мағзи сар инкишофи гипоксия ва гипоксемияи бофтаҳо на дар алоҳидагӣ, балки дар ин ё он таркиб ба амал

меояд, ки ба вайроншавӣи ҳолати функционалии мағзи сар ва гемодинамикӣ оварда мерасонанд [1,2,5,6,7,9].

Давраи шадиди осеби косахона ва мағзи сар бо сусти шудани қараёни хунгардиши мағзи сар, ки баъзан хусусиятҳои маъмул пайдо мекунад, хос аст. Оид ба табобати беморони осеби вазнини косахона ва мағзи сар тавсияҳо қайд карда шудааст, ки қонши сатҳи фишори хуни систоликӣ (ФШсист) аз 100 мм. ст.сим. пасти, омили номусоид мебошад [2,3,5,7,8]. Баъзе муаллифони зарур мешуморанд, ки сатҳи миёнаи (ФШ миёна)-ро на камтар аз 80 мм.ст.сим. нигоҳ доштан зарур аст.

Бо мақсади таъминоти арзишҳои мақсадноки сатҳи ФШ, маҳлулҳои гуногуни инфузионӣ бо иловаи маводҳои вазопрессорӣ ва инотропӣ истифода мешаванд. Ғайриимкон истифода бурдани доруҳои вазопрессорӣ метавонад ба осебҳои вобаста ба вазоконстриксия инчунин ба вайроншавӣи микроциркулятсия, ва ҳаҷми зиёди табобати инфузионӣ бошад ба илтиҳоби шуш, рӯда ва “айра оварда мерасонад [1,3,4,6,8].

**Мақсади таҳқиқот.** Омӯзиши нишондодҳои гемодинамикӣ ва самараи табобати интенсивӣ дар беорони осеби вазнини косахона ва мағзи сар.

**Мавод ва увсулҳои таҳқиқот.** Таърихи бемории 45 нафар беморони гирифтори осеби вазнини косахона ва мағзи сар (ОВКМС), ки дар шӯъбаи анестезиология ва реаниматсияи МД ММТ ҚТ «Шифобахш» дар давоми солҳои 2021-2023 табобат мегирифтанд, омӯхта шуд. Сину соли беморон аз 20 то 70 солро дар бар мегирад. Аз ин шумора мардон 36 (80,0%), занон 9 (20,0%) -ро ташкил медиҳанд. Ҳамаи беморон вобаста ба вазнинии ҳолат ба 2 гурӯҳ тақсим карда мешаванд. Гурӯҳи аввалро 23 (51,1%) нафар, бемороне, ки осеби косахона ва мағзи сар бе зарарёбии дигар узвҳо (аз руи микёси Глазго 9-11 ҳол) ва гурӯҳи дуюмро 22 (48,8%) нафар бемороне, ки дорои осеби вазнини косахона ва мағзи сар (ОВКМС) бо зарраёбии дигар узвҳо (аз рӯи микёси Глазго 7-8 ҳол)-ро ташкил доданд. Фавт дар 4 бемор (хунравии зиёди узвҳои дохила ва зарарёбии муккамали мағзи сар, инчунин ба этидол наомадани фишори шарёӣ) ба қайд гирифта шуд.

Ҳангоми қабул шудан дар шӯъбаи реаниматсия ва табобати интенсивӣ ба ҳамаи беморон таҳқиқотҳои зерини лабораторӣ-клиникӣ гузаронида шуданд: фишори миёнаи шараёӣ (ФМШ), индекси дил (ИД), ҳаҷми зарба (ХЗ), ҳаҷми дақиқаи хунгардиш (ХДХ), муқовимати умумии варидҳои канорӣ (МУВК), осмолярнокии плазмаи хун, сатурасияи оксиген ( $StO_2$ ), қанди хун ва сафедаи умумӣ, дар ҷадвали 1 дарҷ гаштааст. Дар 28 (62,2%) бемор КТ-и маъзи сар гузаронида шуд, дар 7 (15,5%) бемор бинобар сабаби вазнин будани ҳолати онҳо, ки аз рӯзи аввал ба нафаси сунъӣ гузаронида шуданд, КТ-и маъзи сар гузаронида нашуд. Бояд қайд кард, ки 10 (22,2%) беморое, ки бо ОВКМС (зарарёбии узвҳои дохилӣ бо хунравии дохилӣ) ворид шудаанд, мониторинг, гемоглобин ва нишондиҳандаҳои гематокритро дар динамика, ҳаҷми хуни даврзананда (ХХД) ва электролитҳои плазмаи хун ( $Na^+$  ва  $K^+$ ) гузаронида шуд. Новобос-

та аз ин ҳамаи беморон барои назорати гемодинамикӣ ба монитори Drager Vista 120 васл карда шуданд.

Ҳамаи беморон (n=45) ҳангоми ворид шудан доруҳои зидди илтиҳобии “айристероидӣ ҳамчун бедардсозӣ, доруҳои гемостатикӣ (плазмаи яхкардашуда), антиоксидантҳо, табобати антибактериявӣ гирифтанд. Дар рӯзи аввал ба беморони ниёзманд, табобати инфузионӣ-трансфузионӣ бо ҳисоби 30 мл/кг вазни бадан, тахти назорати фишори варидии марказӣ (ФВМ) ва диурез гузаронида шуд, ки натиҷаи нишондодҳои гемодинамикӣ дар ҷадвали 2 дарҷ гаштааст.

**Натиҷаҳои таҳқиқот ва муҳокимаи онҳо.** Ҳангоми воридшавӣ дар беморони гурӯҳи I (n=23) дар соатҳои аввали пас аз гирифтани осеб дар натиҷаи ҳосилшавии барзиёди катехоламин баландшавии ночизи ФШМ ( $105,3 \pm 10,2$  мм.ст.сим.), брадикардия, кам шудани ЗД ( $65,0 \pm 8,1$  з/дақ.), зиёд шудани МУВК ( $1758,3 \pm 41,9$  дин.с. см-5), баландшавии сатҳи қанди хун ( $8,6 \pm 3,0$  ммоль/л) мушоҳида шуд. Дигар нишондодҳои физиологии гемодинамикӣ (ХХД, ИД, ХЗ) дар ҳудуди меъёр буд. Инчунин аз тарафи нишондодҳои биохимиявии плазмаи хун:  $Na$  ( $140,0 \pm 11,8$  ммоль/л), осмолярнокии плазмаи хун ( $305,4 \pm 17,5$  мосмоль/л), мочевинаи хун ( $7,8 \pm 2,8$  ммоль/л), сафедаи умумӣ ( $61,0 \pm 7,8$  г/л) таъйироти ҷиддӣ ба назар намерасанд.

Дар беморони гурӯҳи II (n=22) бо осеби вазнини якҷояшудаи косахона ва мағзи сар бо зарарёбии узвҳои дохилӣ ва хунравӣ коҳиши ФШМ ( $66,6 \pm 8,2$  мм.ст.сим), тахикардия ( $118,0 \pm 10,8$  з/дақиқа), коҳиши ХДХ ( $4,7 \pm 0,3$  л/дақ.), коҳиши гемоглобин ( $80,0 \pm 4,0$ ), гематокрит ( $26,0 \pm 2,0\%$ ), МУВК ( $903,0 \pm 30,0$  дин.с.см-5), ХЗ ( $50,0 \pm 7,1$  мл), осмолярнокии плазмаи хун ( $282,6 \pm 16,8$  мосмоль/л), гипонатриемия ( $128,0 \pm 11,3$  ммоль/л), гипокалиемия ( $3,4 \pm 1,2$  ммоль/л), гипопротеинемия ( $51,4 \pm 7,2$  г/л), ИД ( $3,5 \pm 1,9$  л/дақ./м<sup>2</sup>) ва ҳаҷми дақиқавии хунгардиш (ХДХ) аз ҳисоби тахикардия дар ҳудуди меъёр боқӣ мемонад, ки дар ҷадвали 1 оварда шудааст.

## Чадвали 1.

**Нишондодҳои гемодинамикӣ, таҳлилҳои клиникӣ ва биохимиявӣ дар беморони осеби косохона ва мағзи сар ва осеби вазнини якҷояшудаи косохона ва мағзи сар ҳангоми қабулшавӣ**

| Нишондодҳо                       | меъёр          | гурӯҳи 1      | гурӯҳи 2     |
|----------------------------------|----------------|---------------|--------------|
| ФШМ, (мм ст. сим.)               | 93,3 ± 5,0     | 105,3 ± 10,2  | 66,6 ± 8,2   |
| ЗЗД, (зарба/дак)                 | 72,0 ± 5,0     | 65,0 ± 8,1    | 118,0 ± 10,8 |
| МУВК, (дин.с.см <sup>-5</sup> )  | 1080,20 ± 90,4 | 1758,3 ± 41,9 | 903,0 ± 30,0 |
| ХЗ, мл                           | 70,0 ± 5,0     | 68,3 ± 4,3    | 50,0 ± 7,1   |
| ХДХ, л/мин                       | 5,0 ± 0,4      | 4,9 ± 0,2     | 4,7 ± 0,3    |
| ИД                               | 3,0 ± 0,2      | 2,9 ± 0,3     | 3,5 ± 1,9    |
| Нб, г/л                          | 130,0 ± 10,0   | 118,1 ± 5,0   | 80,0 ± 4,0   |
| Нт, %                            | 40,0 ± 5,0     | 39,2 ± 4,1    | 26,0 ± 2,0   |
| К <sub>пл</sub> , ммол/л         | 4,5 ± 0,5      | 4,1 ± 0,3     | 3,4 ± 1,2    |
| Na <sub>пл</sub> , ммол/л        | 140,0 ± 4,0    | 140,0 ± 11,8  | 128,0 ± 11,3 |
| Осмолярнокии плазмаи хун, мосм/л | 300,0 ± 10,0   | 305,4 ± 17,5  | 282,6 ± 16,8 |
| Мочевинаи хун, ммол/л            | 7,5 ± 0,5      | 7,8 ± 2,8     | 8,0 ± 1,3    |
| Сафедаи умумӣ, г/л               | 65,0 ± 5,0     | 61,0 ± 7,8    | 51,4 ± 7,2   |
| Қанди хун, ммол/л                | 5,0 ± 0,5      | 8,6 ± 0,3     | 6,8 ± 1,4    |
| StO <sub>2</sub> , %             | 95,0 ± 5,0     | 97,2 ± 2,4    | 96,3 ± 2,1   |
| ХХД, мл/кг                       | 70,0 ± 5,0     | 68,4 ± 4,5    | 60,0 ± 8,0   |

Эзоҳ – дурустии фарқияти нишондиҳандаҳо ба  $p < 0,05$  баробар аст.

Ба беморони гурӯҳи II (n=22), пеш аз ҳама, табаобати инфузионӣ- трансфузионӣ бинобар паст будани фишори шараёни бо истифодаи кристаллоидҳо ва коллоидҳо, трансфузияи плазмаи тезяхкардашуда ва гемотрансфузия бо мақсади таъмини интиқоли кофии оксиген ба ма“зи сар ва бофтаҳои канорӣ гузаронида шуд. Интиқоли ҳаҷми эритроцитарӣ ба афзоиши перфузияи ма“зи сар ва иқтидори оксигени эритроцитҳо мусоидат мекунад. Ба бемороне, ки фишори шараёниро дар сатҳи зарурӣ мӯътадил карда натавонистанд, пас аз инфузияи кристаллоидҳо ва маводҳои хун, аминҳои пресорӣ (допамин 10-15мкг/кг/соат), доруҳои гормоналӣ (дексаметазон 8мг\*3-4 маротиба дар як рӯз) то мӯътадил шудани фишори шараёни илова карда шуд.

Пас аз гузаронидани табобати инфузионӣ-трансфузионӣ, табобати гормоналӣ ва аминҳои пресорӣ, ба 16 (72,7%) бемор мӯътадил кардани ҳолат муяссар шуд. Самараи табобати интенсиивӣ ва нишондодҳои гемодинамикӣ дар 4-5 рӯзи табобат муқаррар карда шуданд, ки дар чадвали 2 оварда шудааст.

Сарфи назар аз гузаронидани табобати интенсиви инфузионӣ-трансфузионӣ ва идомаи нафасдиҳии сунъии дарозмӯдат дар 6 (27,2%) беор ба эътидол омадани фишори

шараёни миёна (ФШМ) муяссар нашуд, дар ин маврид чунин нишондодҳои гемодинамикии зерин ба қайд гирифта шуд: ФШМ ( $50,0 \pm 4,0$  мм.ст.сим.), ЗЗД ( $130,0 \pm 8,0$  з/дақиқа), МУВК ( $630, \pm 32,0$  дин.с. см.<sup>5</sup>), сафедаи умумӣ ( $49,0 \pm 3,0$  г/л), осмолярнокии плазмаи хун ( $260,0 \pm 6,0$  мосмол/л), гипонатриемия ( $121,0 \pm 4,0$  ммол/л), гипокалиемия ( $3,6 \pm 0,9$  ммол/л).

**Хулоса.** Таҳлиҳои гузаронида нишон дод, ки барвақт ошкор намудани вайроншавиҳои гемодинамикӣ ва саривақт бартараф кардани омилҳои осеби дуюмдараҷаи ма“зи сар инчунин, табобати боэътимоди интенсивӣ ва истифодаи потенциали муосири ташхису табобат ба коҳиши ғавти беморони гирифтори осеби вазнини косохона ва мағзи сар (ОВКМС) ва афзоиши шумораи натиҷаҳои мусбӣ мусоидат мекунад.

Гипотензияи шараёни (ФШсис.  $< 90$  мм ст.сим.), хусусан дар якҷоягӣ бо гипоксия, омилҳои пешгӯишавандаи номусоид мебошанд. Ислоҳи гипотензияи шараёни дар беморони гирифтори ОВКМС бояд дар асоси арзебии ҳамаи ҷузъҳои гемодинамика, бо назардошти та“ирёбии он дар ҳама марҳилаи беморӣ гузаронида шавад. Фаврвн бартараф кардани гипотензияи шараёни боиси натиҷаҳои мусбӣ дар беморони ОВКМС мебошад.

**Нишондодҳои гемодинамикӣ, таҳлилҳои клиникӣ ва биохимиявӣ дар беморони осеби косохона ва мағзи сар ва осеби вазнини якҷояшудаи косохона ва мағзи сар пас аз табобат**

| Нишондодҳо                       | Меъёр        | 1 гурӯҳ     | 2 гурӯҳ     | 2 гурӯҳ биморон, ки ба нафаси сунӣ гузаронида шудааст. n=6 |
|----------------------------------|--------------|-------------|-------------|------------------------------------------------------------|
| ФШМ, (мм ст. сим.)               | 93,3 ±5,0    | 90,1±9,5    | 88,4±9,4    | 50,0±4,0                                                   |
| ЗЗД, (зарба/дақ)                 | 72,0±5,0     | 75,1±8,7    | 86,2±9,3    | 130,0±8,0                                                  |
| МУВК, (дин.с.см <sup>-5</sup> )  | 1080,20±90,4 | 1385,0±37,2 | 1179,0±66,0 | 630,1±32,0                                                 |
| ХЗ, мл                           | 70,0±5,0     | 71,1±3,1    | 70,0±0,4    | 60,1±2,9                                                   |
| ХДХ, л/мин                       | 5,0±0,4      | 5,1±0,3     | 6,0±2,4     | 4,8±0,8                                                    |
| ИД                               | 3,0±0,2      | 3,1±0,1     | 3,1±1,8     | 2,8±0,3                                                    |
| Нб, г/л                          | 130,0±10,0   | 121,3±8,2   | 98,2±6,7    | 85,1±5,6                                                   |
| Нт, %                            | 40,0±5,0     | 41,0±4,2    | 33,1±2,3    | 28±1,4                                                     |
| К <sub>пл</sub> , ммол/л         | 4,5±0,5      | 4,3±0,4     | 3,8±1,0     | 3,6±0,9                                                    |
| На <sub>пл</sub> , ммол/л        | 140,0±4,0    | 142,3±3,5   | 138,0±12,0  | 121,0±4,0                                                  |
| Осмолярнокии плазмаи хун, мосм/л | 300,0±10,0   | 309,6±9,1   | 299,3±17,3  | 260,0±6,0                                                  |
| Мочевинаи хун, ммол/л            | 7,5±0,5      | 7,6±0,3     | 7,7±0,4     | 9,4±0,6                                                    |
| Сафедаи умумӣ, г/л               | 65,0±5,0     | 64,1±0,4    | 62,4±7,9    | 49,0±3,0                                                   |
| Қанди хун, ммол/л                | 5,0±0,5      | 7,0±2,7     | 6,8±2,6     | 9,3±1,4                                                    |
| StO <sub>2</sub> , %             | 95,0±5,0     | 98,2±1,5    | 97,1±2,8    | 84,2±3,5                                                   |
| ХХД, мл/кг                       | 70,0±5,0     | 72,3±3,2    | 69,0±7,0    | 62,1±2,8                                                   |

Эзоҳ – дурустии фарқияти нишондиҳандаҳо ба  $p < 0,05$  баробар аст.

#### Адабиёт.

1. В.В. Крылов., С.С. Петриков., Г.Р. Рамазанов.. А.А. Солодов. // Нейрореаниматология. 2-е издание. Москва. «ГЭОТАР-Медиа». 2023. – 171С.

2. Сычев А.А., Савин И.А., Баранич А.И., Данилов Г.В., Струнина Ю.В., Ошоров А.В., Полупан А.А. // Оценка гемодинамического профиля пациентов в остром периоде тяжелой черепно-мозговой травмы. Анестезиология и реаниматология. МЕДИА-Сфера. 2023; (3); 32-36.

3. Давлатзода Б.Х. // Интенсивная терапия и реанимация при черепно-мозговых травмах. Душанбе. 2022. – 95С.

4. Капитанчик АА, Симончик ПВ, Рогожинская КА, Кулаков Д.А, Предко ВА. Частота развития осложнений у пациентов с тяжелой черепно-мозговой травмой. FORCIPE. 2020;3:84-5.

5. Васильева ЕБ, Талыпов АЭ, Синкин МВ, Петриков СС. Особенности клинического течения и прогноз исходов тяжелой черепно-мозговой травмы. Журнал им. Н.В. Склифосовского «Неотложная медицинская помощь». 2019;8(4):423-9. Available from: <https://doi.org/20223-9022-2019-8-4-423-429>

6. Ахмедов Ч.А., Давлатов Б.Х., Нуров А.П. Инфузионно-трансфузионная терапия в анестезиологии и реаниматологии: Учебное пособие. – Душанбе: Ирфон, 2018. – 99с.

7. Brain metabolism and oxygenation in healthy pigs receiving hypoventilation and hyperoxia [Text] / E. Rostami, D. Rocksʻyn, N. R. Ekberg [et al.] // Respir. Physiol. Neurobiol. - 2013. – Vol. 189, N. 3. – P. 537-542.

8. The hemodynamic mechanisms of lung injury and systemic inflammatory response following brain death in the transplant donor [Text] / V. S. Avlonitis, C. H. Wigfield, J. A. Kirby, J. H. Dark // Am. J. Transplant. - 2005. – Vol. 5, N.4. - Pt. 2. – P. 684-693.

9. Respiratory mechanics in brain injury: A review [Text] / A. Koutsoukou, M. Katsiari, S. E. Orfanos [et al.] // World J. Crit. Care Med. - 2016. – Vol. 5, N. 1. – P. 65-73.

#### REFERENCES

1. V.V. Krylov, S.S. Petrikov, G.R. Ramazanov, A.A. Solodov. // Neuro-intensive care. 2nd edition. Moscow. GEOTAR- Media. 2023. – 171S.

2. Sychev A.A., Savin I.A., Baranich A.I., Danilov G.V., Strunina Yu.V., Oshorov A.V.,

Polupan A.A. // Assessment of the hemodynamic profile of patients in the acute period of severe traumatic brain injury. Anesthesiology and intensive care. The media sphere. 2023; (3); 32-36.

3. Davlatzoda B.Kh. // Intensive care and resuscitation for traumatic brain injuries. Dushanbe. 2022. – 95C.

4. Kapitanchik A, Simonchik PV, Rogozhinskaya KA, Kulakov D.A., Predko V A. The incidence of complications in patients with severe traumatic brain injury. FORCIPE. 2020;3:84-5.

5. Vasilyeva E B, Talypov AE, Sinkin M V, Petrikov S. Features of the clinical course and prognosis of outcomes of severe traumatic brain injury. N.V. Sklifosovsky's journal "Emergency Medical care". 2019;8(4):423-9. Available from: <https://doi.org/2223-9022-2019-8-4-423-429>

6. Akhmedov Ch.A., Dovlatov B.Kh., Nurov A.P. Infusion-transfusion therapy in anesthesiology and intensive care: A textbook. – Dushanbe: Irfon, 2018. – 99c.

7. Brain metabolism and oxygenation in healthy pigs receiving hypoventilation and hyperoxia [Text] / E. Rostami, D. Rocksān, N. R. Ekberg [et al.] // Respir. Physiol. Neurobiol. - 2013. – Vol. 189, N. 3. – P. 537-542.

8. The hemodynamic mechanisms of lung injury and systemic inflammatory response following brain death in the transplant donor [Text] / V. S. Avlonitis, C. H. Wigfield, J. A. Kirby, J. H. Dark // Am. J. Transplant. - 2005. – Vol. 5, N.4. - Pt. 2. – P. 684-693.

Respiratory mechanics in brain injury: A review [Text] / A. Koutsoukou, M. Katsiari, S. E. Orfanos [et al.] // World J. Crit. Care Med. - 2016. – Vol. 5, N. 1. – P. 65-73.

**Файзалиев Навруз** – ассистент кафедры анестезиологии и реаниматологии ГОУ ТГМУ им. Абуали ибн Сино. Тел. 933040494

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

## АРЗЁБИИ БЕМОРИИ СИЛ ДАР ШАХРИ ДУШАНБЕ ДАР ДАВОМИ СОЛҲОИ 2017-2022

<sup>1</sup>Чӯраева Н.С., <sup>2</sup>Раҳматов А.Ш., <sup>1</sup>Ҳайтов С.С., <sup>1</sup>Зиёдалиева Т.З., <sup>1</sup>Расулов Ё. <sup>2</sup>Нӯшервони Б.Ҳ., <sup>1</sup>Юсуфзода П.А.

1. Кафедраи ниғахдории тандурустии ҷамъиятӣ ва омори тиббӣ бо курси таърихи тиббӣ;

2. Кафедраи беҳдошт ва экологияи МДТ “ДДТТ ба номи Абуалӣ ибни Сино”

**Аннотатсия.** Дар мақола хусусиятҳои эпидемиологии бемории сил дар шаҳри Душанбе барои солҳои 2017-2022 баррасӣ шудааст. Таҳлили ретроспективии маълумоти омории расмӣ, ки аз ҳисоботи ВТ ва ҲИА ҚТ формаи №1 гирифта шудааст, гузаронида шуд. Сатҳи нишондиҳандаи бемории сил дар байни ҳамаи гурӯҳҳои синну солӣ коҳиш ёфтааст. Пастшавии назаррас дар синну соли то 15 сола ва калонтар мушоҳида мешавад.

**Калимаҳои калидӣ:** беморӣ, паҳншавӣ, бемории сил, кудакон.

## ОЦЕНКА ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ТУБЕРКУЛЕЗОМ В ГОРОДЕ ДУШАНБЕ НА 2017-2022 ГОДЫ

<sup>1</sup>Чӯраева Н.С., <sup>2</sup>Раҳматов А.Ш., <sup>1</sup>Ҳайтов С.С., <sup>1</sup>Зиёдалиева Т.З., <sup>1</sup>Расулов Ё. <sup>2</sup>Нӯшервони Б.Ҳ., <sup>1</sup>Юсуфзода П.А.

**Аннотация.** В статье рассмотрены эпидемиологические особенности туберкулеза в городе Душанбе на 2017-2022 годы. Проведен ретроспективный анализ официальных статистических данных, полученных из отчетов ВТ и НИИ РТ форма №1. Уровень заболеваемости туберкулезом снижается среди всех возрастных групп. Значительное снижение наблюдается в возрасте до 15 лет и старше.

**Ключевые слова:** заболеваемость, распространение, туберкулез, дети.

# ASSESSMENT OF TUBERCULOSIS INCIDENCE IN THE CITY OF DUSHANBE FOR 2017-2022

<sup>1</sup> Juraeva N. S., <sup>2</sup> Rahmamatov A. Sh., <sup>1</sup> Haitov S. S., <sup>1</sup> Ziedaliev T. Z., Rasulov E. <sup>2</sup> Nushervoni B. H. <sup>1</sup> Yusufzoda P. A.

**Annotation.** The article discusses the epidemiological features of the incidence of tuberculosis in the city of Dushanbe for 2017-2022. A retrospective analysis of official statistics data obtained from the reports of the Ministry of Health and Social Protection of the Population of the Republic of Tajikistan” form №1. A decrease in tuberculosis incidence rates among all age groups has been established. The most noticeable decline is observed in the age group 15 years and older.

**Key words:** morbidity, prevalence, tuberculosis, children.

**Мухимият.** Бемории сил яке аз бемории сироятӣ буда, яке аз сабабҳои асосии беморшавӣ мебошад, ки дар қатори дахҳо сабаби маълумтарини марг дар ҷаҳон қарор дорад ва бештар аз дигар омилҳои сироят (аз ҷумла ВНМО) боиси марг мегардад. Дар маҷмӯъ ҳатари гирифтӣ шудан ба бемории сил дар давоми ҳаёти инсон 5–15%–ро аз 1.7 млрд нафар одамоне, ки бо *Mycobacterium tuberculosis* сироятнок шудаанд, ташкил медиҳад. [1,2].

Беморӣ асосан бо роҳи ҳавогӣ – қатрагӣ аз шахсони сирояти сили шушидошта, ки 80%-и ҳодисаро ташкил медиҳанд паҳн мешавад. Боқимонда 20%-и ҳодиса ба бемории сили “айришушӣ алоқаманд аст [5,6].

Аз 9 млн ҳодисаи ҳарсолаи бемории сил тақрибан 1 млн нафар (11%) ба кӯдакони то 15 сола рост меояд, ки 75%-и ҳодисаро ташкил медиҳад ва ҳама сола ҳодисаи гирифтӣ шавӣ дар 22 кишвари дорой сарбории баланддошта дар маҷмӯъ 80%-и ҳодисаи ҳисоботи ҷаҳонро ташкил медиҳанд. Дар кишварҳои ҷаҳон фоизи фоизи бақайдгирии ҳамаи ҳодисаҳои бемории сил дар байни кӯдакон аз 3% то 25% тағйир ёфтааст. Стратегияи асосии ДОТС, ки аз ҷониби ТУТ ва Иттиҳоди байналмиллалӣ зидди бемории сил ва шуш таҳия шудааст, “силро қатъ кунед” дар коҳиш додани барои глобалии беморӣ ва ба ин васила ҳифзи кӯдакон аз сироят ва бемориҳо нақши муҳим мебозад.[3].

Ба “айр аз он, стратегияҳои созмони умумиҷаҳонӣ тандурустӣ (ТУТ) барои паст намудани сатҳи беморнокӣ ва ғавт аз бемории сил тавассути равишҳои ҳамаҷонибае, ки детерминантҳои иҷтимоӣ саломатиро ба назар мегиранд, равона карда шудаанд [7,8].

Дар соли 2022 тибқи ҳисоботи ТУТ 10,6 млн нафар ба бемории сил гирифтӣ шудаанд, ки аз он 7,5 млн нафарашон гирифтӣ бемории сил буданд ва 3,1млн нафарашон ошкор нашуданд. [4].

Давоми панҷ соли охир сатҳи беморнокӣ бемории сил дар Тоҷикистон коҳиш ёфтааст, бахусус дар давраи пандемияи COVID-19 коҳиши назаррас ба қайд гирифта шудааст. Аммо, шумораи ҳолатҳои аз ҷиҳати клиникӣ тасдиқшуда баланд боқӣ монда, 34%-и ҳамаи шаклҳои сили шушро ташкил медиҳад, ки ин аз мушкилоти давомдори ташҳиси беморӣ шаҳодат медиҳад [9].

Ҳамин тариқ, омӯзиши ибтило ба бемории сил бинобар сатҳи беморшавӣ ва ғавт, мушкилотҳои муқовимат ба маводи муҳаддир, инчунин робита бо дигар бемориҳо, аз қабili сирояти ВНМО як масъалаи мубрам боқӣ мемонад.

**Мақсади омӯзиш.** Арзёбии сатҳи гирифтӣ ба бемории сил дар шаҳри Душанбе барои солҳои 2017-2022.

**Мавод ва усулҳои таҳқиқот.** Мо маълумоти омории, ки аз ҳисоби ВТ ва ҲИА ҚТ формаи №1 дар соли 2017-2022 гирифта шудааст, истифода кардем. Ҳамаи нишондиҳандаҳо ба ҳисоби 100 ҳазор нафар аҳоли дода шудаанд. Арзёбии аҳамияти омории фарқиятҳо дар гурӯҳҳои синну сол дар динамикаи солҳо бо истифода аз критерияи Студент гузаронида шуд. Тафовутҳо дар  $P < 0.05$  назаррас ҳисобида шудаанд.

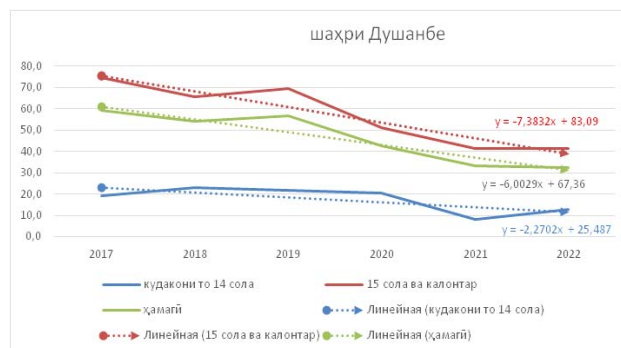
**Натиҷаҳо ва муҳокимаи онҳо.** Маълумот дар бораи гирифтӣ шавӣ ба бемории сил дар шаҳри Душанбе дар давоми солҳои 2017-2022 аз тамоюли мустаҳками пастшавӣ дар байни

ҳамаи гурӯҳҳои синну соли шаходат медиҳад. Пастшавии назаррас дар гурӯҳҳои синну соли 15 сола ва калонтар мушоҳида мешавад. Сатҳи гирифтормавҷ ба бемории сил дар шаҳри Душанбе аз 59,2 ҳодиса дар соли 2017 то 32,5 ҳолат дар соли 2022 коҳиш ёфт, ки 45,1%-ро ташкил медиҳад. Суръати коҳиши гирифтормавҷ дар як сол 6,0 ҳодисаро ташкил дод.

Динамикаи гирифтормавҷи бемории сил дар кӯдакони то 14 сола дар шаҳри Душанбе дар давраи соҳи 2017-2022 ба коҳиши сустрар бо суръати 2,2 ҳодиса дар як сол тасниф мешавад. Дар давоми солҳои таҳқиқшуда ишондиҳандаҳои гирифтормавҷи бемории сил дар байни кӯдакони то 14 сола дар шаҳри Душанбе аз 19,3 то 12,6 ҳодиса ба 100 ҳазор нафар аҳоли коҳиш ёфтааст, ки 24,7%-ро ташкил медиҳад.

Суръати коҳиши бемории сил дар байни гурӯҳҳои синну соли 15- сола ва калонтар дар як сол 7,3 ҳодисаро ташкил медиҳад. Сатҳи гирифтормавҷи бемории сил дар

байни ин гурӯҳ дар шаҳри Душанбе дар давоми солҳои таҳқиқшуда аз 74,6 дар соли 2017 то 41,1 ҳодиса дар соли 2022 ба 100 ҳазор аҳоли мебошад, ки 44,9%-ро ташкил медиҳад. [Расми 1].



**Расми 1. Динамикаи гирифтормавҷ ба бемории сил дар байни аҳолии шаҳри Душанбе дар солҳои 2017-2022.**

Маълумот оид ба бемории сил дар байни аҳолии шаҳри Душанбе барои солҳои 2017-2022 дар ҷадвал оварда шудааст [Ҷадвали №1].

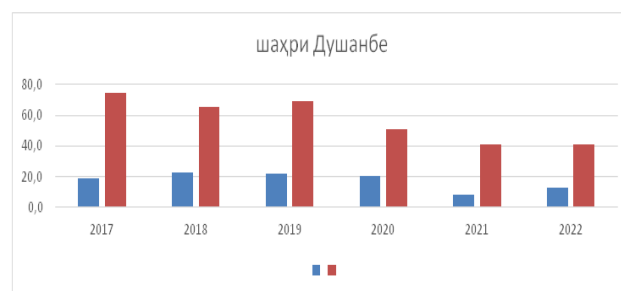
**Ҷадвали 1.**

**Гирифтормавҷ ба бемории сил дар байни аҳолии шаҳри Душанбе дар давоми солҳои 2017-2022 (ба 100 ҳазор нафар аҳоли бо 95% ИБ).**

| Сол  | Ҳамагӣ              | Кӯдакони то 14- сола | m   | m*1,96 | 15- сола ва калон   | M   | m*1,96 | T    |
|------|---------------------|----------------------|-----|--------|---------------------|-----|--------|------|
| 2017 | 59,2<br>[53,9-64,5] | 19,3<br>[13,6-25,1]  | 2,9 | 5,7    | 74,6<br>[67,6-81,5] | 3,6 | 7      | 12   |
| 2018 | 54,0<br>[49,0-59,0] | 22,9<br>[16,7-29,1]  | 3,2 | 6,2    | 65,7<br>[59,2-72,2] | 3,3 | 6,5    | 9,4  |
| 2019 | 56,7<br>[51,6-61,8] | 21,9<br>[15,8-28,0]  | 3,1 | 6,1    | 69,6<br>[63,0-76,2] | 3,4 | 6,6    | 10,4 |
| 2020 | 42,5<br>[38,2-46,9] | 20,3<br>[14,6-26,0]  | 2,9 | 5,7    | 51,1<br>[45,5-56,7] | 2,9 | 5,6    | 7,6  |
| 2021 | 33,2<br>[30,0-36,5] | 8,2<br>[4,9-11,5]    | 1,7 | 3,3    | 41,4<br>[37,2-45,6] | 2,2 | 4,2    | 12,1 |
| 2022 | 32,5<br>[29,2-35,7] | 12,6<br>[8,9-16,2]   | 1,9 | 3,6    | 41,1<br>[36,8-45,5] | 2,2 | 4,3    | 9,9  |

Эзоҳ: дар ин ҷо, m-хатогии стандартӣ, m\*1,96 - 95% интервали боваринок ва t-критерияи статистикӣ аҳамияти фарқиятҳо (ҳангоми  $t > 2$ ,  $pd > 0,05$ ).

Арзёбии аҳамияти омории фарқият нишон дод, ки дар давоми солҳои 2017-2022 сатҳи гирифтормавҷ ба бемории сил дар гурӯҳҳои синну соли 15 сола ва калонтар аз нишондиҳандаҳои миёнаи кӯдакони то 14 сола баландтар буд. (дар ҳама ҳолатҳо  $pd > 0,05$ ) [Расми 2]



**Расми 2. Гирифтормавҷ ба бемории сил дар байни кӯдакони то 14 сола ва гурӯҳҳои синну соли 15 сола ва калонтар дар шаҳри Душанбе дар давоми солҳои 2017-2022.**

**Муҳокима.** Яке аз сабабҳои коҳиши бемории сил дар давоми солҳои 2017-2022 ин баланд бардоштани маърифтанокии тиббии аҳоли ва пешбурди барномаҳои мубориза бар зидди бемории сил мебошад. Маълумотҳои оморӣ нишон медиҳанд, ки дар давраи пандемияи COVID-19 бисер ҳолатҳои беморӣ ошкор ва таъбабатнашуда боқӣ монданд.

**Хулоса.** Натиҷаи таҳқиқот нишон медиҳад, ки сатҳи гирифтورشавӣ бо бемории сил дар гурӯҳи синну соли 15-сола ва калонтар аз ин нишондиҳандаҳои кӯдакони то 14-сола зиёдтар аст. Барои кам кардани паҳншавии беморӣ дар ин гурӯҳи синну солӣ чораҳо андешидан лозим аст. Қадамҳои муҳими мубориза бо гирифтورشавӣ ин саривакт гузаронидани чорабиниҳои иммунопрофилактикӣ, беҳтар намудани сифати муоинаи тиббӣ бо мақсади сари вақт ошкорнамоӣ, таъбабат ва пешгирии паҳншавии сироят дар байни гурӯҳҳои хавф, инчунин тақвияти корҳои санитарӣ ва маърифатӣ дар байни аҳоли оид ба пешгирии сирояти сил.

### Адабиёт

1. Доклад о глобальной борьбе с туберкулезом 2019. WHO. [Интернет]. (URL:<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/329368/9789241565714-eng.pdf>) - Дата обращения: 15.05.2024.
2. Доклад о глобальной борьбе с туберкулезом 2017. WHO. [Интернет]. (URL:<https://www.who.int/teams/global-tuberculosis-programme/tb-reports>) - Дата обращения: 22.05.2024.
3. Руководство по лечению туберкулеза у детей, для национальных программ борьбы с туберкулезом. WHO. [Интернет]. <https://www.who.int/ru/publications/i/item/WHO-NTM-TB-2006.371> - Дата обращения: 21.10.2024.
4. Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ). Глобальный доклад о туберкулезе, 2023 г. Женева, Швейцария.

5. Гай, Туэйтс. (2024). Туберкулез. 510-544. <https://10.1016/b978-0-7020-7959-7.00046-4>

6. Mohd., Sajid., Wazid, Khan. (2024). Обзор туберкулеза. Международный журнал по науке, технологиям и инжинирингу, 12(9):1587-1590. <https://10.22214/ijraset.2024.64406>

7. Хасинто, Эухенио, Перес, Рамирес., Дженнифер, Анжелина, Эспиноза, Бустос., Яйца, Полетт, Кондой, Марин., Дженнифер, Адриана, Эррера, Гуажа. (2024). Туберкулез. <https://10.55204/pmea.80.c178>

8. Симоне, Вилья., Джованни, Баттиста, Мильори., Лия, Д'Амброзио., Марио, Равильоне. (2023). Туберкулез. Серия целей устойчивого развития, 81-85 [https://10.1007/978-3-031-33851-9\\_12](https://10.1007/978-3-031-33851-9_12)

9. О.И Бобоходжаев., Расулов, ЭФ., Абдурахимов, АА. (2024). Выявление туберкулеза легких в Республике Таджикистан. Международный журнал хосписной и паллиативной медицины, 7(3):96-98. <https://10.15406/hpmij.2024.07.00248>

**Ќўраева Наргис Сарабековна** – н.и.т., дотсент, мудири кафедраи ниғадории тандурустии ҷамъиятӣ ва омори тиббӣ бо курси таърихи тибби МДТ “ДДТТ ба номи Абуали ибни Сино”, E-mail: [jnargis@mail.ru](mailto:jnargis@mail.ru); Тел.: +992935120020.

**Джураева Наргис Сарабековна** – к.м.н., доцент, заведующий кафедрой общественного здравоохранения и медицинской статистики с курсом истории медицины ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино», E-mail: [jnargis@mail.ru](mailto:jnargis@mail.ru); Тел.: +992935120020.

**Juraeva Nargis Sarabekovna**-Candidate of Medical Sciences, Associate Professor, Head of the Department of Public Health and Medical Statistics with a course in the History of Medicine of the State Educational Institution “Abuali Abu Ali Ibni Sino TSMU”, E-mail: [jnargis@mail.ru@mail.ru](mailto:jnargis@mail.ru@mail.ru); Phone: +992935120020.

## ЛАҲЗАҶО АЗ ТАҶРИБА

### ҲОЛАТИ ТАБОБАТИ БОМУВАФФАҚИЯТИ ЭНДОВАСКУЛЯРИИ ОККЛЮЗИЯИ ШАРЁНИ ЧАПИ ЗЕРИ ҚУЛФАК

Авғонов У.М., Неъматзода О., Чураев Ш.М., Тохиров Ф.С., Зугуров А.Х., Гиёсиев И.К.

1. Маркази ҷумҳуриявӣи ҷарроҳии дилу рағҳо, Душанбе; 2. Кафедраи бемориҳои ҷарроҳии №2 ба номи академик Н.У. Усмонов МДТ «ДДТТ ба номи Абуалӣ ибни Сино»

### СЛУЧАЙ УСПЕШНОГО ЭНДОВАСКУЛЯРНОГО ЛЕЧЕНИЯ ОККЛЮЗИИ ЛЕВОЙ ПОДКЛЮЧИЧНОЙ АРТЕРИИ

Авғонов У.М., Неъматзода О., У.М. Джуроев Ш.М., Тохиров Ф.С., Зугуров А.Х., Гиёсиев И.К.

1. Республиканский научный центр сердечно-сосудистой хирургии, Душанбе; 2. Кафедра хирургических болезней №2 имени академика Н.У. Усмонова ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино»

В статье описывается случай успешного стентирования левой подключичной артерии при атеросклеротической окклюзии проксимального её сегмента. В связи с продолжительным течением окклюзии произошла эмболия дистального артериального русла верхней конечности с развитием острой ишемии. Наличие декомпенсированного сахарного диабета и острой ишемии, рефрактерной к консервативной терапии, производилась ангиопластика и стентирование проксимального сегмента левой подключичной артерии с хорошими ближайшими и средне-отдаленными результатами.

**Ключевые слова:** атеросклероз, окклюзия подключичной артерии, острая ишемия руки, ангиопластика, стентирование.

### THE CASE OF SUCCESSFUL ENDOVASCULAR TREATMENT OF THE LEFT SUBCLAVIAN ARTERY OCCLUSION

Avgonov U.M., Nematzoda O., Dzghuraev Sh.M., Tohirov F.S., Zugurov A.Kh., Giyosiev I.K.

Republican scientific center of cardio-vascular surgery, Dushanbe, Tajikistan

The article describes the case of successful stenting of the left subclavian artery because of atherosclerotic occlusion of its proximal segment. Embolism distal arterial bed of the upper extremity happened due to prolonged occlusion with the development of acute ischemia. Because of the decompensated diabetes and the acute ischemia (intact to conservative therapy), angioplasty and stenting of the proximal segment of the left subclavian artery with good short and medium-long-term results were performed.

**Key words:** atherosclerosis, occlusion of the subclavian artery, acute ischemia of the hand, angioplasty, stenting.

Мувофиқи баъзе маълумотҳои эпидемиологӣ, дар солҳои охир тамоюли зиёд шудани микдори беморони дорои осебҳои атеросклерозии шарёнҳои брахиосефалӣ ба мушоҳида мерасад [5]. Ихтилоли гардиши хуни шарёни дар ҳавзаи рағҳои брахиосефалӣ боиси пайдо шудани норасии вертебробазилярӣ ва ё ишемияи андомҳои болоӣ мешавад [1]. Мавзеи нисбатан зиёд гирифтӣ шудан ба осебҳои сегменти брахиосе-

фалӣ ҳиссаи аввали шарёни зерӣ кулфак мебошад, ки дар аксари мавридҳо бидуни аломатҳои возеҳ ҷараён дорад.

Тавре ки аз баъзе маълумотҳо маълум мешавад, басомади амалиётҳои ҷарроҳии реваскуляризасионӣ аз хусуси осебҳои окклюзионӣ-стенозӣи шарёни зерӣ кулфак ҳамагӣ 4,2%-ро ташкил медиҳад [6].

То наздикиҳо усули асосии табобати осебҳои проксималии шарёнҳои зерӣ кулфак

чарроҳии реваскулязастсионӣ буданд, ба монанди шунтгузории шарёни, зери кулфаку хоб ва ғайра буданд [6]. Ин амалиётҳои чарроҳӣ хеле осебрасон ва дорои оризаҳои интрачарроҳӣ ва пас аз чарроҳӣ буданд.

Ҳамин тавр, мувофиқи маълумоти А.Ф. Abu Rahmaetal. (2007), басомади оризаҳои гуногун пас аз чарроҳии реваскулязастсионии шарёни зери кулфак дар 15,1%-и беморон ба мушоҳида расид [2].

Эҳтимоли басомади баланди пайдошавии оризаҳои дар боло зикршуда дар беморони вазнини дорои осебҳои атеросклерозии дигар ҳавзаҳои шарёнҳо ва бо диабетиканди ҳамроҳшуда ба мушоҳида мерасад.

Татбиқ намудани технологияҳои рентгеноэндоваскулярий имконият дод, ки натиҷаҳои табобат ва сифати ҳаёти беморон беҳтар карда шавад.

Мувофиқи маълумоти К. Linnietal. (2008), ки натиҷаҳои реваскулязастсионии кушодаро бо стентгузорӣ ҳангоми осебҳои окклюзивӣ-стенозии сегменти проксималии шарёни зери кулфак, дар давраи дури газаронандагии стентҳои шарёни зери кулфак (ШЗК) 95% -ро ташкил дод [3].

Ҳамин гунна маълумоти NakamuraS. etal. (2006) низ меорад, ки дар ин ҷо дар давраи дур пас аз ангиопластикаи баллонӣ ва стентгузории сегменти проксималии шарёни зери кулфак, натиҷаҳои хуб дар 99%-и беморон ба қайд гирифта шуд [4].

Яке аз бартариҳои реваскуляризатсияи эндоваскулярий кам кардани давомнокии чарроҳӣ, набудани зарурати истифодаи анестезияи умумӣ ва нисбатан минималӣ будани инвазивият мебошанд.

Дар баробари ин, тавре ки К. Linnietal. (2008) ишора мекунад, дар 30%-и ҳолатҳо гузарноидани реканализатсияи мавзеи окклюзишудаи шарёни зери кулфак номумкин аст, ки ин чарроҳии кушодаи онро талаб мекунад [3]. Вобаста аз ин, намунаи клиникӣ меорем барои бомуваффақият гузштани стент дар сегменти проксималии шарёни чапи зери кулфак аз хусуси окклюзияи атеросклерозии он.

Намунаи клиникӣ.

Бемор С.Х., 54 -сола, № таърихи беморӣ 3944, дохил шуд ба клиника 17.10. с. 2014 бо

шикоятҳои сарчархзанӣ, дарди сар, диплопия, садо дар гӯшҳо ва сусти шудани қувваи шунавой дар гӯши чап, пайдо шудани дард дар дастҳои чап ҳангоми иҷро намудани кори ҷисмонӣ.

Аз анамнез худро давоми 3 сол бемор ҳис мекунад, вкте ки бори нахуст аломатҳои ҳамлаҳои транзитории ишемикӣ ва муддати кӯтоҳ беҳуш шудан ба қайд гирифта шуда буд. Бад шудани ҳолат ва пешравии беморӣ дар 3 моҳи охири то мурочиат кардан мушоҳида мешавад. Ҳангоми муоина статуси объективӣ бе тағйир. Дар шарёнҳои андоми болоии чап дар ҳамаи сатҳҳо набз муайян карда намешавад.

Тибқи маълумоти таҳқиқоти ултрасадоии сканиркунии дуплексии (УССД) шарёнҳои хоб, муҳраҳо ва зери кулфак инсидоди (окклюзияи) сегменти якуми шарёни зери кулфак муайян карда шуд. Дар асоси маълумоти клиникӣ УССД чунин таҳҳис гузошташуд:

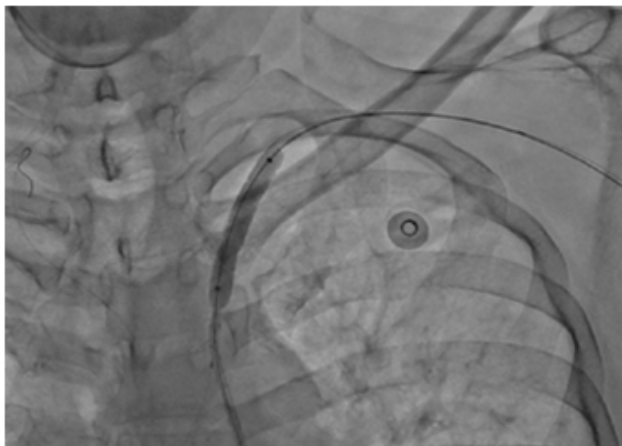
Атеросклероз. Инсидоди маҳдуди шарёни чапи зери кулфак. Синдроми вертебро-базиларӣ. Ишемияи музмини андоми болоии чап, дараҷаи II. Диабети қанд, тип II, дараҷаи миёнаи вазнинӣ, дар марҳалаи субкомпенсатсия.

Бо мақсади баҳо додан ба осебҳои анатомӣ-топографияи шарёни зери кулфак ва имконпазирии стентгузории он қарор карда шуд, ки ангиографияи рентгеноконтрастӣ гузаронида шавад. Дар ангиография окклюзияи сегменти проксималии шарёни зерии кулфак муайян карда шуд (расми 1).



**Расми1.Ангиографияи рентгеноконтрастӣ. Шарёни чапи умумии хоби контрастшуда. Инсидоди (окклюзияи) сегменти проксималии шарёни чапи зери кулфак.**

Дар бемор аз баллони Avantgarde, CID кутраш 4,5 мм, дарозияш 22 мм реокклюзия ва ангиопластикаи баллонии шарёни чапи зери қулфак (расми 2) иҷро карда шуд.



**Расми 2. Ангиопластикаи баллонии сегменти проксималии шарёни чапи зери қулфак.**

Дар ангиографияи назоратӣ мавзёҳои стеноз ва ҳалқаҳои атеросклерозии шарёноҳи зери қулфак дида мешавад (расми 3). Даҳонаи шарёни чапи зери қулфак тавассути катетери RDC 8 Fr катетер гузаронида шуд. Нокили 0.014» дар қисми дисталии шарёноҳи зери қулфак ва зери бағал. Дар мавзёи стеноз стенти Hiprocampus, Invatec 8.0x18.0 бо фишори 14 Атм. имплантисия карда шуд (расми 4).



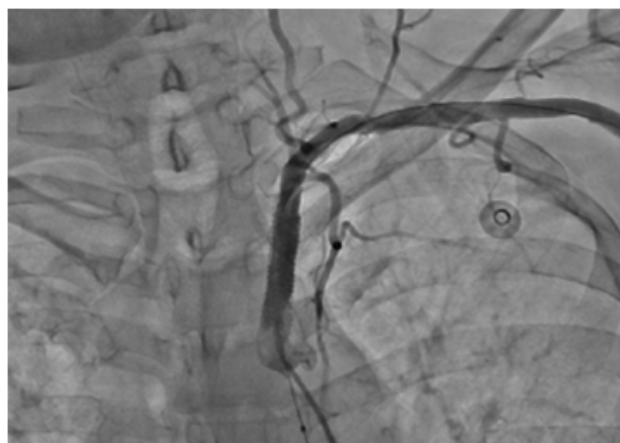
**Расми 3. Ангиографияи назоратии шарёни чапи зери қулфак баъди ангиопластикаи баллонӣ. Ангиопластика визуализатсия мешавад. Маҳалҳои стеноз ва ҳалқаҳои атеросклерозӣ визуализатсия мешаванд.**



**Расми 4. Марҳалаҳои имплантисияи стент дар шарёни чапи зери қулфак.**

Дар ангиографияи назоратӣ—стенози боқимонда=0; пуршавии антеградии шарёни зери қулфак хуб, steal syndrome нест карда шуд (расми 5). Бояд қайд кард, ки бо назардошти стентгузории имконпазири шарёни чапи зери қулфак ба бемор 3 рӯз пеш аз protsedura истеъмоли ҳаррӯзаи 300 мг кислотаи ацетилсалицил тавсия карда шуда буд ва бевосита як соат то пластикаи болус бо дозаи 450 мг клопидогрел дода шуд.

Давраи пас аз ҷарроҳӣ бе ориза сипарӣ шуд, бемор дар ҳолати қаноатбахш дар шабонарӯзи сеюми пас аз ҷарроҳӣ рухсат шуд. Аломатҳои клиникӣ ишемияи дастҳо ва синдроми вертебробазиларӣ ҳангоми рухсат шудан каме регрес дида шуд. Табобати дезагрегантӣ дукарата (кислотаи ацетилсалицилӣ+клопидогрел) дар давоми се моҳ тавсия карда шуд.



**Расми 5. Натиҷа пас аз стентгузорӣ дар шарёни чапи зери қулфак.**

Ҳангоми муоинаҳои назоратӣ дар СУСД баъди 6,12 ва 24 моҳи амалиёти ҷарроҳӣ бемор шикоят надошт, гузаронандагии шарёни чапи зери қулфак 100% (расми 6).



**Расми 6. Сканиркунии ултрасадоии дуплексӣ. Стенти имплантатсияшуда дар шарёни чапи зери қулфак визуализатсия карда шуд.**

Ҷолибии ҳолати клиникии овардашуда аз он иборат аст, ки ба ҷараёни тӯлонии раванди окклюзионӣ нигоҳ накарда, мотавонистем, ки реканализатсияро гузаронем, ки мувофиқи маълумотҳои К. Linnietal., дар 30%-и ҳолатҳо имконнопазир аст [3]. Нигоҳ накарда ба мавҷудияти эмболии дисталии шарёнҳои андомҳои болоии чап ва ишемияи шадид, пас аз стентгузорӣ ҷуброн шудани гардиши хун бо набазони (пулсатсияи) назарраси маҷрои дисталии шарёнҳо ба амал омад. Интиҳоб ба ғоидаи стентгузори шарёни зери қулфак аз мавҷуд будани диabetи қанди ҷуброннашаванда вобаста буд, ки дар он реваскуляризатсияи кушодаро миқдори зиёди оризаҳо ҳамроҳӣ мекунамд.

Ҳамин тавр, реваскуляризатсияи эндоваскулярии шарёни зери қулфак ҳангоми окклюзияи проксималӣ самаранок мебошад, каминвазивӣ аст ва усули ояндадори табобат ба ҳисоб меравад, имконият медиҳад, ки дар давраи дур натиҷаҳои хуб ба даст оварда шавад.

#### **Адабиёт (REFERENC)**

1. Калмыков Е.Л., Садриев О.Н. Неспецифический аортоартериит (болезнь Така-

ясу) // Наука молодых. – 2015. – № 4. – С. 127-133.

#### **REFERENC**

1. Kalmykov E. L., Sadriev O. N. Nonspecific aortoarteritis (bolezni Takayasu) [Nonspecific aortoarteritis (the disease of Takayasu)]. *Nauka molodykh – The Science of Youth*, 2015. No. 4, pp. 127-133.

2. AbuRahma A. F., Bates M. C., Stone P. A., Angioplasty and stenting versus carotid-subclavian bypass for the treatment of isolated subclavian artery disease. *Journal of Endovascular Therapy*, 2007, No. 14, pp. 698-704.

3. Linni K., Ugurluoglu A., Mader N., Endovascular management versus surgery for proximal subclavian artery lesions. *Annals of Vascular Surgery*, 2008, Vol. 22, No. 6, pp. 769-775.

4. Nakamura S., Kanno K., Kurita N., Long-term durability of endoluminal stenting for obstructive lesions of the subclavian artery: multicenter registry in Japan. *Japanese Journal of Cardiovascular Catheter Therapeutics*, 2006, Vol. 6, pp. 82.

5. Paraskevas K. I., Kalmykov E. L., Naylor A.R. Stroke/Death rates following carotid artery stenting and carotid endarterectomy in contemporary administrative dataset registries: a systematic review. *European Journal of Vascular and Endovascular Surgery*, 2016, Vol. 51, No. 1, pp. 3-12.

6. Peterson B. G., Eskandari M. K., Gleason T. G., Morasch M. D. Utility of left subclavian artery revascularization in association with endoluminal repair of acute and chronic thoracic aortic pathology. *Journal of Vascular Surgery*, 2006, Vol. 43, pp. 433-439.

Авгонов Умеджон Махмадшарифович – к.м.н., заведующий отделения сосудистой хирургии Республиканского научного центра сердечно-сосудистой хирургии; 734003, г.Душанбе, тел.: +992918684781; E-mail: [avgonovumedjon01@gmail.com](mailto:avgonovumedjon01@gmail.com)

ТДУ 616.24-002-07-08

## ҲОЛАТҲОИ КЛИНИКИИ ЛИМФАНГИОЛЕЙОМИОМОТОЗИ ШУШҲО

Холикова Н.Н., Бобоходжаева З.Б.

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

**Муҳиммият:** дар ин мақола як ҳолати клиникаи лимфангиолеиомиоматози шуш дар беморони синну соли репродуктивӣ ва мушкilotи ташҳиси ин патологияи нодири системаи нафаскашӣ тасвир шудааст. Зарурати муносибати инфиродӣ дар тактикаи табиби амалкунанда дар идоракунии беморони гирифтори хилотораксҳои стихиявӣ ва ҳамлаҳои гемоптиз. Ин мисоли клиникӣ барои пулмонологҳо ва табибони умумӣ бо мақсади зиёд кардани таваҷҷуҳи онҳо ба афзоиши ҳодисаҳои лимфангиолеиомиоматоз дар Ҷумҳурии Тоҷикистон пешниҳод карда шудааст.

**Калимаҳои калидӣ:** лимфангиолеиомиоматоз, хилоторакс, гемоптиз, занони синну соли репродуктивӣ.

## КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ЛИМФАНГИОЛЕЙОМИОМОТОЗА ЛЕГКИХ

Холикова Н.Н., Бобоходжаева З.Б.

Кафедра внутренних болезней №1 ТГМУ им. Абуали ибни Сино

**Резюме.** В данной статье описан клинический случай лимфангиолейомиоматоза легких у пациентки репродуктивного возраста. Представлены трудности диагностики данной редкой патологии органов дыхания. Описана необходимость индивидуального подхода в тактике практикующего врача в ведении пациенток со спонтанными хилотораксами и приступами кровохарканья. Данный клинический пример представлен для врачей пульмонологов, врачей общей практики в целях повышения их внимания на возможность клинического случая лимфангиолейомиоматоза в Республике Таджикистан.

**Ключевые слова:** лимфангиолейомиоматоз, хилоторакс, кровохарканье, женщины репродуктивного возраста

## CLINICAL CASE OF PULMONARY LYMPHANGIOLEIOMYOMATOSIS

Kholikova N.N., Bobokhojaeva Z. B.

Department of Internal Medicine №1, SE of the Avicenna Tajik State Medical University

**Resume.** This article describes a clinical case of pulmonary lymphangioleiomyomatosis in a patient of reproductive age. The difficulties in diagnosing lymphangioleiomyomatosis are presented. The necessity of individual approach in the tactics of a practicing physician in the management of patients with spontaneous chylothorax and attacks of hemoptysis. This clinical example is presented for pulmonologists, general practitioners, in the aspect of increasing their attention to the increasing incidence of extragenital endometriosis in the Republic of Tajikistan.

**Key words:** lymphangioleiomyomatosis, chylothorax, hemoptysis, women of reproductive age.

**Мубрамият.** Лимфангиолейомиоматоз – бемории нодири кистозӣ ва инфилтративии шушҳо мебошад, ки занҳои синну соли репродуктивиро (18-55) осеб мерасонад, хусусиятҳои пайдо шудани кистаҳои ҳавоӣ дар узвҳои нафаскашӣ буда, бо пневмоторакс ва хилотораксҳои ғайриинҳтиёрӣ, лаҳзаҳои хун-

туфкунӣ ва нафастангӣ зоҳир мешаванд.

Этиологияи ин беморӣ то охир омӯхта нашудааст, якчанд назарияҳои эҳтимолии пайдошавии ин беморӣ мавҷуд аст. Мувофиқи баъзе маълумотҳо лимфангиолейомиоматози спорадики (ЛАС) ирсӣ нест, ин аз сабаби мутатсияи генҳое, ки масъули диф-

ференсатсияи туберин ва гамартин ҳас танд, ба вучуд меояд.

Функцияи ин протеинҳо манъ кардани тақсимшавии ҳучайраҳои ЛАС мебошад, агар протеинҳо дар дифференсатсия шикаста шаванд, афзоиши аз меъёр зиёди ҳучайраҳои ЛАС ба амал меояд [1]. Дар тақсим кардани ҳучайраҳои ЛАС эстроген нақши муҳим дорад, ки сатҳи баланди он метавонад инкишофи ин бемории нодирро тезонад, аммо сабаби бевосита нест [2], ки тавонад ба пайдошавии лимфангиолейомиоматоз маҳз дар ҷинси занҳои синну соли репродуктивӣ таъсир расонад. ЛАС-ҳучайраҳо низ клетки таҷриба ретсепторҳоро ба эстроген ва прогестерон экспрессия мекунад, ки аксаран бад шудани ҷараёни беморию ҳангоми ҳомилагӣ ва баръакс, суст шудани суръати пешравиро пас аз сар шудани менопауза нишон медиҳад. Ин имконият медиҳад чунин ҳисобем, ки гормонҳо ба пролифератсияи ЛАС-ҳучайраҳо таъсир мерасонанд, вале нақши ниҳонии эстрогенҳо дар патогенези ЛАС то имрӯз номаълум боқӣ мемонад [1].

Барои лимфангиолейомиоматоз деструксияи пешравандаи кистозии бофтаҳои шушҳо, осебҳои системаи лимфавӣ ва пайдо шудани сохторҳои омосмонанд (ангиомиолипом) дар узвҳои ковокии шикам хос аст. Лимфангиолейомиоматоз метавонад, ки даврӣ бошад ва ё дар беморони гирифтори склерозитуберозӣ (СТ) – синдроми модарзодии аутосомӣ-доминантӣ бошад [1,2]. ЛАС-ҳучайраҳо дар атрофи киста гурӯҳ-гурӯҳ, дар дарозии бронхҳо, рағҳои хунбар ва лимфавӣ ва бронхҳо ҷойгир мешаванд. Особ дидани рағҳои лимфавӣ, эҳтимол сабаби пайдо шудани хилоторакс ва хориҷ кардани лимфа гардад. Особ дидани рағҳои хунбар метавонад хунравии майдаро ба вучуд орад ва осеб дидани роҳҳои нафаскашӣ ба инсидоди брнхҳо, ташаккул ёфтани “дом”-и ҳавоӣ ва баъдан кистаҳо оварда мерасонад. Пайдо шудани киста барои вайрон шудани архитектураи бофтаҳои шушхотавассути катепсини К матрикси металлопротеиназам мусоидат мекунад, ки вай ЛАМ-ҳучайраҳоро ҳосил мекунад [1].

Лимфангиолейомиоматоз бемории нодир ва мушкilotи универсалӣ барои ҳама ихтисосҳои тиббӣ ба ҳисоб меравад [1,2]. Беморшавӣ 1-5 ҳолат дар 1 млн. зан мебошад, миқдори беморони дорои лимфангиолейомиоматози шушҳо тибқи маълумоти умумӣ аз 25 то 50 ҳазор аст (тибқи маълумоти ТУТ) ва майл ба зиёд шудан дорад. Аввалин аломатҳои он дар занҳо дар синну соли 30-35-солагӣ дида мешавад.

Дар солҳои охир бештар беморон бо осебсистемаи бронху шушҳои табиабашон номаълум навъи осебҳои идиопатӣ дар шушҳо муроҷиат мекунад, ки вобаста аз ин проблемаи таъхиси тафриқӣ бо дигар бемориҳои интерстициалии шушҳо ба миён меояд. Манзараи клиникаи лимфангиолейомиоматози шушҳо сулфа, хунтуфкунӣ, хилоторакс ва пневмотораксҳои худ ба худ рӯйдиҳанда ҳамроҳӣ мекунад.

Аломатҳои асосии клиникаи ЛАС пневмотораксҳои худ ба худ рӯйдиҳанда (дар 50–75%-и ҳолатҳо), нафастангии пешраванда ҳангоми сарбории ҷисмонӣ (тақрибан дар 80%-и беморон) ва тарашшуҳи (выпот) хилезии плевралӣ (хилоторакс) мебошанд. Сабабҳои нафастангӣ инсидоди бронхҳо ва дегенератсияи кистозии бофтаҳои шушҳо ба ҳисоб мераванд. Пневмотораксҳои худ ба худ рӯйдиҳанда аксари вақтҳо якумин аломати пайдошавии ЛАС мебошад. Пневмоторакси дутарафа, пайдо шудани пневмоторакс ҳангоми ҳомилагӣ дар занҳои ҷавони сигор нам екашидагӣ аз эҳтимоли баланди мавҷуд будани ЛАС дарак медиҳад. Хеле кам сулфа, хунтуфкунӣ, хориҷ кардани лимфа (лимфорея) дида мешавад [1, 2].

Дар соли 2010 тавсияҳои клиникаи Ҷамъияти аврупогии респираторӣ оид ба таъхис ва мувофиқати беморони мубтало ба ЛАС ба таърифи расид, ки мувофиқи он таъхиси ЛАС метавонад дараҷаҳои гуногуни эҳтимоли вобастагӣ аз маълумоти клиникӣ ва ё набудани тасдиқи гистологӣ, аломатҳои ғайришушӣ, манзараи ТК бошад [3].

**Аломатҳои рентгенологии ЛАС.** Дар баробари усулҳои таъхиси ЛАС нақши маҳсусан муҳимро усулҳои рентгенологӣ, аз ҷумла ТК иҷро мекунад. Рентгенограммаи

қафаси сина мумкин аст, ки нисбатан муътадил намояд ё каме дертар мумкин аст, ки ба гиперинфлятсия ишора кунад [3]. Бо пешравии беморӣ, дар рентгенограмма қуввати диффузӣ ва деформатсияи акси шушҳо пайдо мешаванд, ки дар заминаи онҳо ҷавфҳои девораборики ҳавоии андозаашон гуногун (расми 1) дифференсатсия мешаванд. Ин тағйирот типӣ мебошанд, агар дар ҷавфҳои плевра ҳаво ё хилус набошад.

Ба андешаи бештари муҳаққиқон усули асосии ташҳиси шуоии ЛАС ТК ба ҳисоб меравад, вай махсусан ҳангоми ҷараёни бе симптоми беморӣ, бешак, усули асосии ташҳис шуда мемонад [3].

**Мақсади таҳқиқот.** Тавсифи ҳолати нодири клиникии лимфангиолейомиоматози шушҳо дар ҚТ. Таҳлили ретроспективии картаҳои амбулаторӣ ва статсионарӣ. Тавсифи критерияҳои ташҳиси лимфангиолейомиоматоз ва анҷом додани муоинаи ҷараён ва давраҳои муолиҷаи фаъл.

**Мавод ва усулҳои таҳқиқот.** Муоинаи клиникӣ, таҳлили ретроспективии картаҳои амбулаторӣ ва статсионарии занҳои бемори гирифтори ЛАС-и шушҳо. Беморзан ба шӯъбаи пулмонологияи МД МСШ №2 ба номи К.Т. Тоҷиев бо мақсади муоинаи пурра қардан ва ташҳиси ниҳой қардан мукроҷиат қардааст. Таҳлили усулҳои лабораторӣ ва инструменталии таҳқиқот сурат гирифт:

- Функции нафаскашии беруни: ҳаҷми боқимонда, ҳаҷми нафаскашӣ, ҳаҷми захиравии нафаскашӣ, ҳаҷми ҳаётии шушҳо.
- Таҳқиқоти рентгенологӣ: рентгенографияи рақамӣ, томографияи компютерӣ.
- Таҳқиқоти бактериологӣ: таҳлили бактериологӣ ва умумии хун, таҳлили умумии балғам ва пешоб.

Дар баробари ин, протседураи бронхоскопия бо гирифтани обшӯстаҳо барои таҳлил, таҳлили умумии балғам, таҳлили балғам барои флора (микроскопияи балғам бо усули Гроккот-Гомори), ПСР таҳқиқи балғам ва спирометрия гузаронида шуд. Барои муайян қардани дараҷаи сер будан аз оксиген ва дараҷаи норасоии нафаскашӣ таркиби газҳои АВГ (*Arterial blood gases*) хуни шарёнӣ ва пулсоксиметрия таҳқиқ қарда

шуд. Аз таҳқиқоти инструменталӣ таҳқиқи компютерии узвҳои қафаси сина, ТУС-и гурдаҳо ва узвҳои ковокии шикам иҷро қарда шуданд. Вобаста ба соҳаи кардиология: ЭКГ, ЭХО КГ.

**Натиҷаҳо ва муҳокимаи онҳо.** Бемор 42-сола, ба шӯъбаи пулмонологияи МД МСШ №2 ба номи К.Т. Тоҷиев бо шикоятҳои сулфа, бо лаҳзаҳои хунтуфкунӣ дохил шудааст, ҳамчунин аз тсутии умумӣ, нафастангӣ ҳангоми сарбории ҷисмонӣ шикоят дошт. Дар моҳи апрели соли 2024 вобаста аз зиёд шудани нафастангӣ, бесамара будани муолиҷа бо пулмонолог машварат намуд, ташҳиси тахминӣ гузашта шуд: Бемории музмини обструктивии шушҳо (БМОШ). Нораҳои нафаскашии дараҷаи 1, барои дақиқ муайян қардани ташҳис бистарикунии нақшавӣ ва идома додани муолиҷаи базавӣ тавсия қарда шуд, Ташҳис ҳангоми дохилшавӣ: J84.9 (тибқи ТББ - 10) Бемории интерстициалии дақиқнашудаи шушҳо, шакли диффузӣ, ҷараёни пешраванда. Норасоии нафаскашии дараҷаҳои 3-4.

Аз анамнези ҳаёт: ягона кӯдак дар оила, шавҳардор, соҳибхоназан. Айни замон дар ҳучраи 4-хонадор бо тамоми шароит бо волидайн дар хонаи хиштӣ зиндагӣ мекунад. Шароити моддӣ ва маишӣ ва иҷтимоӣ қаноатбахш, Одатҳои заранок надорад, сигор намекашад.

Аз анамнези беморӣ: аз 35-солагӣ худро бемор ҳис мекунад. Аввалин аломатҳоро бо СШРВ алоқаманд медонад, ки бо бронхити шадиди катаралӣ оризанок шудааст. Пас аз бомуваффақият табобат қардани бронхит, гоҳ-гоҳ пайдо шудани инафастангиро эҳсос мекард. Баъдан пайдо шудани балғамро мушоҳида намуд, ки ҳаҷман зиёд шудан мегирифт. Пас аз муолиҷаи ҳамасола бо доруҳои антибактериалӣ (кадом дору дар ёд надорад) беҳтар шудани ҳолаташро ҳис қард. Аммо дар давраҳои байни ҳуруҷҳо сулфаи хушк ва каме нафастангиро эҳсос намуд. Аз суҳанони бемор вай зиёд шудани миқдори ҳуруҷҳои нафастангӣ ва ҳафашавии гулӯро, инчунин зуд-зуд ҳуруҷ қардани бронхити музмин ва тонзиллитро ҳангоми фаълнокии ками ҷисмонӣ ҳис қардааст.

Маълум аст, ки дар соли 2018 бемор аз астмаи бронхиалӣ ва бемории музмини obstructiviи шушҳо (БМОШ) азият мекашид, хуруҷҳо 1-2 маротиба дар як сол такрор мешуданд, мунтазам дар назди табиби пулмонолог муоина карда мешуд, табобати базисӣ: будесонид, формотерол, тиотропия бромиди моногидрат, ипратропия бромид. Якчанд маротиба дар шароити статсионарӣ ва амбулаторӣ муоина шудааст. Дар давоми 2 сол 2 маротиба дар шароити санаторӣ-курортӣ дар ш. Истаравшан муолиҷа шудааст. Аз ибтидои соли 2019 зиёд шудани хуруҷҳои нафастанги роо ҳангоми пайдо шудани нафастангии вазнин мушоҳида мекард, ки сабаби асосии аз кор рафтаниш шудааст. Дар ин навбат дар МД МТШ №2 ба номи К. Т. Тоҷиев бо бронхоспазм ва хунтуфкунии возеҳ бистарӣ карда шуд. Якбора бад шудани ҳолат дар шакли афзудани нафастангӣ, синдроми дард, дар қафаси сина мушоҳида мешавад. Дар шуъбаи табобати интенсивӣ бистарӣ шуда, аз таҳқиқот гузашт, ки дар натиҷаи ин сатҳи тропонин- 223 (N-55нг/мл) дида шуда, ташҳиси зерин гузошта шуд: Бемории ишемикии дил, синдроми шадиди коронарӣ, бо баланд шудани сегменти ST аз соли 02.05.2023. Дар чараёни бистарӣ шудан пароксизми тахикардияи меъдаҷаҳо рух дод, бо мақсади барқарор кардани ритм табобати электроимпульсӣ иҷро карда шуд, ба шуъбаи коронарографияи фаврӣ интиқол дода шуд. Пас аз иҷро кардани коронарография ташҳиси синдроми шадиди коронарӣ безътибор доништа шуд, аммо дар заминаи эндомиокардиозии шушҳо, ташҳиси гемоторакси тарафи рост гузошта шуд, дренаж иҷро карда шуд, шуш соф шуд. Барои табобати минбаъда бемор ба шуъбаи пулмонологияи МД МТШ №2 ба номи К. Т. Тоҷиев, барои дақиқ кардани ташҳис ва муътадил сохтани ҳолат ва интиҳоби табобати симптоматикӣ, гузаронида шуд. Аз анамнез лаҳзаҳои хунтуфкунии бемор танҳо дар вақти menses ба мушоҳида мерасад, ва ин дар ин ҳолати клиникӣ диққатро ҷалб мекунад.

*Анамнези гинекологӣ:* сикли ҳайзбинӣ 27 рӯз, дар анамнез 3 ҳомилагӣ, бо сикти чанин

ва иҷро кардани исқотҳои тиббӣ анҷом ёфтаанд.

*Бемориҳои аз сар гузаронидашуда:* зуд-зуд такрор шудани СШРВ (сирояти шадиди респираторӣ вирусӣ), паротит дар синну соли барвакт. Бемориҳои аллергӣ дар оила рад карда мешаванд. Акулаамалҳои аллергӣ ба препаратҳои доругӣ ва маҳсулоти ғизоӣ мушоҳида нашудааст.

*Объективӣ:* ҳолати умумии бемор ғайри қаноатбахш, ки ин ба шикоятҳои бемор ва нафастангии пешраванда ва хуруҷҳои сулфа ва мхунтуфкунӣ вобаста аст. Андом астеникӣ, гипотрофӣ, массаи бадан - 46 кг, қад 170 см. Пӯст рангпариди, нафаскашӣ бо бинӣ бо сабаби банд шуданиш, каме душвор, бо даҳон нафас мекашад. Мавзеи секунҷаи биниву лабҳо сианозӣ, варам кардани рӯй, кафи пойҳо, соқҳо дида мешавад. Қафаси сина деформатсия нашудааст. Фосилаҳои байниқабурғавӣ калон шудаанд. Мавзеи гиреҳҳои лимфавӣ ҳангоми палпатсия кардани дард намекунад, гиреҳҳои лимфавӣ калон нашудаанд. Шикам мулоим, ноҳияи эпигастралӣ ба таври миёна дарднок. Пасафканд кам, номунтазам, баъзан дамидагии шикам дида мешавад.

Системаи дилу рағҳо ва узвҳои ковокии шикам бидуни тағйироти патологӣ. Ноҳияи дил ва рағҳои калон: бе тағйир. Лаҳн: хомӯш, кунд. Набз 98 дақ., дуруст. ФШ D=S 110/70 мм сут. сим.

Ба таври палпатсия: шикам дарднок дар ноҳияи эпигастрия, чигар аз зери канорҳои камони қабурғаҳо то 1 см баромадагӣ. Қутби поёнии испурч палмосида мешавад.

Тибқи маълумоти томографияи компютерӣ узвҳои қафаси сина: шиддатгирии диффузии манзараи шушҳо, аз ҳисоби кистаҳои сершумори девораборики ҳавоии андозаҳои гуногун. Хулоса: манзара ба осебҳои инфилтративӣ диффузии шушҳои этиологияшон номаълум.

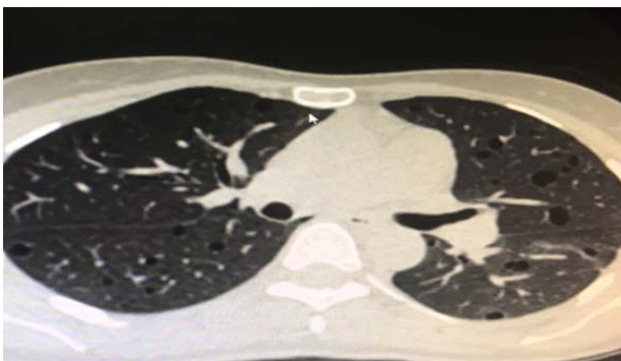
Тибқи маълумоти рентгенограммаи шушҳо: калон шудани ҳаҷми шушҳо, дар ноҳияи гемоторакс дар шуши рост дренаж гузошта шуд, ҳаво бо миқдори кам, дар гемоторакси рост ҳатти наздидеворавӣ ~ 5мм дар қисмҳои паҳлӯӣ, дар акс – ҳаво дар ко-

вокиҳо плевра муайян карда нашуд. Инфилтратсияи диффузии шушҳо, моеъ дар ковокиҳои плевра муайян карда нашуд. Хулоса: манзара ба осебҳои инфилтративии диффузии осебҳои шушҳои этиологияшон номаълум.

Томографияи компютерӣ баъди 3 моҳи табобат: афзоиши шакли ретикулярии шуш, кистаҳои сершумори девораборики андозаҳои гуногун, трахея ва бронхҳо дар бурриши аксиалӣ ҳилолшкл буданд. Нест кардани лонаҳои инфилтратсия, лонаҳои майдаи типӣ диффузӣ-мозаикӣ, ки дар пеши бронхҳо ҷойир шудаанд, моеъ ва ҳаво дар ковокиҳои плевра муайян карда нашуд. Хулосаи томографияи компютери шушҳо: манзара ба осебҳои инфилтративии диффузии осебҳои шушҳои этиологияшон номаълум мувофиқат мекунад.

Таҳқиқи балғам: дар таҳлили умумии балғам миқдори зиёди лейкоцитҳо, эритроцитҳо, унсурҳои илтиҳоб ва дистрофияи эпителии цилиндрӣ. Кишти бактериологӣ балғам - рушди микрофлораи непатогенӣ. Муайян карда шуд: макрофагҳои алвеоларӣ +, лейкоцитҳо +++, эритроцитҳо +++, микобактерияҳои сил муайян карда нашуд.

Тибқи маълумоти бронхоскопия: Дискинезияи трахео – бронхиалии дараҷаҳои I-II, эндобронхити дутарафаи диффузии катаралӣ хеле возеҳ аст, мавзӯҳои ба шакли мозаика бо лонаҳои хунравӣ муайян карда шуд.



**Расми 1. - МСКТ ГК (бурриши аксиалӣ) беморони дорои лимфангиолейомиоматози шушҳо.**

Мувофиқи натиҷаҳои таҳқиқоти лабораторӣ: эритроцитҳо  $2,4 \cdot 10^{12}/л$ , гемоглобин 95

г/л, тромбоцитҳо  $128 \cdot 10^9/л$ , лейкоцитҳо  $5,1 \cdot 10^9/л$ . Таҳлили пешоб бе тағйироти возеҳ.

Таҳлили биохимиявии хун: сафеда 71 г/л, қанд - 3,4 ммол/л., креатинин - 164 ммол/л, мочевино-20,7 ммол/л, калий-6,1 ммол/л; АлАТ- 23 Ед/л; АсАТ-64 ЕД/л.

Спирометрия: ЗХШ (зарфияти ҳаётии шушҳо) бо % аз пешбинишуда – 91,0, ХАТР (ҳадди аксари тахвияи шушҳо) аз пешбинишуда – 74%, ЗХФШ (зарфияти ҳаётии функционалии шушҳо) – 2000 мл, коэффитсиенти ТИФФНО – 61%.

Таҳқиқи паразитологӣ: токсакароз - манфӣ; лямблиоз -манфӣ; пневмосистоз - манфӣ; пневмохламидиоз - манфӣ; кал барои я / г - манфӣ.

Тибқи маълумоти ЭКГ: Кардиостимулятори синус. Тахисистолия, ритм мунтазам, БҚД (басомади кашишхӯрии дил) = 116 зарб./дақ. Ҳолати муътадили меҳвари электрикии дил. Тағйирот дар минтақаи гузариш ба тарафи рост. Мухосираи пурраи пойчаи чапи қабзаи Гис. Ихтилоли протсесси реполяризатсия (тағйироти номахсуси дандонаи Т).

Тахисистолия, ритм мунтазам, БҚД = 116 зарб./дақ. Ҳолати муътадили меҳвари электрикии дил. Тағйирот дар минтақаи гузариш ба тарафи рост. Мухосираи пурраи пойчаи чапи қабзаи Гис. Ихтилоли протсесси реполяризатсия (тағйироти номахсуси дандонаи Т).

Тибқи маълумоти ЭХО КГ: Ремоделсозии консентрикии меъдачаи чап. Ҳаракатҳои парадоксалии девораи байни меъдачаҳо. Норасоии митралии дараҷаи 1. Норасоии трикуспидалии дараҷаи 1.

Табобат: антибактериалӣ (мувофиқи натиҷаҳои ҳассосияти сефоперазонсулбакт 2,0 3 р/ш.р), кардиотропӣ (верапамил 80 мг 4 м/ш.р.), бронхолитикӣ (ипратропия бромид +фенотерол 2 мл аз тариқи небулайзер 3-4 м/ш.р.), муколитикӣ (флуимуцил 0,3 д/в), аналгезӣ, гастропротективӣ (омепразол 40 мг 2 м/ш.р.), антикоагулянтӣ (ривароксабан 10 мг 1 м/ш.р.), табобати гормоналӣ (будесонидингальтсионӣ), дастгирии нутритивӣ.

Дар консилиум бо иштироки гинекологҳо таҳхис гузошта шуд: «Лимфангиолей-

омиоматоз. Чараёни такроршаванда». Барои бемор аз рӯзҳои аввал препарати пероралии сиролимус (рапамитсин) таъйин карда шуд. Муоинаи динамикӣ баъди 6 моҳ, бемор беҳбудии муваққати ҳис мекунад, шикоят аз хунтуфкунӣ дида намешавад. Дар заминаи табобати гузаронидашуда динамикаи мусбат дида шуд: нафастангӣ, сулфа кам шуд, ҳарорати бадан муътадил гашт. Дар аксҳои назоратии рентгенограммаҳо ва ТК-и шушҳо динамика дида нашуд.

### Хулосаҳо.

1. Лимфангиолейомиоматоз (ЛАМ) – бемории хеле нодир аст, дар зиндагӣ ташҳис кардани мушкил мебошад. Беморшавӣ 1-5 ҳолат ба 1 млн. зан рост меояд, микдори беморони гирифтори лимфангиолейомиоматози шушҳо тибқи маълумотҳои ҷамъбастишуда аз 25 то 50 ҳазор беморро ташкил медиҳад (тибқи маълумоти ТУТ). Аввалин аломатҳо бештар дар занҳои 30-35-сола пайдо мешавад.

2. Хатоҳои асосӣ дар ташҳис аз он сбаб рух медиҳанд, ки бисёрии табибон вобаста аз нодир будани беморӣ, ба хусусиятҳои клиникӣ-рентгенологии симптоматикаи ин категорияи беморон штнос нестанд.

3. Ин намунаи клиникӣ барои табибон пульмонологҳо, табибони оилавӣ, табибон рентгенологҳо дар ҷанбаи баланд бардоштани таваҷҷуҳи онҳо ба имконпазир будани ошкор намудани лимфангиолейомиоматози шушҳо дар Ҷумҳурии Тоҷикистон пешбинӣ шудааст.

4. Асоси ташҳисро симптомҳои махсуси клиникӣ (нафастангӣ, сулфа, хунтуфкунӣ, дард дар қафаси сина), инчунин манзараи махсуси ТК шушҳо- калоншавии диффузии туршакли манзараи шушҳо аз ҳисоби кистаҳои сершумори девораборики ҳавоии бузургиашон гуногун ташкил медиҳанд.

4. Дар натиҷаи таҳқиқоти гузаронидашуда ташҳиси ниҳонии клиникӣ гузошта шуд: Лимфангиолейомиоматози шушҳо. Ба сифати табобати беморони дорoi лонаҳои сершумори ЛАМ- ҳуҷайраҳои шушҳо табобати тӯлонии иммуносупрессивӣ бо минбаъда тахти муоинаи иммуносупрессивии пульмонолог, психиатр, табиби оилавӣ гирифта мешавад.

бати тӯлонии иммуносупрессивӣ бо минбаъда тахти муоинаи иммуносупрессивии пульмонолог, психиатр, табиби оилавӣ гирифта мешавад.

5. Дар асоси маълумоти сарчашмаҳо ва таҷрибаи худ ҳулоса баровардан мумкин аст, ки муваффақият дар ташҳис ва табобати ин беморӣ мумкин аст, ки танҳо дар натиҷаи консенсуси зичи байнифаннӣ ба даст оварда шавад.

### Адабиёт

1. Макарова М.А., Черняк А.В. Лимфангиолейомиоматоз: путь к диагнозу редкого кистозного заболевания легких на примере клинического наблюдения. *Пульмонология*. 2023; 33(3); 427-433

2. Самсонова М. В. и др. Лимфангиолейомиоматоз: рентгеноморфологические сопоставления //Пульмонология. 2023; Т. 34. №. 1; 50-58.

Тавейра-ДаСилва А.М., Гопалакришнан, В.Яо, Дж. и др. Компьютерная грация тяжести заболевания легких у пациентов с лимфангиолейомиоматозом, направляемых на трансплантацию. *BMC Pulm. Med.* 2022; 22 (1); 362.

**Холикова Нигина Набичоновна** - ассистент кафедры бемориҳои дарунии №1 МДТ ДДТТ ба номи Абуалӣ ибни Сино, 734058, Ҷумҳурии Тоҷикистон, ш. Душанбе, кӯчаи Сино 29-31. Тел: +992 88 900 66 44 E-mail: [kholikovanigina4@gmail.com](mailto:kholikovanigina4@gmail.com) 734058.

**Холикова Нигина Набижоновна** - ассистент кафедры внутренних болезней №1 ГОУ ТГМУ им. Абуалиибни Сино, 734058, Республика Таджикистан, г. Душанбе, улица Сино 29-31. Тел: +992 88 900 66 44 E-mail: [kholikovanigina4@gmail.com](mailto:kholikovanigina4@gmail.com) 734058.

**Kholikova Nigina Nabizhonovna**-Assistant of the Department of Internal Diseases No. 1 of the State Medical University named after AbualiibniSino, 734058, Republic of Tajikistan, Dushanbe, Sino Street 29-31. Tel: +992 88 900 66 44 E-mail: [kholikovanigina4@gmail.com](mailto:kholikovanigina4@gmail.com) 734058.gmail.com 734058.

## ШАРҲИ АДАБИЁТ

### ТАБОБАТИ САРАТОНИ ГАРДАНАКИ БАЧАДОН

Ташметов М.Н.<sup>1</sup>, Ҳакимов Г.А.<sup>1</sup>, Зиқиряходчаев Д.З.<sup>2</sup>, Юлдошев Р.З.<sup>2</sup>

1. Донишқадаи педиатрии тиббии Тошканд, Ҷумҳурии Ўзбекистон, кафедраи онкология,  
2. МДТ «Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷиқистон ба номи Абуалӣ ибни Сино», кафедраи онкология, ш. Душанбе.

### СОВРЕМЕННЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ ТЕРАПИИ РАКА ШЕЙКИ МАТКИ

Ташметов М.Н.<sup>1</sup>, Ҳакимов Г.А.<sup>1</sup>, Зиқиряходжаев Д.З.<sup>2</sup>, Юлдошев Р.З.<sup>2</sup>

1. Ташкентский педиатрический медицинский институт Министерства здравоохранения Республики Узбекистан, кафедра онкологии, г. Ташкент. 2. Таджикский государственный медицинский университет им. Абуали ибни Сино, кафедра онкологии, г. Душанбе.

В статье с позиции современной литературы обсуждены вопросы и показаны сложности в терапии рака шейки матки. Данные литературы показывают, что несмотря на небольшие размеры самой опухоли, она очень часто в короткий промежуток времени метастазирует или же осложняется кровотечением. Прогресс технологии способствовали тому, что в настоящее время значительных трудностей в диагностике рака шейки матки и дифференциации её различных патогистологических вариантов не имеются. Однако по данным большинства специалистов в настоящее время терапия РШМ не удовлетворяет ни потребность пациентов, ни ожидаемые ожидания врачей и оставляет желать лучшего. В связи с этим научные исследования направленные на оптимизации тактики лечения и повышения её эффективности считается актуальными.

**Ключевые слова:** рак шейки матки, местно-распространенный рак шейки матки, лучевая терапия, неoadъювантная химиотерапия, рецидив, выживаемость.

### MODERN POSSIBILITIES OF CERVICAL CANCER THERAPY

Tashmetov M. N.<sup>1</sup>, Khakimov G. A.<sup>1</sup>, Zikiryakhodzhaev D. Z.<sup>2</sup>, Yuldoshev R. Z.<sup>2</sup>

1. Tashkent Pediatric Medical Institute of the Ministry of Health of the Republic of Uzbekistan, Department of Oncology, Tashkent. 2. Abuali ibni Sino Tajik State Medical University Sino, Department of Oncology, Dushanbe.

The article discusses issues and shows difficulties in the treatment of cervical cancer from the perspective of modern literature. Literature data show that despite the small size of the tumor itself, it very often metastasizes in a short period of time метастазируется or is complicated by bleeding. The progress of technology has contributed to the fact that currently there are no significant difficulties in diagnosing cervical cancer and differentiating its various pathohistological variants. However, according to the majority of specialists, breast cancer therapy currently does not meet either the needs of patients or the expected expectations of doctors and leaves much to be desired. In this regard, scientific research aimed at optimizing treatment tactics and increasing its effectiveness is considered relevant.

**Keywords:** Key words: cervical cancer, locally advanced cervical cancer, radiation therapy, neoadjuvant chemotherapy, relapse, survival.

**Муқаддима.** Дар даҳсолаи охир мушкилоти саратони гарданаки бачадон (СГБ) дар амалияи ҷаҳонии саратоншиносӣ бештар аз ҳама баррасӣ мешавад ва ин қабл аз ҳама

ба афзоиши мунтазами шумораи қанони гирифтори марҳилаҳои гуногуни патологияи мазкур вобаста аст [1, 2]. Тибқи маълумоти оморӣ, дар соли 2024 дар ҷаҳон 662

301 бемори гирифтори СГБ ошкор карда шуд, ки ин 7,6%-и тамоми ҳодисаҳои муайянгардидаи мубталошавӣ ба номияҳои бадсифатро ташкил меод; дар 348 874 ҳолат фавт ба қайд гирифта шуд [2]. Сабаби ин ҳам безътиноии беморон нисбати саломатии худ ва ҳам дастрасии зарурӣ надоштани доираҳои васеи аҳоли ба муассисаҳои махсусгардонидашудаи онкологӣ мебошад [2]. Ҳиссаи беморони гирифтори марҳилаҳои III-IV дар байни ҳамаи занони гирифтори саратони гарданаки бачадон 32,6%-ро ташкил медиҳад ва ин нишондод ҳамасола меафзояд [1-3]. Сарфи назар аз он ки мизони ошкорсозии СГБ дар марҳилаи *in situ* солҳои охир ба таври қобили мулоҳиза афзоиш ёфтааст, ҳиссаи ҳодисаҳои муайянсозии нахустини саратони ба таври маҳаллӣ паҳншуда баланд боқӣ мемонад [2, 4]. Тибқи пешгӯйиҳои GLOBOCAN, то соли 2050 гирифторшавӣ ба СГБ 50% афзуда, дар як сол ба беш аз 1 миллион ҳолати нав мерасад [2].

Тавре аз таҷрибаи мутахассисон бармеояд, усулҳои интихоби табобати СГБ ба таври инфиродӣ муайян карда мешаванд ва он пеш аз ҳама аз дараҷаи паҳншавии раванд ва вазнинии патологияҳои ҳамроҳ вобаста мебошад [1-5]. Усулҳои стандартӣ қабулшудаи табобати СГБ-и ба таври маҳаллӣ паҳншуда муолиҷа бо доруҳои зиддиомосӣ, татбиқи муҳолиҳои ҷарроҳӣ, инчунин муолиҷаи шуӣ махсус меёбанд [1-5]. Зимнан дар самаранокӣ табобат андозаи омози ибтидоӣ нақши муҳим мебозад ва бо зиёдшавии ҳаҷми он шумораи натиҷаҳои қаноатбахшӣ табобат ба таври назаррас коҳиш меёбад [2, 5].

Таҳқиқотчиён ба натиҷаҳои табобати саратони гарданаки бачадон бо истифодаи муолиҷаи шуӣ таваҷҷуҳи ҷиддӣ медиҳанд [6, 7]. Тибқи маълумоти як қатор мутахассисон, пас аз муолиҷаи шуӣ дар 10-40% беморон ретсидивҳои маҳаллӣ ва дар 35% пайдошавии метастазҳои дур ба мушоҳида мерасанд [6, 8]. Вобаста ба марҳилаи беморӣ нишондиҳандаи рушди беморӣ дар марҳилаи III ба 70%, дар марҳилаи II ба 45% ва дар марҳилаи I ҳамагӣ ба 24% мерасид. Ҳан-

гоми таҳлили сифати зиндагии беморон баъди табобат диққатро ба худ ба вучуд омадани шумораи зиёди мушкилиҳо пас аз муолиҷаи шуӣ ҷалб мекунад [9].

Дар солҳои охир полихимиотерапияи неоадювантӣ (ПХТНА)-ро зиёд ҳамчун қисми ҷудонашавандаи табобати беморони гирифтори СГБ мавриди татбиқ қарор мегирад [10, 11]. Аммо бо вучуди суръати баланди рушд ва ҷорикунӣ табобат бо доруворӣ, нақши он дар табобати СГБ мавзӯи баҳсу баррасиҳои табибон боқӣ мемонад. ʻайр аз ин, таҳқиқотҳое, ки ба аҳамияти муолиҷаи доруӣ бо мақсади омода кардани беморони мубталои шаклҳои гуногуни СГБ ба табобати ҷарроҳӣ бахшида шудаанд, натиҷаҳои гуногун медиҳанд [12, 13]. Далелҳои мусаллами беҳбудии назарраси давомнокии ҳаёти беморон вучуд надоранд, ҳарчанд ремиссияи клиникаи СГБ метавонад басомад ва давомнокии гуногун дошта бошад. Илова бар ин, тамоюл ба коҳишёбии ретсидивҳо ва метастазҳои СГБ дар заминаи ПХТНА вучуд дорад [10, 11], аммо таҷрибаи истифодаи он дар беморони СГБ-и марҳилаи IB2-IIВ дар ҷаҳон кам аст [14]. Дар робита ба ин, баррасии адабиёт ба муайян кардани самаранокӣ вариантҳо ва стратегияҳои гуногуни табобати СГБ бо мақсади интихоби усули мувофиқтарин барои шаклҳои мухталифи беморӣ бахшида мешавад.

Таҳлили маълумоти адабиёт нишон медиҳад, ки дар айни замон дар табобати СГБ муолиҷаи шуӣ мавқеи асосиро ишғол кардааст [5-8]. Сатҳи зиндамони беретсидиви беморони гирифтори СГБ-ро метавон бо роҳи зиёдкунии вояи шуӣ беҳтар кард [8, 15]. Аммо диққати хоса бояд ба масъалае дода шавад, ки имкони зиёдкунии тадриҷии вояи шуӣро таʻйироти бебозгаште маҳдуд менамояд, ки дар сохтори бофтаҳои узвҳои кӯши хурд дар оқибати ин ба амал меояд. Дар баробари ин, бисёр муаллифони самаранокӣ нокифояи муолиҷаи шуӣро дар робита ба метастазҳои дур ё гирехҳои лимфавии парааорталӣ пасисифокии гирифтори таʻйироти метастазӣ қайд мекунанд, ки нишондиҳандаи осебёбии онҳо тибқи маълумоти гуногун дар беморони СГБ-и ба тав-

ри маҳаллӣ паҳнғашта метавонад ба 30% расад.

Хамин тариқ, пас аз муолиҷаи шуӣ ба-сомади нисбатан баланди ретсидивҳои локо-регионарӣ мушоҳида мегардад, ки дар ҳудуди аз 10 то 40% та“йир меёбанд ва дар 30% беморони табобатгирифта пайдоиши манбаъҳои дури метастазӣ муайян карда мешавад. Илова бар ин, тибқи омор, дар 70% беморони гирифтори СГБ-и марҳилаи III дар давоми 5 соли аввали баъди табобати ради-калӣ паҳншавии маҳаллии беморӣ ба амал меояд [6, 16].

Табобати шуӣ метавонад дар шакли табобати шуӣ масофавӣ ва/ё брахитера-пия пешниҳод гардад. Тибқи маълумоти баъзе таҳқиқотҳо, мизони зиндамони па-нҷсолаи бемороне, ки табобати якҷояи (чарроҳӣ ва табобати шуӣ) СГБ-и марҳи-лаи IV-ро гирифтаанд, байни 87-72% аст. Инчунин, ба бемороне, ки хавфи баланди инкишофи ретсидиви баъди чарроҳӣ до-ранд, тавсия дода мешавад, ки табобати комплекси иборат аз муолиҷаи химивӣ-шуӣ пас аз табобати чарроҳӣ гиранд [8].

Самти асосӣ дар табобати СГБ дар за-нони аз ҷиҳати иҷтимоӣ ғайри синни ре-продуктивӣ айни замон таҳия ва дар амал татбиқ намудани усулҳои бехатарии муо-лиҷаи шуӣ мебошад. Ба “айр аз ин, ба ба-нақшагирии пешакии радиатсияи дохилихо-лигоҳӣ бо истифода аз тасвирҳои ТК/МРТ, татбиқи якҷояи муолиҷаи шуӣ дохили-бофтавӣ ва дохилихолигоҳӣ, инчунин, агар брахитерапия имконнопазир бошад, иваз кардани марҳилаи дохилихолигоҳии муо-лиҷаи шуӣ ба ҷузъи масофавӣ бо зиёдку-нии тадриҷӣ ё якбораи воя ба гарданаки бачадон эътибори калон дода мешавад.

Ҳамаи усулҳои болозикр, инчунин таҷ-изот ва системаҳои муосири банақшагирӣ ба радиотерапевтҳо имкон медиҳанд, ки на танҳо вояи баландро ба омос расонанд, бал-ки инчунин дар зери назорати визуалии ҳадаф ва узвҳои зери хатар муолиҷаи шуӣ гузаронанд.

Айни замон талошҳои табибони клиникӣ ба муносибати инфиродӣ ба бемороне, ки гузаронидани муолиҷаи шуӣ ба онҳо ба

нақша гирифта мешавад, бо мақсади бехтар кардани ҳам натиҷаҳои табобати онколо-гии табобат ва ҳам сифати ҳаёт пас аз та-бобат равона гардидаанд [8].

Андозаи омоси ибтидоӣ дар самарано-кии муолиҷаи шуӣ нақши муҳим мебозад. Муолиҷаи шуӣ дар бисёр таҳқиқотҳо ҳам-чун марҳилаи аввал самаранок будани худ-ро исбот кардааст, аммо ин низ собит шу-дааст, ки самаранокии навъи муолиҷаи маз-кур бо афзоиши ҳаҷми омоси ибтидоӣ ко-ҳиш меёбад [11].

Бояд қайд кард, ки дар ҳолати татбиқи якҷояи муолиҷаҳои химиявӣ ва шуӣ сито-статикҳо метавонанд ба муолиҷаи шуӣ тақвият бахшанд, ки дар натиҷа осеби во-зеҳи ҳучайраҳои омосӣ муайян карда меша-вад ва ба ин васила самарани табобати зид-диомосии СГБ бехтар мегардад [5, 12, 17].

Ҳангоми таҳлили маълумот аз Федерат-сияи Россия оид ба тақсимои беморон во-баста ба вариантҳои табобат маълум шуд, ки тақрибан ба 36% беморон танҳо табоба-ти чарроҳӣ, ба 22% муолиҷаи шуӣ, ба 11,0% муолиҷаи химиявӣ дар якҷоягӣ бо муолиҷаи шуӣ ва ба 40% беморон усулҳои омехтаи дигари табобатро мегузаронанд. Дар ин ҳол сатҳи зиндамони 5-сола барои ҳамаи мар-ҳилаҳо аз 50% зиёд нест [18].

Саратони ба таври маҳаллӣ паҳнгарди-даи гарданаки бачадон (СМПГБ) ҳолати клиниқест, ки ҳангоми он паҳншавии ра-ванди омос берун аз бачадон ташхис шуда, даҳолати чарроҳӣ дар ин ҳолат тавсия дода намешавад. Андозаи омоси ибтидоӣ дар ҷойи калонтарин аҳамияти муҳим барои пешгӯӣ дорад. Чунончи, ҳатто дар марҳи-лаи клиникии T1b2-и СГБ, гузаронидани ташхиси ситологии намунаҳои обшӯя аз шикампарда илова ба усулҳои ташхиси стандартӣ дақиқии ташхисро 8% зиёд кард. Ин гувоҳӣ медиҳад, ки СГБ-и марҳилаҳои IV2-IVA метавонад раванди ба таври ма-ҳаллӣ паҳншуда ҳисобида шавад [6].

Интихоби усулҳои табобат барои СМПГБ барои табибон бо мушкilotи зиёд алоқаманд аст, зеро онҳо муносибати бисёр-фанниро бо ҷалби мутахассисони зиёд та-лаб мекунанд.

Тибқи тасвияҳои клиникии нашршудаи Чамъияти аврупоии онкологии гинекологӣ (ESGO), равиши стандартӣ табобати СМПГБ айни замон муолиҷаи химиявӣ бо брахитерапияи минбаъда мебошад [19]. Дар баробари ин, муаллифони истифодаи маҷмуи муолиҷаи ҷарроҳӣ + муолиҷаи шуоиро ҳамчун усули интиҳоб барои табобати ин гурӯҳи беморон тавсия намедиханд.

Ҳангоми таҳлили тавсияҳое, ки Чамъияти саратоншиносии клиникии Россия (RUSSCO) интишор кардааст, низ тамоюл ба муолиҷаи химиявӣ-шуоӣ қайд гардид, аммо дар ин ҳолат мутахассисон дар пешниҳоди истифодаи равиши мазкур чандон қатъӣ набуда, имкони анҷом додани гистерэктомиаи радикалиро дар беморони гирифтори СГБ дар марҳилаи IIb дар доираи марҳилаи аввали табобат ё пас аз гузарондани муолиҷаи химиявӣ неoadювантӣ истисно намеkunанд. Дар солҳои охир самаранокии татбиқи якҷояи муолиҷаи шуоӣ ва табобати ҷарроҳӣ шубҳаовар махсуб мебад ва бисёр аз муаллифони кӯшиш доранд аз сабаби натиҷаи пешгӯишавандаи оризаҳо аз он канорагирӣ кунанд. Масалан, хавфи инкишофи фистулаи рӯда ё масона дар бемороне, ки гистерэктомиа дар якҷоягӣ бо муолиҷаи шуоӣ аз сар гузаронидаанд, нисбат ба бемороне, ки танҳо муолиҷаи шуоӣ гирифтаанд, ду маротиба меафзуд [1].

Барои марҳилаҳои аввали СГБ (FIGO, 2019) тавсияҳои дақиқи клиникӣ мавҷуданд, ки табобати ҷарроҳиро дар бар мегиранд [20]. Илова бар ин, баъзе таҳқиқотҳо самаранок будани табобати адювантиро нишон медиҳанд [3, 9, 10]. Бо вучуди ин, ҳангоми равандҳои саратонии бештар паҳншуда табобати якҷоя бо истифода аз муолиҷаи неoadювантии химиявӣ+ шуоӣ зиёдтар истифода мешавад, гарчанде ки ретсидивҳо дар ин сурат бештар ба амал меоянд ва таъсирҳои номатлуб аз вояҳои баланди воситаҳои муолиҷаи химиявӣ-шуоӣ низ метавонанд ба мушоҳида расанд [9, 11, 21].

Дар тадқиқоте, ки гурӯҳи олимони бо сардории Д.- К. Рейес-Сантьяго дар соли 2019 анҷом дод, ду гурӯҳи беморони гирифтори

саратони гарданаки бачадон дар марҳилаи IIa-IIb таҳқиқ карда шуданд. Ба гурӯҳи аввали онҳо муолиҷаи химиявӣ ва ба гурӯҳи дуюм муолиҷаи стандартӣ омехтаи химиявӣ ва шуоӣ гузаронида шуд [21]. Ҳангоми таҳлили маълумот оид ба зиндамонии умумӣ ва беретсидив дар гурӯҳи якуми беморон 6-9% беҳбудии нишондиҳандаҳо ба қайд расид. Инчунин, тибқи иттилооти нашршуда, дар беморони гирифтори марҳилаи IIb, ки осеби метастазии гиреҳҳои лимфавии минтақавӣ (маҳаллӣ) доштанд, зиндамонии умумӣ дар ду гурӯҳ аз ҷиҳати омӯрӣ фарқ надошта, мутаносибан 63% ва 62% -ро ташкил дод. Ҳолати мазкур метавонад ба он вобаста бошад, ки гиреҳҳои лимфавии дорои таъйироти метастазӣ ба таъсири табобати шуоӣ ҳассосияти паст доранд. ʻайр аз ин, ҳангоми таҳлили гурӯҳҳои бемороне, ки табобати таркибӣ ва табобати стандартӣ омехтаи шуоӣ ва химиявӣ-шуоӣ гирифтаанд, арқами зиндамонии умумӣ ва бе ретсидив дар гурӯҳи табобати таркибӣ мусалламан беҳтар буд. Мавҷудияти ситоредуксияи “айриоптималӣ” натиҷаҳои онкологии табобатро беҳтар накард. Дар беморони гирифтори осеби метастазии гиреҳҳои лимфаҳои минтақавӣ, дар навбати худ, муаллифони реҷаи муолиҷаи таркибиро иборат аз гузаронидани муолиҷаи химиявӣ, сипас ҷарроҳии ситоредуктивӣ дар ҳаҷми оптималӣ ва баъдан муолиҷаи химиявӣ-шуоӣ аз ҳама муносиб донистанд [21].

Мавҷудияти саратони метастазӣ ва/ё ретсидивии гарданаки бачадон бо пешгӯиҳои номусоид дар бемор бештар ба зарурати гузаронидани муолиҷаи химиявӣ далолат мекунад [3-6]. Илова бар ин, бисёр аз муаллифони ақида доранд, ки дар беморони гирифтори саратони маҳаллӣ паҳншудаи гарданаки бачадон (СМПГБ), натиҷаҳои онкологии табобат ҳангоми ба протоколи табобати комплексӣ дохил кардани муолиҷаи химиявӣ хеле беҳтар мешаванд [4, 6, 9, 10]. Табобат бо дору имкон медиҳад, ки андозаи омӯш коҳиш дода шавад ва ба ин васила минбаъд ба татбиқи табобати ҷарроҳии бештар радикалӣ ва дар натиҷа, кам шуда-

ни ретсидивҳои локореминалӣ мусоидат менамояд [4]. Илова ба гуфтаҳои боло, речаи неoadювантии муолиҷаи химиявӣ имкон медиҳад, ки он бо муолиҷаи шуӣ якҷо корбаст шавад ва имкони даҳолати ҷарроҳӣ дар беморони “айриқобили ҷарроҳӣ баррасӣ гардад [22, 23]. Баъзе муаллифон қайд мекунаанд, ки муолиҷаи химиявӣ неoadювантӣ метавонад омори зиндамории умумӣ ва беретсидивро дар беморони гирифтори СМПГБ беҳтар созад [13].

Зарурат ва аҳамияти табобат бо усули муолиҷаи химиявӣ беморони гирифтори саратони гарданаки бачадон аз солҳои 1980-ум мавзӯи баҳсу баррасиҳои саратоншиносони гинекологӣ гардидааст [24]. То он замон омосҳои бадсифати гарданаки бачадонро ба таъсири ситостатикҳо ҳассос намедонистанд. Аммо чандин таҳқиқот гувоҳи он шуд, ки таъсири шуӣ стандартӣ ба узвҳои кӯси хурд дар якҷоягӣ бо омилҳои муолиҷаи химиявӣ, яъне гурӯҳи доруҳои дорои платина, натиҷаҳои онкологии табобатро хеле беҳтар мекунад [25, 26]. Қайд карда шудааст, ки маҳз вокуниши омоси ибтидоӣ дар шакли қоҳишбӣ андозаи он дар заминаи муолиҷаи химиявӣ баъдан самаранокӣ табобати шуӣ меафзояд. Илова бар ин, маҳз таъсири системавии муолиҷаи химиявӣ барои он шароит фароҳам месозад, ки шумораи ҳуҷайраҳои даврзанандаи (сиркулясиякунандаи) омос, ки тавассути роҳҳои лимфогенӣ ва гематогенӣ паҳн мешаванд, кам карда шавад [27]. Инчунин муҳим аст, ки маҳз истифодаи ҳамзамони воситаҳои муолиҷаи химиявӣ якҷоя бо муолиҷаи шуӣ, дар ҳоле ки ҳанӯз ҳеҷ гуна зухуроти натиҷаҳои муолиҷаи шуӣ дар шакли фиброзишавӣ бофтаҳо ва склерозишавӣ рағҳо вучуд надорад, имкон медиҳад ба узвҳо ва бофтаҳо расонидани ин воситаҳо мумкин шавад [28].

Ҳамин тариқ, дар беморони гирифтори саратони гарданаки бачадони марҳилаи Ib2-IIIb амалӣ кардани муолиҷаи химиявӣ неoadювантӣ натиҷаҳои табобатро, ба шарти татбиқи табобати ҷарроҳӣ дар ҳаҷми оптималӣ, дар муқоиса бо муолиҷаи шуӣ омехта ба ҳисоби миёна 20% беҳтар меку-

над, ки ин дар натиҷаҳои таҳқиқотҳои биомарказӣ инъикос ёфтааст [24, 25, 26]. Мисле ки дар ҳолатҳои вобаста бо омосҳои дорои локализатсияи дигар муқаррар шудааст, вокуниши омоси ибтидоии саратони гарданаки бачадон дар шакли резорбсияи қисмӣ (cPR) ё посухи пурра (cCR) мувофиқи меъёрҳои RECIST (Criteria Revaluation Criteria Criteria Evaluation In Solid) омили натиҷаи мусоиди табобат ҳисобида мешавад ва имкон муҳайё мекунад, ки баъдан имконияти табобати ҷарроҳии радикалӣ баррасӣ карда шавад.

Яке аз омилҳои пешгӯии мусоид барои беморон имкони гузаронидани ҷарроҳии радикалӣ (масалан, гистерэктомияи умумӣ) дар ҳолатҳои мебошад, ки радикализм пеш аз муолиҷаи химиявӣ қобили иҷро набуд [13]. Ин шароитҳо метавонанд натиҷаҳои табобатро ба таври назаррас беҳтар созанд ва эҳтимолияти бомуваффақияти бурида гирифтани омос ва пешгирии ретсидивро зиёд кунанд. Мувофиқи маълумотҳои, ки аз таҳқиқотҳо ба даст омадаанд, посухи пурра ба ҳисоби миёна дар 5,7% беморон, қисмӣ дар 83,3% ба мушоҳида расид. Зимнан, муваффақияти ҷарроҳии радикалӣ дар 91,9% ҳолатҳо таъмин шудааст [14].

Таҳқиқотҳои гистопатологӣ аз он шаҳодат медиҳанд, ки дар беморони гирифтори саратони гарданаки бачадон ҷарроҳии лапароскопӣ, ки пас аз муолиҷаи химиявӣ неoadювантӣ анҷом дода шудаанд, аз диди нишондиҳандаҳои радикалӣ ба ҳолатҳои марбут ба бемороне, ки дар онҳо даҳолати ҷарроҳии лапаротомӣ гузаронида шудааст, паст нестанд [26].

Баъзе муаллифон қайд мекунаанд, ки дар беморони гирифтори СМПГБ мавҷудияти ҳаҷми калони омос ва инфилтратҳои параметралӣ комёбона бо ёрии химиотерапияи неoadювантӣ бартараф карда шуданд ва ин баъдан имкон дод ҷарроҳии радикалӣ татбиқ гардад [14, 29, 30]. Даҳолати ҷарроҳии радикалӣ, дар навбати худ, имкон медиҳад, ки клонҳои ҳуҷайраҳои ба таъсири муолиҷаи шуӣ тобовар аз раванди хориҷ карда шуда, ҳудуди паҳншавӣ омос ба узву бофтаҳо тавассути верификатсияи морфологӣ

муайян ва ҳифзи қобилияти таносул дар беморони ҷавон таъмин карда шаванд. Дар баъзе ҳолатҳо ҳангоми ҷой доштани шаклҳои дар маҳал паҳншудаи СГБ худдорӣ аз гузаронидани муолиҷаи адъювантии шуӣ имкон дорад, ки ин коҳиши шумораи оризаҳои пасошуоиро таъмин месозад [13, 14, 31].

Тавре маълум аст, барои оптимизатсияи табобати СМПГБ усулҳои зиёде пешниҳод шудаанд [32, 33]. Муқовимат доштани бисёр шаклҳои морфологии СГБ ба ситостатикҳо ба табобати шиддатнок монеъ мешавад [34].

Дар асарҳои худ Kesic V. равиши муосирӣ табобати саратони инвазивии гарданаки бачадонро вобаста ба марҳилаи муайяни беморӣ пешниҳод намудааст. Муаллиф ба хулосае меояд, ки ҳангоми ошкор шудани микроинвазия гузаронидани табобати радикалӣ аз сабаби мавҷуд набудани метастазҳои возеҳи маҳаллӣ ва дур хилофи мақсад аст. Аммо дар бобати табобати беморони гирифтори саратони гарданаки бачадон дар марҳилаи Ib-IIa муаллифон ба ақидаи умумӣ наомадаанд [35]. Ҳангоми таҳлили муқоисавии табобати ҷарроҳии радикалӣ ва шуӣ самаранокии кифоятан баланд ошкор карда шуд, лекин натиҷаҳои онкологии табобат ва мушкилоти пас аз ҷарроҳӣ ва баъди муолиҷаи шуӣ аз нигоҳи омор тафовути назаррас доштанд [15].

Дар адабиёт усулҳои гуногуни истифодаи ситостатикҳо дар беморони гирифтори саратони гарданаки бачадон тавсиф ёфтааст. Речаҳои мавҷудаи ПХТНА, ки дар он сисплатин доруи заминавии муолиҷаи химиявӣ мебошад, дар бисёр марказҳои махсусгардонида васеъ истифода мешаванд. Бояд қайд намуд, ки ҳангоми СГБ самаранокии баландтаринро сисплатин (дар 23% беморон), ифосфамид (22%), 5-фторуратсил (20%), метотрексат (18%), винкристин (18%), доксорубинҳо (17%) нишон доданд. Карбоплатин дар 15% беморон, митомитсин С дар 14% (дар 10 аз 70 нафар), блеомитсин дар 10% самаранок буданд [36].

О.А. Смирнова бо ҳаммуаллифон зимни таҳқиқоти худ (2018) имкони гузаронидани

муолиҷаи химиявии неoadъювантиро ба беморони гирифтори СГБ-и марҳилаи II-IVa бо истифода аз препаратҳои дорои платина (карбоплатин) ва иринотекан омӯхтаанд. Муаллифон ба хулосае омаданд, ки имкони истифодаи якҷояи муолиҷаи химиявии системавӣ ва маҳаллӣ ба омоси ибтидоӣ таъсири мусоид мерасонад ва имкон медиҳад, ки посухи патоморфологӣ, ба шартӣ муътадил будани захрнокӣ, ба даст оварда шавад. Ҳамчунин, ҳангоми таҳлили гурӯҳҳои бемороне, ки ба онҳо химоинфузия ва химоэмболизатсия гузаронда мешуд, муаллиф қайд намудааст, ки имконияти гузаронидани табобати ҷарроҳии радикалӣ дар гурӯҳи химоинфузиявӣ баландтар буда, 69% ва дар гурӯҳи химоэмболизатсия танҳо 46,4%-ро ташкил додааст ( $p < 0,01$ ). Зимнан, ҳангоми таҳлили омилҳое, ки ба натиҷаи мусоиди табобат таъсир мерасонданд, муаллиф андозаи омоси ибтидоӣ ва посухи онро ба ПХТНА қайд мекунад [9].

Мутахассисоне, ки таъсири химиотерапияи неoadъювантии модификатсиониро ба натиҷаҳои онкологии табобати комплекси беморони гирифтори СМПГБ меомӯзанд, қайд мекунанд, ки шумораи максималии регрессияи пурраи омосҳо дар ПХТНА дар 25,8% ҳолатҳо дар гурӯҳи асосии мавриди таҳқиқ мушоҳида шудааст, дар ҳоле ки дар гурӯҳи назоратӣ ин ҳолат танҳо дар 3,6% ба назар расид. Фарқи шумораи беморони ҷарроҳишуда назаррас буд: 54,8% дар гурӯҳи назоратӣ ва 93,5% дар гурӯҳи асосӣ. Бо зиёд шудани миқдори ҷузъҳои таркибии ПХТНА-и иҷрошаванда миқдори курсҳои муолиҷаи ситостатикӣ, ки барои гузаронидани омос ба ҳолати қобили резексия зарур буданд, коҳиш ёфт [3, 13]. Зиндамонии панҷсолаи беретсидив дар гурӯҳи назоратӣ  $44,5 \pm 6,7\%$ , дар гурӯҳи асосӣ  $69,3 \pm 6,4\%$ , зиндамонии умумӣ, мутаносибан,  $51,5 \pm 6,5$  ва  $83,5 \pm 4,4\%$ -ро ташкил дод [3].

Гуруҳи олимони бо сардории Чернишова А.Л. ба хулосае омаданд, ки ҳамасола тамоюл дар равишҳои табобати саратони гарданаки бачадони барвақтӣ ва маҳаллӣ паҳншуда таъйир меёбад. Мушкилоти асосӣ ҳангоми корбурди якҷояи табобати

чарроҳӣ ва шуӣ хатари баланди ба вучуд омадани оризаҳои фистулавӣ мебошад. Аз ин рӯ, муаллифон тавсия медиҳанд, ки ҳангоми банақшагирии табобати беморони гирифтори саратони гарданаки бачадон дар марҳилаи Ib1-IIa1 аз чунин якҷоякунии усулҳо канорагирӣ намоянд [37].

Яке аз препаратҳои умедбахш дар соҳаи муолиҷаи доруи саратони гарданаки бачадон беватсизумаб - ингибитори селективии фаъолии биологии омили афзоиши эндотелии рағҳо (VEGF) мебошад. Маълум аст, ки омили мазкур дар неоплазматик генезис омӯҳи гуногун, аз ҷумла ҳангоми СГБ, нақши муҳим дорад [38]. Истифодаи беватсизумаб дар речаҳои ҳам платинадор ва ҳам беплатинаи муолиҷаи СГБ имкон медиҳад, ки натиҷаҳои хуби табобат дар дарозмуддат ба даст оварда шаванд [39]. ʼайр аз ин, баъзе муаллифон қайд мекунанд, ки ин дору метавонад тавассути беҳтар кардани перфузия ва интиқоли доруҳо ба ҳуҷайраҳои омӯс ба биодастрасии агентҳои муолиҷаи химиявӣ таъсир расонад [40].

Яке аз роҳҳои имконпазири беҳтар кардани натиҷаҳои табобати СГБ истифодаи усули баландтехнологӣ – муолиҷаи химиявии суперселективии дохилишарёӣ мебошад. Муаллифони усул дар таълифоти худ самаранокии онро тавассути баланд бардоштани нишондиҳандаҳои зиндамони бе ретсидив дар беморон ва коҳиши шумораи бемороне, ки пас аз гузаронидани табобат дар онҳо метастазҳои дур ташхис шудаанд, асоснок кардаанд [24, 41]. Ин усул имкон медиҳад, ки концентратсияи кофии агенти муолиҷаи химиявӣ ба омӯс расонида шавад, ки он метавонад беш аз 10 маротиба зиёдтар аз концентратсияи агенте бошад, ки ҳангоми муолиҷаи химиявии стандартии системавӣ ба ҳадаф расонда шудааст. Натиҷаи интиқоли чунин концентратсия сатҳи баланди ҷаббида шудани дору аз ҷониби омӯс ва некрози минбаъдаи бофтаҳои омӯс бо кам шудани ҳаҷми он мебошад. Ин усул инчунин ба бофтаҳои омӯс дар гиреҳҳои лимфавии маҳаллӣ таъсир мерасонад. Натиҷаи муолиҷаи беморон ба воситаи химоемболизатсияи суперселективии дохилишарёӣ

имкони табдил додани навъи “айриқобили чарроҳии омӯси ибтидоӣ ба навъи қобили чарроҳӣ мебошад [4].

Вариантҳои табобати комплексӣ ва якҷоя (чандтаркибӣ)-и беморони гирифтори СГБ мавзӯи мубрам буда, таваҷҷуҳи на танҳо саратоншиносон, балки мутахассисони соҳаҳои дигари тибро низ ба худ мекашад. Дар назари аввал, саратони гарданаки бачадон (СГБ) ҳамчун омӯси бадсифати барои ташхис ва табобат аён (визуалӣ) набояд қӯшиш, вақт ва хароҷоти зиёдро талаб кунад. Ба ин нигоҳ накарда, банақшагирӣ ва интиҳоби усулҳои оптималӣ ва баландсамари табобати СГБ боиси баҳсҳои зиёд мегардад.

Дар оғози асри XX табобати чарроҳӣ ҳаҷми оптималии муолиҷаи беморон ҳисобида мешуд [5]. Зимнан, айни замон дар беморони гирифтори шаклҳои барвақти саратони гарданаки бачадон (марҳилаҳои Ia-IbI мувофиқи FIGO) вазъ ҳамин гуна боқӣ мемонад: дар марҳилаҳои Ia2-Ib2 имкони амалӣ кардани гистерэктомиаи радикалӣ бо лимфаденэктомиа ва дар марҳилаи Ia1 имкони иҷрои гистерэктомиа вучуд дорад. Агар зани бемор хоҳиши ҳифзи қобилияти таносулро дошта бошад, ҳамчунин дар марҳилаҳои бармаҳалли СГБ имкони гузарондани трахелектомиаи радикалӣ ё муолиҷаи шуӣ низ вучуд дорад [1]. Аммо дар ҷаҳорҷӯи нақшаи табобати беморони гирифтори СГБ дар марҳилаи IbI баъзе ихтилофҳо мавҷуданд. Баъзе саратоншиносон ҷонибдори зарурати татбиқи табобати шуӣ пеш аз чарроҳӣ (бо ё бе муолиҷаи химиявӣ) мебошанд, дар ҳоле ки бархеи дигар ҳамзамон гузаронидани табобати химиявӣ ва шуӣро дар қисми аввали марҳилаи табобат афзал медонанд [5, 6-42]. Инчунин як варианти дигари табобат вучуд дорад - якҷоягии ПХТНА ва даҳолати чарроҳии радикалии минбаъда. Бо вучуди ин, бисёр аз муаллифон то ҳол ба зарурати табобати омӯхтаи химиявӣ ва шуӣ исрор меварзанд ва онро «стандартӣ тиллоӣ» медонанд, зеро натиҷаҳои он то имрӯз дар табобати беморон аз нигоҳи зиндамони умӯмӣ ва беретсидив, дар ҳар сурат, натиҷаҳои ба андозаи кофӣ хуб нишон медиҳанд [12, 14].

Дар робита ба масъалаи расонидани ёрии дорой сатҳи баланди технологӣ бояд гуфт, мутахассисон ба истифодаи муолиҷаи химиявӣ дар речаҳои неoadъювантӣ ва адъювантӣ шуруъ намуда, бо мақсади зиёд кардани таъсири зиддиомӯӣ ба он муолиҷаи шуоиро ҳамроҳ мекунад [43-45]. Муаллифони якҷанд таҳқиқот маълумотро вобаста ба басомади истифодаи ин ё он усули табобати беморони СГБ пешниҳод намуда, таъкид мекунад, ки аксарият (36,5%) танҳо табобати ҷарроҳӣ мегиранд, ҷойи дуҷумро табобати омехта иш“ол мекунад, ки дар 30,8% беморон мушоҳида гардид, 21,6% беморон табобати шуӣ ва ҳамагӣ 11,0% беморон табобати химиявӣ-шуӣ мегиранд [5].

**Хулоса.** Табобати беморони СГБ масъалаи мураккабест, ки таҳияи бодикқати нақшаи табобат ва равиши комплексири талаб мекунад. Сарфи назар аз дастовардҳои ин соҳа, мутахассисон барои такмили усулҳои табобат, беҳсозии таъхис ва идоракунии оризаҳо талош меварзанд. Коркарди технологияҳо ва равишҳои навини муолиҷа ҳамчунон як вазифаи асосӣ дар роҳи баланд бардоштани самаранокии табобат ва сифати зиндагии беморони гирифтори саратони гарданаки бачадон боқӣ мемонад.

#### Адабиёт

1. Габуева Я.О., Кулакова Ю.А., Буралкина Н.А., Горпенко А.А., Чупрынин В.Д., Оводенко Д.Л. Рак шейки матки: эпидемиология, лечение, осложнения, реабилитация. *Consilium Medicum*. 2024. Т. 26. № 6. С. 372-376.
2. Ferlay J, Ervik M, Lam F, Laversanne M, Colombet M, Mery L, Píceros M, Znaor A, Soerjomataram I, Bray F (2024). *Global Cancer Observatory: Cancer Today*. Lyon, France: International Agency for Research on Cancer. Available from: <https://gco.iarc.who.int/today>, accessed [03.03.2025].
3. Меньшенина А.П., Моисеенко Т.И., Франциянц Е.М., Ушакова Н.Д., Вереникина Е.В., Адамян М.Л. Влияние модифицированной неoadъювантной химиотерапии на результаты комплексного лечения больных местно-распространенным раком шейки матки. *РМЖ. Медицинское обозрение*. – 2021. – Т. 5, № 8. – С. 531-537.
4. Каприн А.Д., Новикова Е.Г., Рерберг А.Г. Регионарная химиотерапия: современный подход в лечении местно-распространенного рака шейки матки. *Онкогинекология. Опухоли шейки матки*. – 2019. – № 3. – С. 51-60.
5. Каримова, Ф.Н. Химиолучевая терапия местно-распространенного рака шейки матки. *Онкология. Журнал имени П.А. Герцена*. – 2015. – Т. 4, № 3. – С. 16-20.
6. Кравец О.А., Марьина Л.А., Нечушкин М.И. Химиолучевая терапия местно-распространенного рака шейки матки (предварительные результаты). *Сибирский онкологический журнал*. - 2008. - Т. 26, № 2. - С. 27-31.
7. Иванкова В.С., Дёмина Э.А., Барановская Л.М., Хруленко Т.В., Скоморохова Т.В., Филиппчук О.П., Музалёв И.И., Галяс О.В. Применение конформной лучевой терапии при местно-распространенных формах рака шейки матки с радиобиологическим сопровождением. *Украинский радиологический журнал*. - 2014. - Т. 22. - С. 80-84.
8. Лушникова П.А., Сухих Е.С., Ижевский П.В., Сутыгина Я.Н., Татарченко М.А., Пыжова И.Б. Современные методы лучевой терапии рака шейки матки. *Креативная хирургия и онкология*. - 2021. - Т. 11, № 1. - С. 58-67.
9. Смирнова О.А., Бондарев Н.Э., Ульрих Е.А., Микая Н.А., Петрова А.С., Абрамова А.В. и др. Оценка эффективности неoadъювантной дозоинтенсивной платиносодержащей химиотерапии в комбинированном лечении местно-распространенного рака шейки матки. *Опухоли женской репродуктивной системы*. – 2018. – Т. 14. - № 4. – С. 56-64.
10. Оводенко Д.Л., Хабас Г.Н., Алешикова О.И., Вашакмадзе С.Л., Пирогова М.С., Санникова М.В. и др. Неoadъювантная химиотерапия и лапароскопическая радикальная гистерэктомия при местно-распространенном раке шейки матки [Текст] / Д.Л. Оводенко [и др.] // *Акушерство и гинекология*. - 2017. - №4. - С. 101-107.

11. Смирнова О.А., Бондарев Н.Э., Микая Н.А., Ульрих Е.А., Урманчеева А.Ф., Берлев И.В. Непосредственные результаты неоадьювантной дозоинтенсивной химиотерапии доксорубицином и цисплатином в комбинированном лечении местно-распространенного рака шейки матки. Доктор.Ру. – 2018. - № 2. – С. 69-74.
12. Фаменко Ю.М., Сапар Б.А., Кадыр Д.С. Современная терапия рака шейки матки. Медицина и экология. - 2018. - № 3. - С. 6-9.
13. Оводенко Д.Л., Хабас Г.Н., Алешикова О.И., Вашакмадзе С.Л., Пирогова М.С., Санникова М.В. и др. Лапароскопическая радикальная гистерэктомия после химиотерапии при местно-распространенном раке шейки матки. Акушерство и гинекология: Новости. Мнения. Обучения. - 2017. - №1. - С. 11-15.
14. Оводенко Д.Л., Хабас Г.Н., Макарова А.С. Хирургия инвазивного рака шейки матки [Текст] / Д.Л. Оводенко, // Акушерство и гинекология: новости, мнения, обучение. - 2019. - Т. 7, № 1. - С. 61-67.
15. Туркевич, В.Г. Клиническая оценка эффективности лучевого лечения рака шейки матки. Вопросы онкологии. - 2014. - Т. 60, № 3. - С. 366-370.
16. Тюляндин, С.А. Таргетная терапия: двадцать лет успехов и поражений. Практическая онкология. – 2019. – Т. 20, № 4. – С. 274-288.
17. Duenas-Gonzales A.L., Coronel C.J., Martinez-Bacos D. Pharmacotherapy options for locally advanced and advanced cervical cancer. Drugs. - 2010. - Vol. 70, № 4. - P. 403-432.
18. Петрова Г.В., Старинский В.В., Грецова О.П., Шахзадова А.О., Самсонов Ю.В. Состояние онкологической помощи населению России в 2017 г. по данным федерального статистического наблюдения. Онкология. Журнал им. П.А. Герцена. - 2019. - Т. 8, № 1. - С. 32-40.
19. Cibula D, Putter R, Planchamp F, Avall-Lundqvist E, Fischerova D, Haie-Meder C. Et al. The European Society of Gynaecological Oncology/European Society for Radiotherapy and Oncology/European Society of Pathology Guidelines for the Management of Patients with Cervical Cancer. Virchows Arch. – 2018. – Vol. 472, №6. – P. 919-936.
20. Bhatla N, Berek JS, Cuello Fredes M, Denny LA, Grenman S, Karunaratne K. et al. Revised FIGO staging for carcinoma of the cervix uteri. Int J Gynaecol Obstet. – 2019. – Vol. 145, № 1. – P. 129-135.
21. Рейес Сантьяго Д.К., Хаджимба А.С., Смирнова М.П. Роль хирургического этапа в комбинированном лечении больных местно-распространенным раком шейки матки. Вопросы онкологии. - 2019. – Т. 65, № 5. - С. 749-755.
22. de la Torre M. Neoadjuvant chemotherapy in woman with early or locally advanced cervical cancer. Rep Pract Oncol Radiother. - 2018. - Vol. 23, № 6. - P. 528-532
23. Zhou J, Li X, Huang K, Jia Y, Tang F, Sun H, Zhang Y, Zhang Q, Ma D, Li S. Young Cervical Cancer Patients May Be More Responsive than Older Patients to Neoadjuvant Chemotherapy Followed by Radical Surgery. PLoS One. - 2016. - Vol. 11, № 2. – P. e0149534.
24. Ашрафян Л.А., Алешикова О.И., Бабеева Н.А., Антонова И.Б., Ивашина С.В., Вашакмадзе С.Л., Мягкова А.А., Моцкобили Т.А. Оценка результатов неоадьювантной химиотерапии местно-распространенного рака шейки матки IIВ–IIIВ стадий при комплексной ультразвуковой диагностике. Опухоли женской репродуктивной системы. - 2015. – Т. 11, № 2. - С. 76-81.
25. Gong L, Lou JY, Wang P, Zhang JW, Liu H, Peng ZL. Clinical evaluation of neoadjuvant chemotherapy followed by radical surgery in the management of stage IB2-IIВ cervical cancer. Int J Gynaecol Obstet. - 2012. - Vol. 117, № 1. - P. 23-26.
26. Zou W, Han Y, Zhang Y, Hu C, Feng Y, Zhang H, Wang J. Neoadjuvant chemotherapy plus surgery versus concurrent chemoradiotherapy in stage IB2-IIВ cervical cancer: A systematic review and meta-analysis. PLoS One. - 2019. - Vol. 14, № 11. - P. e0225264.
27. Чуруксаева О.Н., Коломиец Л.А. Неоадьювантная химиотерапия при лечении местно-распространенного рака шейки мат-

ки. Сибирский онкологический журнал. - 2013. - Т. 56, № 2. - С. 18-24.

28. Katsumata N, Yoshikawa H, Kobayashi H, Saito T, Kuzuya K, Nakanishi T et al. Phase III randomised controlled trial of neoadjuvant chemotherapy plus radical surgery vs radical surgery alone for stages IB2, IIA2, and IIB cervical cancer: a Japan Clinical Oncology Group trial (JCOG 0102). *Br J Cancer*. - 2013. - Vol. 108, № 10. - P. 1957-1963.

29. Tanaka T, Terai Y, Fujiwara S, Tanaka Y, Sasaki H, Tsunetoh S. Et al. Neoadjuvant intra-arterial chemotherapy using an original four-lumen double-balloon catheter for locally advanced uterine cervical cancer. *Oncotarget*. - 2018. - № 9 (102). - P. 37766-37776.

30. Gupta S, Maheshwari A, Parab P, Mahantshetty U, Hawaldar R, Sastri Chopra S et al. Neoadjuvant Chemotherapy Followed by Radical Surgery Versus Concomitant Chemotherapy and Radiotherapy in Patients With Stage IB2, IIA, or IIB Squamous Cervical Cancer: A Randomized Controlled Trial. *J Clin Oncol*. - 2018. - Vol. 36, № 16. - P. 1548-1555.

31. Panici PB, Di Donato V, Palaia I, Visentin VS, Marchetti C, Perniola G et al. Type B versus Type C Radical Hysterectomy After Neoadjuvant Chemotherapy in Locally Advanced Cervical Carcinoma: A Propensity-Matched Analysis. *Ann Surg Oncol*. - 2016. - Vol. 23, № 7. - P. 2176-2182.

32. Qiao Y, Li H, Peng B. Neoadjuvant and Adjuvant Treatments Compared to Concurrent Chemoradiotherapy for Patients With Locally Advanced Cervical Cancer: A Bayesian Network Meta-Analysis. *Front Oncol*. - 2022. - Vol. 16, № 12. - P. 745522.

33. Kokka F, Bryant A, Olaitan A, Brockbank E, Powell M, Oram D. Hysterectomy with radiotherapy or chemotherapy or both for women with locally advanced cervical cancer. *Cochrane Database Syst Rev*. - 2022. - Vol. 8, № 8. - P. CD010260.

34. Benedetti Panici P, Bellati F, Pastore M, Mancini N, Musella A, Pauselli S, Angelucci M, Muzii L, Angioli R. An update in neoadjuvant chemotherapy in cervical cancer. *Gynecol Oncol*. - 2007. - Vol. 107, Suppl. 1. - P. S20-S22.

35. Kesic V. Management of cervical cancer. *Eur J Surg Oncol*. - 2006. - Vol. 32, No 8. - P. 832-837.

36. Thigpen T, Vance RB, Khansur T. Carcinoma of the uterine cervix: current status and future directions. *Semin Oncol*. - 1994. - Vol. 21, Suppl. 2. - P. 43-54.

37. Чернышова А.Л., Коломиец Л.А., Трышук Ю.М., Шпилева О.В., Денисов Е.В., Ларионова И.В. и др. Современные подходы к выбору тактики лечения у больных раком шейки матки. Опухоли женской репродуктивной системы. - 2021. - №3. - С. 128-133.

38. Кит О.И., Гуськова Н.К., Вереникина Е.В., Розенко Л.Я., Мягкова Т.Ю., Гуськова Е.А. и др. Прогностическая значимость VEGF-A при раке шейки матки. Лабораторная служба. - 2018. - Т. 7, № 3-2. - С. 78.

39. Хохлова С.В., Коломиец Л.А., Кравец О.А., Морхов К.Ю., Нечушкина В.М., Тюляндина А.С., Урманчеева А.Ф. Практические рекомендации по лекарственному лечению рака шейки матки. Злокачественные опухоли. - 2021. - Т. 11, № 3S2-1. - С. 197-217.

40. Liu W, Zhang J, Yao X, Jiang C, Ni P, Cheng L, et al. Bevacizumab-enhanced antitumor effect of 5-fluorouracil via upregulation of thymidine phosphorylase through vascular endothelial growth factor A/vascular endothelial growth factor receptor 2-specificity protein 1 pathway. *Cancer Sci*. - 2018. - Vol. 109, № 10. - P. 3294-3304.

41. Kanao S., Miyatake T., Naoia H., Takeda M., Miyoshia A., Mimuraa M. et al. Clinical efficacy of intra-arterial neoadjuvant chemotherapy for cervical cancer. *J. Clin. Gynecol. Obstet*. - 2017. - Vol. 6, № 2. - P. 37-40.

42. Базаева И.Я., Горбунова В.А., Кравец О.А., Хохлова С.В., Лимарева С.В., Панов В.О. и др. Химиолучевая терапия местно-распространенного рака шейки матки. Вопросы онкологии. - 2014. - Т. 60, № 3. - С. 280-287.

43. Benedetti Panici P, Palaia I, Marchetti C, Ruscito I, Fischetti M, Musella A et al. Dose-Dense Neoadjuvant Chemotherapy plus Radical Surgery in Locally Advanced Cervical Cancer: A Phase II Study. *Oncology*. - 2015. - Vol. 89, № 2. - P. 103-110.

44.Papp Z, Csapy Z, Mayer A, Hupuczi P. Wertheim-operation: 5-year survival of 501 consecutive patients with cervical cancer. *Orv Hetil.* - 2006. - Vol. 147, № 12. - P. 537-545.

45/Шакирова Э.Ж., Панов А.В., Ахметзянова А.В., Гафиуллина А.Д., Ибрагимова Л.Ш., Кириллов С.Н. и др. Хирургическое лечение остаточных опухолей после лучевого лечения местнораспространенного рака шейки матки. *Вопросы онкологии.* - 2019. - Т. 65, № 5. - С. 721-725.

**Хакимов Голиб Абдуллаевич**, д.м.н., профессор, заведующий кафедрой онкологии, детской онкологии. E-mail: khakimov\_g@mail.ru. ORCID: 0000 0002 9686 9346

**Khakimov Golib Abdullayevich**, MD, Professor, Head of the Department of Oncology, Children's Oncology. E-mail: khakimov\_g@mail.ru. ORCID: 0000 0002 9686 9346

## ТАЪРИХИ ТИБ

### МУҲОФИЗАТИ МОДАРУ КҶДАК ДАР МАРҶИЛАҶОИ АВВАЛЛИНИ РУШДИ ТАНДУРУСТИИ ТОҶИКИСТОН

Нурзода А.Р.

Муассисаи давлатии таълимии «Коллеҷи тиббии шаҳри Конибодом».

Муҳофизати модару кудак дар шароити имруза яке аз самтҳои афзалиятиноки соҳаи тандурустӣ дар тамоми кишварҳои дунё ба ҳисоб рафта, ин соҳа ҳамеша зери назорати давлату ҳукуматҳо қарор дорад.

Дар Ҷумҳурии Тоҷикистон низ, баъди ғалабаи инқилоби Октябр муҳофизати модару кудак яке аз авлавиятҳои ҳукумати Шӯравӣ ба ҳисоб мерафт. Ҳизби комунистӣ ва ҳокимияти Шӯравӣ баробарии марду занро дар ҳама соҳаҳо тазмин намуд. Дар мақолаи мазкур ҳолати муҳофизати модару кудак дар давраи ташкилёбии ҶМШС Тоҷикистон ва марҳилаҳои аввалини рушди соҳаи тандурустӣ дар кишвар, инъикос ёфтааст.

Бо мақсади беҳтар намудани шароити маишӣ ва иқтисодии занони маҳаллӣ, инчунин амалӣ намудани тадбирҳои зарурӣ дар соҳаи муҳофизати модару кудак дар назди Президиуми Кумитаи Иҷроияи Марказии ҷумҳурӣ, соли 1926 «Комиссия оид ба беҳтар намудани шароити маишии занҳои коргари Тоҷикистон» таъсис дода шуда, ҳамзамон низомномаи он тасдиқ карда шуд. Дар ин замина чунин комиссияҳо дар назди кумитаҳои иҷроияи маҳаллӣ таъсис дода шудаанд, ки мақсади асосии онҳо беҳтар намудани шароити маишии занҳо ба ҳисоб мерафт.

Муалиф дар мақолаи мазкур қайд намудааст, ки дар ҶМШС Тоҷикистон аввалин муассиса оид ба муҳофизати модару кудак дар шаҳри Душанбе ташкил карда шудааст. Азҷумла, соли 1926 аввалин амбулаторияи занона ва соли 1927 аввалин машваратхонаи кудакон кӯшода шудааст. Баъдан чунин муассисаҳо дар дигар гушаҳои кишвар низ, ташкил карда шудаанд, ки дар мақолаи мазкур дар бораи онҳо ва саҳми онҳо дар ҳифзи модару кудак маълумоти зарурӣ дода шудааст.

**Калидвожаҳо:** ҳифзи модару кудак, тиб, тандурустӣ, амбулатория, беморхона, машваратхона, таваллудхона

### ЗАЩИТА МАТЕРИНСТВА И ДЕТСТВА НА ПЕРВЫХ ЭТАПАХ РАЗВИТИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ТАДЖИКИСТАНА

Нурзода А.Р.

Государственное образовательное учреждение «Медицинский колледж города Канибадам»

Защита материнства и детства в современных условиях является одним из приоритетных направлений здравоохранения всех стран мира и постоянно находится под контролем их правительств.

В Республике Таджикистан, после победы Октябрьской революции, защита материнства и детства считалась одним из преимуществ Советской власти. Коммунистическая Партия и Советская власть гарантировала равноправие женщин и мужчин во всех сферах деятельности.

В данной статье отражены первые этапы развития системы здравоохранения Таджикской АССР, а также состояние защиты материнства и детства.

С целью улучшения бытовых и экономических условий местных женщин, а также осуществления необходимых мероприятий в сфере защиты материнства и детства, в 1926 году при Президиуме Центрального Исполнительного Комитета республики была создана «Комиссия по улучшению бытовых условий трудящихся женщин Таджикистана» и утверждён её Устав.

На этой основе были созданы комиссии при местных исполнительных комитетах, целью которых было улучшение бытовых условий женщин.

Автор в данной статье отмечает, что в Таджикской АССР первое учреждение по защите материнства и детства было создано в Душанбе, в том числе: первая женская амбулатория в 1926 году и первая детская консультация в 1927 году. В дальнейшем и в других населённых пунктах страны были созданы подобные учреждения, о вкладе которых в область защиты материнства и детства в данной статье предоставлены необходимые сведения.

**Ключевые слова:** защита материнства и детства, медицина, здравоохранение, амбулатория, больница, родильный дом, детская консультация

## ***PROTECTION OF MOTHER AND CHILD IN THE FIRST STAGES OF HEALTH DEVELOPMENT OF TAJIKISTAN***

***Nurzoda A.R.***

***Medical College of Kanibadam, Republic of Tajikistan***

Protection of mother and child in today's conditions is considered one of the priority areas of health care in all countries of the world, this field is always under the control of states and governments. In the Republic of Tajikistan, after the victory of the October revolution, the protection of mothers and children was considered one of the priorities of the Soviet government. The Communist Party and the Soviet government ensured the equality of men and women in all fields. In this article, the state of mother and child protection during the formation of Tajikistan's National Health Service and the first stages of the development of the health sector in the country is reflected. In order to improve the living and economic conditions of the women of the neighborhood, as well as the implementation of necessary measures in the field of mother and child protection under the Presidium of the Central Executive Committee. republic, in 1926 "Commission on improving the living conditions of working women of Tajikistan" was established, and at the same time its regulations were approved. In this context, such commissions have been established under the local executive committees. Whose main goal was to improve the living conditions of women. In this article, the author noted that the first institution for the protection of mother and child in Tajikistan was established in the city of Dushanbe. In particular, in 1926, the first women's clinic was opened, and in 1927, the first children's clinic was opened. Later, such institutions were established in other parts of the country, and the necessary information about them and their contribution to the protection of mothers and children is given in this article.

**Keywords:** mother and child care, medicine, healthcare, ambulatory, hospital, consulting room, maternity hospital.

Баъди инқилоби Октябр муҳофизати модару кӯдак яке аз муҳимтари вазифаҳои давлати Шӯравӣ буд.

Ҳизби Коммунист ва Давлати Шӯравӣ барои марду зан дар ҳама ҷанбаҳои ҳаёти хоҷагӣ, давлатӣ, фарҳангӣ ва ҷамъиятиву сиёсӣ ҳуқуқи баробар дод. Имконияти амалӣ сохтани ин ҳуқуқҳо барои занҳо дар баробар будани ҳуқуқи онҳо бо мардҳо дар кор, музди меҳнат, истироҳат, суғуртаи иҷтимоӣ ва таҳсилот, ҳифзи манфиатҳои модару кӯдак, ёрии давлат ба оилаҳои серфарзанд ва модарони танҳо, барои занҳо

пешниҳод намудани рухсатӣ барои таваллуд ва нигоҳубини кӯдак бо нигоҳ доштани музди меҳнат, шабакаҳои васеи таваллудхонаҳо, боғчаҳои кӯдакон татбиқ мешаванд.

Муқовимат дар баробари раҳиҳои воқеии занон (дар хурдсолӣ ба шавҳар додан, қалин, муҳолифат кардан ба таҳсили зан, ба истисноати саноату хоҷагии қишлоқ, идоракунии давлатӣ, иштирок дар корҳои ҷамъиятиву сиёсӣ) тибқи қонун ҷазо муқаррар карда шуда буд.

Дар моҳи ноябри соли 1917 Комиссариати халқии таъминоти ҷамъиятии РСФСР

(баъдан – таъминоти иҷтимоӣ) шуъбаи махсуси модару ширхорон (ШМШ) таъсис дода шуд, ки соли 1920 ба ихтиёри КХ нигоҳдории тандурустии РСФСР вогузор карда шуд. Ҳамин гуна шуъбаҳо минбаъд дар КХ нигоҳдории тандурустии ҷумҳуриҳои миллии низ ташкил карда шуд. Дар ин солҳо онҳо оид ба ташкил намудани муҳофизати модару кӯдак, оид ба барқарор намудани муассисаҳои кӯдакон, оид ба расонидани ёрӣ ба модарони танҳо ва аз байн бурдани бепарастории кӯдакон чораҳои таъҷилии андешиданд. Дар баробари ин, принципҳои асосии системаи модару кӯдак таҳия карда шуда, оид ба муҳофизати манфиатҳои модару кӯдак қонунҳо нашр шуду ду роҳҳои рушди муассисаҳои кӯдакон ва таваллудхонаҳо дар ИҶШС муайян карда шуд. Ғайр аз ин, барномаи васеи солимгардонӣ ва чорабиниҳои табобатӣ-профилактикӣ дар соҳаи муҳофизати модару кӯдак дар фармони махсуси ШМШ аз соли 1918 пешбинӣ шуда буд.

Дар натиҷаи ғамхории Ҳизби коммунист ва ҳукумати Шӯравӣ оид ба модару кӯдак дар ИҶШС, аҷумла дар ҶШС Тоҷикистон, системаи нави муҳофизати модару кӯдак сохта шуд, ки ҷузъи таркибии бозсозии иҷтимоиву иқтисодӣ дар кишвар буд. Вай аз системаи чорабиниҳои давлатӣ ва ҷамъиятӣ иборат буд, ки ба муҳофизати манфиатҳои модару кӯдак равона шуда буданд.

Дар Қарори Съезди умумии Тоҷикистон коргарони шӯравӣ, намоёндагони деҳқонон ва армияи сурх «Дар бораи занҳои меҳнаткаши ҶМШСТ ва зарурати мубориза бар зидди муқовимат ба онҳо» дар соли 1926 ҳуқуқҳои умумӣ, шаҳрвандӣ, хонадоршавӣ, оилавӣ ва дигар ҳуқуқҳои қонун, инчунин чорабиниҳо оид ба рушди муассисаҳои ШМШ дар ҶШС Тоҷикистон муайян карда шуд.

Дар мубориза бо падидаи дар хурдсолӣ ба шавҳар додан, инчунин бисёрҳамсарӣ, Қарори ҳукумати ҶМШС Тоҷикистон таҳти № 19 аз 16 июли соли 1925 нақши муҳим дошт, мувофиқи он дар ҳудуди ҷумҳур, аз ҷумла барои тамоми шаҳрвандон сабти ҳолати шаҳрвандӣ (қайди таваллуд, никоҳ, ғавт, талоқ) ҳатмӣ ҳисобида шуд [2, л.31].

Бо мақсади беҳсозии шароити маишӣ ва иқтисодии зиндагии занҳои маҳаллӣ, инчунин гузаронидани чорабиниҳои зарурӣ дар соҳаи муҳофизати модару кӯдак дар назди Президиуми КМИ ҷумҳурӣ дар соли 1926 «Комиссия оид ба беҳсозии вазъияти маишӣ ва занҳои меҳнаткаши Тоҷикистон» таъсис ёфта, «Низомнома» дар бораи он нашр шуд [2, л.31]. Ин комиссияҳо барои занҳо, дар навбати аввал барои занҳои серфарзанд, ёрии моддӣ расониданд, баро ғайригардонидани шабакаи ғизои умумӣ (ошхона, нуқтаҳои ғизо), хобгоҳ, кооперативҳои меҳнатӣ ва артелҳои ҳунармандӣ мусоидат намуданд. Дар бахши ёрии ҳуқуқӣ мубориза бар зидди дар хурдсолӣ ба шавҳар додан, қалин, муҳолифат кардан ба таҳсили зан, ба истисноати саноату хоҷагии қишлоқ, идоракунии давлатӣ, иштирок дар корҳои ҷамъиятиву сиёсӣ, инчунин беҳтар сохтани вазъии маишӣ ва раҳиҳои воқеии онҳо қорҳои зиёде анҷом дода шуд [4, л.58-59]. Бо мақсади ҳимоя кардани манфиатҳои модару кӯдак комиссияи маишӣ нақши бзург дошт, ки дар назди комитетҳои иҷроияи шаҳрӣ ва ноҳиявӣ ташкил карда шуда буданд. Онҳо ба маҷмаоти нигоҳдории тандурустӣ дар маҷмӯаи таъсис додани шабақаҳои муассисаҳои тиббӣ боғчаҳои бачагон, инчунин таълиғи донишҳои санитарӣ- беҳдоштӣ дар байни қонун ёрӣ расонида, дар раҳӣ ёфта аз монеаҳои сиёсӣ иҷтимоӣ ва иқтисодӣ, таҳсиолти қасбӣ ва ҷалб намудан ба қорҳои ҷмъиятӣ барои онҳо мусоидат намуданд [3, л.1-4].

Дар назди КИМҶМШС Тоҷикистон ва маҷмаоти Шӯроҳои маҳаллӣ дар соли 1925 комиссияҳои кӯдакон низ таъсис дода шуда буд [4, л.48-49], ки оид ба беҳсозии шароити зисти кӯдакон ва мубориза бар зидди бепарасторон ғайриоят намуда, ҳамчунин дар барқарор намудани шабақаҳои муассисаҳои тарбиявӣ ва муолиҷавӣ кӯдакон иштирок намудааст.

Дар ҳаллу фасл кардани масоили муҳофизати модару кӯдак шуъбаҳои қор бо қонони Комитетҳои марказӣ ва маҳаллии ҳизб нақши муҳим доштанд, ки дар соли 1919 таъсис ёфтаанд.

Дар марҳалаҳои аввали рушди нигоҳдории тандурустӣ дар Тоҷикистон муассисаҳои махсуси муҳофизати модару кӯдак тақрибан, ки рушд намекарданд, баъзе чорабиниҳои марбут ба хизматрасонии тиббӣ-профилактикӣ, ки ба модарону кӯдакон хизмат мерасониданд, аз тарафи шабакаи умумии тиббӣ иҷро карда мешуданд. Шабакаи муассисаҳои муҳофизати модару кӯдак асосан пас аз соли 1925 аз ҷониби шуъбаи ММК -и назди КХ тандурустии ҚШМС Тоҷикистон бозсозӣ шуд.

Дар ибтидо таъсисёфтани муассисаҳои муҳофизати модару кӯдак дар ҚШМС Тоҷикистон ба мушкilotи зиёде рӯйба рӯ шуд, ки сабабаш шаротие буд, ки дар он барқарорсозӣ ва рушди хоҷагии қишлоқ амалӣ мегашт.

Дар ҚШМС Тоҷикистон аввалин муассисакҳо оид ба муҳофизати модару кӯдак дар ш. Душанбе ташкил карда шуданд: дар соли 1926 аввалин амбулаторияи занона, дар соли 1927- аввалин машварати кӯдакон ташкил шуд. Ҳамин гуна муассисаҳо дар солҳои 1927-28 дарташкиш ёфтанд. Амбулаторияи занона баъдан бозсозӣ шуда ба машварати занона ва зангонаву кӯдакони табдил дода шуданд.

Фаъолияти кормандони муассисаҳои муҳофизати модару кӯдак танҳо бо чорабиниҳои табобативу профилактикӣ маҳдуд намешуд. Онҳо корҳои зиёдисанитарӣ-маърифатӣ мегузaronиданд, барои барқарор шудани шабакаҳои фарҳангӣ-маърифатӣ (клубҳо, гӯшаҳо мактабҳо), махсусан дар дехот, оммавӣ гадонидани қонунҳои шуравӣ дар бораи ҳуқуқҳои занон (манъ кардани гирифтани қалин, бисёрҳамсарӣ, хурдсол ба шавҳар додан) ва фаъолона ҷалб кардани онҳо ба корҳои ҷамъиятиву истеҳсолӣ мусоидат менамуданд.

Кормандони тиббии машварати кӯдакон ва занон, бар иловаи қабул кардани беморон, инчунин корҳои назарраси таҳқиқотӣ ва патронажиро низ анҷом медоданд. Онҳо беморон ва занҳои ҳомиларо муайян мекарданд, ба онҳо ёрии зарурии муолиҷавию машваратӣ мерасониданд, контингенти муайяни беморонро муоина мекарданд, онҳо

ро ба машварат ҷалб менамуданд, ба онҳо дар мавзӯҳои гуногуни санитарӣ-маърифатӣ лексия мехонданд ва суҳбатҳо мегузaronиданд. «Бо каме истисно,-гуфта мешавад дар ҳисоботи шуъбаи ММК дар соли 1928,-маъмулан пас аз 3-5 маротиба ба назди табиб ташриф овардани бемор, беморон худашон ба амбулаторияи занон ва машаварат ҳозир мешаванд. Суҳбатҳои бо модарон гузаронидаи табибон бомуваффақият мегузаранд, модарон бо майли зиёд табибон ва ҳамшираҳои тиббиро мешунаванд, расмҳои намоишгоҳро бо рағбат тамошо мекунанд, гуфтаҳои табибонро баъди 2-3 ташриф овардан низ дар хотир нигоҳ медоранд ва тақрор мекунанд» [5, л.58].

Машварати кӯдакон, ба монанди мактаб барои модаронсинамакони ва назари дуруст ба онро ба таври васеъ тарғиб мекунанд, ба муқобили бемориҳо ва фавти кӯдакон мубориза мебурданд. Ба фаъолияти машваратӣ бештар нақши корҳои патронажӣ боло рафт. Дар ин маврид корҳо на танҳо дар самти расонидани ёрии тиббӣ ба беморон ва тарбия намудани малакаҳои санитарӣ бехдоштӣ маҳдуд мешуд, балки онҳоро ба машварат фаъолна ҷалб менамуданд.

Дар ин солҳо дар дехоти ҚШМС Тоҷикистон ғанӯз муассисаҳои муҳофизати модару кӯдак муассисаҳои вучуд надошт. Барои ҳамин ҳамтабибон муассисаҳои шаҳрии кӯдакон ва таваллудхонаҳо, ки дар ин ҷойҳо барои кӯдакон ва модарон ёрии машваратӣ расонида мешуд, дар мағозаҳои кооператсияи матлубот гӯшаҳои «Модар ва кӯдак» ташкил намуданд, ки дар онҳо ашӯи нигоҳубин, бозичаҳо, либосҳо, рӯчову рӯболиштҳо, маҳсулоти ғизой, ки барои ҳомилаҳо, модаорн ва кӯдакон тавсия мешуданд, намоиш дода мешуд; дар ин ҷойҳо адабиётҳои гуногун оид ба масоили муҳофизати модару кӯдак паҳн карда мешуд. Бар иловаи таъмин кардани ёрии тиббӣ машваратӣ ба беморон доруи ройгон медоданд, дар мавзӯҳои санитарӣ -маърифатӣ суҳбат ва лексияҳо мегузaronиданд, маводҳои намоишгоҳро шарҳ медоданд (намоишҳои сайёр) [7, л.33].

Муассисаҳои муҳофизати модару кӯдак

дар минтакаи Хучанд ба рушд оғоз карданд. Дар ин ҷо аввалин муассисаҳои машварати кӯдакон ва матбахи ширӣ дар ш.Хучанд дар соли 1927 ташкил шуданд. Машваратҳои кӯдакон инчунин дар шаҳрҳои Конибодом дар соли 1928 ва Исфара дар соли 1929 ташкил шуданд. Дар фаъолияти онҳо низ корҳои патронажӣ яке аз мавқеъҳои асосиро ишғол мекарданд. «Натиҷаи патронаж, - навишта буд мудирӣ машварати кӯдакони ш. Хучанд Успенская, хеле муҳим аст. Аҳоли бо навзодони солим меоянд, кат меҳаранд, кӯдаконро оббозӣ медоронанд, барои нигоҳубини кӯдакони ашёи заруриро дастрас мекунанд» [6, л.914-918].

Бо шарофати фаъолияти машварат ва дар соли 1928 дар ш.Хучанд кушодани мактаб-амбулаторияи профилактикӣ аввалин маълумотҳо оид ба ҳолати салоамтии занҳо ва кӯдакон ба даст оварда шуд. Дар сохтори бемориҳои онҳо (тибқи мурочиат) мавқеи асосиро бемориҳои роҳи ҳозима, вараҷа, бемориҳои узвҳои нафаскашӣ, сили шушҳо, ғадудҳои лимфавӣ, сили устухонҳо ва рахит мавқеи асосиро касб мекарданд.

Аввалин чорабиниҳо ҷиҳати таъмин кардани занони ҷумҳурӣ бо ёрии акушерӣ-гинекологӣ ба соли 1925 рост меояд, дар ин вақт дар беморхонаи шаҳрии ш. Душанбе шуъбаи акушерӣ-гинекологӣ таъсис дода шуд (барои 6 кат). Бар иловаи ин ҳангоми ба кор даровардани беморхонаҳо барои таъмин кардани ёрии акушерӣ-гинекологӣ ба занҳо катҳо (хучраҳо)-и махсус ҷудо мекарданд. Дар округи Хучанд аввалин чорабиниҳо оид ба таъмин кардани ёрии акушерӣ-гинекологӣ дар соли 1928 рух дода, ки дар ин вақт дар ш. Хучанд «... ба занҳо гинекологҳое хизмат мерасониданд, ки дар клуби занона тибқи сарбориашон то 2 соат кор мекарданд ва онро тавассути КУБТ, ки 8-уми марти соли 1928 ба даст оварда шуда буд, таъмин мекарданд» [6, л.922-923]. Дар округ аввалин машварати занона моҳи февралӣ соли 1929 дарш. Хучанд ташкил шуд. Минбаъд машварати занона дар шаҳрҳои Конибодом ва Исфара низ бунёд шуд. Дар натиҷа ёрии табобатӣ - профилактикӣ ба занҳо ва кӯдакони яке аз бахшҳои асосии фаъ-

олиятимуассисаҳои табобатӣ - профилактикӣ шуда мوند.

Аммо, ёрии валодатро танҳо миқдори ками занҳо, ки ба муассисаҳои табобатӣ бо ҳомилагии муътадил мурочиат мекарданд, мегирифтанд (6,2%). Чунончи, дар соли 1929 дар ҷумҳурӣ тахти муоинаи машваратӣ ҳамагӣ 7,3%-и занҳои ҳомила қарор доштанд. Аз ҷумла аз ш.Душанбе -26,5%, округи Фарм -16,8%, Қургонтеппа – 16,7%. Дар соли 1929 миқдори валодатҳо, ки дар ҷумҳурӣ бо ёрии тиббӣ сураат гирифтаанд, 6,2%-ро ташкил дод, аз ҷумла аз ш.Душанбе -18,3%, дар округи Фарм -8,8%, дар округи Ҳиссор -4,3% аз миқдори умумии валодатҳо [8, л.6].

Фаъолона ҷалб кардани занҳо ба ҳаёти иҷтимоӣ талаботи бунёди муассисаҳо кӯдаконро ба миён овард. Аввалин боғчаи кӯдакон дар ш. Душанбе 8-уми марти соли 1928 кушода шуд, дар давоми солҳои 1928-29 боғчаҳои кӯдакон дар шаҳрҳои Кӯлоб, Қургонтеппа, Фарм, Панҷакент, Ёротеппа ва Панҷакент таъсис дода шуданд. Дар округи Хучанд аввалин боғчаҳои кӯдакон дар соли 1927 сохта шуданд, дар ш. Хучанд, Конибодом, кони нефти «Санто» ва дар шаҳраки шахтёрҳо Сулюкта (баъдан ба ҶШС Қирғизистон дода шуд).

Бо мақсади таъмин кардани пойгоҳи моддии сохтомон ва таъмини боғчаҳо КХ тандурустии ҶШМС Тоҷикистон дар соли 1929 уҳдадор шуд, ки аз фонди беҳсозии маишии коргарон ва хизматчиён то 10% таъминоти боғчаҳо гузаронад. Қарор КИ Шуроҳои маҳаллӣ, ташкилотҳои саноатӣ ва кооперативиро уҳдадор намуд, ки ҳангоми сохтмони хонаҳо барои ташкил намудани боғчаи бачаҳо майдони махсус ҷудо намояд. Файр аз ин, КХ тандурустии ҶШМС Тоҷикистон то 50% -и воситаҳоро, ки барои муҳофизати модару кӯдак ҷудо карда шудааст, ба сохтмони боғчаҳои бачагон равона намуд, махсусан дар деҳаҳои ҷумҳурӣ [1, л.2].

**Хулоса,** аллакай дар марҳалаҳои авали рушди нигоҳдории тандурустӣ дар ҷумҳурӣ аввалин муассисаҳои муҳофизати модару кӯдак бунёд шудаанд, ки миқдори онҳо дар давраи мавриди баррасӣ каме боло рафт.

Онҳо дар самти нигоҳдории тандурустӣ ва муҳофизати модару кӯдак корҳои гуногуни марбут ба муҳофизати манфиатҳои модару кӯдак, аз ҷумла таъмин намудани онҳо бо ёрии табобатӣ-профилактикӣ ва машваратиро ба сомон расонидаанд.

#### Адабиёт

1. ЦГА Республики Таджикистан. – Ф.9. – Оп.1. – Ед.хр.120. – Л.2.
2. ЦГА Республики Таджикистан. – Ф.9. – Оп.1. – Ед.хр.179. – Л.31.
3. ЦГА Республики Таджикистан. – Ф.10. – Оп.1. – Ед.хр.448. – Л.1-4.
4. ЦГА Республики Таджикистан. – Ф.10. – Оп.2. – Ед.хр.2. – Л.48-49, 58-59.
5. ЦГА Республики Таджикистан. – Ф.172. – Оп.1. – Ед.хр.42. – Л.58.
6. ЦГА Республики Таджикистан. – Ф.172. – Оп.1. – Ед.хр.58. – Л.914-918, 922-923.
7. ЦГА Республики Таджикистан. – Ф.172. – Оп.1. – Ед.хр.76. – Л.33.
8. ЦГА Республики Таджикистан. – Ф.279. – Оп.2. – Ед.хр.99. – Л.6.

#### REFERENCES

1. TsGA Respubliki Tadzhikistan [Central State Archive of the Republic of Tajikistan]. – F.9. – Op.1. – Ed.khr.120. – L.2.
2. TsGA Respubliki Tadzhikistan [Central State Archive of the Republic of Tajikistan]. – F.9. – Op.1. – Ed.khr.179. – L.31.
3. TsGA Respubliki Tadzhikistan [Central State Archive of the Republic of Tajikistan]. – F.10. – Op.1. – Ed.khr.448. – L.1-4.

4. TsGA Respubliki Tadzhikistan [Central State Archive of the Republic of Tajikistan]. – F.10. – Op.2. – Ed.khr.2. – L.48-49, 58-59.

5. TsGA Respubliki Tadzhikistan [Central State Archive of the Republic of Tajikistan]. – F.172. – Op.1. – Ed.khr.42. – L.58.

6. TsGA Respubliki Tadzhikistan [Central State Archive of the Republic of Tajikistan]. – F.172. – Op.1. – Ed.khr.58. – L.914-918, 922-923.

7. TsGA Respubliki Tadzhikistan [Central State Archive of the Republic of Tajikistan]. – F.172. – Op.1. – Ed.khr.76. – L.33.

8. TsGA Respubliki Tadzhikistan [Central State Archive of the Republic of Tajikistan]. – F.279. – Op.2. – Ed.khr.99. – L.6.

**Нурзода Амирҷон Рузихон**, н.и.т., директори Муассисаи давлатии таълимии «Коллеҷи тиббии шаҳри Конибадом», Тел:+992918247678; E-mail: [amirinur@mail.ru](mailto:amirinur@mail.ru)

**Нурзода Амирҷон Рузихон**, кандидат исторических наук, - соискатель - докторант кафедры истории таджикского народа факультета истории Национального университета Таджикистана, директор Государственного образовательного учреждения «Медицинский колледж города Канибадам» Тел:+992918247678; E-mail: [amirinur@mail.ru](mailto:amirinur@mail.ru)

**Nurzoda Amirjon Ruzikhon**, Candidate of Historical Sciences, postgraduate and doctoral student of the Department of History of the Tajik People, Faculty of History, National University of Tajikistan, director of the Medical College of Kanibadam; Tel: +992918247678; E-mail: [amirinur@mail.ru](mailto:amirinur@mail.ru)

## **ТАЪРИХ, РУШД ВА ВАЗЪИ КУНУНИИ ТАҲСИЛОТИ БАЪДИДИПЛОМИИ ДОНИШГОҲИ ДАВЛАТИИ ТИББИИ ТОҶИКИСТОН БА НОМИ АБУАЛӢ ИБНИ СИНО**

**Ҳусейнзода З.Х., Гулзода М.К., Мухиддин Н.Д., Ҳамидов Ф.М., Қобилзода Қ.Қ.**

**Аннотатсия:** Мақола марҳилаҳои рушди тибби тоҷикро дар давраҳои гуногун, таърихи тибби тоҷик, саҳми он дар рейтингҳои ҷаҳонӣ, мушкilot ва монеаҳои рушди соҳа, инчунин марҳилаҳои барқароршавӣ дар давраи шӯравӣ ва истиқлолияти Тоҷикистон муфассал баррасӣ мекунад. Рушди босуръати тайёр намудани кадрҳо дар марҳилаҳои таълим, хусусан бозомӯзии касбӣ ва такмили мутахассисон, дар шароити МДТ «ДДТТ ба номи Абуалӣ ибни Сино» ва роҳҳои беҳтар намудани таҳсилоти давомдори кадрҳои тиббӣ дар Ҷумҳурии Тоҷикистон ба таври муфассал мавриди омӯзиш қарор мегирад.

**Калимаҳои калидӣ:** ТБТ – таҳсилоти бефосилаи тиббӣ, ДДТТ – Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон, ТТД-таҳсилоти тодипломӣ ТБД-таҳсилоти баъдидипломӣ, БККТ – бозомӯзии касбии кадрҳои тиббӣ.

## **ИСТОРИЯ, РАЗВИТИЕ И СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ ПОСЛЕДИПЛОМНОГО ОБРАЗОВАНИЯ В ТАДЖИКСКОМ ГОСУДАРСТВЕННОМ МЕДИЦИНСКОМ УНИВЕРСИТЕТЕ ИМ. АБУАЛӢ ИБН СИНО.**

**Ҳусейнзода З.Х., Гулзода М.К., Мухиддин Н.Д., Ҳамидов Ф.М., Қобилзода Қ.Қ.**

**Аннотация:** Данная статья посвящена раскрытию ключевых этапов развития таджикской медицины в различные исторические периоды, её значению в мировом контексте, а также вкладу таджикских медицинских достижений в глобальный рейтинг. В работе рассматриваются проблемы и препятствия, с которыми сталкивалась медицина, а также этапы её восстановления как в составе СССР, так и в годы независимости Таджикистана. Особое внимание уделено бурному развитию подготовки кадров на всех уровнях образования, в частности в сфере профессиональной переподготовки и усовершенствования специалистов, в стенах ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибн Сино». Рассматриваются пути дальнейшего улучшения непрерывного медицинского образования и его роль в развитии системы здравоохранения страны.

**Ключевые слова:** НМО – Непрерывное медицинское образование, ТГМУ – Таджикский государственный медицинский университет, ДО – додипломное образование, ПО – последипломное образование, ППМК – профессиональное преподавание медицинских кадров.

## **HISTORY, DEVELOPMENT AND CURRENT STATE OF POSTGRADUATE EDUCATION AT THE ABOUALI IBN SINO TAJIK STATE MEDICAL UNIVERSITY.**

**Xuseynzoda Z.Kh., Gulzoda M.K., Mukhiddin N. D., Xamidov F. M., Kobilzoda K.K.**

**Abstract:** This article is devoted to revealing the key stages of development of Tajik medicine in various historical periods, its significance in the global context, as well as the contribution of Tajik medical achievements to the global ranking. The paper examines the problems and obstacles faced by medicine, as well as the stages of its restoration both as part of the USSR and during the years of independence of Tajikistan. Special attention is paid to the rapid development of personnel training at all levels of education, in particular in the field of professional retraining and advanced training of specialists, within the walls of the State Educational Institution “Abuali ibn Sino TSMU”. Ways to further improve continuing medical education and its role in the development of the country’s healthcare system are considered.

**Keywords:** NME - Continuing medical education, TSMU-Tajik State Medical University, PRE-graduate education, post-graduate education, PPMC-professional training of medical personnel.

**Муқаддима:** Дар давраи муосири рушди соҳаи тиб, тайёр намудани кадрҳои баландхатисос дар ҳамаи ихтисосҳо ва самтҳои тиббӣ як талаботи муҳим ва зарурии замони мебошад. Барои расидан ба ин ҳадаф, баланд бардоштани сатҳи дониш ва омӯзиши усулҳои

навини ташхису табобат аҳамияти калон дорад.

Соҳаи таҳсилоти олии тибб ба 3 зинаи асосӣ тақсим мешавад: таҳсилоти зинаи аввал: тодипломӣ, зинаи дувум: таҳсилоти баъдидипломӣ ва зинаи сеюм: тақмили ихтисос ва бозомузӣ касбӣ.

Тиббӣ тоҷик таърихи хосае дошта марҳилаҳои таърихӣ худро низ доро буда рушди он ба давраҳои хоса тақсим мешавад (давраи таърихӣ ҳазор солаи пеш, садсола ва Давраи Истиқлолият).

Агар ба таърих назар афканем, аз даврони қадим, ки имруза давлатҳои пешрафта ҳатто давлатдорӣ надоштанд дар навбати худ, Тоҷикон на танҳо табибони бузург балки як низом ва ҷаҳорҷубаи қонуни тиббро доштанд.

Мо метавонем тасдиқ намоем, ки илми тиб аз замони қадим о“оз ёфта, таълим ва тақмили малакаҳои касбӣ то имрӯз идома дорад ва таҳсилоти баъдидипломӣ ҳамчун як самти муҳим ва мукамал дар назар аст. Гувоҳӣ ба ин аст, ки унвони “Шайхул раис” барои Абуалӣ ибни Сино, ки ҳамчун рамзи шӯҳрати илмӣ ӯ мебошад, ба унвонҳои имрӯзаи дотсент, профессор ва академик дар соҳаи тиб мувофиқат мекунад.

**Давраи аввали** тиббӣ тоҷикон таърихи қадима дошта, ҳазинаи илми тиббӣ ҷашнонро асарҳои олимони - табибони шӯҳратёри форсу тоҷик, ки назирашон дар дунё хеле кам аст, ғанӣ гардониданд. Дар ин радиф метавон аз Абуалӣ ибни Сино ёдовар шуд, ки асари безаволи у «Ал -Қонун фит - тиб» тули садсолаҳо дастури асосии табобатии мардуми ҷаҳон махсуб меёфт.

Яке аз ёдгориҳои ҳаттии тамаддуни башар ва тиббӣ ниёгони форсу тоҷик китоби Авасто мебошад, ки асрҳои 7 - 6 пеш аз милод таълиф шуда, оид ба саломатии одам дар он замони маълумот медиҳад.

Давраи асосии рушди тиббӣ форсу тоҷик

ба замони тараққиёти мактаби тиббии Гундишопур (асрҳои III - VII) рост омада, Академияи Гундишопур бунёдгузори тиббӣ мардумӣ мебошад. Дар Академияи Гундишопур табибони юнонӣ, суриёӣ, эронӣ ва ҳиндӣ қору ғаёлият намуда омӯзиш ва тақмили ихтисоси донишҷуёноро мегузарониданд. Ба мисол бисёр устодони мактаб - Бахтишӯи I (роҳбари Ака-демияи Гундишопур), Ҷурҷис (муаллифи китоби тиббии «Ал - Киннаш») ва писари у Бахтишӯи II, Абдулло ибни Мукаффаъ (721 - 779) ва дигарон дар асарҳои Абубакри Розӣ ва Абуалӣ ибни Сино зикр гардидаанд. Шӯҳрати мактаби тиббии Гундишопур аз доираи замони худ берун рафта, мероси “ании он ба тавассути асарҳои пураарзиши шогирдони академия дар дигар манотиқи олам густариш ёфт.

Илми тиббӣ тоҷикон дар садсолаҳои баъдӣ низ тараққӣ кардааст. Аҳди Сомониён ба олам машғали илму фарҳанг Абубакри Розиро эҳдо намуд. Абубакри Розӣ дар рушди фарҳангу илми ҷаҳонӣ, аз он ҷумла тиб, саҳми бузург гузоштааст. Тибки маълумоти сарчашмаҳои мухталиф у муаллифи 272 таълифот аст, ки 60-тои он ба илми тиб бахшида шудаанд. Аз асарҳои Абубакри Розӣ бисёр шахсиятҳои бузург, аз ҷумла Абуалӣ ибни Сино (980 - 1037) омӯзиш гузатааст.

Абуалӣ ибни Сино, ки дар Аврупо бо номи Авитсена машҳур гаштааст, аз барҷастатарин мутафаккирони асрҳои миёна буда, дар инкишофи илми замони худ ва асрҳои минбаъда таъсири бузург расонидааст. Аз 450 таълифоти у 240-тоаш дар китобхонаҳои дунё ниғаждорӣ ва ҳифз карда мешаванд. Истеъдоди ғавқулודдаи Абуалӣ ибни Сино махсусан дар илми тиб хуб зоҳир гаштааст. У доир ба ҷунин соҳаҳои илми тиб, ба монанди анатомия, физиология, ҷарроҳӣ, дарусозӣ, бе- мориҳои руҳӣ ва “айра маълумоти возеҳу “ани додааст. Абу-

алӣ ибни Сино доир ба тиб 59 таълифот дорад, ки 9-тои он дар шакли назм эҷод шудааст. Китоби машхуртарини Шайхурраис «Ал-Қонун фит-тиб» мебошад.

Инҷо мухтассар аз таърихи ниёгон ёдовар шудем, ки далели қадимтарин мактаби олии тиббии тоҷик ба шумор рафта бе шаку шубҳа метавон гуфт, ки барои сайқал додани илми тибб табибони микёси гирду атроф ба чунин олимони нодир меомаданд, ин далели гирифтани такмили ихтисос ва бозомузии касби дар он давра ба ҳисоб мерафт.

Давраи дигар, давраи рушди тибби тоҷик дар давраи Иттиҳоди Шуравӣ.

Таъсиси Донишкадаи давлатии тиббии Тоҷикистон дар соли 1939, яке аз саҳифаҳои дурахшони таърихи ҷумҳурӣ, ташаккул ва рушди илми тиб, таҳсилоти олии тиббӣ ва тандурустӣ мебошад. Тамоми дастовардҳои соҳаи тандурустии ҷумҳурӣ ба фаъолияти Донишкада робитаи ногусастанӣ дорад.

Роҳбари аввалини донишкада дар соли таъсисёбӣ (1939с.), А. А. Краус ва муовини у барои қабули таълими донишҷуён ҳама шароити заруриро фароҳам сохтанд. Якуми сентябри соли 1939 ба курси аввали факултаи ягонаи муолиҷавӣ 97 нафар донишҷу, аз ҷумла 20 нафар донишҷуёни таҳҷой қабул карда шуданд.

Зинаи таҳсилоти дуюм соли 1949 дар донишкада бо таври ординатураи клиникӣ ба фаъолият шуруъ намуд ва дар он ҳамагӣ 28 нафар ба таҳсил фаро гирифтанд.

Донишкадаи тиббӣ ҳоса дар давраи роҳбарии Я. А. Рахимов, ба муваффақиятҳои назаррас ноил гашта, соли 1952 барои қабули ҳимояи рисолаҳои номзадӣ ва дар соли 1968 барои ҳимояи рисолаҳои докторӣ шурои диссертсионӣ фаъолиятро шуруъ намуд.

Соли 1952 бо Қарори Ҳукумати шуравӣ ба донишкада номи Абуалӣ ибни Сино гузошта шуда дар он 150 нафар омӯзгор, аз ҷумла 11 нафар профессор ва 24 нафар дотсент фаъолият менамуданд, шумораи умумии донишҷуён 1500 нафар буданд, айни ҳол шумораи омӯзгорон ба 954 нафар расида, аз онҳо 103 докторони илми тиб, 334 номзади илми тиб ва дотсентҳо 116 нафарро

ташқил дода донишҷуён бошад зиёда аз 13000 мебошанд.

Факултети такмили ихтисоси табибон ДДТТ ба номи Абуалӣ ибни Сино 25 февралӣ соли 1959 таъсис ёфтааст. Пеш аз таъсиси ин факултет, табибони ҷумҳуриамон барои гузаронидани такмили ихтисос ва ихтисосгирии аввалия маҷбур буданд, ки ба хориҷи ҷумҳурӣ сафар кунанд. Дар давраи фаъолияти факултети такмили ихтисоси табибон бештар аз 16000 табиб курсҳои такмили ихтисос ва ихтисосгирии аввалияро гузаштаанд.

Давраи сеюми рушди тибби тоҷик дар даврони Истиқлолияти ҷумҳуриамон дубора эҳё гашт.

Дар давраи аввали соҳибистиқлолият дар соли 1992 номи Донишгоҳ ба Донишкадаи тиббӣ номгузор шуда, факултети такмили ихтисос ва ихтисосгирии аввалия ташқил намуда шуд.

Соли 1993 дар асоси факултети такмили ихтисоси табибон донишкадаи таҳсилоти баъдидипломи соҳаи тандурустии Ҷумҳурии Тоҷикистон таъсис ёфта диққати асосӣ ба бозомузии мутахассисон ва омӯзгорон дар ҳуди донишкада равона гашт.

Донишкада аз соли 1977 омӯзонидани донишҷуёни хориҷиро ба роҳ монда дар ҳамаи сол 250 нафар донишҷуён аз 16 мамлакати хориҷӣ таҳсил доштанд. Айни ҳол ин рақам ба 1856 нафар аз 30 давлати хориҷи кишвар расидааст.

Аз соли 2010 бо мақсади такмили ихтисоси ҳайати омӯзгорони ДДТТ ба номи Абуалӣ ибни Сино, тайёр кардани кадрҳои тиббӣ ва бозомӯзии онҳо, баланд бардоштани сифати тайёр намудани мутахассисон, дар сохтори донишгоҳ Маркази такмили ихтисос ва ихтисосгирии аввалия ташқил ёфт.

Аз соли 2015, дар пойгоҳи шӯъбаи табобат (шӯъбаи ординатура ва интернатураи клиникӣ) ва Маркази такмили ихтисос ва ихтисосгирии аввалия, дар сохтори шӯъбаҳои донишгоҳ Маркази таҳсилоти баъдидипломи тиббӣ ташқил гардид.

Бевосита бо саҳми роҳбарияти ДДТТ ба номи Абуалӣ ибни Сино Донишкадаи баъ-

дидипломии кормандони соҳаи тандурустӣ ташкил дода шуда, кормандони Донишгоҳ саравал фаъолиятро омода намудааст.

Давраи дигари рушди донишгоҳ ин тавачуҳ ва дастгирии бевоситаи асосгузори сулҳу ваҳдати миллӣ, пешвои миллат, Президенти Ҷумҳурӣ, мӯхтарам Эмомалӣ Раҳмон дар маросими ба истифодадиҳии бинои навтаъмири ДДТТ ба номи Абуалӣ ибни Сино, баъд аз фочеаи сухтори бинои донишгоҳ (25.11.2008 сол) мебошад, ки барои тақон додани ҳамаи пахлуҳои тиббӣ тоҷик ва роҳҳои ҳал ва инкишоф ёфтани соҳаи тандурустии ҳамагон замони инъикос ёфта ин давраро давраи эҳёи тибби Тоҷикистон ҳисоб намудан дуруст меояд.

Чуноне ки маълум аст сарчашмаи пешравии тибби тоҷик маҳз аз Даргоҳи илму маърифат оғоз меёбад. Чунин иқдомро дар вазъиятҳои на чандон осони сиёсату иқтисодӣ Раёсати Донишгоҳ барои пешравии тиббӣ тоҷик нақшаҳои худро дар пеш монда, дар таҳсилоти тодипломӣ ва дар самти таҳсилоти баъдидипломӣ Маркази тақмили ихтисосро дар соли 2009 таъсис дод. Дар самти таҳсилоти баъди дипломӣ ва тақмили ихтисос ва бозомузӣ касбӣ “Маркази тақмили ихтисос” барои баланд бардоштани дараҷанокӣ ва унвоннокии кормандони донишгоҳ заминаи мусоид доша онро ба “Маркази таҳсилоти баъдидипломӣ” номгузори намуда фаъолиятро дар зинаи 2 ва 3 таҳсилоти олии баъдидипломӣ рушд намуд.

ДДТТ ба номи Абуалӣ ибни Сино аз руи 4 самти асосии муовинат фаъолият дорад ва дар 3 зина яъне ин тодипломӣ, баъдидипломӣ, тақмили ихтисос ва бозомузӣ касбӣ пурра фаъолият дорад.

Дар баробари самтҳои фаъолияти донишгоҳ, ки кормандони кафедраҳои клиникӣ аз аввали ташкилшавии донишгоҳ ба хизматрасонии тиббии тандурустии мамлакат сахмгузор буда дар ташкилебии пойгоҳҳои клиникӣ машғул мебошад, яке аз ин самт, ки бевосита ба тибби тандурустӣ алоқаманди дорад ин самти муовинати муолиҷавӣ мебошад.

Муовинати муолиҷавӣ дар соли 1989 таъ-

сис ёфта, аввалин муовини ректор оид ба корҳои муолиҷавӣ, дотсент Тураев А.А. буда то соли 1999 фаъолият намуда, баъдан аз соли 1994 то 1999 д.и.т., профессор Сангинов Ҷ.Р., аз соли 1999 то 2004 ба д.и.т., профессор Ғоибов А.Ҷ., солҳои 2004 - 2008 д.и.т., профессор Шарипова Х.Ё., солҳои 2008 – 2016, н.и.т., Гадов Б.Ш., солҳои 2016 – 2024, н.и.т., дотсент Қобилзода Қ.К. ва аз соли 2024 фаъолияти муовинати ректор оид ба корҳои муолиҷавӣ ба зиммаи д.и.т., профессор Хусейнзода З.Х. вогузор карда шудааст.

Бо ташаббуси Раёсати донишгоҳ бо мақсади таҳқим бахшидан ба раванди корҳои муолиҷавӣ, танзим ва таҳлили саривақтии фаъолияти муолиҷавии кормандони донишгоҳ дар соли 2015 дар назди муовини ректор оид ба корҳои муолиҷавӣ ба ғайр аз самти корҳои муолиҷавӣ Маркази таҳсилоти баъдидипломӣ ба фаъолият шурӯъ намуд, ки самтҳои муолиҷавӣ, самти ординатураи клиникӣ, интернатура ва самти бозомузӣ касбӣ ва тақмили ихтисосро бо ҳам оварда барои боз ҳам мутамарказонидани самти фаъолиятҳо дар муовинати муолиҷавӣ, ки алоқамандии пайдарҳамӣ ва зич доранд фаъолиятро давом дод. Дар донишгоҳ зиёда аз 60 кафедра фаъолият менамояд, ки 36 тои он ба кафедраи клиникӣ рост омада 18 тои он ба тахассуси ҷарроҳӣ ва 18 тои дигар ба тахассуси терапевтӣ рост меояд, ки пойгоҳҳои онҳо дар муассисаҳои тандурустии шаҳри Душанбе ҷойгир мебошанд.

“Маркази таҳсилоти баъдидипломӣ” дар самти амалӣ гаштани нақшаҳои пешина ва амалӣ гардонидани мақсадҳои нав аз рузи аввали фаъолият дар мудати кӯтоҳ ба як қатор пешравиҳо ноил гашт.

Соли 2015 дар заминаи шӯбаи муолиҷа, ки зинаи дуумро иҷро менамуд ин тайёр намудани кадрҳои соҳаи тандурустӣ бо таҳсил дар интернатура ва ординатураи клиникӣ, ихтисосгирии аввалия ва тақмили ихтисос дар маркази таҳсилоти баъдидипломӣ ташкил карда шуд, ки фаъолияти зинаи сеюми таҳсилот пурра амалӣ гардонид шуд.

Яке аз самтҳои фаъолияти Маркази таҳсилоти баъдидипломӣ ин бахши тақмили

ихтисос ва бозомӯзии касбии ҳайати профессорону омӯзгорони донишгоҳ, табибони соҳаҳои гуногуни муассисаҳои табобатӣю профилактикии шаҳру ноҳияҳои ҷумҳурии мебошад, ки ин самти таҳсилоти зинаи сеюм, таҳти назорати муовинати муолиҷавӣ мебошад. Айни ҳол такмили ихтисос ва бозомӯзии касбӣ аз рӯи 230 барномаи таълимӣ амалӣ мегардад. Барномаҳои таълими пурра ба меъёрҳои байналмилалӣ ҷавобгӯ буда ҳамаи онҳо аз тарафи олимони Донишгоҳ таҳия карда шуданд ва таълими шунавандагонро зиёда аз 90 % устодони унвондору пуртаҷриба ба уҳда доранд. Бахши зинаи таҳсилоти сеюм пурра талаботи тахассусгирии кормандони соҳаи тандурустии ҷумҳуиро таъмин менамояд.

#### **Фаъолият дар самти интернатура**

Интернатура таҳсилоти ҳатмии бадидипломӣ ба шумор рафта зинаи асосии дуҷум-

ро ташкил медиҳад. Аз соли таъсисёбии донишгоҳ ба ҳатмкунандагони донишгоҳ дар зинаи таҳсили интернатура ҳатми ҳисоб меёфт дар аксари ихтисосҳо ва барои гузаштани ин зина ҳатмкунандагон ба муассисаҳои шаҳру ноҳияҳои ҷумҳури ва берун аз он мегузаштанд ва назорати он то соли 1992 пурра дар назди ДДТТ ба номи Абуалӣ ибни Сино буд. Дар соли 2008 зинаи таҳсилот дар интернатура аз нав дар ДДТТ ба роҳ монда шуда аз соли 2010 қисман ба назорати ДТИКТТ ва аз соли соли 2022 дар Донишгоҳи давлатии тибби Хатлон вогузор намуда шуд.

#### **Маълумот дар бораи табиб интернаҳо ДДТТ ба номи Абуалӣ ибни Сино дар соли таҳсили 2009-2025 вобаста ба ихтисос**

| Солҳои 2009-2024 |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |       |
|------------------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|-------|
| 2009             | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 | 2019 | 2020 | 2021 | 2022 | 2023 | 2024 | 2025  |
| 348              | 393  | 395  | 363  | 338  | 411  | 343  | 375  | 444  | 445  | 535  | 543  | 477  | 340  | 219  | 188  | 201   |
|                  |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      | Ҷамаи |
|                  |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      | 6357  |

#### **Фаъолият дар самти ординатураи клиникӣ**

Ординатураи клиникӣ яке аз самтҳои асосии таҳсилоти баъдидипломи тиббӣ буда, ҳамаасола теъдоди муайяни мутахассисон баъди ҳатми ординатураи клиникӣ барои фаъолияти корӣ ба муассисаҳои табобатии шаҳру ноҳияҳои ҷумҳурии сафарбар карда мешаванд ва қисме аз онҳо барои машғул шудан ба корҳои илмӣ ба аспирантура дохил мешаванд. Солҳои қабл ба ординатураи клиникӣ танҳо ҳатмкунандагон бо дипломи аъло ва табибони собиқаи кории на камтар аз 3 сол тариқи озмун сурат гирифта ва теъдоди нақшаи қабули онҳо ниҳоят кам буданд. Солҳои охир чун ислоҳот дар соҳаи таълими баъдидипломӣ, ҳатмкунандагони донишгоҳ дар ординатураи клиники ново-

баста аз таҷрибаи корӣ, барои баланд бардоштани савияи дониш таҳсил менамоянд.

Ординатураи клиники ҳамчун зинаи дуҷуми таҳсилоти баъдидипломи ба ҳисоб рафта муҳлати таҳсил асосан 2 сол ё ба истилоҳи нав 140 кредитро дар байн мегирад. Дар баробари дигаргуншавии таҳсилоти баъдидипломӣ теъдоди имтиҳонҳои фосилавӣ ва ниҳойи зиёд шуда аттестатсияи ниҳой дар 3 марҳила (амалӣ, шифой ва тестӣ) мегузарад.

Аз омори солҳои охир бар меояд, ки дар самти ихтисосҳои ҷарроҳӣ теъдоди хоҳишмандон зиёд шуда дар ихтисосҳои тибби оилавӣ, фтизиатрия, психиатрия, наркология, тибби судӣ ва бемориҳои сироятӣ дар 5 соли охир дида намешавад, ки дар ин самт ташфиқот ва ҷалби ҳатмкардагонро зиёд намудан лозим аст.

Боиси қайд аст, ки маҳз ба шароити модию техникии замонавӣ таи солҳои охир машғулиятҳо ба сатҳи зарурии стандарти ҷаҳонӣ гузаронида шуда ҳар 5 сола барно-

маи таълим дигаргуни илова карда мешавад. Теъдоди ординаторони клиникӣ соли таҳсили 2024-2025 дар муқоиса ба солҳои қаблӣ

#### Фаъолият дар самти тақмили ихтисос ва бозомӯзии касбӣ

| № | Соли тақвимӣ | Теъдоди ординаторони клиникӣ |        |        |
|---|--------------|------------------------------|--------|--------|
|   |              | Шартномавӣ                   | Бучавӣ | Ҳамагӣ |
| 1 | 2019         | 112                          | 187    | 299    |
| 2 | 2020         | 164                          | 206    | 370    |
| 3 | 2021         | 241                          | 207    | 448    |
| 4 | 2022         | 256                          | 298    | 554    |
| 5 | 2023         | 701                          | 296    | 994    |
| 6 | 2024         | 1053                         | 398    | 1451   |
| 7 | 2025         | 1103                         | 416    | 1519   |

Дар баҳши тақмили ихтисос ва бозомӯзии касбии ҳайати профессорону омӯзгорони донишгоҳ дар Маркази таҳсилоти баъдидипломӣ табибони соҳаҳои гуногуни муассисаҳои табобатию профилактикӣ шаҳру ноҳияҳои бозомӯзӣ мегузаранд. Тақмили ихтисос аз рӯи 176 барнома ва бозомӯзии касбӣ аз рӯи 19 барнома, ҷамъ 195 барнома амалӣ мегардад.

Яке аз самтҳои фаъолияти Маркази таҳсилоти баъдидипломӣ ин баҳши тақмили ихтисос ва бозомӯзии касбии ҳайати профессорону омӯзгорони донишгоҳ, табибони соҳаҳои гуногуни муассисаҳои табобатию профилактикӣ шаҳру ноҳияҳои кишвар мебошад, ки ин самти таҳсилоти зинаи 3-юмро ташкил медиҳад. Дар маҷмӯъ сар карда аз соли таъсисёбӣ то инҷониб, дар маҷмӯъ 8342 таҳсил намудаан, ки аз ин курсҳои

педагогиро 1677 нафар, 1104 аз технологияи иттилоотӣ, 3591 тақмили ихтисоси таҳассусӣ ва 2019 нафарро ташкил медиҳад, ки вобаста дараҷаи таҷриба ва ё унвоннокӣ барномаҳо ба (36 соат, 72 соат, 1 моҳа 144 соат, 1.5 моҳа 2 моҳа, 3 моҳа, 4 моҳа, 4,5 моҳа, 5 моҳа, 6 моҳа ва 10 моҳа) тартиб дода шудааст, ки дар 5 соли охир зиёд шудани теъдоди шумораи шунавандагон аз сабаби ташкил шудани Маркази симулятсионӣ, ки бо таҷҳизотҳои муосири симулятсионӣ таъмин мебошад, барномаҳои нав тартиб додани омӯзгорон ва кормандони Марказ тартиб дода шуда, гузаштани тақмили ихтисоси кормандони донишгоҳ зиёда аз 97 % дарбар гирифта шуд. Иҷунин солҳои охир аз донишгоҳҳои хориҷи кишвар теъдоди шунавандагон зиёд гаштааст (Ҷумҳурии Қазоқистон, Ўзбекистон, Афғонистон, Озарбойҷон).

#### Маълумот дар бораи теъдоди шунавандагони Маркази таҳсилоти баъдидипломӣ вобаста ба соли таҳсил ва намуди тақмили ихтисос

| №             | Намудҳои тақмили ихтисос   | Солҳо      |            |            |             |            |            |            |
|---------------|----------------------------|------------|------------|------------|-------------|------------|------------|------------|
|               |                            | 2018       | 2019       | 2020       | 2021        | 2022       | 2023       | 2024       |
| 1.            | Тақмили ихтисоси педагогӣ  | 57         | 111        | 102        | 221         | 147        | 108        | 112        |
| 2.            | Тақмили ихтисоси таҳассусӣ | 266        | 296        | 186        | 490         | 264        | 341        | 357        |
| 3.            | Бозомӯзии касбӣ            | 67         | 82         | 63         | 321         | 376        | 270        | 314        |
| <b>ҲАМАГӢ</b> |                            | <b>390</b> | <b>489</b> | <b>351</b> | <b>1032</b> | <b>787</b> | <b>719</b> | <b>783</b> |

#### Хулоса:

Ба ёд овардани таърихи тибби тоҷик нишон медиҳад, ки ҳатто дар китоби Авасто, ки матни муқаддаси зардуштӣ аст, аспектҳои гуногуни тиб, шомилҳои донишу амалҳои тиббӣ, ки дар форси қадим ва байни халқҳои, ки ба забони форсӣ боқӣ монда буданд, зикр шудааст. Гар-

чанде ки дар китоби Авасто ба масоили «тақмили ихтисоси тиббӣ» ва «бозомӯзӣ» дар шеваи муосир ишора нашудааст, вале дар матнҳо нишонаҳо дар бораи аҳамияти дониши тиббӣ, табибон ва шифоён, ки барои кӯмак ба саломатии ҷомеа фаъолият мекарданд, вучуддоранд. Ин нишон медиҳад, ки аҳамияти зиёд

ба саломатӣ ва табобати касалиҳо дода мешуд, ки хосияти фарҳанги тибби қадим буд. Ин анъанаи дониши тиббӣ дар даврони баъдӣ, қабул ва рушд ёфт, ки олимоне, ба монанди Абуалӣ ибни Сино (Авитсенна), ин анъанаро идома доданд ва такмил карданд.

Рушди тибби форсу тоҷик ба давраи мактаби тиббии Гундишопур (асрҳои 3-7) рост меояд. Ин академия асосгузори тибби илмӣ буда дар он табибони юнонӣ, суриёӣ, эронӣ ва ҳиндӣ кор мекарданд. Номҳои устодон, ба монанди Бахтишои I, Чурчис, Бахтишои II ва Абдулло ибни Муқаффаъ дар асарҳои Абубакри Розӣ ва Абуалӣ ибни Сино ёд мешавад. Ин академияи табибон дар рушди тибби асрҳои миёна, махсусан дар ҷаҳони исломӣ, нақши муҳим доштанд.

Ҳазинаи илми тибби ҷаҳон бо асарҳои олимони форсу тоҷик, ки муқоиса бо онҳо дар дунё кам ёфт мешавад, ба таври назаррас пур шудааст. Аз ҷумла, асари Абуалӣ ибни Сино «Ал-Қонун фит- тиб» садсолаҳо дастури асосии табобат дар Аврупо буд. Ӯ, ки дар Аврупо бо номи Авитсенна маъруф аст, аз бузургтарин донишмандони асрҳои миёна ва таъсиргузор дар рушди илм ба ҳисоб меравад. Аз 450 таълифоти ӯ, 240-тоаш дар китобхонаҳои ҷаҳон нигоҳ дошта мешаванд.

Давраи эҳёи тибби тоҷик бо таъсиси Донишкадаи давлатии тиббии Тоҷикистон пайваст аст. Ин муассиса як саҳифаи дурахшони таърихи кишвар буда, дар рушди илми тиб, таҳсилоти олии тиббӣ ва ҳифзи тандурустӣ нақши муҳим доштааст. Дастовардҳои соҳаи тандурустӣ ба фаъолияти донишкада марбутанд.

Давраи дигари рушди тибби тоҷик дар даврони Истиқлолият буда, ташкил кардани Донишкадаи баъдидипломии кормандони соҳаи тандурустӣ дар ДДТТ ба номи Абуалӣ ибн Сино, ки тамоми кадрҳо ва хуҷатҳо аз ҷониби Донишгоҳ омода карда шуданд, алоқаманд аст. Маҳз бо таваҷҷуҳи хоссаи асосгузори сулҳу ваҳдати миллӣ, пешвои миллат, Президенти ҷумҳурӣ, мухтарам Эмомалӣ Раҳмон, дар маросими ба истифода додани бинои навтаъмири ДДТТ ба номи Абуалӣ ибни Сино (25.11.2008) оғоз ёфт, ки дар ин маросим ҳама камбудҳои ва

роҳҳои рушди тибби тоҷик муҳокима гардиданд, ки ин давраро эҷод ва эҳёи тибби тоҷик номидан дуруст аст, махсусан дар ДДТТ. Вақтҳои охир, дар ин донишгоҳ ба тақмили ихтисос ва бозомӯзии кормандон диққати ҷиддӣ дода шуда, сол ба сол тарбияи кадрҳои нави боистеъдод афзоиш меёбад.

Хулоса, дар баробари пешравии Донишгоҳ дар зинаи аввал, зинаи дуюм низ тибқи консепсияи ислоҳоти нав бо истифодаи ҳамаҷонибаи имкониятҳои мавҷуд дар тамоми ҷузъиёташ пурра амалӣ шудааст. Бо итминон метавон гуфт, ки зинаи сеюм, ки ба таҳсилоти тақмили ихтисос ва бозомӯзии касбӣ вобаста аст, бо таъсиси шароити моддӣ ва техникаи муосир, таҷдиди барномаҳо ва омодагӣ устодони ботаҷриба дар самти таълим, ба пуррагӣ барои таълими мутахассисони соҳаи тандурустӣ дар Ватан ва берун аз он омода мебошад. Тибқи омор, шумораи хатмкунандагони курсҳои мазкур, ки аз кишварҳои хориҷӣ низ зиёд шуда истодааст, гувоҳи меҳнат, ки шуҳрати Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон дар Осиёи Марказӣ ва берун аз он афзудааст.

Аз далелҳои таърихи бармеояд, ки тамоми муассисаҳои омузишӣ тандурустии ҷумҳурӣ, аз ҷумла колледжҳои тиббӣ, Донишкада ва Донишгоҳҳои тиббии кишвар аз Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абуалӣ ибни Сино сарчашма мегиранд.

### Адабиёт

1. Энциклопедияи Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абуалӣ ибни Сино.
2. Википедия Оморҳои солони ДДТТ ба номи Абуалӣ ибни Сино

**Қобилов Қ.К.** – н.и.т, дотсенти кафедраи амалияи ҷарроҳӣ ва анатомияи топография ба номи Каримов М.К., Тел. 934 40 88 87.

**Қобилов Қ.К.** - доцент кафедры оперативной хирургии и топографической анатомии именем профессора Каримова М.К., Тел. 934 40 88 87.

**Kobilov K. K.** - Associate Professor of the Department of Operative Surgery and Topographic Anatomy named after Professor Karimov M. K., Tel. 934 40 88 87.

## ЁДБУД



**Профессор Абдумачид Пўлодов**  
(08.04.1925- 09.11.2012)

**Пўлодов Абдумачид Мусоевич** 8-уми апрели соли 1925 дар деҳаи Кистакӯз дар оилаи табиб таваллуд шудааст. Баъди хатми мактаби миёна ихтиёрӣ ба сафи Армияи Сурх рафта, аз аввали соли 1944 бо рутбаи сержанти калон дар набардҳои Ленинград ҷангидааст. Соли 1944 баъди бозгашт аз майдони набард ба сафи донишҷӯёни курси якуми Донишкадаи давлатии тиббии Тоҷикистон дохил шуд. Ҳангоми дар курси 5-ум таҳсил кардан, ҳамзамон дар омӯзишгоҳи тиббии ш. Сталинобод барои донишҷӯён аз фанни фармакология дарс мегуфт.

Пўлодов А.М., соли 1951 ба аспирантураи Донишгоҳи якуми тиббии ш. Москва ба номи И.М. Сеченов дохил шуда, соли 1954 тахти роҳбарии академик Е.М. Сеппа дар мавзӯи «Арахноидит ва арахноэнцефалитҳои серебралӣ баъдигриппозӣ» рисолаи номзадӣ Ҳимоя кард. Солҳои 1956-1958 Абдумачид Мусоевич мудири кафедраи неврологияи ДДТТ буд ва дар соли 1958 барои анҷом додани рисолаи доктории худ ба Институтуи ҷарроҳии асаби ба номи Н.Н. Бурденко АИТ ИҶШС фиристода мешавад ва соли

1964 рисоли докториро дар мавзӯи «Инсултҳо ва кризҳои рағҳои майнаи сар, ки аз ҷиҳати болинӣ бо синдроми омосмонанд зоҳир мешаванд» дифоъ намуд.

Аз соли 1964 сар карда, тахти роҳнамоии профессор Абдумачид Мусоевич хадамоти нейроофтальмология, отоневрология, невро-рентгенология ва ликворология таъсис ёфта, минбаъд бо муваффақият фаъолият намуданд. Солҳои сармутахассиси соҳаи неврологияи Вазорати тандурустии кишвар (солҳои 1964-1995) будан, ба масоили рушди шабакаҳои хизматрасонии неврологӣ таваҷҷуҳи махсус зоҳир намудааст. Натиҷаи талошҳои устод буд, ки дар беморхонаҳои вилоятии Хучанлу Кӯлоб, Қурғонтеппа ва Хорӯғ хадамоти неврологияи кӯдакон ташкил карда шуд.

Тахти сарварии профессор Абдумачид Мусоевич коллективи кафедраи неврология ва асосҳои генетикаи тиббӣ дар давраи солҳои 1986-1992 таҳлили тиббӣ-генетикии ду миллиону 200 ҳазор нафари аҳолии 8 ноҳияи шимолӣ ва 6 ноҳияи ҷанубии Тоҷикистонро анҷом дода, дар асоси ин пажӯҳиш 3 рисолаи докторӣ ва 4 рисолаи номзадӣ Ҳимоя карда шуд. Дар соли 1970 профессор Пўлодов А.М. бо ҳаммуаллифии дотсент А.С. Никифоров китоби дарсии «Таълими асосҳои бемориҳои асаб»-ро навиштанд, ки аз тарафи Вазорати тандурустии ИҶШС ҳамчун китоби дарсӣ барои донишгоҳҳои тиббии Иттиҳоди Шуравӣ тасдиқ карда шуд. Дар соли 1979 донишмандони мазкур курси пурраи китоби дарсиро тахти унвони «Бемориҳои асаб» таълиф намуданд, ки ин китоб низ ба ҳайси китоби дарсӣ барои донишгоҳҳои тиббии Иттиҳоди Шуравӣ тасдиқ карда шудааст.

Профессор Абдумачид Мусоевич Пўлодов муаллифи 650 таълифоти илмиву таълимӣ аст, ки дар миёни онҳо китобҳои дарсӣ, мақолаҳои илмӣ, дастурҳои таълимӣ, монография, аз ҷумла 500 таълифоти илмӣ мавқеи хос доранд. Тахти роҳнамоии устод Пўлодов А.М. 4 рисолаи докторӣ ва 15 рисолаи номзадӣ Ҳимоя, зиёда аз 500 невропатоло-

гҳои ихтисосманд тайёр карда шудааст. Шогирдони устод имрӯзҳо дар тамоми ғушавуканори ҷумҳурӣ ва дар ҷумҳуриҳои собиқ Шӯравӣ, Фаронса, Олмон, Канада, - ИМА, Миср, Исроил, Чехословакия, Афғонистон ва Кореяи Шимоливу Ҳиндустон, Чин ва ғ. бо муваффақият қору фаъолият карда истодаанд.

Корномаҳои ҷангии устод Пӯлодов А.М. дар майдонҳои набардҳо бар муқобили фашизм бо медали «Барои хизматҳои ҷангӣ», «Шарафи ҷангӣ», ордени дараҷаи якуми Ҷанги ватанӣ қадр шудаанд, нчунин заҳматҳои шабонарӯзии устод аз тарафи Ҳукумати кишварамон бо ордени Байрақи Сурхи

Меҳнат (соли 1985), унвони ифтихори «Қорманди шоистаи илми ҶШС Тоҷикистон», ордени «Дӯстӣ» (соли 2000), ордени «Шараф» дараҷаи 2 (с. 2009) ва ғайр сарфароз гардонида шудааст.

Воқеан, Пӯлодов Абдумачид Мусоевич як шахсияти комил, ҷонфидои роҳи илм ва хизмат ба мардум, оқил, донишманд, ватандӯст, устоди саҳтгиру меҳрубон ва соҳибфарҳанг, намунаи ҳақиқии зиёӣ буданд ва бо ҳамин сифатҳои олӣ дар хотири наслҳои оянда боқӣ мемонанд.

Ҳайати таҳририяи маҷаллаи илмӣ-амалии «Авчи Зухал».

**ҚОИДАҲОИ ҚАБУЛИ МАҚОЛАҲО**  
**Муаллиф бояд ҳангоми ба идораи маҷаллаи "Авчи Зухал"**  
**пешниҳод намудани мақола ҚОИДАҲОИ зеринро риоя кунад:**

1. Мақола бояд дар компютер бо истифода аз барномаи VS Word 6,0-7,0 хуруфи андозааш 14 Times New Roman Tj, ҳошияҳо 2,5 см ва фосилаи байни сатрҳо 1,5 мм хуруфчинӣ ва дар ду нусха дар як тарафи варақ чоп карда, бо ҳамроҳии шакли ҳатмии электрони мақола пешниҳод гардад.
2. Мақолаҳои оригиналие, ки ба мушоҳидаҳои 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, мубрамият ва қаблан чоп нашудани мақола бояд зикр шавад.
6. Дар аввали мақола унвони он (бо хуруфи Caps Lock сиёҳ), ному насаби муаллиф (нимсиёҳ), номи ҳуқуқи муассиса оварда шавад. Дар охири мақола бо ду забон (русӣ ва англисӣ) маълумот дода шавад. Агар шумораи муаллифон аз 4 нафар зиёд бошад, саҳми ҳар як муаллифро дар таълифи ин мақола додан зарур аст.
7. Мақола бояд бобҳои зеринро дошта бошад: реферат (резюме), калимаҳои калидӣ, 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 кор ва вазифаи муаллиф, суроға, телефонҳо барои тамос, почтаи электронӣ) дар шакли пурра бо се забон (тоҷикӣ, русӣ, англисӣ) оварда шавад. Ҳаммуаллифӣ бояд аз се нафар зиёд набояд.
12. Талаботи имлои забони тоҷикӣ ба таври қатъӣ риоя карда шавад.
13. Мақолаҳои қаблан дар нашрияҳои дигар чопшуда қабул карда намешаванд.
14. Идораи маҷалла ҳуқуқи тақриз ва таҳрири мақоларо дорад.

**Мақоларо ба суроғи зерин фиристонед: 734026, Ҷумҳурии Тоҷикистон,  
ш. Душанбе, ноҳияи Сино 29-31, МДТ «ДТТ ба номи Абуалӣ ибни Сино»,**

**Идораи маҷаллаи "Авчи Зухал"**

**Дар Матбааи МДТ «ДТТ ба номи Абуалӣ ибни Сино» ба таъби расидааст.**

---

*Ба чопаш 10.06.2025 имзо шуд. Андозаи 60x84 1/16,  
7,5 ҷузъи чопӣ. Адади нашр 100 нусха.*